

Estudio Cuasi-Experimental sobre el Consumo de Alcohol y los Efectos Asociados al mismo



Dpto. Medicina Preventiva, Salud Pública y
Microbiología Médica
Facultad de Medicina
Universidad de Salamanca

Antonio Javier Chamorro Fernández

Salamanca, 2010

D. JOSE ANTONIO MIRÓN CANELO. PROFESOR TITULAR. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

D^a MONTSERRAT ALONSO SARDÓN. PROFESORA ASOCIADA. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA. UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado “**Estudio cuasi-experimental sobre el consumo de alcohol y los efectos asociados al mismo**” que presenta D. Antonio Javier Chamorro Fernández, ha sido realizado bajo su dirección en el Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica y reúne, a su juicio, originalidad y contenido suficientes para que sea presentado ante el tribunal correspondiente para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, y a los efectos oportunos, expiden el presente certificado en Salamanca a 12 de abril del 2010

Fdo: J. A Mirón Canelo

Fdo: M. Alonso Sardón

A mi padre

Quiero expresar mi agradecimiento:

A los profesores José Antonio Mirón y Montserrat Alonso, directores de este trabajo. Por la confianza que depositaron en mí, el apoyo que me han prestado en su realización, así como sus acertados consejos a la hora de dar la forma definitiva a esta Memoria.

A los colaboradores que hicieron posible la realización de este trabajo, desde aquellos que impartieron las charlas en los centros educativos, hasta aquellos que participaron en la introducción de las encuestas en la Base de Datos.

A Miguel Marcos, por su inestimable apoyo, sobre todo, en el capítulo del análisis estadístico, aliento y amistad; sin los cuales, probablemente no hubiera podido avanzar en este trabajo.

A mis compañeros del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y a los del Hospital de Verín, que me han facilitado enormemente la realización de este estudio.

A mi mujer por su cariño; pero sobre todo por su apoyo y ánimo en los peores momentos para que continuase con este trabajo.

A mis hijos (incluido el que viene en camino) porque son mi principal estímulo en esta vida y que sin ellos, difícilmente ésta tendría sentido.

A mi madre y hermanos por su cariño y por estar ahí cada vez que los he necesitado.

Y por último, a mi padre, principal estímulo para que escogiese esta profesión y del que gracias a él, soy el médico que soy. También fue quién, indirectamente, hizo que me interesase tanto por el tema de la tesis.

ÍNDICE

	Página
1.-INTRODUCCIÓN:	11
1.1.- <u>Importancia general. Situación Actual</u>	12
1.1.1.- Conceptos clave	13
1.1.2.- Importancia nivel internacional	16
1.1.3.- Importancia nivel nacional	19
1.1.4.- Importancia nivel regional	27
1.1.5.- Importancia nivel municipal	42
1.2: <u>Objetivos y estrategias</u>	43
1.2.1.- Nivel europeo	43
1.2.2.- Nivel nacional	48
1.2.3.- Nivel regional	53
1.2.4.- Nivel municipal	61
1.3: <u>Efectos físicos del consumo de alcohol</u>	63
1.3.1.- Estudios sobre el riesgo del consumo de alcohol	64
1.3.2.- Alcohol y mortalidad global	67
1.3.3.- Alcohol y morbilidad asociada	69
1.3.4.- Alcohol y genética	76
1.4.- <u>Efectos psicológicos y sociológicos en el adolescente</u>	78
1.5.- <u>Consecuencias económico-sanitarias del consumo de alcohol</u>	86
1.6.- <u>Justificación del estudio</u>	90
1.7.- <u>Objetivos del estudio</u>	91
2.- MATERIAL Y MÉTODOS	93
3.-RESULTADOS:	102
3.1.- <u>Población estudiada</u>	103
3.2.- <u>Exclusiones y pérdidas de seguimiento</u>	104
3.3.- <u>Variables</u>	105
3.3.1.- Consumo de alcohol	105
3.3.2.-Curso académico	109
3.3.3.- Trabajo de los padres	109
3.3.4.- Tipo de bebidas alcohólicas	110
3.3.5.- Episodios de embriaguez	110

3.3.6.- Test CAGE	114
3.3.7.- Motivos por los que beben	115
3.3.8.- Accidentes de tráfico	115
3.3.9.- Problemas psico-sociales	118
3.3.10.-Presupuesto destinado al consumo de alcohol	118
3.3.11.- Lugar de residencia	118
3.3.12.- Consumo de drogas	119
3.3.13.- Conocimientos y actitudes	121
4.-DISCUSIÓN:	125
<u>4.1-Metodología</u>	126
4.1.1.-Estudio cuasiexperimental	126
4.1.2.-Efectividad de intervenciones	129
<u>4.2.-Tamaño muestral</u>	135
<u>4.3.-Variables</u>	137
4.3.1.- Consumo de alcohol	137
4.3.2.-Curso académico	143
4.3.3.- Trabajo de los padres	143
4.3.4.- Tipo de bebidas alcohólicas	144
4.3.5.- Episodios de embriaguez	144
4.3.6.- Test CAGE	148
4.3.7.- Motivos por los que beben e influencias en el consumo	152
4.3.8.- Accidentes de tráfico	153
4.3.9.- Problemas psico-sociales	154
4.3.10.-Presupuesto destinado al consumo de alcohol	155
4.3.11.- Lugar de residencia	155
4.3.12.- Consumo de drogas	156
4.3.13.- Conocimientos y actitudes	158
<u>4.4.-Grado de innovación</u>	161
<u>4.5.- Limitaciones</u>	162
5.-CONCLUSIONES	163
6.-BIBLIOGRAFÍA	165
7.-TABLAS Y ANEXOS	191

1.-INTRODUCCIÓN

1.1-Importancia general. Situación actual:

El alcoholismo es un problema importante de Salud Pública. De hecho y aunque el discurso social y poblacional no sea coincidente con el profesional, el consumo de alcohol como problemática de primer orden, lo cierto es que el alcohol es la droga más consumida y la que más problemas sanitarios, sociales, familiares y económicos genera.

En los últimos 25 años, el uso del alcohol, el tabaco y de otras drogas ha experimentado cambios muy importantes en nuestra sociedad. Estos cambios han sido tanto en las cantidades, como en las formas e incluso, en el significado que se le da a su consumo. Como respuesta, han aparecido estudios que nos han permitido conocer con una cierta exactitud este problema, y se ha ensayado diversas formas para combatirlo. No obstante, los problemas relacionados con el abuso de alcohol distan de estar resueltos, y siguen siendo una de las cuestiones que despierta mayor preocupación especialmente porque está afectando a los sectores jóvenes de la población. El inicio en este hábito se produce en la primera adolescencia, comenzando ahí gran parte de los individuos un tipo de consumo especialmente pernicioso, a base de bebidas de elevada graduación alcohólica en momentos de ocio, en grandes cantidades y en pequeños espacios temporales.

1.1.1.- Conceptos clave

Antes de comenzar la introducción es necesario repasar una serie de conceptos recientemente actualizados. En la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud¹, en el apartado de alcohol, se establecieron una serie de conceptos, con una revisión crítica de los establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)², adaptando estos conceptos a nuestro medio, entre estos términos destacan:

Alcohol: en este contexto, se refiere al etanol (C₂H₅OH) y por extensión a todas las bebidas que lo contienen. En España, se considera bebida alcohólica toda aquella que tiene 1,2 grados de alcohol o más.

Abstemio: En un sentido puro, abstemio es quien nunca ha consumido ni consume alcohol. A efectos epidemiológicos, se consideran abstemias actuales aquellas personas que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses

Consumo de riesgo: Es una pauta de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias nocivas para el bebedor y para terceros. Este concepto, que suele referirse a consecuencias para la salud, aunque algunos incluirían consecuencias sociales, no está recogido en ningún manual de clasificación de enfermedades (CIE ni DSM) porque no se refiere a ninguna dolencia existente. Sin embargo, tiene relevancia desde el punto de vista de la salud pública y es empleado por la OMS². Cuando se habla simplemente de consumidor de riesgo, sin más etiquetas, nos estamos refiriendo al nivel II de consumo y de riesgo medio (> 20-24 g/día en la mujer y > 40 g/día, en el hombre), el que además definiría el criterio o umbral para una intervención.

Dependencia del alcohol: Conjunto de manifestaciones fisiológicas, de conducta y cognitivas que se desarrollan tras el consumo repetido de la sustancia y que

típicamente incluyen un fuerte deseo de consumir, dificultad en controlar el uso (se consume más o durante más tiempo del deseado o existen intentos infructuosos de abandonar la sustancia), persistencia en el consumo a pesar de consecuencias negativas, reducción o abandono de actividades sociales, ocupacionales o recreativas para consumir o como consecuencia del consumo, aumento de la tolerancia, aparición de síntomas de abstinencia o consumo para evitar los síntomas.

Trastorno por alcohol: El término engloba la intoxicación aguda, el consumo perjudicial, la dependencia, el síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia con delirium, el trastorno psicótico y el síndrome amnésico.

Intoxicación: Se puede definir como un estado de alteración funcional psicológica y psicomotora, de duración más o menos breve, secundario a la presencia de alcohol en el organismo

Consumo problemático: Se refiere, en general, a aquel consumo que deriva en problemas individuales o colectivos, de salud o sociales.

Problemas relacionados con el alcohol: Son todos aquellos problemas que pueden relacionarse con el alcohol, sin que necesariamente exista causalidad. Puede referirse a un individuo o a una sociedad. A nivel individual, puede ser sinónimo de discapacidades relacionadas con el alcohol

Consumo perjudicial de alcohol: Patrón de consumo que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (p ej., cirrosis hepática) o mental (depresión asociada al consumo). De acuerdo con la definición del CIE-10 (décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud), excluye daños sociales

Unidad de Bebida Estándar (UBE) es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y tan sólo precisa de una tabla de equivalencias con la cantidad y tipo de bebida alcohólica consumida para calcular el consumo. En España una UBE, equivale a 10g de alcohol.

Otros términos como “**alcoholismo, abuso, consumo prudente, consumo moderado o consumo responsable**”; no son recomendables para los autores de estas conferencias por diferentes motivos¹.

1.1.2.- Importancia nivel internacional

La importancia de las consecuencias que produce el consumo de alcohol es tal, que la OMS, declaró en mayo del 2004, al alcohol como objetivo prioritario para la acción sanitaria de todos los países miembros. Dicha organización en su 58ª asamblea de mayo del 2005, tenía entre sus puntos del día en su 9ª sesión plenaria los “Problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol”. En él, recordaba el *Informe sobre la salud en el mundo 2002*,³ que indicaba que el 4% de la carga de morbilidad y el 3,2% de la mortalidad mundial son atribuibles al alcohol y que éste representaba el principal riesgo para la salud en los países en desarrollo con baja mortalidad, y el tercero en los países desarrollados. Reconocía así mismo, que el consumo de alcohol influía en la salud del conjunto de la población y que el consumo excesivo, se encontraba entre las principales causas de enfermedad, violencia, discapacidad, problemas sociales y muertes prematuras, además de problemas de salud mental, contribuyendo a las desigualdades sociales y sanitarias. En este informe, se hace hincapié, además, en los efectos del alcohol sobre la conducción de vehículos, en el ámbito del trabajo y durante el embarazo; y reconoce también que su consumo se asocia significativamente al consumo de sustancias psicoactivas y a prácticas sexuales de riesgo.

En uno de sus puntos, la OMS se “alarma por la magnitud de los problemas de Salud Pública asociados al consumo nocivo de alcohol y las tendencias del consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos Estados Miembros.”

Entre las 3 recomendaciones que se establecieron en esta asamblea para con los Estados Miembros, las dos primeras refieren lo siguiente:

“1) Que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol;

2) Que alienten la movilización y la participación activa y apropiada de todos los grupos sociales y económicos interesados, en particular las asociaciones científicas, profesionales, industriales, no gubernamentales, y benéficas, del sector privado y de la sociedad civil, en la reducción del consumo nocivo de alcohol”

La OMS estima que hay en el mundo aproximadamente unos 140 millones de personas dependientes del alcohol. Además de otros 400 millones que beben en exceso. Estimaciones conservadoras situarían la prevalencia del síndrome de dependencia alcohólica en España por encima de las 600.000 personas.

Según los últimos datos de la edición del 2005 de la “World Drink Trends”⁴, el consumo de alcohol puro en litros per cápita (lpc), permanece estable en países como Estados Unidos (6,6 lpc), Suecia (4,9 lpc), Japón (6,6 lpc), Alemania (10,6 lpc), y Australia (7,5 lpc) entre 1996 y 1999. El consumo continúa descendiendo en países como Francia (de 11,2 lpc a 10,9 lpc) e Italia (de 8 a 7,7 lpc).

Tanto el Reino Unido como Irlanda continúan desafiando la tendencia del resto de los países occidentales en cuanto a los elevados precios e impuestos en comparación con el resto de Europa. Por ello, el Reino Unido ha ascendido al séptimo puesto mundial en cuanto a consumo per cápita de alcohol, sobrepasando a Francia por primera vez desde 2003. Irlanda es ahora la cuarta consumidora mundial por detrás de Luxemburgo, República Checa y Hungría. Por otra parte, la tendencia de la Europa occidental,

Estados Unidos y Australia a lo largo del siglo XXI, es hacia la invariabilidad en el consumo.

El incremento del consumo en el Reino Unido se debe en su inmensa mayoría al vino. Este consumo ha ascendido un 180% a 20 lpc en los últimos 20 años (320% en Irlanda). Las bebidas alcohólicas tradicionales, han fluctuado entre 1,3 y 1,8 lpc en el mismo periodo, mientras que la cerveza ha descendido, sólo creciendo levemente de nuevo en 2002/2003.

En cuanto al resto de países Europeos, se ha visto que en los últimos 25 años, el consumo de vino sobre 90 lpc ha descendido un 45% en Italia, un 54% en España y un 38% en Francia.

Italia y Francia encabezan el descenso del consumo de alcohol en la Europa Occidental (6,9 lpc y 9,3 lpc en 2003). El gobierno francés continúa con campañas de presión contra la asociación de consumo de alcohol y conducción. Se espera por ello que el descenso continúe⁴.

1.1.3.- Importancia nivel nacional

España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con el mismo adquieren una gran importancia, no sólo por el alto nivel de producción de algunos tipos de bebidas alcohólicas, sino también por el elevado nivel de consumo, el amplio arraigo social de este hábito y la percepción generalizada de que el alcohol, o al menos ciertos tipos de bebidas alcohólicas, forman parte del patrón alimentario y dietético de nuestra sociedad.

Desde el año 1994, se han venido realizando por parte de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, unas encuestas dirigidas a estudiantes de entre 14 y 18 años que cursaban Enseñanzas Secundaria, contando con la colaboración de las diferentes Comunidades Autónomas y el Ministerio de Educación y Ciencia. El cuestionario y la metodología utilizados son similares a otros estudios realizados en la Unión Europea y en Estados Unidos para permitir estudios y comparaciones internacionales. Aunque a mediados del 2009, se ha publicado el último estudio realizado en el 2008⁵, nos interesa más el del 2006, pues es el que más se adecua en el tiempo a nuestro trabajo y porque no existen grandes diferencias epidemiológicas entre ellos. En éste penúltimo estudio realizado en España, del 2006 al 2007, se cumplieron y obtuvieron 26.456 cuestionarios distribuidos entre las 17 Comunidades Autónomas y Ceuta y Melilla⁶.

De los resultados de dicho estudio, se desprende que al igual que en años anteriores, en 2006 las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años han sido el alcohol, el tabaco y el cannabis. Un 79,6% ha

consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, un 46,1% tabaco y un 36,2% el cannabis. La proporción de consumidores actuales de estas sustancias, es decir aquellos que las han consumido alguna vez en los 30 días previos a la entrevista, fue de 58%, 27,8%, y 20,1%, respectivamente.

En relación con la **edad de comienzo**, según los resultados observados en 2006, las sustancias que empezaban a consumir a edad más temprana, eran el tabaco, las sustancias volátiles (en este caso por una minoría) y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años.

En cuanto a las **diferencias entre géneros**, en el caso de las bebidas alcohólicas, la proporción de consumidores entre hombres y mujeres es similar. Sin embargo, la intensidad del consumo de tabaco y alcohol entre los consumidores es más elevada en los hombres que en las mujeres.

Si se observan las **diferencias en el consumo por grupos de edad**, se aprecia que es una variable epidemiológica que influye decisivamente en el aumento del consumo de drogas en esta población. Es decir, la proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años. Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 16 años.

Desde un punto de vista descriptivo en lo referente al consumo de alcohol, en líneas generales en este estudio se desprenden las siguientes observaciones:

- o El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más generalizada entre los estudiantes entre 14 y 18 años. El 79,6 % de ellos lo han probado alguna vez, el 74,9% lo han consumido en el último año y en el 58% en el último mes. A medida que avanza

la edad de los jóvenes estudiantes, el porcentaje que bebe aumenta, alcanzando una proporción de consumidores mensuales del 76,5% a los 18 años (Tabla 1).

o El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana. De los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, prácticamente todos (99,5%) han bebido en fin de semana, mientras que sólo un 32,4% lo ha hecho en días laborables. Un 21,8% del conjunto de estudiantes encuestados beben todos los fines de semana (24,3% chicos y 19,5% chicas).

o El 55,3% de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez. De los que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 44,1% se ha emborrachado alguna vez en ese período. Esta última proporción aumenta con la edad y es bastante parecida en chicos y chicas (Tabla 1).

o Un 53,4% de los estudiantes (47,3% chicas y 59,8% chicos) han tomado durante los últimos 30 días, 5 o más cañas/copas de bebidas alcohólicas en la misma ocasión. El 17,7% lo ha hecho más de 4 días el último mes.

o Se bebe sobre todo en bares o pubs, en espacios abiertos (calles, plazas, parques) o en discotecas. En los últimos 30 días un 73,5% de los consumidores lo ha hecho en bares o pubs, un 64,5% en espacios abiertos y un 61,4% en discotecas. (Tabla 2)

Globalmente la bebida consumida por mayor número de estudiantes son los combinados/cubatas, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza (Tabla 2).

o Los lugares donde los estudiantes consiguen con más frecuencia bebidas alcohólicas son bares o pubs (70,8%), discotecas (59,2%), supermercados (51,8%) e hipermercados (37%).

o El 22% de los estudiantes entre 14-18 años (34,3% de los de 18) reconocen haber sido pasajeros, en los últimos 12 meses, de vehículos conducidos por compañeros o amigos bajo los efectos del alcohol.

o El 9,8% de los estudiantes entre 14-18 años declaran haber conducido, en los últimos 12 meses, un vehículo (coche, moto) bajo los efectos del alcohol, cifra que asciende a un 14,9% en los estudiantes de 18 años.

o La proporción de consumidores de alcohol ha descendido tanto si se toma como referencia los resultados de 1994 como 2004. De hecho, la proporción de los que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses pasó de 82,7% en 1994 a 81,0% en 2004 y 74,9% en 2006, y la proporción de bebedores en los últimos 30 días de 75,1% en 1994 a 65,6% en 2004 y 58,0% en 2006. Por su parte, la frecuencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que han consumido en alcohol en ese periodo ha aumentado ligeramente con respecto a los resultados de 2004.

Riesgo percibido

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Se analiza la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (% que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas).

o Se asume que conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la generalización o la intensidad del consumo.

o En 2006, las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias entre 14-18 años asociaban a un menor riesgo eran tomar 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas en el fin de semana, tomar 1 ó 2 cañas/copas diariamente.

Con respecto a las diferencias entre género, se aprecia que en 2006 el riesgo percibido por las mujeres era superior al percibido por los hombres, especialmente para el consumo de alcohol y el consumo de cannabis (Tabla 3).

o Una observación muy positiva de esta encuesta es que aumenta la percepción del riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol (tanto en fin de semana como diariamente), y cannabis (Tabla 3).

Disponibilidad de drogas percibida por los encuestados

o El grado de facilidad/dificultad para conseguir u obtener las distintas drogas percibido por los encuestados (disponibilidad percibida) puede influir en la probabilidad de consumo de dichas drogas o de que esas drogas generen problemas.

o El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil.

o En 2006 las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles eran las de comercio legal y el cannabis. En este sentido, un 91,2% de los estudiantes pensaban que les sería fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas si quisieran, un 58,9% tranquilizantes o somníferos y un 66,8% cannabis (Tabla 4)

Información sobre drogas recibida

o Una amplia mayoría de los estudiantes (86,5%) se considera suficiente o perfectamente informado sobre las drogas, sus efectos y los problemas asociados (Tabla 5).

o Las principales vías por las que los estudiantes reciben información son: los padres y hermanos (73,2%), los medios de comunicación (69,3%), y los profesores (63,8%).

o Ha aumentado el porcentaje de estudiantes que han recibido información sobre drogas por parte de sus familias y de los profesores con respecto a años anteriores.

o El 74.2% de los estudiantes declara haber recibido información sobre el consumo de drogas en clase, porcentaje que supera al de años anteriores (en 2002 el 65,6% y en 2004 el 72,5%).

Las principales observaciones que puede extraerse de este estudio son las siguientes:

- En general, el consumo de drogas en los estudiantes entre los 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana.

- El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas, seguidas del cannabis.

- Los resultados del estudio de 2006, muestran, sin embargo, una evolución muy positiva, con un descenso importante del consumo de las drogas más extendidas entre los estudiantes.

- Este descenso ha sido especialmente intenso para tabaco, cannabis y cocaína. En el caso de estas dos últimas se ha quebrado la tendencia creciente de los últimos años.

- En cuanto a las bebidas alcohólicas, ha descendido la proporción de consumidores y la intensidad del consumo con respecto a 2004, aunque las cifras continúan siendo más altas que en 2002.

- Otro dato positivo de esta encuesta, y que podría haber influido en el descenso del consumo, es el aumento de la percepción de riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol o cannabis.

En 1998, España ocupaba el séptimo lugar en el consumo mundial de alcohol. Según las **Encuestas Nacionales de Salud (ENS)**, realizadas en 1993 y 1997, más del 60% de la población española de 16 y más años, declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol, mientras que, aproximadamente, un 4% son bebedores de riesgo (consumos altos y excesivos), lo que significaría que aproximadamente más de un millón de personas son bebedoras de riesgo ⁷. Sin embargo en las siguientes encuestas de los años 2001, 2003 y 2006, se aprecia un descenso progresivo en el consumo habitual de alcohol en este grupo poblacional hasta situarse cercano al 50%. Mientras tanto el porcentaje de bebedores de riesgo se mantiene de forma casi invariable (4,27%)

⁸.

1.1.4.- Importancia a nivel regional

De forma periódica y desde hace 20 años, se publica el Plan Regional Sobre Drogas a nivel de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El penúltimo plan establecido es el realizado para los años del 2004 al 2008. En este quinto plan se abordan los principales puntos de interés en lo concerniente al consumo de bebidas alcohólicas, haciendo especial hincapié al consumo entre la población juvenil. Actualmente se encuentra en marcha el sexto plan, aprobado el 27 de agosto del 2009 ⁹, sin embargo nos interesa más el penúltimo por desarrollarse en el momento en que se realizó el estudio. Este quinto plan, se divide en lo siguientes apartados ¹⁰.

1.1.4.1.- Percepción del riesgo y tolerancia social

El alcohol es la droga cuyo consumo presenta una menor percepción del riesgo y una mayor tolerancia social como consecuencia de una profunda y consolidada raigambre cultural. En el año 2004, el 62% de población general considera bastante o muy arriesgado tomar 5 ó 6 consumiciones de alcohol los fines de semana, detectándose una evolución muy positiva en este indicador al haberse elevado esta cifra en 17 puntos porcentuales en los últimos 4 años. Hay que precisar, no obstante, que este aumento se produce sólo en las edades adultas. Por otra parte, la percepción del riesgo asociada al consumo diario y elevado de alcohol se mantiene en unos niveles muy altos (94%).

En la población de estudiantes de 14 a 18 años, sólo un 33% de los encuestados en 2004 refiere que el consumo de 5 ó 6 consumiciones los fines de semana es bastante o muy arriesgado, observándose un descenso en la percepción del riesgo de 6,5 puntos porcentuales respecto al año 2000. Por género, la percepción del riesgo es mayor en las mujeres que en los hombres, tanto en la población general como en la de estudiantes.

Por lo que respecta a la tolerancia social, menos de la mitad de la población general (47,4%) rechaza el consumo ajeno de bebidas alcohólicas, lo que representa el doble que en el año 2000. En el caso de los estudiantes, el rechazo a tomarse de 5 ó 6 consumiciones de alcohol los fines de semana se reduce hasta el 17,7% (22% en 2000) y hasta el 28,9% a tomarse 1 ó 2 consumiciones al día (34,7% en 2000). Un aspecto a destacar es que el rechazo de los estudiantes al consumo de varias copas los fines de semana ha disminuido de forma mucho más acusada en los hombres (7,3 puntos porcentuales) que en las mujeres (1,2 puntos porcentuales).

Otro dato indicativo de la tolerancia social en relación con el consumo de alcohol, es que tan sólo un 12% de los estudiantes entre 14 a 18 años de la Comunidad Autónoma, perciben que sus padres le prohíben tajantemente consumir bebidas alcohólicas, habiendo descendido esta cifra en casi 7 puntos porcentuales respecto al año 2000.

1.1.4.2.- Demanda directa de bebidas alcohólicas:

Una forma directa de valorar el consumo de bebidas alcohólicas en la Comunidad Autónoma es acudir a los datos del Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Según esta fuente de información, el consumo per cápita de vinos de mesa en Castilla y León se reduce ligeramente, mientras que aumenta de forma importante el consumo de los vinos de denominación de origen (5 puntos) y de cerveza (4 puntos), y ligeramente, el de las bebidas de alta graduación.

Estos datos son congruentes con los proporcionados por las encuestas poblacionales, ya que el aumento detectado por éstas en el consumo juvenil se relaciona principalmente con un incremento en las ventas de cerveza, que es además el tipo de bebida alcohólica más consumida por el conjunto de la población.

Por otro lado, el aumento en el consumo de los vinos de denominación de origen, que no va acompañado de un crecimiento en el consumo general, puede indicar que el consumo de este tipo de vinos se produce de forma ocasional.

En términos generales, el consumo per cápita pasa de 51,95 litros en 2000 a 59,36 litros en 2003. El consumo se eleva en establecimientos de hostelería y restauración, que representan el 60,8% del consumo total, y se reduce ligeramente en el hogar. En relación con el gasto destinado a la compra de bebidas alcohólicas, éste ha pasado de 432.749.730 € en 2000 a 533.258.000 € en 2003, influido por el aumento en las ventas y también por la elevación de precios.

1.1.4.3.- Prevalencia y magnitud del consumo de alcohol:

Consumidores habituales

En la población general, el 51,8% de los encuestados en 2004 admite que consume semanalmente bebidas alcohólicas, lo que supone un descenso del 4% respecto al año 2000. Este descenso se produce principalmente en las mujeres, rompiendo así la tendencia ascendente que parecía haberse iniciado en el año 2000.

La prevalencia de bebedores diarios se mantiene estable, detectándose los mayores porcentajes de consumidores en edades medias y avanzadas de la vida, lo que contrasta con la población adolescente y joven en la que se registran las mayores prevalencias de consumo semanal de bebidas alcohólicas.

Los datos de la población estudiantil corroboran e intensifican las tendencias detectadas en la población general. El consumo de bebidas alcohólicas en los adolescentes de Castilla y León supera claramente los promedios nacionales, aumentando de un modo muy importante con la edad, tanto en frecuencia como en intensidad. Un 74,4% de los estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad Autónoma reconoce que consume bebidas alcohólicas semanalmente, continuando así la tendencia ascendente iniciada en 1996, mientras que un 38,5% admite que lo hacen todos los fines de semana.

Por el contrario, el consumo diario de bebidas alcohólicas se reduce en al menos de un punto porcentual respecto al año 2000, situándose en la actualidad en el 3,4% de la población encuestada. La continuidad en el consumo de bebidas alcohólicas es muy elevada en los estudiantes de 14 a 18 años. Así, un 99,3% de los encuestados en 2004 que declaraban haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida reconocían que continuaban consumiéndolas en el último año y el 85,5% en el último mes. Cuando el análisis se realiza a partir del consumo en el último año, se observa que el 86,1% de los estudiantes también continúan consumiendo alcohol en el último mes y el 44,5% todos los fines de semana.

Consumidores de riesgo

Tomando como referencia la tipología propuesta por la OMS (28 UBE/semana en hombres y 17 UBE/semana en mujeres), se observa un descenso de 10 puntos porcentuales respecto al año 2000, en la proporción de los bebedores de riesgo en la población general. La prevalencia actual se sitúa en el 12,2%, con una cifra similar para ambos géneros, aunque con un descenso mucho más acusado en las mujeres que en los hombres en los últimos cuatro años.

En los estudiantes, por el contrario, ha aumentado de forma muy importante la prevalencia de los bebedores de riesgo, pasando en los chicos del 11% en 2000 al 20,1% en 2004 y en las chicas del 12,9% al 16,4%. Un dato altamente significativo es que estos porcentajes son muy superiores a los promedios nacionales.

Consumidores abusivos

Otro indicador relevante es la proporción de consumidores abusivos de alcohol, según la definición del Ministerio de Sanidad y Consumo, que utiliza el Observatorio Español sobre Drogas (> 6 UBE/día en los hombres y > 5 UBE/día en las mujeres). La prevalencia de este tipo de consumidores es del 5,2% en el conjunto de la población de Castilla y León y prácticamente idéntica en ambos géneros (5,1% en hombres y 5,4% en mujeres), descendiendo eso sí más en las mujeres que en los hombres entre 2000 y 2004. Por lo que respecta a la edad, es significativo que los grupos con una mayor prevalencia de consumo abusivo de alcohol son los comprendidos entre 20-29 años (6,3%), 30-39 años (5,5%) y 14-19 años (5,4%). Se observa un descenso considerable, en el porcentaje en todos ellos, en relación con los datos observados en el año 2000.

En la población de estudiantes, la prevalencia de consumidores abusivos de alcohol alcanza el 5,5% en los chicos y el 2,4% en las chicas, aumentando respecto al año 2000 (4% en varones; 1,9% en mujeres) y superando claramente los promedios nacionales.

Intoxicaciones etílicas

El 20% de la población general admite haberse emborrachado referido a los últimos 6 meses, manteniéndose estable esta proporción desde el año 2000. Los episodios de embriaguez aumentan en los hombres, que han pasado del 22,6% en 2000 al 25,3% en 2004, mientras que descienden en las mujeres, que pasan del 19,2% en 2000 al 14,5% en 2004.

Por edad, la mayor proporción de borracheras se produce en el rango entre 14-19 años (47,3%) y de 20-29 años (37,7%), descendiendo a partir de aquí progresivamente con la edad. Las intoxicaciones etílicas, referidas a los últimos 30 días previos a la encuestas, en los estudiantes han aumentado en 6,6 puntos porcentuales entre 2000 y 2004, situándose este último año en el 35%. Este aumento se produce de forma similar en hombres y en mujeres.

Abstemios

La proporción de abstemios se sitúa en el 11,3% del conjunto de la población, descendiendo progresivamente desde el año 1992 como consecuencia del desplazamiento de éstos hacia el consumo ocasional de bebidas alcohólicas. En este indicador las diferencias por género son importantes (hombres 8,3%, y mujeres 14,5%), apreciándose un aumento progresivo con la edad a partir de los 29 años.

Un dato positivo es que en los estudiantes, el porcentaje de abstemios, sube sensiblemente hasta situarse en el 28,3% en 2004, aumentando tanto en los hombres (27,7% en 2004; 20,6% en 2000) como en las mujeres (28,9% en 2004; 24,7% en 2000). Es significativo que entre los más jóvenes, la equiparación de género en el consumo de bebidas alcohólicas determine que en las mujeres haya incluso una menor proporción de abstemias.

Edad de inicio

Las edades de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas en los estudiantes de Castilla y León se encuentran estabilizadas en los 13 años y medio para los primeros contactos con el alcohol y en los 15 años para el inicio en el consumo semanal habitual. El periodo crítico para la generalización del consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en los primeros años de la adolescencia: los 14-15 años para experimentar con el alcohol, los 15 y 16 años para consumirlo habitualmente y para tener las primeras borracheras y los 16 años para emborracharse habitualmente.

El consumo de bebidas alcohólicas aumenta de un modo muy importante con la edad. El 60% de los estudiantes de 14 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida; porcentaje que alcanza el 94% a los 18 años. Un 10% de los estudiantes de 14 años consume todos los fines de semana, cifra que alcanza el 45,4% a los 18 años.

1.1.4.4.- Consecuencias negativas del consumo de alcohol

El binomio alcohol - conducción es una combinación muy peligrosa para la seguridad vial y, en consecuencia, para la siniestrabilidad en el tráfico. En la población general, según las distintas fuentes ha disminuido el porcentaje total de personas que refieren haber conducido bajo los efectos del alcohol en el último año, siendo los adolescentes y jóvenes varones, los que con mayor frecuencia incurren en este comportamiento de riesgo un mayor número de veces (4 veces) o en el de viajar como pasajero en un vehículo cuyo conductor estaba bajo los efectos del alcohol (6 veces). Hay que significar que las diferencias por género de ambas conductas de riesgo son acusadas, manteniéndose los hombres por encima de las mujeres. Un 2,1% de la población general reconoce haber tenido a lo largo de su vida algún accidente de tráfico, que precisó de atención médica, como consecuencia del alcohol.

En la población de estudiantes, el 2,3% de los encuestados en 2004, admite haber tenido accidentes de circulación estando bajo los efectos del alcohol, siendo esta proporción mucho mayor en los chicos (3,5%) que en las chicas (0,9%). Declaran haber conducido bajo los efectos de las bebidas alcohólicas o haber sido pasajeros de un vehículo conducido por alguien bajo sus efectos el 17,3% de los estudiantes, lo que supone una reducción respecto a los datos de 2000 y una proporción inferior al promedio nacional.

Otro tipo de problemas debidos al consumo de bebidas alcohólicas en la población general son, por orden de frecuencia: riñas, peleas o agresiones (4,3%); faltar al trabajo o al colegio (2,3%) y detención por la policía o fuerzas de orden público (1,3%). En el caso de los estudiantes, una proporción importante (45,4%) declara haber tenido problemas por el consumo de alcohol alguna vez en su vida. Por tipo de problemas, los más significativos son: riñas, peleas o agresiones (24,8%); problemas económicos (14,5%); conflictos familiares (11,4%); problemas de salud (11,3%) y problemas escolares (10,5%).

Un indicador de interés para valorar las consecuencias del consumo excesivo de bebidas alcohólicas es analizar la evolución de las admisiones a tratamiento por esta causa. Según los datos recopilados y compilados por el Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías de Castilla y León (SAITCyL) la proporción de admisiones a tratamiento por abuso de alcohol ha aumentado de forma progresiva en los últimos cuatro años, pasando de un 21,1% en 2000 a un 27,3% en 2003. El perfil de las personas atendidas se mantiene a lo largo del tiempo y se caracteriza por los siguientes rasgos o variables: hombre (84%), con estudios primarios o inferior (54%), de una edad media de 43 años y con una antigüedad de consumo problemático de alcohol de 18 años.

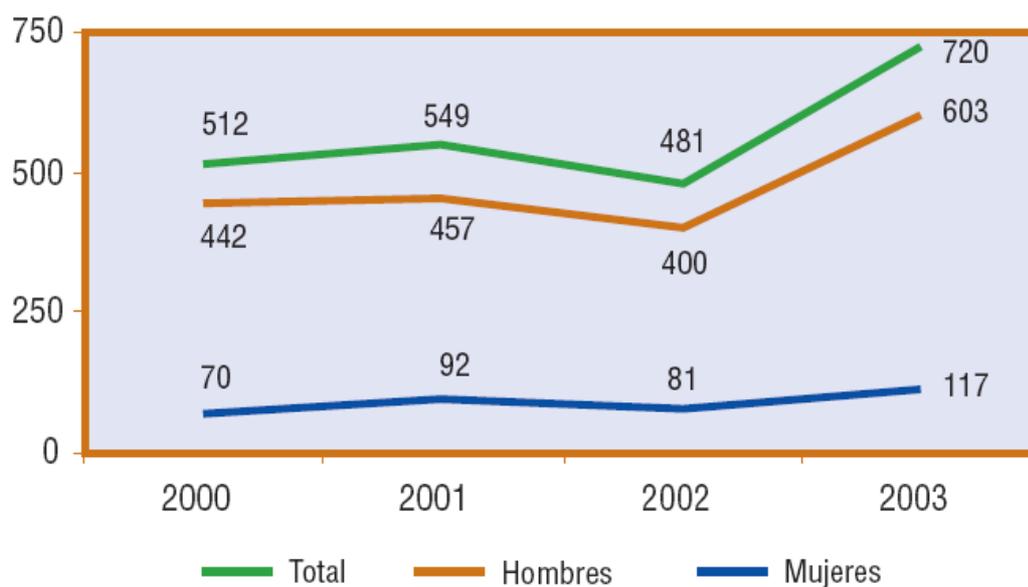


Figura 1: Evolución de las admisiones a tratamiento por abuso de alcohol en Castilla y León.
Fuente: Sistema autonómico de información sobre toxicomanías. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la droga

En la evaluación del IV Plan Regional sobre Drogas se analiza la evolución y la prevalencia de otro tipo de problemas que son de interés para caracterizar las consecuencias negativas del abuso de alcohol, como son los episodios de urgencias hospitalarias y la presencia de alcohol en conductores que son víctimas de accidentes de tráfico.

1.1.4.5.- Motivaciones para consumir y no consumir bebidas alcohólicas

La población de estudiantes refiere como principales motivos para consumir alcohol: *“porque le gusta su sabor”* (78,8%) y *“por placer y para divertirse”* (64,5%). También tienen importancia, aunque con una importancia mucho menor, motivaciones como: *“para olvidar problemas personales”* (17,7%), *“para sentir nuevas emociones”* (15,8%), *“para superar la timidez y relacionarse mejor”* (15,4%) y *“para ligar”* (11,8%).

Entre los principales motivos para no consumir bebidas alcohólicas, los estudiantes señalan los siguientes: *“porque es malo para la Salud”* (57,2%), *“porque la gente que consume alcohol pierde el control y es desagradable”* (43,5%), *“por sus efectos negativos: resaca, mareos y vómitos”* (37,2%), *“porque provoca accidentes graves”* (26,9%) y *“porque consumir bebidas alcohólicas es demasiado caro”* (19,3%).

Por lo que respecta a las razones de la población general para abandonar el consumo de bebidas alcohólicas, las principales son las relacionadas con la Salud y la recomendación médica, seguidas por el consejo de familiares.

1.1.4.6.- Disponibilidad percibida

El alcohol es la droga a la que los adolescentes y jóvenes de Castilla y León declaran tener una mayor accesibilidad. El 95,6% de los estudiantes entre 14 a 18 años considera que es fácil o muy fácil conseguir bebidas alcohólicas, siendo significativo que la disponibilidad percibida en la Comunidad Autónoma sea superior a la media nacional y que esta percepción se haya incrementado en 11 puntos porcentuales en relación con los datos del año 2000.

1.1.4.7.- Observaciones y conclusiones

Los datos más significativos del consumo de bebidas alcohólicas en Castilla y León se pueden resumir del siguiente modo:

- La percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol los fines de semana aumenta considerablemente en la población general, lo que no ocurre en la población escolar donde se ha producido un descenso. Hay diferencias importantes por género en la percepción del riesgo, siendo mayor en las mujeres que en los hombres, aunque en la población más joven estas diferencias son menos acusadas.

-En la población general, los niveles de consumo experimentan una tendencia ligeramente descendente, fundamentalmente debido a la reducción en las mujeres. Esta tendencia no se reproduce en la población de estudiantes, donde la evolución es negativa. Existen diferencias significativas en función del género, salvo en los consumos abusivos donde se aprecia una equiparación sexual y en los rangos de edad inferiores donde las diferencias son menores. Es significativo el menor porcentaje de mujeres adolescentes que se declaran abstemias.

-El consumo de fin de semana es el patrón predominante, tanto en frecuencia como en intensidad, especialmente en adolescentes y jóvenes (14-39 años), que es el segmento de edad donde se producen las mayores prevalencias de este tipo de consumo. En sentido opuesto, los consumos bajos y moderados son más frecuentes entre semana, manteniéndose la tendencia de sustitución del patrón de consumo mediterráneo por el característico del centro y norte de Europa.

-Las motivaciones para el consumo en la población de estudiantes se relacionan con el placer y la diversión. Asimismo, los motivos para no consumir alcohol o para dejar de hacerlo tienen que ver con la aparición de problemas de salud, con la recomendación médica y con sus efectos negativos a corto plazo.

- La accesibilidad percibida de los estudiantes al alcohol tiene una evolución negativa, situándose en la actualidad por encima del 95%.

Pero una vez más hemos de insistir en que, tras todas estas observaciones y cifras, existe una problemática social derivada del consumo abusivo de alcohol que afecta negativamente a la Salud y al Bienestar y que se traduce en múltiples situaciones problemáticas que condicionan e influyen muy negativamente en la vida familiar y social (malos tratos, rupturas familiares, siniestralidad en el trabajo y en las carreteras, violencia, aislamiento social y marginación, etc) y que alteran de manera significativa la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) como indicador global de los resultados negativos consientes al consumo de riesgo de bebidas alcohólicas.

1.1.5.- Importancia a nivel local:

El 28 de Diciembre de 2000 fue aprobado por el Pleno del Ayuntamiento de Salamanca, con el apoyo de todos los grupos municipales, el II Plan Municipal sobre Drogodependencias.

Conclusiones del I Plan Municipal sobre drogodependencias:

El I Plan Municipal sobre Drogodependencias de Salamanca partía de una serie de presupuestos que configuraban sus líneas de actuación. En lo referente al alcohol, en el momento de su implantación existía una preocupación en la ciudad, por el fenómeno de las drogodependencias, fundamentalmente y básicamente en lo relacionado con el alcohol y el tabaco, aunque sin obviar otro tipo de consumos.

1.2 Objetivos y estrategias:

1.2.1.- Nivel europeo:

Desde un punto de vista Europeo, el consumo de alcohol en población adolescentes tiene tal importancia, que en el 16 de junio del 2001, se publicaron unas recomendaciones del Consejo de la Unión Europea sobre el consumo de alcohol en particular de los niños y adolescentes ¹¹. Entre estas aparecen los siguientes objetivos y estrategias:

1) Fomentar la investigación en todos los diferentes aspectos de los problemas asociados con el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y, en particular, de los niños y adolescentes, a fin de definir y evaluar lo mejor posible las medidas para hacerles frente;

2) Garantizar que el desarrollo, aplicación y evaluación de políticas globales de promoción de la salud y de programas dirigidos a niños, adolescentes, padres, profesores y cuidadores, a escala local, regional, nacional y europea, deban incluir de la manera adecuada el tema del alcohol, haciendo especial hincapié en contextos como las organizaciones juveniles, las organizaciones deportivas y los colegios, y teniendo en cuenta las experiencias existentes, por ejemplo las escuelas promotoras de la salud;

3) Elaborar y difundir a las partes interesadas información basada en hechos relativa a los factores que inducen a los jóvenes, en particular a los niños y adolescentes, a empezar a consumir alcohol;

4) Fomentar un enfoque multisectorial para educar a los jóvenes en lo referente al alcohol, con el fin de contribuir a evitar las consecuencias negativas de su consumo, con la participación, según convenga, de los servicios de educación, sanidad y juventud, los organismos policiales, las organizaciones no gubernamentales pertinentes y los medios de comunicación;

5) Apoyar medidas de sensibilización sobre los efectos del consumo de alcohol, especialmente en los niños y adolescentes, y sus consecuencias para las personas y la sociedad;

6) Incrementar la participación de los jóvenes en las acciones y las políticas relacionadas con su salud, utilizando plenamente las contribuciones que puedan realizar, sobre todo en el campo de la información, y fomentar actividades específicas que sean iniciadas, planificadas, aplicadas y evaluadas por los jóvenes;

7) Fomentar la producción de material informativo para ayudar a los padres a tratar con sus hijos de los problemas del alcohol, y promover su difusión a través de redes locales como los colegios, los servicios de asistencia sanitaria, las bibliotecas y los centros públicos, así como a través de Internet;

8) Seguir desarrollando iniciativas específicas dirigidas a los jóvenes sobre los riesgos de la conducción en estado de ebriedad, con una referencia particular a entornos como centros de ocio y diversión, escuelas y autoescuelas;

9) Actuar sin demora contra la venta ilegal de alcohol a menores de edad y, cuando sea necesario, exigir que se acredite la edad;

10) Fomentar en particular el desarrollo de planteamientos concretos sobre la detección precoz y las consiguientes intervenciones coherentes destinadas a prevenir la dependencia del alcohol de los jóvenes.

II. Los Estados miembros, en función de sus distintos entornos jurídicos, normativos o autorreguladores, deberían, si procede:

1) Fomentar, en cooperación con los productores y los distribuidores de bebidas alcohólicas y organizaciones no gubernamentales pertinentes, el establecimiento de mecanismos eficaces en los sectores de la promoción, la comercialización y la distribución, para:

a) Evitar que los fabricantes elaboren productos alcohólicos especialmente destinados a niños y adolescentes;

b) Evitar que el diseño o la promoción de bebidas alcohólicas estén dirigidos a los niños y adolescentes, y prestar particular atención, entre otras cosas, a los elementos siguientes:

- La utilización de estilos (tales como tipografía, motivos o colores) asociados con la cultura juvenil,

-La utilización de niños, adolescentes o otros modelos de aspecto juvenil en campañas de promoción,

-Las alusiones y las imágenes relacionadas con el consumo de drogas y de otras sustancias nocivas, como el tabaco,

- Los vínculos con la violencia o el comportamiento antisocial,

- Las insinuaciones de éxito social, sexual o deportivo,
 - La incitación al consumo de alcohol de niños y adolescentes, incluida la venta a bajo precio de bebidas alcohólicas a adolescentes,
 - El patrocinio o la publicidad en eventos especiales de carácter deportivo, musical o de otra índole en los que participen o a los que asistan como espectadores un importante número de niños y adolescentes,
 - La publicidad en medios de comunicación destinada a niños y a adolescentes o que llegue a un gran número de niños y adolescentes,
 - La distribución gratuita de bebidas alcohólicas a niños y adolescentes, así como la venta o la distribución gratuita de productos que se empleen para promocionar bebidas alcohólicas y que puedan resultar particularmente atractivos para niños y adolescentes;
- c) Desarrollar, si procede, una formación específica dirigida a camareros y vendedores respecto de la protección de niños y adolescentes y de las restricciones existentes en la licencia para la venta de alcohol a los jóvenes;
- d) Permitir a los fabricantes recibir asesoramiento antes de comercializar un producto o de invertir en él, así como sobre las campañas de comercialización antes de su lanzamiento;
- e) Garantizar que las quejas contra productos que no se estén promocionando, comercializando o distribuyendo con arreglo a los principios expuestos en las letras a) y b) puedan gestionarse de forma eficaz y que, en su caso, dichos productos puedan ser

retirados de la venta y pueda ponerse fin a las prácticas de comercialización o promoción inadecuadas;

2) Instar a las organizaciones productoras y comerciales representativas del sector de las bebidas alcohólicas a que se comprometan a respetar los principios antes enunciados.

III. En esta misma misiva, se invita a la Comisión Europea como máximo órgano ejecutivo de la Unión Europea, en cooperación con los Estados miembros a que:

1. Apoye a los Estados miembros en sus esfuerzos por aplicar estas Recomendaciones, en particular recabando y ofreciendo datos comparables adecuados y facilitando el intercambio de información y de las mejores prácticas;

2. Fomente la investigación ulterior, a escala comunitaria, sobre la actitud y motivación de los jóvenes, en particular niños y adolescentes, con respecto al consumo de alcohol, y supervise la evolución en curso;

3. Haga un seguimiento de los cambios y las medidas que se adopten en los Estados miembros y a escala comunitaria, evalúe y controle dichos cambios y medidas, y, en este contexto, mantenga un diálogo continuo, constructivo y estructurado con todas las partes interesadas;

4. Informe sobre la aplicación de las medidas propuestas, basándose en la información facilitada por los Estados miembros, antes de que concluya el cuarto año desde la fecha de adopción de la presente Recomendación y posteriormente de manera periódica; evalúe hasta qué punto las medidas propuestas resultan eficaces, y estudie la necesidad de efectuar una revisión o poner en marcha otras acciones;

5. Haga pleno uso de todas las políticas comunitarias, en particular del programa de acción en el ámbito de la salud pública, con el fin de hacer frente a los asuntos que trata la presente Recomendación.

1.2.2.- Nivel nacional:

Los principales objetivos y estrategias en materia de consumo de alcohol en adolescentes, diseñados a nivel estatal por el Ministerio del Interior a través del Plan Nacional sobre drogas (PNSD) son ⁶:

1º Mantener y potenciar el debate político constructivo que ha sido una constante desde los inicios del PNSD, y que ha permitido una colaboración entre las distintas formaciones políticas, con la vista puesta en la consecución del objetivo común de reducir la extensión de las drogodependencias y mejorar la situación de los afectados.

2º Impulsar la sensibilización de la sociedad y promover la participación de todas aquellas instituciones privadas, colectivos, asociaciones y particulares que deseen trabajar en este tema, siendo conscientes de que se trata de una tarea que sólo entre todos es posible llevar a cabo.

3º Priorizar la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse a este problema teniendo en cuenta los consumos emergentes de carácter recreativo, el alcohol y el tabaco. Pero se trata, fundamentalmente, de una prevención basada en la educación y dirigida de forma destacada a los niños y jóvenes para fomentar su maduración emocional y social, orientada al fomento de su capacidad crítica, su autonomía como personas y la clarificación y fortalecimiento de sus valores. Una

educación, en suma, que les haga libres y capaces de adoptar decisiones más adecuadas para sus proyectos de vida y para su integración en una sociedad cada vez más tolerante y solidaria. La prevención de las drogodependencias se interesará por evitar tanto el uso y abuso de drogas como otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo. Por ello resulta necesario incluir actividades de detección y tratamiento de las patologías orgánicas y psicológicas asociadas al consumo.

4º El PNSD aborda el problema del abuso de drogas desde una perspectiva global, lo que supone incorporar plenamente todas las sustancias que pueden ser objeto de uso y abuso, con una especial atención al alcohol y tabaco.

Áreas específicas de intervención

La Estrategia Nacional sobre Drogas plantea un análisis del fenómeno de las drogas desde una perspectiva global e integrada por lo que contempla diferentes áreas para la intervención en las cuales se explicita el nivel de priorización de las mismas. Estas áreas se han agrupado en tres niveles básicos estratégicos: reducción de la demanda, reducción de la oferta y cooperación internacional

a) Principios de actuación: Un pilar fundamental de cualquier estrategia preventiva será la promoción de la educación para la salud. Así, la educación sanitaria de la población general y la educación para la salud en la escuela se convierten en estrategias básicas a partir de las cuales se deberán diseñar programas y actuaciones.

b) Ámbitos prioritarios de intervención: Se destacan como ámbitos prioritarios de intervención los ámbitos escolar, familiar, laboral, comunitario y de la comunicación social.

1º **Ámbito escolar:** Las actuaciones en este ámbito deben de implicar a la comunidad escolar en su conjunto, esto es, a los profesores, los alumnos y los padres. Se considera que la estrategia básica de actuación debe desarrollarse a través de la educación para la salud, como materia transversal, según la LOGSE. Esto deberá ser complementado con intervenciones intensivas sobre grupos especialmente vulnerables entre los que cabe mencionar aquellos afectados por el fracaso escolar. Las actividades que se desarrollen con los alumnos estarán dirigidas por su profesorado e integradas en las actividades escolares y extraescolares del centro educativo.

Es aconsejable que todas ellas formen parte del proyecto educativo del centro, sean continuadas en el tiempo y no esporádicas, de forma que un alumno pueda comenzar dichas actividades y seguir con las que correspondan a los cursos superiores por los que habrá de pasar. Se considera importante y conveniente que los profesores cuenten con el apoyo de profesionales de la prevención de las drogodependencias, con el fin de solventar los problemas y dificultades que puedan surgir en el desarrollo de estos programas.

Es necesario también que la actuación del profesor se vea ayudada por la existencia de unos materiales preventivos que, adaptados a la etapa evolutiva del alumno, incidan especialmente en los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos. Además deberían abordar otros aspectos como los hábitos de higiene, autocuidados de salud, la autoestima, la resistencia a la presión del grupo, el desarrollo de la capacidad crítica frente la influencia de la publicidad y otros factores que se consideran protectores frente al consumo de drogas. Dichos materiales deberán estar suficientemente contrastados y experimentados.

Objetivos generales en relación con el consumo de alcohol en adolescentes:

1. Ofrecer a la población información suficiente sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y las otras sustancias capaces de generar dependencia o cuyo uso puede entrañar riesgos para la población que las consume.

2. Potenciar la formación del personal docente de Educación Primaria y Secundaria sobre los problemas relacionados con el consumo de drogas.

3. Lograr que la mayoría de los escolares, al finalizar la educación obligatoria, hayan recibido información objetiva suficiente y formación adecuada sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas y adquirido destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente su relación con las mismas.

4. Poner en marcha medidas de control sobre la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco que protejan a los menores de edad. En el año 2003, todos los Planes Autonómicos dispondrán de medidas normativas que limiten la publicidad de tabaco y alcohol. En este contexto deberá incluirse, entre otras medidas, el control de la esponsorización de eventos de caracteres deportivos y culturales, la exposición pública de la normativa legal de prohibición del consumo o venta de estas sustancias, el control de horarios o el uso de los modelos juveniles para la exhibición de la publicidad.

5. Elaborar un proceso de autorización y acreditación de la formación del profesorado y de los programas de prevención en el ámbito escolar y homologación de materiales didácticos para su utilización en el medio escolar como instrumentos de apoyo a los educadores en la prevención del consumo de drogas.

6. Desarrollar proyectos de investigación sobre prevención de las drogodependencias en el medio escolar, familiar y comunitario.

7. Promover acciones de formación y reciclaje de animadores socioculturales, monitores de tiempo libre y otros mediadores sociales, preferentemente juveniles, como agentes preventivos en drogodependencias.

8. Desarrollar instrumentos que permitan valorar los niveles de riesgo y de protección de una determinada comunidad y que faciliten la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

14. Desarrollar programas y protocolos de diagnóstico precoz de problemas relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en los Equipos de Atención Primaria de salud.

1.2.3.- Nivel regional:

Según el informe del V Plan Regional Sobre Drogas de Castilla y León en lo que respecta al consumo de alcohol y centrándose en la población de mayor riesgo como es la adolescente, dicho plan contempla ¹⁰:

Reducir la prevalencia de consumidores habituales, abusivos y de riesgo de bebidas alcohólicas.

Objetivos específicos

- Elevar la percepción del riesgo asociada al consumo de alcohol.
- Reducir la aceptación social del alcohol en padres, adolescentes y en la población general.
- Disminuir la accesibilidad percibida a las bebidas alcohólicas en los adolescentes.

Reducir los daños asociados al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Objetivos específicos

- Reducir los accidentes de tráfico asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

Promover la formación, investigación y evaluación en materia de drogodependencias.

Objetivos específicos

- Contribuir al fomento de la investigación aplicada en materia de drogodependencias.

- Desarrollar y mantener sistemas de información rápidos, sencillos y fiables.

- Evaluar programas y servicios del Plan, en especial antes de su instauración generalizada.

- Realizar actividades de formación continuada de profesionales y mediadores clave.

Línea estratégica 1:

Prevención del consumo de drogas

El V Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León concede un carácter prioritario a la prevención basada en la reducción de la demanda, con especial atención al consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, cannabis y drogas psicoestimulantes.

Cuatro son los grandes desafíos que se propone afrontar el Plan en materia de prevención del consumo de drogas:

En primer lugar, determinar y generalizar la aplicación de las “mejores prácticas” en prevención, garantizando la influencia de los programas en la población diana a la que se dirigen, su continuidad en el tiempo y el apoyo social a los mismos.

En segundo lugar, avanzar en un modelo de prevención combinada de base comunitaria, en el que diferentes programas acreditados a nivel escolar, familiar y extraescolar actúen simultáneamente sobre los grupos más vulnerables de la sociedad, es decir, niños, adolescentes y jóvenes, intentando multiplicar así sus efectos preventivos.

En tercer lugar, generalizar las intervenciones preventivas en el ámbito laboral, incluyendo en las mismas las acciones correctoras y de apoyo que sean precisas para evitar y mitigar sus consecuencias en los trabajadores y en las empresas.

Por último, estimular la prevención a nivel local, financiando programas de calidad y promoviendo el intercambio de conocimientos, experiencias y métodos de intervención en el seno de la Red de Planes sobre Drogas de Castilla y León.

La evidencia científica pone de manifiesto que los programas sistemáticos de prevención escolar basados en el modelo de influencia social que utilizan métodos educativos interactivos y que se centran en habilidades de resistencia para hacer frente a la presión social directa o indirecta para consumir drogas, en la educación normativa y en el refuerzo del compromiso de los alumnos de no consumir drogas y de no tener intención de probarlas, son eficaces para prevenir el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes. Por otra parte, estos programas, cuando añaden componentes de cambio comunitario, como por ejemplo la movilización de la comunidad, campañas en

los medios de comunicación social e intervenciones dirigidas a la familia, ven reforzado significativamente su efecto preventivo ^{12, 13}.

En consonancia con todo lo anterior, dentro de esta línea estratégica se pretende impulsar o mantener a través del Plan las siguientes actuaciones clave:

- Aplicación de programas acreditados de prevención escolar, preferentemente en el grupo de edad comprendido entre los 10 y 16 años.

- Desarrollo de programas acreditados de prevención familiar a nivel universal, selectivo e indicado.

- Realización de programas acreditados de prevención extraescolar que incidan sobre los mismos factores de riesgo y de protección que los programas escolares y familiares.

- Realización de programas de detección precoz e intervención temprana frente al uso y abuso de drogas.

Línea estratégica 2:

Regulación y control

Por lo que se refiere a las bebidas alcohólicas, se dispone de suficiente evidencia sobre el importante papel que juega el incremento del precio a través de los impuestos en el nivel total de consumo de alcohol ¹⁴. Cuando los precios son más altos los consumos son menores, y viceversa, aunque la magnitud del efecto varía según la bebida, el país y el momento.

Pese a que la evidencia disponible es todavía limitada, en general, se puede afirmar que a edades tempranas el consumo de alcohol es sensible a la oscilación de precios. Así, la cantidad de alcohol consumido por los jóvenes y una proporción importante de las intoxicaciones etílicas potencialmente aumentan si el precio del alcohol baja ¹⁵.

Asimismo, se ha observado que las estrategias orientadas al control del consumo de alcohol han tenido influencia en la disminución de su uso y que la legislación sobre restricciones en la venta de bebidas alcohólicas ha sido efectiva.

Una forma importante de influir sobre la aceptación social del consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, y de reducir la legitimación social que reciben a través de la publicidad y de diferentes formas de promoción, es garantizar un alto grado de cumplimiento de la legislación vigente. Muchos adolescentes y jóvenes consideran que consumir alcohol, tabaco y cannabis es algo normal, y que por ello sus padres y los poderes públicos toleran su consumo a pesar de estar prohibido o de estar sometido a importantes restricciones.

Como necesario complemento de las medidas de prevención a través de la reducción de la demanda, se realizarán las siguientes acciones clave de regulación y control dentro del ámbito de competencias de la Comunidad Autónoma:

- Revisión de la Ley 3/1994, de 29 de marzo, de prevención, asistencia e integración social de drogodependientes de Castilla y León para ajustarla a las exigencias actuales y para elevar la edad legal de acceso al alcohol y al tabaco hasta los 18 años.

- Regulación del régimen de inspección y sanción que garantice el cumplimiento de la legislación vigente en materia de publicidad, promoción, venta y consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

- Realización de un programa anual de vigilancia del cumplimiento de la legislación en el que se desarrolle una acción coordinada de los distintos órganos de inspección y control implicados (consumo, trabajo, educación, salud, servicios sociales, policía municipal, guardia civil, etc.) y que incida especialmente en la promoción, publicidad y venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores

Línea estratégica 3:

Reducción de los daños asociados al uso y abuso de drogas

El control del límite de edad para consumir bebidas alcohólicas es una medida efectiva para reducir la accidentalidad por tráfico ¹⁶. Como ponen de manifiesto distintos estudios realizados principalmente en Estados Unidos, elevar la edad mínima permitida para consumir alcohol hasta los 21 años permite reducir entre un 10% y un 15% las muertes por accidentes de tráfico relacionados con el alcohol entre los jóvenes.

En consonancia con lo expuesto anteriormente, dentro de esta línea estratégica se impulsarán, mantendrán o incorporarán las siguientes actuaciones clave:

— Inclusión de contenidos sobre la influencia del alcohol, los medicamentos y otras drogas en la conducción y en la seguridad vial dentro de las actividades de formación de las autoescuelas.

— Fomento del conductor designado y del transporte alternativo, especialmente en jóvenes conductores durante las noches de los fines de semana.

— Realización de controles periódicos de alcoholemia a los conductores, con especial atención a los jóvenes durante las noches de los fines de semana y en periodos o acontecimientos festivos especiales.

Línea estratégica 5:

Formación, investigación y sistemas de información

El aumento del conocimiento sobre los factores determinantes y las consecuencias del consumo de drogas, sus patrones y niveles de uso, así como de la eficacia de los distintos programas e intervenciones, es un factor clave para la mejora y el éxito de las actuaciones previstas en las cuatro líneas estratégicas anteriores.

El impulso de esta línea de intervención se realizará a través del Observatorio sobre abuso de drogas de Castilla y León desarrollando cuatro grandes ejes de actuación:

— Fomento de la investigación aplicada, colaborando preferentemente con el Observatorio Español sobre Drogas y con las Universidades de Castilla y León. Los proyectos de investigación centrarán su interés sobre fenómenos de reciente aparición de los que se desconoce su evolución y el impacto que pueden tener sobre los patrones de consumo de drogas, sus consecuencias y la necesidad de nuevos recursos o de la adaptación de los ya existentes.

— Desarrollo de sistemas de información rápidos, sencillos y fiables a través de los cuales realizar un seguimiento continuo del problema de las drogodependencias en la Comunidad Autónoma. A través de estos sistemas se pretende detectar nuevos patrones y perfiles en el consumo de drogas, la evolución del fenómeno y posibles líneas de investigación.

— Evaluación de programas y servicios como pieza clave para la mejora continua de la calidad de las actuaciones. Dentro de este eje se prestará una especial atención a la evaluación de intervenciones con carácter previo a su instauración generalizada.

— Formación continuada de los profesionales y mediadores clave que intervienen en drogodependencias, teniendo en cuenta para ello sus demandas y las necesidades detectadas para el desarrollo y la mejora de las actuaciones previstas en el Plan.

Como actuaciones preferentes del Observatorio sobre abuso de drogas de Castilla y León se impulsarán, realizarán o se colaborará para el desarrollo de las siguientes:

— Vigilancia de la magnitud, patrones y consecuencias del consumo de drogas en la población general, escolar y trabajadora de la Comunidad Autónoma.

— Conocimiento de las actitudes, creencias y motivaciones de la población en relación con el consumo de drogas

1.2.4.- Nivel municipal:

Como objetivos y estrategias en lo que respecta al consumo de alcohol en jóvenes, el II Plan Municipal sobre Drogodependencias de Salamanca del año 2002 ¹⁷ pretende:

1. Abordar el problema del uso y abuso de las drogas desde una perspectiva global; atendiendo todos los tipos de drogodependencias, dando prioridad al alcohol y al tabaco puesto que son las drogas más consumidas.

2. Impulsar una prevención basada en la educación y dirigida de forma destacada a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes para fomentar su capacidad crítica, su autonomía como personas y la clarificación y fortalecimiento de sus valores, así les ayudamos a ser capaces de adoptar las decisiones más adecuadas para sus vidas. En los programas preventivos se intentará evitar tanto el uso y abuso de drogas como otros problemas sociales y sanitarios asociados al consumo, mediante programas de reducción de daños

Prevención del consumo de drogas

Las medidas y objetivos tenderán a conseguir la efectividad de las intervenciones, a través de acciones coordinadas y participativas. Así mismo se promoverán aquellos programas preventivos, debidamente planificados, con sustento científico y en los que se evalúe su eficacia. La prevención del consumo de drogas, debemos encuadrarla en un marco amplio y global de promoción y educación para la salud.

a) Ámbito escolar

Las actividades que se desarrollen con el alumnado estarán dirigidas por su profesorado y éstas formarán parte del proyecto educativo del centro, asegurando su continuidad y evitando lo eventual. Se estima que es importante que el profesorado cuente, por un lado, con el apoyo de profesionales de la prevención de las drogodependencias; y por otro con materiales preventivos contrastados, experimentados y adaptados a la etapa evolutiva de los alumnos.

Objetivos

Establecer acuerdos con las Universidades de Salamanca con el objetivo de tener incluida la Educación para la Salud en el curriculum formativo del personal docente de Educación Primaria y Secundaria.

Desarrollar, como mínimo, un programa de prevención de drogas dirigido a estudiantes universitarios.

Reducción de la oferta:

En esta área nos referimos a la consolidación y desarrollo de las medidas normativas establecidas, de competencia municipal tendentes al control de la publicidad, venta y consumo de las sustancias: Ordenanza Municipal de prevención del alcoholismo y tabaquismo.

Objetivos: Consolidar la coordinación entre las entidades que intervienen en el Plan Municipal sobre Drogodependencias y la Policía Local. Favorecer el cumplimiento de la Ordenanza Municipal de prevención del alcoholismo y tabaquismo

1.3.- Efectos físicos del consumo de alcohol:

La OMS define la *Dependencia del alcohol* como un trastorno caracterizado por un fuerte y persistente deseo de beber, pese a las consecuencias nocivas, la incapacidad para dominar este hábito, la mayor prioridad concedida al consumo de alcohol respecto a otras actividades y obligaciones, la tolerancia al alcohol, y una sensación física desagradable cuando se interrumpe bruscamente su consumo.

Es conocida la capacidad del etanol para producir trastornos psiquiátricos y su posible utilización para mitigar determinados estados emocionales.

El riesgo de suicidio en población alcohólica es de 60 a 100 veces el encontrado en la población general. Entre un 5-27% de todas las muertes entre los alcohólicos son debidas al suicidio.

Con ocasión del Día Mundial de la Salud, 7 de abril de 2001, dedicado a personas que sufren trastornos mentales o neurológicos y problemas psicosociales, como los derivados del abuso de alcohol y de las drogas, la OMS lanzó un mensaje: “*podemos hacer más y mejor. Sí a la atención, no a la exclusión*”.

El uso del alcohol representa una paradoja infrecuente para los clínicos ¹⁸. La humanidad lo ha usado con seguridad y de forma agradable durante milenios y como se decía, ocupa un lugar importante en ceremonias seculares y religiosas. Además, la ingesta moderada puede mejorar la salud. Sin embargo, un subgrupo de bebedores de alcohol, puede desarrollar complicaciones catastróficas relacionadas con el consumo.

1.3.1.- Estudios sobre el riesgo del consumo de alcohol:

No existen estudios aleatorizados a largo plazo sobre la administración de alcohol. Nuestro conocimiento de los efectos del consumo moderado de alcohol en los seres humanos se deriva principalmente de dos fuentes: ensayos a corto plazo analizando los efectos fisiológicos del alcohol y los estudios observacionales que comparan los bebedores moderados con los abstemios.

Los ensayos a corto plazo del consumo de alcohol deberían centrarse en medidas intermedias en lugar de los resultados de la propia enfermedad. Los ejemplos incluyen la medición del efecto del alcohol sobre los parámetros hemostáticos, los niveles de lípidos, o la función cognitiva¹⁹⁻²¹. Estos estudios aportan muy poco al debate sobre el equilibrio entre los riesgos y beneficios del consumo de alcohol a largo plazo; y su uso a largo plazo. Además, estos estudios tienden a ser realizados utilizando jóvenes sanos, blancos y varones; por lo que los resultados no pueden ser extrapolados a otras poblaciones.

La principal dificultad de los estudios observacionales que comparan los abstemios con bebedores, es que la toma de alcohol no se distribuye al azar entre los individuos; los abstemios son diferentes de los que beben por la cantidad de alcohol que consumen estos últimos. Basta con ajustar las diferencias no medibles entre los abstemios y los bebedores, pues pueden ser inadecuadas al hacer comparaciones entre los dos grupos. Algunas de las "diferencias no medibles" incluyen:

- La cese de beber con enfermedad - Las personas que están enfermas (tanto si se dan cuenta o no) puede dejar de beber. Si lo hacen, el grupo de abstemios saludable se diluirá con el de exbebedores de alto riesgo de enfermedad y muerte. Como ejemplo, el

British Regional Heart Study encontró que una gran proporción de los abstemios son ex bebedores con altas tasas de hipertensión arterial, bronquitis crónica, y las enfermedades coronarias²². Incluso los pacientes que tienen enfermedades crónicas asintomáticas pueden evitar el alcohol para prevenir las interacciones con los medicamentos que toman. La amplia gama de enfermedades asociadas con la abstinencia se ajusta a esta explicación²³.

- Inclusión de ex alcohólicos - Personas que permanecen en remisión de alcoholismo casi nunca vuelven a ser bebedores sociales²⁴. Por lo tanto, es más probable que sean abstemios que bebedores moderados. Las personas pueden aborrecer admitir que el alcoholismo es la razón que hay detrás de la actual abstinencia ya que el alcoholismo conlleva un fuerte estigma social.

- La abstinencia como un indicador de problemas físicos o emocionales encubiertos - La decisión de evitar el consumo de alcohol puede reflejar en si misma, datos importantes sobre la salud física y emocional. Esto quedó demostrado en un estudio prospectivo de 400 hombres, desde la adolescencia en la edad avanzada. El 33 por ciento de los abstemios de toda la vida presentaban una salud física pobre durante su infancia en comparación con el 14 por ciento de los bebedores moderados²⁵.

Del mismo modo, un análisis de 9.605 individuos con edad de de 33 años, demostró que los abstemios tenían el doble de riesgo de estrés psicológico o enfermedad limitante que los bebedores leves o moderados, independientemente de su género²⁶. Esto implica que los abstemios se diferencien bien de los bebedores mucho antes de que surjan enfermedades específicas.

- Uso moderado de alcohol como marcador de nivel socioeconómico – El uso moderado de alcohol es más común entre aquellos con mayor nivel socioeconómico, al menos en los Estados Unidos. En un estudio, por ejemplo, los bebedores actuales tenían entre un 15 a 25 por ciento más de probabilidades de haber asistido a la escuela más allá del grado 12 que los no bebedores ²⁷.

- El uso moderado de alcohol como un indicador de la resistencia al alcoholismo - Las personas que beben con moderación son, por definición, no abusadores de alcohol, pues estuvieron sometidos a un "desafío diagnóstico" para el alcoholismo y lo superaron. Lo mismo no puede decirse de los abstemios de toda la vida. Si los abstemios se iniciaran en el consumo de alcohol, algunos podrían desarrollar problemas con el alcohol. Por lo tanto, se deben interpretar los resultados de estudios observacionales que comparan los bebedores moderados y los abstemios con cautela. Este problema no es aplicable a estudios que comparan los bebedores moderados de los leves.

1.3.2 Alcohol y mortalidad global:

Los bebedores moderados generalmente tienen menores tasas de mortalidad que los abstemios o bebedores importantes. Este resultado se ha observado en estudios prospectivos de todo el mundo ²⁷⁻²⁹. Estudios ecológicos apoyan también esta conclusión ³⁰.

El riesgo relativo de muerte entre los bebedores moderados en general es 0,6 a 0,9 frente a los abstemios:

- En un estudio de 490.000 adultos, el riesgo relativo de muerte para aquellos que informaron del consumo de una bebida por día fue de aproximadamente 0,8 con relación a los abstemios²⁷. Incluso los bebedores importantes tienen una mortalidad global más baja que los abstemios.

- Un estudio de 277.000 hombres encontró un riesgo relativo de muerte de entre 0,84 y 1,38 para los casos que tuvieron un consumo entre una y seis o más bebidas al día, respectivamente³¹.

- Un informe de 12.000 médicos varones británicos encontró que el riesgo relativo de muerte por todas las causas fue de 0,7 para los consumidores de 8 a 14 bebidas por semana con relación a los abstemios, con un patrón casi idéntico al estudio anterior ³².

Moderar el consumo de alcohol se asocia con una menor mortalidad total, incluso entre los pacientes hipertensos cuya presión arterial podría ser incrementado por el consumo de alcohol^{33, 34}.

La mortalidad beneficio de alcohol no podrán ser distribuidos de manera uniforme entre la población.

- Moderar el uso del alcohol es más beneficioso para los que están en mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, los pacientes de mayor edad pueden sacar más provecho de alcohol que los más jóvenes ²⁷

La salud subjetiva – Los problemas relacionados con el alcohol reducen la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Sin embargo, pocos estudios han evaluado la forma en que el uso moderado de alcohol afecta la calidad de vida. Dos estudios transversales europeos encontraron que la autovaloración del estado de salud era mejor en los sujetos que consumen una o dos bebidas al día ^{35, 36}. Como se señaló anteriormente, los abstemios pueden ser propensos a una subjetiva mala salud, incluso en su juventud ²⁶.

Tipos de bebidas – La paradoja francesa, de que la mortalidad por enfermedades coronarias es más baja en Francia de lo que se esperaría de la alta prevalencia nacional de fumadores y del consumo de grasa saturada, se ha atribuido al consumo frecuente de vino tinto ³⁷. El vino tinto contiene sustancias fenólicas y flavonoides que tienen propiedades antioxidantes y antitrombóticas ³⁸.

Sin embargo, una revisión sistemática encontró que todos los tipos de bebidas se asocian con menores tasas de enfermedad coronaria ³⁹. Del mismo modo, los estudios prospectivos de China y Alemania, donde la cerveza es la principal bebida alcohólica, J confirmar la forma de relación entre el uso del alcohol y la mortalidad total ^{30, 40}.

1.3.3 Alcohol y morbilidad asociada

Enfermedad cardiovascular: Desde una perspectiva de salud contemporánea, el consumo de alcohol debería ser evitado siempre y cuando su consumo sea en individuos de riesgo como durante el embarazo o la conducción de cualquier vehículo. Además, el exceso en su consumo puede producir una variedad de efectos adversos incluidos insuficiencia cardíaca, hipertensión y enfermedades hepáticas.

El balance frente a estos efectos adversos es que el consumo moderado (definido entre tres y nueve UBE por semana) puede tener beneficios en la salud, particularmente en lo referente la enfermedad coronaria y el riesgo de infarto de miocardio ⁴¹.

Ictus: El alcohol incrementa o disminuye el riesgo de ictus dependiendo del nivel de consumo y del tipo de ictus. Un meta-análisis de 19 cohortes y 16 casos controles encontró los siguientes riesgos de ictus en bebedores comparándolos con abstemios ⁴²:

- En los bebedores importantes mayores de 60g/día, se incrementaba el riesgo de todos los ictus, ictus isquémicos y hemorrágicos.

- En los de uso moderado de alcohol (12-24g/día) se reducían todos los tipos de ictus, se asoció con el riesgo más bajo de ictus isquémico y no afectó al riesgo de ictus hemorrágico.

- En los bebedores leves menores de 12g/día, se asoció con el más bajo riesgo de todos los ictus y con la reducción de ictus isquémicos. Hubo además, tendencia a la disminución del riesgo de ictus hemorrágico.

Cáncer de mama: Más de 30 estudios epidemiológicos han evaluado la posible asociación entre ingesta de alcohol y cáncer de mama. Tomados juntos, hay una consistente evidencia de que el riesgo de cáncer es mayor entre la mujeres que consumen alcohol en forma moderada-importante (mayor o igual a 3 UBE/día) en comparación con las abstinentes y que esto parece tener relación con la dosis, comenzando con tomas tan bajas como 1 o 2 UBE por día ⁴³. La toma de ácido fólico en mujeres bebedoras parece atenuar este efecto por lo que se recomienda su uso en este grupo ⁴⁴⁻⁴⁷.

Cáncer gastrointestinal: Diferentes tipos de cáncer gastrointestinal están relacionados con el consumo de alcohol incluso a bajas dosis. En un estudio de 226.000 hombres, la tasa de mortalidad combinada para cáncer de boca, laringe, faringe, esófago e hígado fue del 40% mayor en los bebedores de menos de una bebida al día que en los abstemios y se incrementa progresivamente a medida que aumenta el consumo ²⁷.

La relación con el cáncer de páncreas no está del todo clara. En un estudio con 34.000 mujeres se encontró una tendencia al incremento del riesgo en relación con el mayor consumo de alcohol ⁴⁸, pero otros trabajos, no hallaron tal relación. ⁴⁹⁻⁵¹.

La asociación de cáncer en mujeres con el consumo de alcohol, ha sido recientemente revisada en un estudio que refuerza la evidencia de que existe una relación lineal entre el consumo de alcohol y el riesgo de cáncer en la mujer. En el segmento de población analizado, este riesgo sería mayor que los potenciales efectos beneficiosos, por lo que en mujeres entre 50-64 años debe recomendarse no consumir alcohol y, en caso de hacerlo, no superar 1 UBE/día ⁵².

En cuanto al cáncer hepatocelular se ha relacionado con el consumo de alcohol. La mayoría de esta asociación podría estar mediada por la cirrosis alcohólica, partiendo de que la cirrosis es preneoplásica. Un nivel seguro de consumo de alcohol con respecto a la inducción del carcinoma hepatocelular podría existir desde bajos niveles de consumo que no causasen cirrosis. Esto se apoya en estudios de casos-controles que encontraron un bajo riesgo de carcinoma hepatocelular entre bebedores moderados cuando se apartaron de la ingesta importante ⁵³⁻⁵⁵. Por otra parte, la ingesta de alcohol, incrementa el riesgo de aparición de carcinoma hepatocelular en portadores de hepatitis B y C ⁵⁶, posiblemente incluso entre aquellos con bajos niveles de consumo ⁵⁷.

Otras enfermedades hepáticas: Como se dijo antes, el consumo bajo de alcohol, no se ha podido relacionar claramente con cirrosis. Se piensa que la ingesta importante de alcohol (al menos 5 UBE al día) es la necesaria para causar cirrosis en los hombres. Estudios epidemiológicos han encontrado que el hígado enfermo se encuentra de forma infrecuente entre los bebedores moderados ^{30, 58, 59}. También cabe señalar que en pacientes con infección crónica por virus hepatotropos, se produce una aceleración a cirrosis con una media de 4 años con respecto a los abstemios ⁶⁰.

Colelitiasis: en contraste con las enfermedades hepáticas, la ingesta moderada de alcohol reduce el riesgo de producir cálculos biliares ^{61, 62}.

Pancreatitis: la ingesta de alcohol en niveles importantes, predispone a la aparición de pancreatitis tanto crónica como aguda. El consumo moderado de alcohol parece llevar un incremento relativo en el riesgo de pancreatitis crónica en relación con los abstemios., especialmente en pacientes con hipertrigliceridemia, aunque el riesgo absoluto parece ser bajo ⁶³.

Osteoporosis: El consumo importante de alcohol, predispone también a padecer fracturas de cadera causadas por caídas y osteoporosis^{64, 65}. Se debe decir sin embargo que el uso moderado de alcohol se ha asociado común incremento en la densidad mineral ósea en otros estudios⁶⁶, quizá relacionado con elevados niveles endógenos de estrógenos⁶⁷. Aún así, existe disparidad en los estudios se puede decir que el incremento del riesgo de trauma o caída supera el beneficio que pueda producir en la osteoporosis.

Diabetes mellitus: El riesgo de desarrollar diabetes mellitus esta incrementado en la población de bebedores moderados^{68, 69}. En estudios prospectivos de 42.000 hombres y 85.000 mujeres, por ejemplo, el riesgo relativo de padecer diabetes entre los bebedores moderados (de 2 a 3 UBE por día en hombres y una o más en mujeres) con respecto a los abstemios fue de 0,6^{70, 71}.

Fibrilación auricular: no está claro si la ingesta moderada a largo plazo es un factor de riesgo para la fibrilación auricular con estudios en contra de esta asociación⁷², y a favor⁷³.

Embarazo: La ingesta importante de alcohol puede causar el síndrome de alcohol fetal y una constelación de hallazgos incluidos el retardo en el crecimiento intrauterino, alteraciones en el sistema nervioso central y alteraciones faciales⁷⁴.

Entre las **manifestaciones neurológicas** relacionadas con el alcohol, se encuentran:

Debido a que el sistema nervioso central del adolescente está todavía en desarrollo, éste se hace más vulnerable a los efectos neurotóxicos producidos por el alcohol. Las consecuencias resultantes del consumo de alcohol en este grupo poblacional, no son del todo conocidas, más aún cuando se habla del *binge-drinking* (“atracones” o “episodios de consumo concentrado de alcohol”) aunque estudios recientes sugieren que los efectos que produce el alcohol en adolescentes, difieren de los que se producen en adultos. Algunos estudios ponen de relieve la existencia de consecuencias neuropsicológicas a medio-largo plazo^{75, 76}. Las patologías que se mencionan a continuación, son las que se han relacionado claramente con el consumo de alcohol en población adulta.

Demencia: Los datos de consumo de alcohol y riesgo de demencia son inconsistentes con los datos existentes a día de hoy. Esto también se debe a las limitaciones propias inherentes a los estudios observacionales que se han realizado⁷⁷. El establecimiento definitivo entre la relación del uso del alcohol y demencia todavía no es posible pero la creciente evidencia sugiere que el consumo moderado o leve podría ser protector.

La enfermedad de Wernicke-Korsakoff. La encefalopatía de Wernicke es un trastorno neurológico agudo causado por el déficit de tiamina, la triada clásica incluye: encefalopatía, disfunción ocular y ataxia. El síndrome amnésico de Korsakoff, aparece de forma tardía tras la encefalopatía de Wernicke. Cursa con manifestaciones neuropsiquiátricas consistentes en amnesia anterógrada y retrógrada⁷⁸.

Disfunción cognitiva y crecimiento ventricular. Aproximadamente el 50-70% de los alcohólicos tienen déficits cognitivos en los test neuropsicológicos ⁷⁸. Test de neuroimagen, observaciones neuropatológicas y estudios en animales, sugieren que la neurotoxicidad del etanol puede contribuir a la disfunción cognitiva. Sin embargo, no existe evidencia inequívoca de que las lesiones cerebrales en humanos sean causadas sólo por la ingestión crónica de etanol y que no exista relación con déficits nutricionales, enfermedades hepáticas o traumatismos ⁷⁹.

Degeneración cerebelar alcohólica: Algunos alcohólicos desarrollan un síndrome cerebeloso relacionado con la degeneración de las células de Purkinje en el cortex cerebelar.

Enfermedad de Marchiafava-Bignami: es una desmielinización o necrosis del cuerpo calloso y la sustancia blanca subcortical adyacente que ocurre predominantemente en alcohólicos malnutridos. El curso puede ser agudo, subagudo o crónico, y es marcada la demencia, la espasticidad, disartria e inestabilidad de la marcha. Entre los supervivientes existe un síndrome de desconexión.

Complicaciones neuromusculares: Es frecuente en estos pacientes la neuropatía periférica, incluyendo polineuropatía simétrica, neuropatía autonómica y mononeuropatías por compresión. Así mismo también es frecuente la miopatía alcohólica que puede presentarse de forma aguda con afectación necrotizante o como un proceso más indolente ⁸⁰.

Otros problemas relacionados con el alcohol en la población general y en la adolescente en particular son:

Accidentes y traumatismos: El alcohol está implicado en la morbi-mortalidad de los traumatismos ⁸¹. Desde que la mayoría de los traumatismos en accidentes de tráfico se asocian con la ingesta aguda de alcohol, la exposición al mismo se mide generalmente en concentración de alcohol en sangre más que en UBE por día o semana. También se relaciona al alcohol con la mitad o dos tercios del total de homicidios, al menos la mitad de los asaltos importantes y más de un cuarto de todas las violaciones ⁸².

Suicidios: El abuso de alcohol se asocia con un incremento en el riesgo de suicidio ⁸³. Sin embargo el consumo moderado, no parece incrementar este riesgo ⁸⁴. En un estudio prospectivo entre 49.000 jóvenes suecos, la muerte por suicidio o probable suicidio se relacionó linealmente con el nivel de consumo de alcohol ⁸⁵. Incluso en alcohólicos, el suicidio en la mayoría de los casos se piensa que requieren episodios superpuesto de depresión más que el alcoholismo solo ⁸⁶.

Intoxicación aguda: La intoxicación por alcohol es común entre pacientes que requieren cuidados de emergencia. En un estudio, el etanol fue detectado en el 15 al 40% (dependiendo de la localización geográfica) de los pacientes no seleccionados que acudieron a un servicio de urgencias ⁸⁷. La “borrachera”, que generalmente se define como la consumición de 5 o más UBE alcohólicas en una sola ocasión, generalmente resulta en intoxicación aguda ⁸⁸. Los signos y síntomas de intoxicación aguda incluyen, nistagmus, desinhibición, incoordinación, inestabilidad en la marcha, lagunas amnésicas, estupor y/o coma. La hipotensión puede ocurrir como resultado de vasodilatación periférica inducida por el alcohol, o secundaria a pérdida de volumen ⁸⁹,

⁹⁰.

1.3.4.- Alcohol y Genética:

Para cualquier nivel de consumo de alcohol, la mujer tiene, por ejemplo, una probabilidad mucho más alta de desarrollar cirrosis que el varón^{91, 92}. Aparte del componente genético ligado al sexo, un estudio realizado sobre hermanos gemelos varones mostró una mayor concordancia en gemelos monocigotos (14,6%) que en gemelos dicigotos (5,4%) para el desarrollo de cirrosis hepática⁹³. Estos hallazgos se confirmaron con posterioridad, demostrándose que la cirrosis hepática alcohólica tiene un componente genético independiente del que condiciona el desarrollo de alcoholismo⁹⁴.

Entre los responsables de este componente hereditario podríamos incluir todos los genes relacionados con los factores hepatotóxicos. Por ejemplo, no cabe duda de que las variantes genéticas que causan hemocromatosis hereditaria⁹⁵ determinan un mayor riesgo de daño hepático ante el consumo de alcohol. Sin embargo, el estudio específico de la susceptibilidad individual al desarrollo de la enfermedad hepática alcohólica se centra en los polimorfismos de genes implicados en la patogenia de esta enfermedad. En este campo se ha desarrollado la investigación más importante sobre la genética de la hepatopatía alcohólica⁹⁶ no sólo a nivel internacional sino también, en nuestra comunidad autónoma^{97, 98}.

En conclusión, los individuos que han sido abstinentes durante largo tiempo, no pueden ser fácilmente comparados con los bebedores moderados o incluso con los ocasionales. Recomendar la toma de alcohol en este grupo incluso si ellos estuviesen de acuerdo, estaría plagado de peligros pudiendo entrar en la escalada de los problemas relacionados con el alcoholismo. Las enfermedades que se previenen con el uso moderado de alcohol, son más prevalentes en los ancianos, hombres y gente con factores de riesgo cardiovasculares. Para estos grupos, la ingesta moderada de alcohol se asocia con beneficios sustanciales en la mortalidad comparados con la abstención o la ingesta ocasional.

Para adultos jóvenes o de mediana edad, especialmente mujeres, la ingesta moderada de alcohol incrementa el riesgo de morir por la mayoría de las causas comunes (tales como traumatismos o cáncer de mama). Las mujeres que beben alcohol, deberían tomar suplementos de folato para descender el riesgo de cáncer de mama. Los hombres con edades por debajo de los 45 años pueden además experimentar más daño que beneficio por el consumo de alcohol ⁹⁹. En este grupo de jóvenes, el uso moderado de alcohol es poco probable que proporcione cualquier beneficio en la mortalidad, pero el consumo de menos de 1 UBE al día, parece ser seguro si se retira temporalmente cuando se usan equipos peligrosos o vehículos. Aunque muchos expertos recomiendan que incluso la ingesta de alcohol con moderación debería ser evitada hasta la mediana edad, tal política es utópica para la mayoría de los países occidentales. Desafortunadamente nuestros jóvenes son ahora más frecuentemente introducidos en el alcohol durante su adolescencia, más o menos cuando comienzan a conducir automóviles o motocicletas, una combinación mortal. El riesgo de conducción es mayor en los primeros 2 años después de la exposición al alcohol ¹⁰⁰.

1.4.- Efectos psicológicos y sociológicos del alcohol en el adolescente

La adolescencia es la etapa de maduración del individuo –desarrollo biológico, psicológico y social-, según la mayoría de los autores, abarca entre los 10 y los 18 años. El adolescente tiene una función social indefinida, con dudas e inestabilidad, y una gran influencia de las personas de edad similar. En esta etapa, el joven adquiere sus estilos de vida que mantendrá durante toda la edad adulta.

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica habitual en nuestra sociedad, donde muchos adolescentes han tenido algún contacto con estas sustancias. Los jóvenes adquieren de manera progresiva el hábito por diversas razones: consumo en el entorno, incluidos la familia y el grupo de amigos (es mayor la influencia de estos últimos que la de los padres), la publicidad, y la curiosidad o la búsqueda de sensaciones^{101, 102}

Conductas de riesgo y desarrollo personal:

El uso y el abuso del alcohol constituyen una fuente de graves problemas para los jóvenes. Precisamente el hecho de la habitualidad de su consumo por la población juvenil, es uno de los factores que han determinado una atención y una percepción relativamente escasa para los problemas a los que da lugar. Además de esta negación y falta de percepción puede observarse también una actitud que se ha denominado de «glamourización» o de encantamiento ante el uso del alcohol, que tiene su origen en el papel socializador admitido para esta sustancia, cuyo uso incluso marca el tránsito de la niñez a la juventud.

Lo cierto es que los datos que se observan en los países desarrollados, y también en otros en desarrollo, incluso de culturas diferentes a la occidental, demuestran que una parte importante de la población adolescente y juvenil, presenta problemas relacionados con el alcohol, y así mismo, que estos datos deben considerarse como una infraestimación de la realidad. Se llega a afirmar ¹⁰³, que solo se conoce habitualmente la mitad de la prevalencia de jóvenes con problemas relacionados con el alcohol, que van a interferir y condicionar muchas veces decisivamente el desarrollo de su persona y de sus vidas.

Desde el punto de vista del conocimiento científico de las consecuencias personales del uso del alcohol en el desarrollo del joven, la alta mortalidad referida constituye una dificultad importante en los estudios prospectivos a largo plazo, por la importante atrición de la muestra que supone. Las muertes son relativamente poco frecuentes entre la adolescencia y primera juventud, pero hay una proporción de adolescentes que no sobreviven en períodos por ejemplo de 10 años, lo que a veces impide el seguimiento completo de las muestras ¹⁰⁴.

Cuando el consumo de alcohol se hace habitual en alguna manera (sea continuamente o en fines de semana), es frecuente la incidencia de problemas de salud y sociales determinados por la bebida, como los accidentes, las intoxicaciones repetidas, los fracasos académicos y laborales, la violencia y otros problemas ¹⁰⁵.

El estilo de vida en el cual el alcohol forma un ingrediente habitual, conlleva una prevalencia elevada de conductas de riesgo entre los jóvenes, al asociarse con otras conductas como por ejemplo fumar, consumir otras sustancias psicotrópicas, o mantener relaciones sexuales con múltiples compañeros, o realizar dichas relaciones sin precauciones (no utilizar preservativo, etc.). Estas conductas de múltiples riesgos, en

algún estudio, se dan más frecuentemente en jóvenes con carencias personales en su ambiente (falta de un padre, etc.), con sentimientos de desajuste emocional y actitudes poco convencionales¹⁰⁶.

Los adolescentes se involucran en el alcohol y las otras drogas a través de patrones de progresión¹⁰⁷. Desde de la abstinencia inicial, el adolescente progresa al consumo de cerveza, cigarrillos, vino, licor, y con frecuencia, posteriormente al cannabis y después otras sustancias psicotrópicas (éxtasis, cocaína, etc.). Es importante destacar el hecho de que generalmente, los adolescentes no abandonan el uso de una sustancia para pasar a consumir otra, sino que pasan a ser consumidores de múltiples sustancias con cierta habitualidad (alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis) produciéndose una mutua elevación de riesgos

El alcohol constituye por tanto un factor muy importante de progresión hacia el uso de otras sustancias, sobre todo el cannabis. Se han descrito rasgos de personalidad que representan un menor riesgo para la asociación de consumo de sustancias, como la capacidad de auto-control, la tranquilidad, la seriedad, capacidad de atención, la capacidad de organización, mientras otros como la irritabilidad, la preocupabilidad, el descuido, el desmañamiento, y otros similares serían indicadores de riesgo¹⁰⁸.

Entre los familiares descritos como protectores, destacan la estabilidad parental, así como la permanencia en el hogar de la madre o el padre¹⁰⁹.

Algunos de los rasgos descritos anteriormente y otros como problemas de disciplina doméstica o escolar, e incluso rasgos antisociales como mentiras, pequeños delitos, fugas, etc. constituyen elementos del trastorno de conducta, que se postula como un factor de riesgo para el uso y abuso del alcohol y otras sustancias.

Se admite generalmente, que el trastorno de conducta, está correlacionado con un uso más precoz de alcohol y otras sustancias, con un uso más intenso, y así mismo con el riesgo de desarrollar abuso¹⁰⁴.

El riesgo aumenta la exposición al alcohol es antes de los 15 años, y disminuye cuando se realiza pasados los 18 años¹⁰⁴. Parece casi obvio, que el mejor predictor del abuso de alcohol u otras sustancias en la adultez es el consumo precoz de alcohol o sustancias en la niñez. De hecho la dependencia del alcohol, se inicia aproximadamente antes de los 18 años en la cuarta parte de los alcohólicos

Personalidad

En el abuso del alcohol, existe evidencia de la alteración de las funciones y rendimientos neuropsicológicos más o menos importantes y duraderos, y así mismo, se producen alteraciones en la regulación y control afectivo y emocional. Sin embargo, el efecto del alcohol sobre el desarrollo de la personalidad, como el de otras sustancias, no puede comprenderse teniendo en cuenta solamente los aspectos tóxicos, sino la acción de estos en los diversos niveles biológicos y psicosociales así como la situación concreta del adolescente.

En el nivel psicológico, el desarrollo previo de la personalidad tiene a veces características que permiten una cierta predicción de evoluciones posteriores, incluso ante la incidencia de factores externos, como sería el alcohol. En este sentido, características como la agresividad, la hiperactividad, la inquietud motora, la falta de concentración, la baja motivación escolar, los bajos rendimientos, las relaciones difíciles y reducidas, se correlacionan en su acción y predicen hasta cierto punto

conductas del joven y el adulto, como los problemas de alcohol y así mismo otros problemas psiquiátricos y sociales¹⁰⁴.

Rasgos como la desinhibición, y el bajo control de las emociones y de la conducta, se asocian con el desarrollo de problemas con el alcohol en los adolescentes y jóvenes.

El mal control de la irritabilidad, es un factor que se ha asociado al consumo de alcohol¹¹⁰. El nivel de autoestima, tan importante en el adolescente, es otro rasgo que puede asociarse el desarrollo de abuso de alcohol en los jóvenes¹⁰⁸.

Factores comunes de riesgo para el abuso de sustancias y para el desarrollo anómalo de la personalidad

Existen situaciones y factores en el ámbito familiar que por sí mismas suponen condicionamientos negativos para el desarrollo personal, y que además comportan una elevación del riesgo de desarrollar abuso y dependencia del alcohol y de otras sustancias. Entre otros factores conocidos como influyentes, la existencia de alcoholismo en el ámbito familiar es también de los más frecuentes.

Las influencias del *alcoholismo parental*, hacen referencia a aspectos físicos, aspectos psíquicos y aspectos sociales de la descendencia. En ella, la disfunción familiar se traduce en consecuencias adversas, tanto educativas, como intelectuales y sociales, como por ejemplo mayor proporción de adolescentes gestantes y con consumo de alcohol y otras sustancias¹¹¹.

El *abuso físico y sexual en la infancia* es otro antecedente que predice múltiples riesgos para los adolescentes, entre ellos bajos rendimientos y fracasos escolares, conductas delictivas, conductas sexuales de riesgo, y muy importante, abuso del alcohol y otras drogas ¹¹².

La existencia de *situaciones estresantes*, a veces generadas en el ámbito escolar, otras en el familiar y otras incluso en el ambiente social del adolescente, es un factor que condiciona tanto el desarrollo de las estrategias adaptativas personales, como el recurso al alcohol como forma de afrontamiento ¹¹³.

Alcohol y comorbilidad psiquiátrica en jóvenes

Es frecuente en el abuso del alcohol, la comorbilidad con trastornos depresivos (depresión mayor, distimia), trastornos de ansiedad, más frecuentes en mujeres (fobia social, crisis de angustia, etc.), trastornos de alimentación (bulimia, más frecuente en mujeres) trastornos de conducta (más frecuente en varones) y de personalidad, trastornos de hiperactividad con déficit de atención y así mismo, trastornos psicóticos.

Suicidio en la adolescencia

El suicidio, que es considerado como una de las primeras causas de muerte ^{114, 115} en la adolescencia y juventud (en los países desarrollados, la segunda causa: 20 a 30 por 100.000), afecta particularmente al subgrupo de población juvenil que consume abusivamente alcohol y otras drogas.

Los datos de frecuencia de antecedentes de consumo abusivo de alcohol en tentativas de suicidio y en suicidios consumados en jóvenes, indican proporciones que llegan del 10% al 30%. La existencia de comorbilidad psicopatológica (depresión, trastorno de personalidad, psicosis), agrava el riesgo. La utilización del alcohol como tóxico para producirse la muerte, oscila también alrededor del 10%.¹⁰⁸.

Violencia

Las conductas con violencia son frecuentes en los adolescentes en contacto con el alcohol, sea en el uso episódico, sea en el uso o el abuso habitual o con dependencia. Los jóvenes consumidores de alcohol, se relacionan más frecuentemente en ambientes en los que están sometidos a más situaciones y modelos de agresiones y violencia¹¹⁶.

Alcohol y sexo

La relación entre el consumo de alcohol en la adolescencia y el comportamiento sexual, es de importancia creciente, y puede tener implicaciones incluso graves para la vida adulta del adolescente y el joven, y ello se refiere tanto al uso episódico del alcohol, como al uso o abuso habitual y al dependiente. La relación entre el alcohol y la conducta sexual de riesgo, está predeterminada por rasgos de personalidad como la impulsividad, la desinhibición y la búsqueda de novedades, rasgos que caracterizan en general al adolescente y en particular a algunos subgrupos de tipos de personalidad (trastornos de conducta, personalidad antisocial). En la actualidad, está claramente establecida la asociación entre el uso del alcohol por el adolescente y la iniciación

precoz de sus relaciones sexuales. Hay que tener en cuenta que la adolescencia es la edad de mayor prevalencia de enfermedades de transmisión sexual ¹¹⁷. También existen datos de la importancia de la transmisión sexual del virus de la hepatitis B en adolescentes¹¹⁸.

Alcohol y Embarazo en adolescentes

Sea con iniciación precoz, en forma esporádica o habitual, las adolescentes desarrollan una vida sexual activa, coincidiendo en ese período con gran frecuencia el uso y el abuso de alcohol. En la perspectiva positiva, las adolescentes que tienen mejor información sobre el alcohol y sus riesgos, quedan embarazadas menos frecuentemente y si llega a producirse la gestación, controlan la ingestión de alcohol a lo largo del mismo¹¹⁹.

Alcohol y Medio Escolar

La influencia del alcohol en el área escolar, determina frecuentemente faltas escolares y rendimientos académicos menores. Son factores negativos, que colaboran al fracaso escolar, la familia monoparental, la falta de ocios e intereses constructivos, así como los estilos de vida agresivos, con delictividad y la existencia de trastornos psiquiátricos¹⁰⁸.

1.5.-Consecuencias económico-sanitarias del consumo de alcohol:

A Nivel europeo:

En el año 2006 se publicó un Estudio sobre el Alcohol en Europa¹⁴, patrocinado por la Comisión Europea, elaborado desde una perspectiva de Salud Pública, que nos ofrece una fotografía y/o aproximación al problema.

A modo de ejemplo podemos destacar algunos párrafos:

«Desde el punto de vista de la Salud Pública, el alcohol es responsable de unas 195.000 muertes al año en la UE y es el tercero entre veintiséis factores de riesgo de mala salud en la UE, por delante del sobrepeso/obesidad y sólo superado por el tabaco y la hipertensión arterial».

«El impacto sobre la salud se observa en una amplia gama de afecciones que incluyen las 17.000 muertes anuales debidas a accidentes de tráfico (1 de cada 3 fallecimientos del tráfico rodado), 27.000 muertes accidentales, 2.000 homicidios (4 de cada 10 asesinatos y homicidios), 10.000 suicidios (1 de cada 6), 45.000 muertes por cirrosis hepática, 50.000 muertes por cáncer (de las que 11.000 son cáncer de mama), así como 200.000 episodios de depresión, que también representan 2,5 millones de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad)».

«El coste estimado de tratar estos problemas de salud es de 17 billones de euros; 5 de ellos invertidos en la prevención y tratamiento del consumo perjudicial de alcohol y la dependencias alcohólica. La vida perdida puede calcularse bien como pérdida de potencial productivo (36 billones de euros, excluyendo los beneficios para la

salud), bien en términos de valor intangible de la propia vida (145-712 billones de euros, tras ponderar los beneficios para la salud)».

«Los jóvenes soportan una parte desproporcionada de esta carga, debiéndose al alcohol más del 10% de la mortalidad de las mujeres jóvenes y en torno al 25% de la de los varones jóvenes. Poco sabemos acerca de la dimensión del daño social en los jóvenes, aunque el 6% de los estudiantes de 15-16 años, de la UE, refieren peleas y el 4% sexo no protegido en relación con su propio consumo de alcohol».

«Muchos de los daños derivados del consumo de alcohol son sufridos por personas distintas al propio bebedor. Aquí se incluyen 60.000 nacimientos con bajo peso, así como el 16% del maltrato o abandono infantil y 5-9 millones de niños que viven en familias con problemas de alcohol. El alcohol afecta asimismo a otros adultos de forma indirecta, como es el caso de las 10.000 muertes estimadas de tráfico de vehículos, en personas distintas al conductor intoxicado».

Por tanto, Los costes tangibles del alcohol en Europa se han estimado en 125 billones de euros para el año 2003. Esta cifra equivale al 1,3% del PIB y es similar a los costes derivados del consumo de tabaco¹⁴.

Los costes intangibles, que incorporan aquellos relacionados con el dolor, el sufrimiento y la pérdida de vida derivados de los daños en salud y los problemas sociales originados por el alcohol, se estimaron en 270 billones de euros. Aunque estos costes no pueden ser añadidos directamente a los costes tangibles, ofrecen una aproximación más cercana al coste total derivado del consumo de alcohol.

A Nivel nacional:

Aunque resulta muy difícil obtener estimaciones precisas, el impacto económico anual del consumo de alcohol en España podría ascender a 3.833 millones de euros¹²⁰,¹²¹. Además de los costes médicos directos (1.373 millones), hay que añadir los costes indirectos (2.460 millones). Estos últimos se derivan tanto de la mortalidad prematura que ocasiona (unos 224.000 años de vida perdidos en España¹²²) como de las pérdidas por baja productividad laboral, la destrucción de la propiedad por crímenes o la accidentalidad relacionada con el alcohol. Estas cifras superan ampliamente los 1.265 millones de euros anuales de media recaudados por los impuestos especiales sobre la venta de bebidas alcohólicas en el periodo 2000-2004¹²³.

Recientemente apareció un artículo¹²⁴ en el que analizan la mortalidad atribuible al consumo de alcohol desde 1999 a 2004 y la comparan con el periodo 1981-1990¹²⁵,¹²⁶, concluyen que en el período 1981-1990, el porcentaje de mortalidad atribuible al consumo de alcohol fue del 6,3% (un 7,9% en varones y un 4,4% en mujeres), mientras que entre 1999 y 2004 fue del 2,3% (un 3,3% en varones y un 1,2% en mujeres). Entre 1999 y 2004 la mortalidad, ajustada a la población estándar europea, atribuible al consumo de alcohol fue del 2,1% (un 2,9% en varones y un 1,1% en mujeres). Con lo que se aprecia un descenso en nuestro país de la mortalidad atribuible con respecto al anterior periodo citado, pero permanece algo mayor a la media europea.

El consumo excesivo de alcohol provoca también un incremento en el uso de los servicios sanitarios¹²⁷. Se ha estimado que presentan un trastorno relacionado con el alcohol el 10-20% de los adultos que acuden a las consultas de Atención Primaria^{126, 128}.

Asimismo, el alcoholismo causa unos 165.000 ingresos al año en España (equivalente al conjunto de ingresos de cinco grandes hospitales)¹²¹ y el consumo elevado de alcohol se asocia con mayores tasas de mortalidad y de ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos¹²⁹. El alcohol no sólo aumenta la mortalidad y la morbilidad, sino que un consumo excesivo del mismo reduce la calidad de vida percibida¹³⁰.

1.6.- Justificación del estudio:

Durante la introducción, se ha intentado exponer la importancia que el consumo del alcohol tiene en la los adolescentes tiene a nivel de las diferentes administraciones. Así mismo se han ido mostrando los efectos que su uso puede producir en la población general y en particular, en el adolescente. La justificación para la realización de una intervención con intención de prevenir el consumo de alcohol y valoración de las consecuencias en esta población se basa en las siguientes afirmaciones:

1. Importancia legislativa, económica, social y sanitaria que los diferentes estamentos supranacionales a locales, otorgan al consumo de alcohol en jóvenes, sobre todo en los últimos años y en relación con el aumento del consumo en estos grupos etarios.

2. Insistencia por parte de las diferentes administraciones en la formación de profesionales que transmitan información relacionada con los efectos adversos del uso de alcohol.

3. Fomento de las relaciones entre las administraciones públicas y las Universidades para poder investigar modelos de intervención en estas edades.

4. Ausencia de estudios de intervención a nivel nacional, donde predominan principalmente los estudios descriptivos, existiendo una práctica ausencia de intervenciones multidisciplinarias, como se verá más adelante en la discusión.

Por todo ello, creemos necesario el desarrollo de estudios que valoren diferentes intervenciones y sus consecuencias frente a un problema que presenta un gran impacto social, como así lo atestiguan las planificaciones desarrolladas por parte de todas las administraciones citadas.

1.7.- Objetivos del estudio:

a) Objetivos Generales:

1. Valorar la efectividad de un Programa de Educación para la Salud (EPS) sobre el consumo de alcohol en un grupo experimental.

2. Conocer y valorar las repercusiones que en materia de Salud Pública (morbi-mortalidad, accidentalidad y discapacidad) produce el consumo de alcohol en los jóvenes de 14-18 años pertenecientes a diferentes niveles educativos: Bachillerato, Formación Profesional, Programas de Garantía Social y diferentes niveles socioeconómicos.

b) Objetivos Específicos:

➤ Estimar el consumo de bebidas alcohólicas entre los adolescentes, especificando la frecuencia y cantidad de cada tipo de bebida, cambios de hábitos, actitudes y conductas.

➤ Conocer si existen diferencias significativas en el consumo de alcohol entre los diferentes grupos de edad y los niveles educativos o de instrucción y variables epidemiológicas y sociales

➤ Analizar y valorar las repercusiones en materia de Salud Pública (morbi-mortalidad, discapacidad), que produce el consumo de alcohol durante la semana, en la accidentalidad.

➤ Establecer las repercusiones, en materia de Salud Pública, que produce el consumo de alcohol durante la semana, en los adolescentes a nivel orgánico.

➤ Conocer las repercusiones que produce el consumo de alcohol durante la semana, en los jóvenes (14-18 años) a nivel de alteración funcional para su edad, sexo y circunstancias familiares y sociales.

2.- MATERIAL Y MÉTODOS

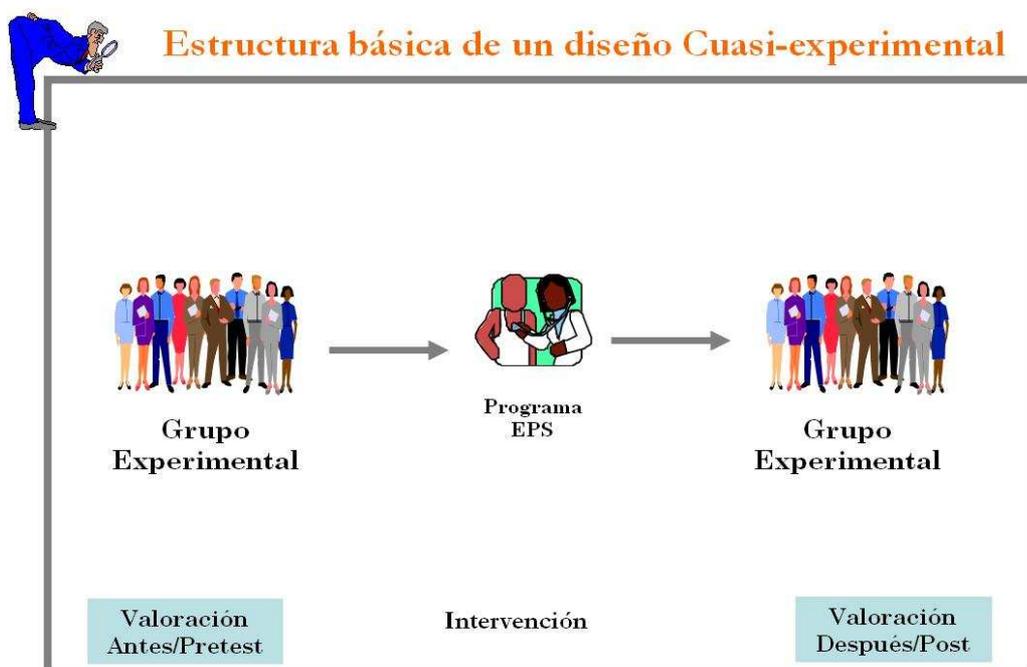
2.1.- Diseño del estudio

El rigor científico de una investigación y la validez de sus observaciones o resultados dependen fundamentalmente de su diseño. El diseño de un estudio epidemiológico o de investigación trata de aportar rigor y validez de los datos y evidencias científicas a través de las observaciones realizadas. Como resultado de su estructura, proceso y las características de diseño depende la calidad del mismo. Entre las características de calidad se encuentran, una muestra adecuada, un proceso de selección que garantice la aleatorización y un buen control de los sesgos que pueden ocurrir en cualquiera de las fases o etapas del estudio. Cuando la aleatorización no se realiza en un estudio experimental, pasa a denominarse *estudio cuasiexperimental*.

Esta investigación se basó en un ensayo de intervención educativa, de carácter de Promoción de la Salud y de Prevención de enfermedades y complicaciones relacionadas con el alcohol¹³¹.

○ Para conseguir los objetivos propuestos se realizó un *estudio observacional* (bases de datos y sistemas de información para valorar los efectos y repercusiones del consumo de alcohol) y un *estudio de intervención o cuasi experimental*, longitudinal y prospectivo; en el que el “factor de manipulación” se corresponde con una intervención informativa y formativa mediante un Programa de EPS aplicado a grupos de adolescentes de 4º de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO) y de 1º y 2º de Bachillerato.

- La intervención se planificó y se realizó mediante un estudio “cuasi-experimental”, con evaluación “antes-después” del grupo de jóvenes. La evaluación inicial –C₀– fue seguida de una intervención mediante Programa Educativo de EPS sobre Alcohol –C₁– de 6 meses. La fecha de inicio fue en noviembre del 2005 y la de finalización en mayo 2006. Por último tras un intervalo de tres meses se realizó la evaluación de la situación post-intervención –C₂–.
- Se trata de un *estudio unicéntrico*. La investigación se lleva a cabo por un sólo equipo de intervención y de trabajo aunque en distintos centros de enseñanza de Educación Primaria y Bachillerato de la ciudad de Salamanca.
- Se valoró la situación del consumo de alcohol y la efectividad de un Programa de EPS sobre Alcohol a medio plazo.
- Se corresponde con un nivel de evidencia científica suficiente para una investigación aplicada y de Salud Pública como la que se pretende (**Grado de los Task Force y otros**).
- Ver figura sobre la estructura del estudio de intervención.



2.2.- Ámbito de Estudio

La población diana o de referencia de este estudio se corresponde, como ya hemos referido anteriormente, con un grupo poblacional determinado por las características y variables epidemiológicas básicas de persona, edad y sexo y, una tercera variable social, nivel de instrucción o estudios. La población de estudio quedo definida por jóvenes de ambos géneros entre 14 y 18 años estudiantes de 4º de la Educación Secundaria Obligatoria y 1º y 2º de Bachillerato del sistema educativo español.

2.2.1.- Sujetos

- Género: Hombres y mujeres.
- Edad: Grupos de edades (14-18 años).
- Niveles de instrucción:
 - Bachillerato.
 - Formación Profesional.
 - Programas de Garantía Social.
- Clase social: nivel de instrucción y ocupación familiar.

2.2.2.- Variables Epidemiológicas

En total se recogieron 183 ítems diferentes. De entre las diferentes variables recogidas, cabe destacar las siguientes variables independientes:

- **V.D.¹**: Repercusiones en materia de Salud Pública a nivel de morbi-mortalidad, accidentalidad y discapacidad.

¹ V.D.: Variable Dependiente.

- **V.I.²:** Consumo de alcohol (bajo, moderado y alto), según la Encuesta Nacional de Salud.
- **V.I.:** Edad (14-18).
- **V.I.:** Sexo (varón, mujer).
- **V.I.:** Niveles educativos (4º ESO, 1º y 2º de Bachillerato y Formación Profesional, Programas de Garantía Social).
- **V.I.:** Clase social.
- **V.I.:** Consumo de otras drogas.

2.3.- Instrumento de Medida:

- La información se obtuvo a través de un cuestionario específico elaborado y desarrollado a los fines de este estudio y fue realizado por los miembros del área de Preventiva y Salud Pública del departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca (Ver Anexo I, cuestionario).
- El protocolo fue validado a través de un estudio piloto. Se aplicó a 30 jóvenes adolescentes de características similares a la población de estudio. El protocolo constaba de los siguientes apartados: variables sociodemográficas, morbilidad crónica relacionada con el alcohol

² V.I.: Variable Independiente.

2.4.- Selección de la muestra:

- Se llevó a cabo un cuasiexperimental, en una muestra representativa de los jóvenes de Salamanca, de distintos niveles educativos, fundamentalmente 4º de Eso y 1º y 2º de Bachiller, con edades comprendidas entre los 14-18 años. Basándose en la población salmantina para este grupo de edad, se estimó que eran necesarios recoger al menos 546 para que la muestra fuera representativa. El tamaño muestral inicial fue de 545 en total.
- El muestreo será estratificado, según edad, sexo y nivel de instrucción o curso de ESO y Bachillerato.
- Tamaño muestral, se relacionará en base a los estimadores o parámetros de un nivel de confianza del 95% y un error del 5%.

2.5.- Fuentes de Datos:

Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos de la biblioteca americana de medicina (Pubmed), mediante las siguientes palabras de tesoro:

- Para estudios de intervención: ("Intervention Studies"[Mesh] AND "Adolescent"[Mesh]) AND "Alcohol Drinking"[Mesh]
- Para consumo de alcohol en jóvenes: "Adolescent"[Mesh] AND "Alcohol Drinking"[Mesh];
- Para estudios en España o en español: "Adolescent"[Mesh] AND "Alcohol Drinking"[Mesh] AND Spain [Mesh] OR Spanish[lang]. "Alcohol Drinking"[Mesh] AND ("Adolescent"[Mesh] AND cage[All Fields]).

○ Por otra parte, se utilizó el buscador “Google académico” para la búsqueda de otros trabajos no indexados en Pubmed, sobre todo lo referente a trabajos españoles, mediante los siguientes criterios de búsqueda: (adolescentes OR jóvenes "consumo de alcohol").

2.6.- Programa de Salud:

Los programas de Salud son proyectos elaborados para mejorar la información, formación y capacitación de la población o grupo poblacional en uno o varios aspectos concretos. Su elaboración forma parte del proceso de Planificación sanitaria y, constituye el resultado de las dos primeras fases, como son: la valoración de los problemas y necesidades en relación con la Salud y la selección de prioridades. En este estudio se determinó que el programa de EPS fuese relativo al alcohol como factor de riesgo para la salud de los adolescentes .

Se llevó a cabo una intervención multidisciplinar. **Los contenidos** (ver Anexos) y los **profesionales** encargados de elaborar las presentaciones en power point y su exposición a los jóvenes adolescentes fueron los siguientes:

1^a-.”Magnitud del problema del consumo de alcohol” (Ver Anexo II). M Alonso, profesora ayudante doctor de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

2^a-.”Efectos físicos del consumo de alcohol” (Ver Anexo III). AJ Chamorro, médico interno residente del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

3^a-.“Prevención e intervención sobre el consumo de alcohol” y “Promoción de la salud”. (Ver Anexo II) JA Mirón, profesor titular de Medicina

Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca e investigador principal del proyecto.

4ª.-”Habilidades sociales: como decir no” (Ver Anexo III). LC Martín, psicóloga clínica del SACYL y profesora asociada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca

2.7.- Análisis estadístico y procesamiento de los Datos:

Para el procesamiento estadístico de los datos correspondientes a las variables estudiadas fueron introducidas en la Base de Datos y paquete estadístico SPSS versión 14.0. Previamente a su procesamiento se realizó un control de calidad para corregir y eliminar errores en la cumplimentación de los cuestionarios pre y post intervención.

La finalidad del análisis es extraer la información necesaria para responder a las preguntas planteadas en esta investigación a partir de las observaciones realizadas y recopiladas mediante el cuestionario. Se realizó un triple nivel de análisis: análisis descriptivo, comparativo y explicativo. El primero se realizó para conocer las características de muestra en los diferentes aspectos estudiados. Para la valoración de la situación preintervención se acudió al cuestionario en C1 y para los postintervención el C2. Las técnicas estadísticas fueron tablas de frecuencia, distribuciones y estadísticos descriptivos. Se calculan las medidas de frecuencia adecuadas para estimar los diferentes indicadores e índices y su asociación a las diferentes variables epidemiológicas. De las diferentes estimaciones puntuales, prevalencia y/o proporciones, se calculan sus respectivos intervalos de confianza (IC).

Para el análisis comparativo se han medido las variables epidemiológicas en dos momentos, antes de la intervención -cuestionario C1- y posterior a la intervención -cuestionario C2-.

Para valorar si las diferencias observadas en los parámetros estudiados, conocimientos, actitudes y observaciones y las variables epidemiológicas mencionadas en relación con el consumo de alcohol y bebidas alcohólicas, si son estadísticamente significativas o por el contrario podrían explicarse por el azar, se ha utilizado la Odds Ratio (OR), la Chi cuadrada para variables cualitativas y la t de Student y el Anova para variables cuantitativas, con test no paramétricos cuando no se cumplan las condiciones de aplicación de los test anteriores en este caso el utilizado es el test de McNemar pues es útil para detectar cambios en las respuestas debidas a la intervención experimental en los diseños del tipo “*antes-después*” como es el caso. El nivel de significación se fija en el 0,05. Además y con la finalidad de intentar aproximarnos al auténtico porcentaje de la población y hacer más fiables nuestros resultados se calcula para cada uno de los porcentajes expresados su IC al 95%, error del 5% (Estadística inferencial).

3.-RESULTADOS

3.1.- Población estudiada:

El número total de jóvenes adolescentes incluidos en el estudio es 545, de los cuales 320 (58,7%) son hombres y 225 (41,3%) mujeres.

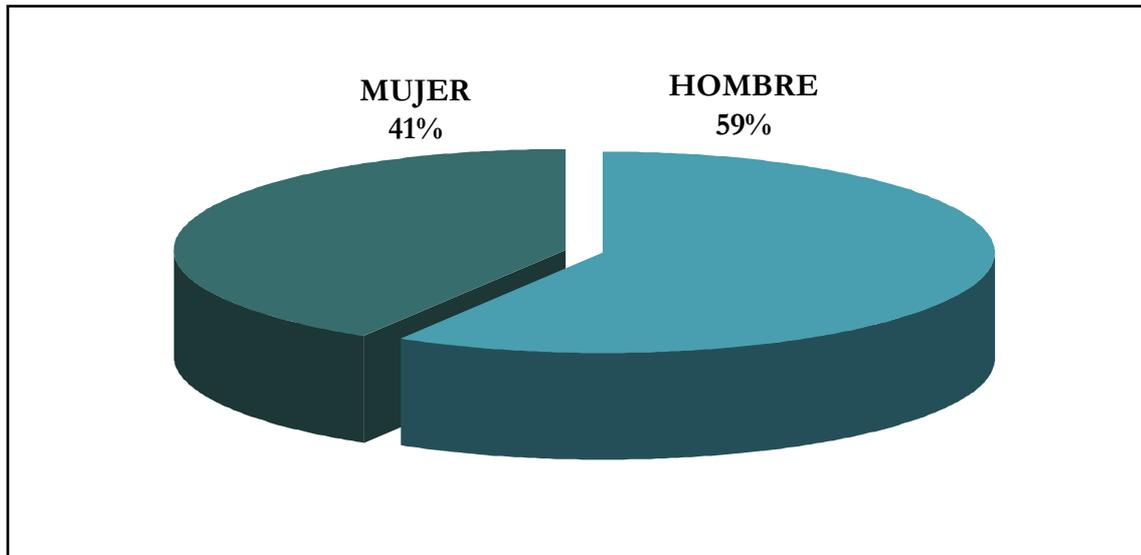


Figura 2: Distribución por sexos

El rango o amplitud del intervalo de **edad** se sitúa entre 14 y 20 años, siendo la edad media 16,30 años

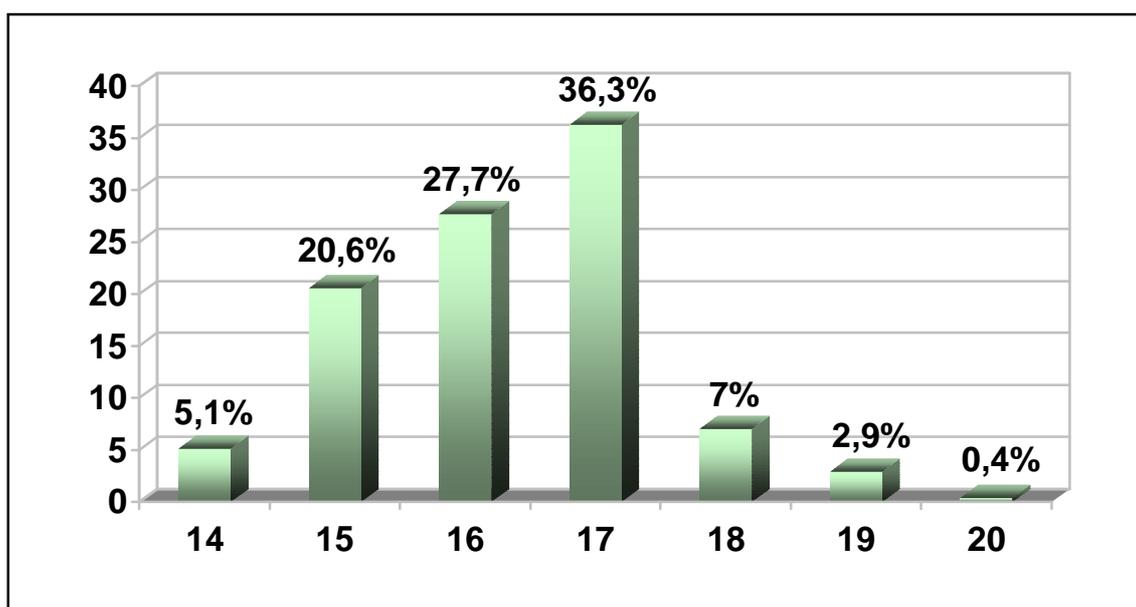


Figura 3: Distribución por edad

Se presenta a continuación la distribución de la muestra de individuos según **curso académico** al que pertenecen: 3º ESO (50; 9,2%), 4º ESO (135; 24,8%), 1º Bachillerato (146; 26,8%); 2º Bachillerato (167; 30,6%); Garantía Social (13; 2,4%) y diversificación (34; 6,2%).

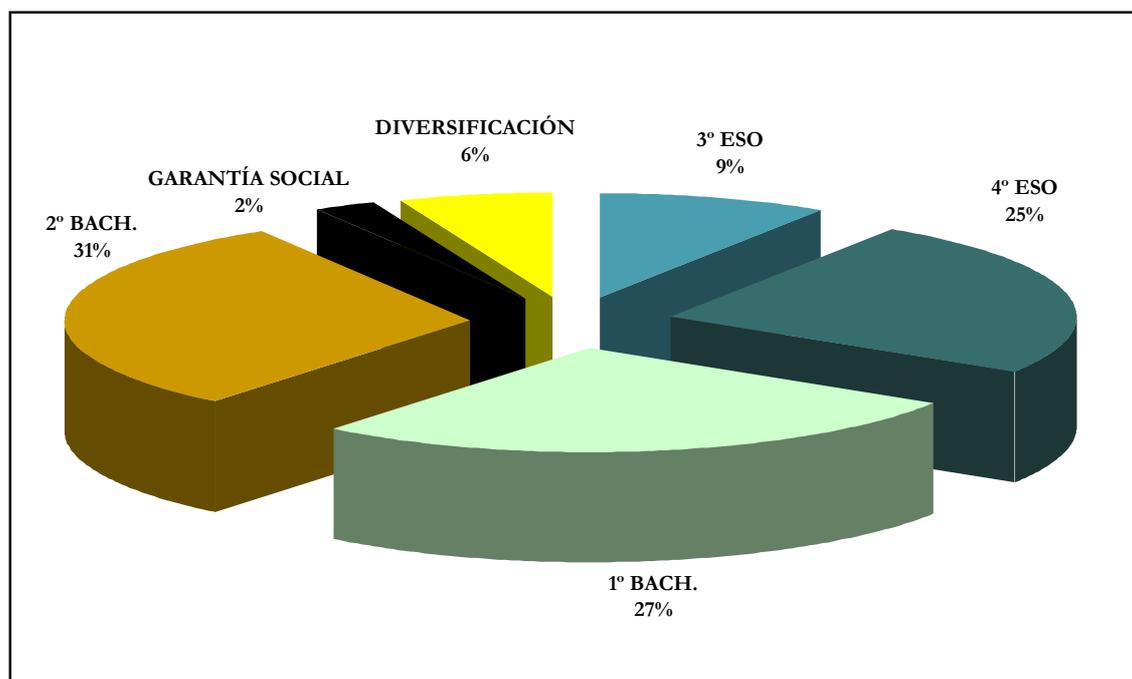


Figura 4: Distribución por curso académico

3.2.- Exclusiones y pérdidas de seguimiento:

En cuanto a las pérdidas, de los 545 alumnos iniciales, participaron en la intervención 242 (44,4%). Las causas de éstas fueron la falta de asistencia a las charlas por diferentes motivos (coincidencia con exámenes, viajes... etc),y por problemas de coordinación con los tutores de los centros.

3.3.-Variables:

3.3.1.- Consumo de alcohol:

En el análisis pre-intervención:

La edad media de inicio en el consumo de alcohol: 14,20 años (Desviación Típica: 1,436). La amplitud del intervalo de edad en el inicio se sitúa entre 8 y 18 años.

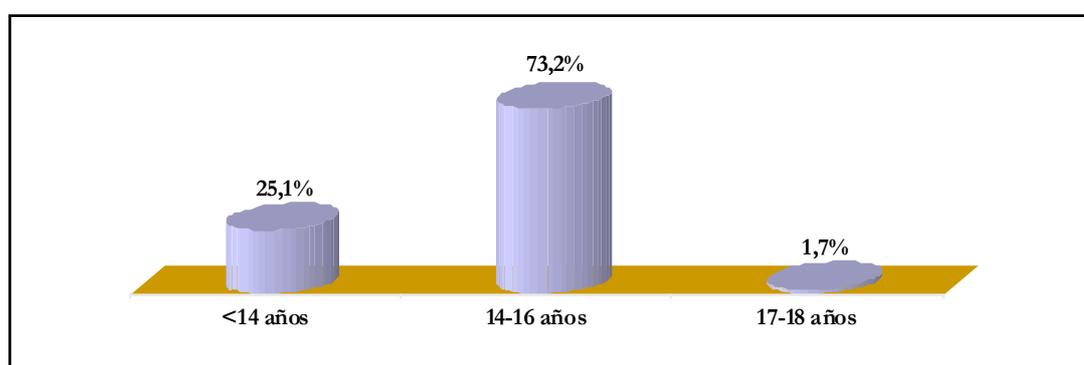


Figura 5: Distribución por edad de inicio en el consumo

El 9,9% afirman no haber consumido bebidas alcohólicas, frente al 90,1% que al menos alguna vez lo han consumido. El consumo más frecuente se produce los fines de semana, 55,4%.

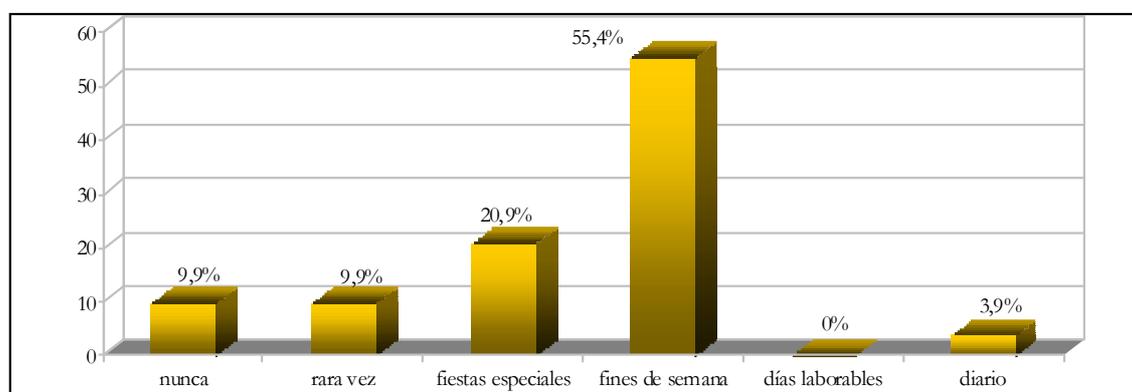


Figura 6: Frecuencia del consumo

Es importante comentar que no se observan diferencias significativas respecto al género, siendo el consumo entre chicos y chicas similar, excepto en el consumo diario.

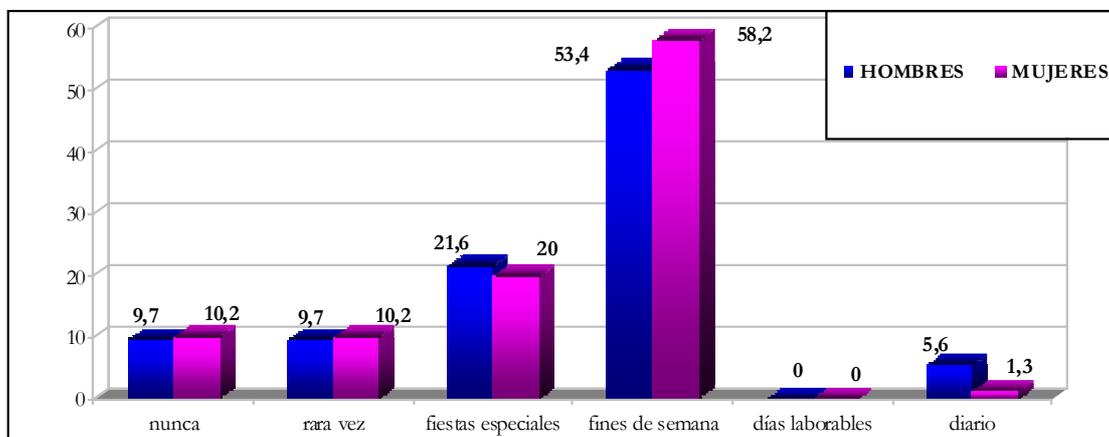


Figura 7: Frecuencia del consumo distribuida por sexos

Aunque hemos comentado que no se producen diferencias de género en el consumo de alcohol, sin embargo, sí existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,007$) entre género a la hora de iniciarse en el consumo, siendo más temprano entre los chicos (edad media de inicio en chicas es 14.41 ± 1.314 y la edad media en chicos 14.05 ± 1.501). Por grupos de edad las frecuencias se expresan en la siguiente gráfica

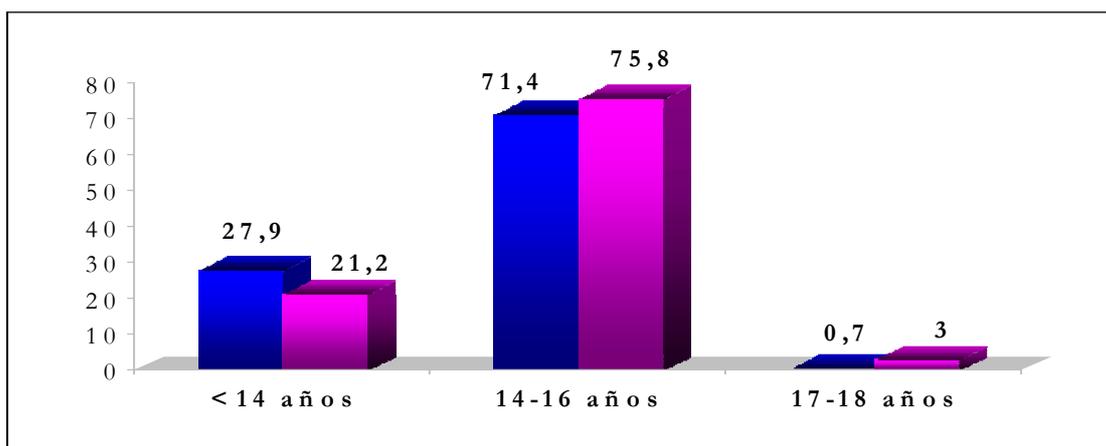


Figura 8: Edad de inicio en el consumo distribuido por sexos

Diferenciando entre aquellos alumnos que confesaban no haber consumido alcohol “nunca” de aquellos que lo habían consumido al menos en alguna ocasión, se pueden encontrar asociaciones estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol y el consumo de drogas ($p < 0,001$), positividad en el test CAGE ($p = 0,003$), las conductas delictivas propias ($p = 0,006$) o ajenas ($p = 0,046$); y haber mantenido relaciones sexuales no deseadas ($p = 0,036$).

Por otra parte, no se encontró asociación estadísticamente significativas entre el consumo y otras variables como la actividad o inactividad laboral del padre o la madre, los accidentes o las infracciones de tráfico (Ver tabla 6).

	CONSUMO ALCOHOL		significación	Odds Ratio (Intervalo de confianza al 95%)
	nunca	alguna vez		
Consumo de drogas	0,4%	21,8%	$p < 0,001$	0,12 (0,029-0,501)
Relaciones sexuales no deseadas	0,2%	13,2%	$p = 0,036$	0,154(0,021-1,141)
Conductas violentas o delictivas propias	0,2%	19,3%	$p = 0,006$	0,1 (0,014-0,738)
Test CAGE	0,1%	20,5%	$p = 0,003$	0,09 (0,012-0,662)
Accidente propio	0,2%	5,2%	$p > 0,05$	N/A
Infracción de tráfico	0,4%	3%	$p > 0,05$	N/A
Trabaja madre	7,5%	63,1%	$p > 0,05$	N/A
Trabaja padre	8,8%	86,7%	$p > 0,05$	N/A

Tabla 6: Asociación del consumo de alcohol con otras variables. Test χ^2 . N/A: no aplicable

En el análisis post intervención:

Entre la evaluación “antes-después” de la intervención de EPS, existen diferencias a favor de un descenso en el consumo diario (de 3,9% en el pretest pasa a 1,7% en el posttest) y de fin de semana (de 55,4% a 47,9%), pero no son estadísticamente significativas.

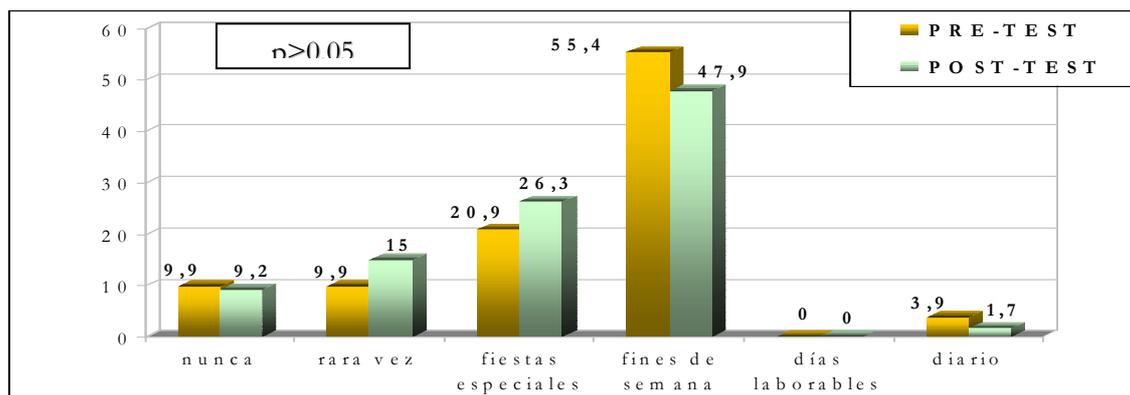


Figura 9: Frecuencia de consumo. Comparación pre y post-intervención

3.3.2.-Curso académico: Significativamente ($p < 0,001$), los alumnos de mayor edad, 2º Bachillerato, Programas de Diversificación y Garantía Social son los que presentan un consumo más regular todos los fines de semana y una frecuencia mayor de episodios de embriaguez, mientras que los alumnos de menor edad, niveles académicos inferiores, limitan su consumo a fiestas especiales.

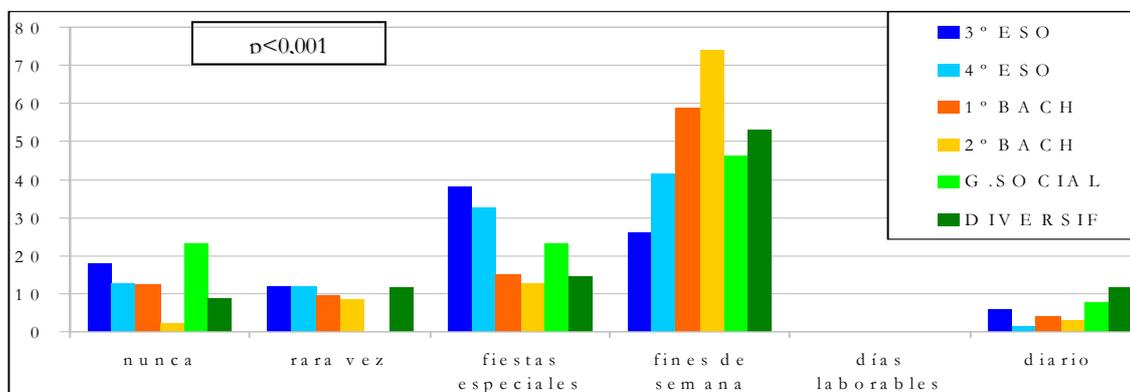


Figura 10: Consumo distribuido por curso académico

3.3.3.- Trabajo de los padres:

Padre: De los 545 iniciales, 476 (87%) contestaron que estaba activo por 22 (4%) que no trabajaba.

Madre: A esa misma cuestión el 65% su madre trabajaba, mientras que el 27% contestaron que no lo hacía.

3.3.4.- Tipo de bebidas alcohólicas

En cuanto al tipo de bebida alcohólica, son los licores, combinados (375) o solos (65), los más consumidos entre la población adolescente, seguido en frecuencia por la cerveza (224) y el vino (115).

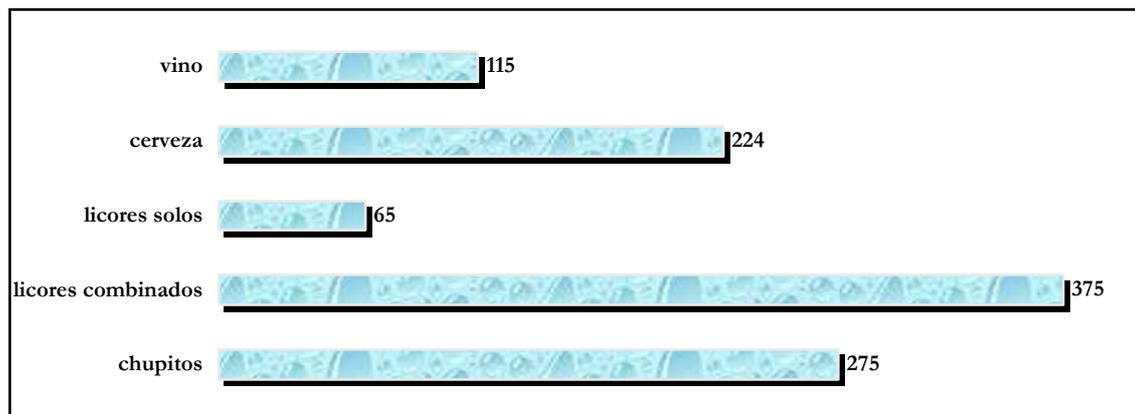


Figura 11: Tipo de bebidas

3.3.5.- Episodios de embriaguez:

En el análisis pre-intervención:

El 66,6% (363/545) declara haberse embriagado alguna vez. Entre éstos, el 24,2% (88/354) en más de 10 ocasiones en el último año.

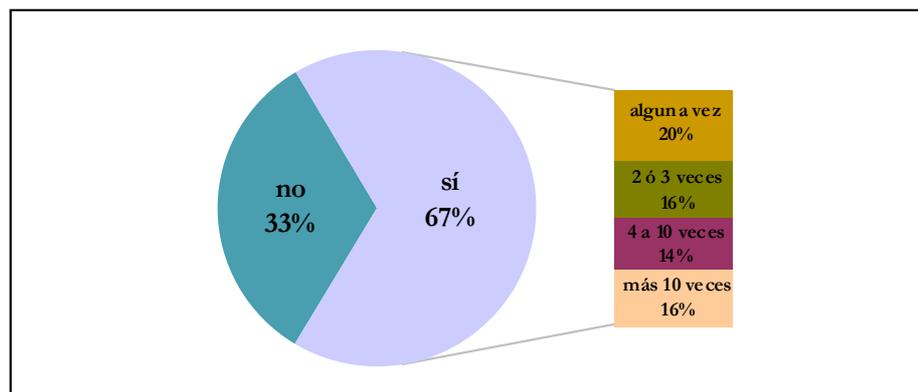


Figura 12: Episodios de embriaguez distribuidos por frecuencia

Además, en el 64,2% (233/354), el último episodio embriaguez se ha producido el último mes, específicamente, el 21,5% (78/354) la última semana.

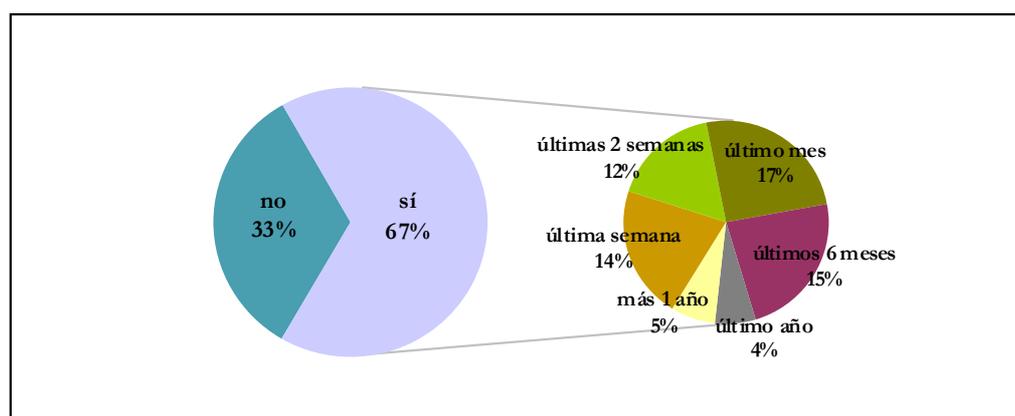


Figura 13: Episodios de embriaguez distribuidos por tiempo

Los episodios de embriaguez reiterados (más de 10 veces) son más frecuentes entre hombres que entre mujeres, el 31% frente al 14,7%; y más frecuentes en mujeres que en hombres (36,7% frente a 16%) el haber presentado 2-3 episodios en el último año, si bien de forma global no existen diferencias estadísticamente significativas.

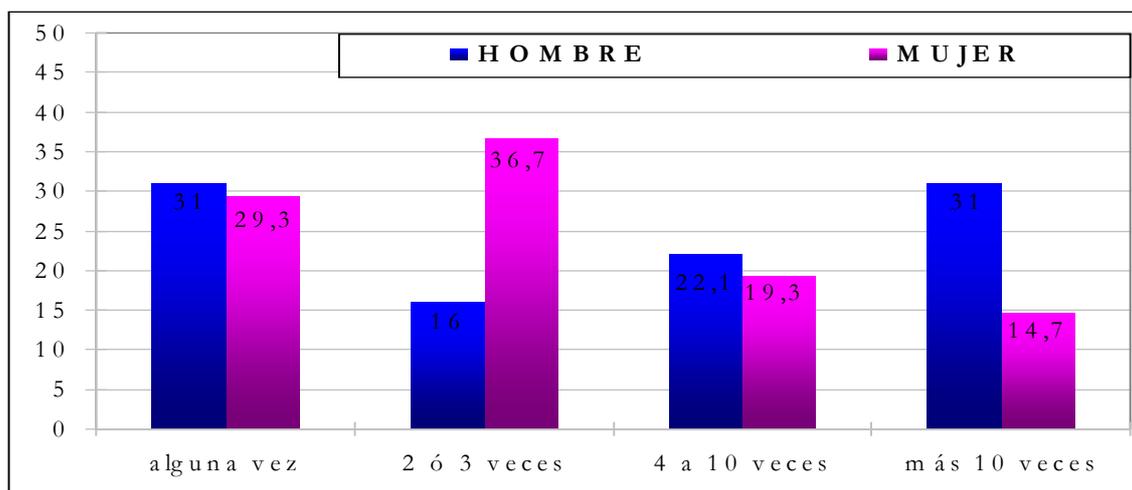


Figura 14: Episodios de embriaguez distribuidos por sexo

Significativamente ($p < 0,001$), los alumnos de mayor edad, 2º Bachillerato, Programas de Diversificación y Garantía Social son los que presentan una frecuencia mayor de episodios de embriaguez.

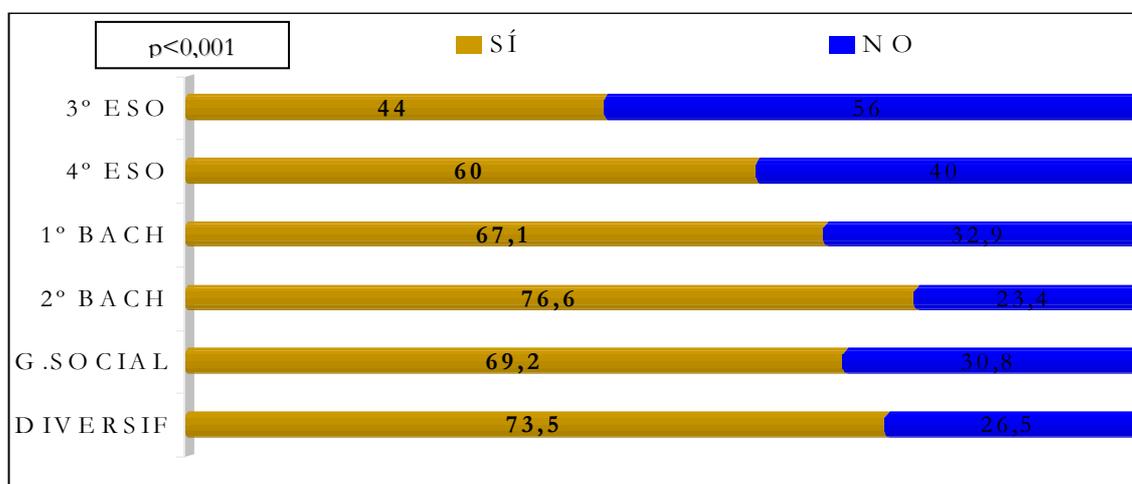


Figura 15: Episodio de embriaguez distribuido por curso

Así mismo se detectó asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre el consumo de drogas y los episodios de embriaguez. También se pudo constatar asociación ($p < 0,001$) entre el haber presentado episodios de embriaguez y haber mantenido relaciones sexuales no deseadas. Incluso dicha asociación ($p < 0,001$) además se apreció entre el emborracharse y haber presentado conductas violentas o delictivas propias. Existió asociación estadística entre los episodios de embriaguez y el test de CAGE.

Se halló tendencia a la asociación ($p = 0,075$) entre los accidentes propios y el hecho de emborracharse. También se encontró tendencia ($p = 0,059$) entre las infracciones de tráfico y los casos de embriaguez.

No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el hecho de emborracharse y la situación laboral de los padres (ver tabla 7).

	EMBRIAGUEZ		significación	Odds Ratio (Intervalo de confianza al 95%)
	Sí	No		
Consumo de drogas	20,9%	1,3%	$p < 0,001$	11,446 (5,209-25-152)
Relaciones sexuales no deseadas	13%	0,4%	$p < 0,001$	18,863 (4,563-77,975)
Conductas violentas o delictivas propias	18,7%	0,8%	$p < 0,001$	14,962 (5,401-41,448)
Test CAGE	19,1%	1,1%	$p < 0,001$	10,432 (4,474-24,323)
Accidente propio	4,5%	0,9%	$p = 0,075$	N/A
Infracción de tráfico	3%	0,4%	$p = 0,059$	N/A
Trabaja madre	47,9%	22,7%	$p > 0,05$	N/A
Trabaja padre	63,1%	32,5%	$p > 0,05$	N/A

Tabla 7: Asociación de los episodios de embriaguez con otras variables. Test χ^2 . N/A: no aplicable

En el análisis post-intervención:

Entre la evaluación “antes-después” de la intervención de EPS, existe un descenso en los episodios de embriaguez pero no es estadísticamente significativo ($p>0,05$) (de 64% en el pretest a 61,4% en el postest).

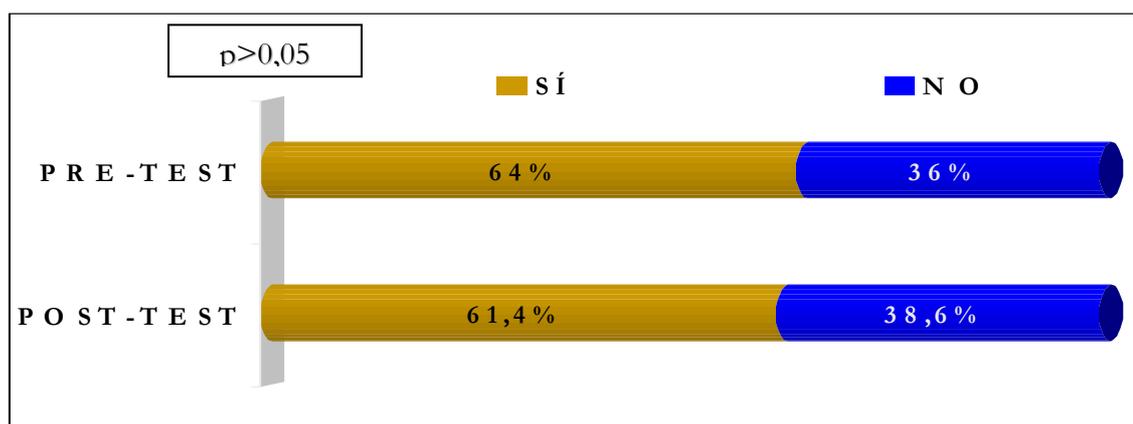


Figura 16: Episodio de embriaguez pre y post intervención

3.3.6.- Test CAGE

En el análisis pre-intervención:

Analizando por separado las cuatro preguntas que componen el test de CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation), un 40,6% (221/545) de los adolescentes reconoce que sí ha tenido alguna vez la *sensación de que debería beber menos*. El 12,3% se ha *sentido molesto por decirle que debería beber menos*. Han tenido *sentimientos de culpabilidad y remordimiento* un 19,3%. Hasta un 8,6% de los adolescentes han declarado la *necesidad de beber por la mañana* para calmar la ansiedad.

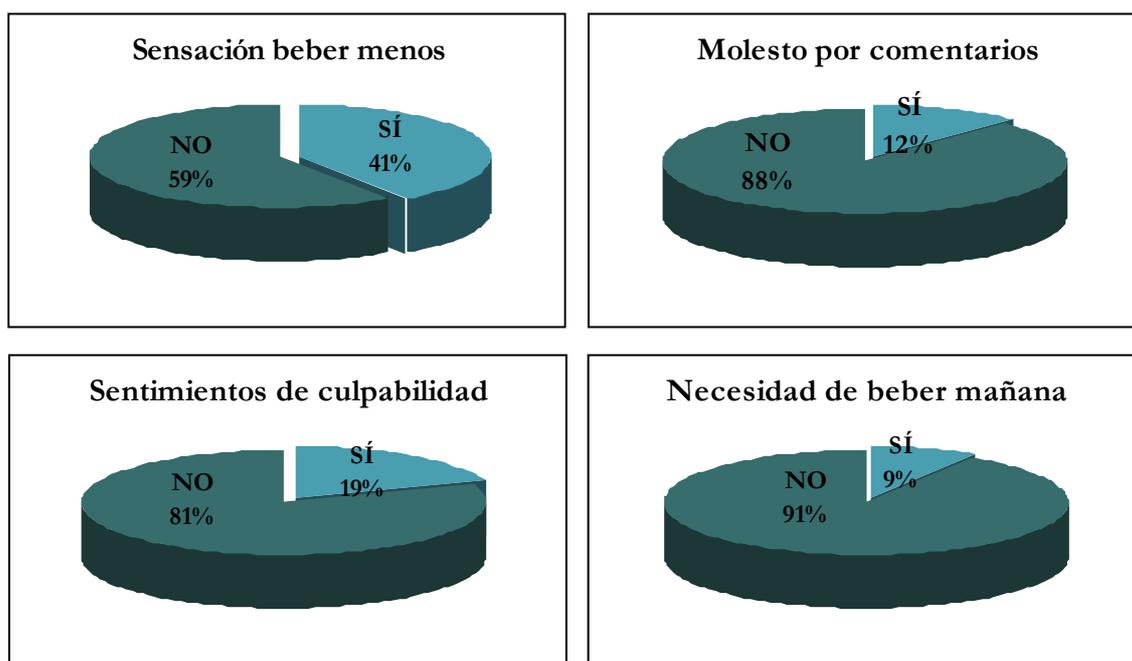


Figura 17: Preguntas test CAGE

El porcentaje de los 545 jóvenes iniciales que dieron positivo en el test fue del 20,7%. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en lo referente al sexo ($p=0,030$). Además se observó mayor asociación entre el test y cuanto más edad tenían los jóvenes ($p=0,006$).

Hubo asociación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas, y el test ($p=0.041$). También se encontró asociación entre el Test de CAGE y haber mantenido relaciones sexuales no deseadas $p= 0.008$. Lo mismo sucedió con el haber presentado conductas violentas o delictivas ($p<0,001$). Así mismo hubo asociación estadísticamente significativa entre presentar accidentes propios y el test de CAGE $p= 0.045$ accidente amigos $p= 0.01$.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre el test que presentaban los jóvenes y si sus padres trabajaban o no (Ver tabla 8).

	TEST CAGE		significación	Odds Ratio (Intervalo Confianza al 95%)
	positivo	negativo		
Sexo	10,2%V/ 10,4%M	48.4%V/ 30,9%M	$p=0,030$	0,628 (0,411-0,959)
Consumo de drogas	6,3%	16,7%	$p=0,041$	1,628 (1,016-2,609)
Relaciones sexuales no deseadas	4,4%	9%	$p=0,008$	2,088 (1,203-3,624)
Conductas violentas o delictivas propias	7,6%	11,9%	$p<0,001$	3,349 (2,083-5,384)
Accidente propio	1,9%	3,4%	$p=0,045$	2,233 (1-4,989)
Accidente amigos	8,4%	21,8%	$p=0,01$	1,775 (1,144-2,755)
Trabaja madre	13,3%	57,9%	$p>0,05$	N/A
Trabaja padre	19,8%	76,1%	$p>0,05$	N/A

Tabla 8: Asociación del test CAGE con otras variables. Test χ^2 . N/A: no aplicable

En el análisis post-intervención:

Tras el estudio “antes-después”, hubo un leve aumento en el número de jóvenes con test de CAGE positivo pero sin significación estadística (18,4% “antes”, 19,7% “después”) ($p>0,05$).

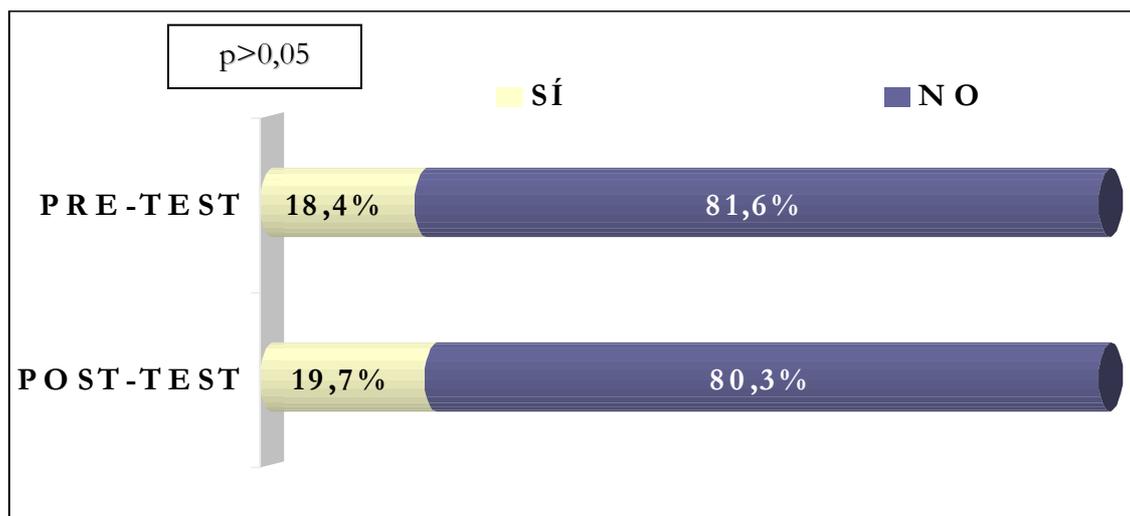


Figura 18: Test de CAGE antes y después de la intervención.

Por preguntas tras la intervención, hubo un aumento de jóvenes que tenían la “sensación de que debían beber menos” (35,9% “antes”, 36,9% “después”) y que se habían “sentido culpable por beber” (17,7% “antes”; 19,5% “después”). Así mismo hubo un descenso en aquellos que necesitaban “beber por la mañana para calmar la ansiedad” (8,8% “antes”; 4,9% “después”) y de aquellos que se habían “molesto al decirle que debería beber menos” (11,3% “antes; 7,4% “después”) Sin embargo a ninguna de estas diferencias se le encontró significación estadística.

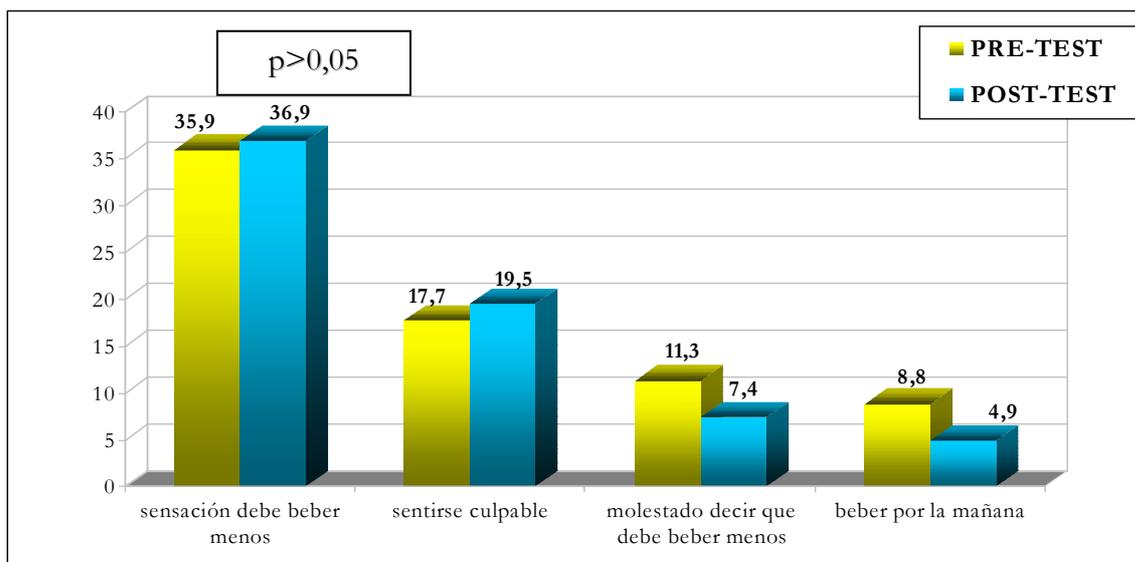


Figura 19: Preguntas del test de CAGE: diferencias antes y después de la intervención

3.3.7.- Motivos por los que beben: El 86% beben habitualmente con grupos de iguales; principal motivo: *diversión*. El 90.5% bebe con sus amigos, mientras el 2,9% lo hace con su familia

3.3.8.- Accidentes de tráfico:

Una de las principales consecuencias del consumo excesivo de alcohol son los accidentes de tráfico, bien propios (5,4%), bien de los amigos (30,4%); mientras que un 3,4% reconoce haber cometido alguna infracción de tráfico.

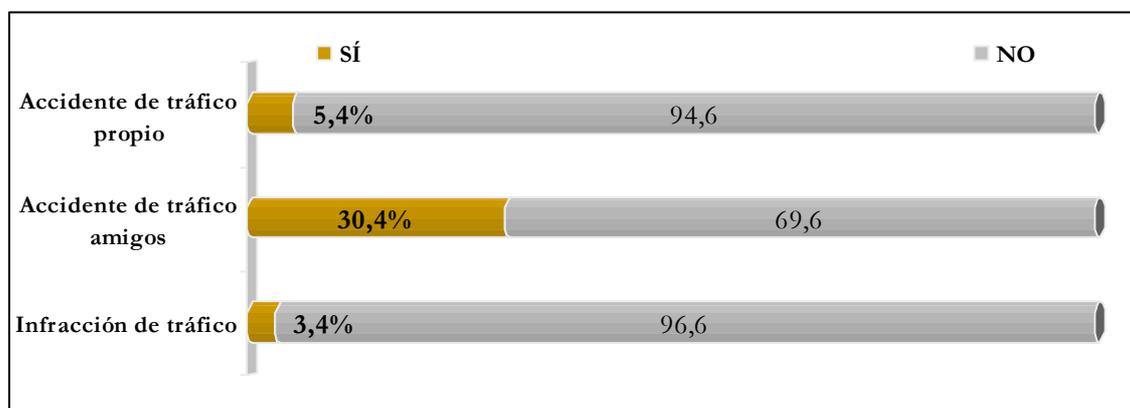


Figura 20: Accidentes-infracciones de tráfico y alcohol

3.3.9.- Problemas psico-sociales:

Entre otras consecuencias del abuso de alcohol figuran conductas violentas, agresivas o delictivas propias (19,5%) o con los demás (24,4%), relaciones sexuales no deseadas (13,4%) o problemas sociales de relación con los demás (11,4%).

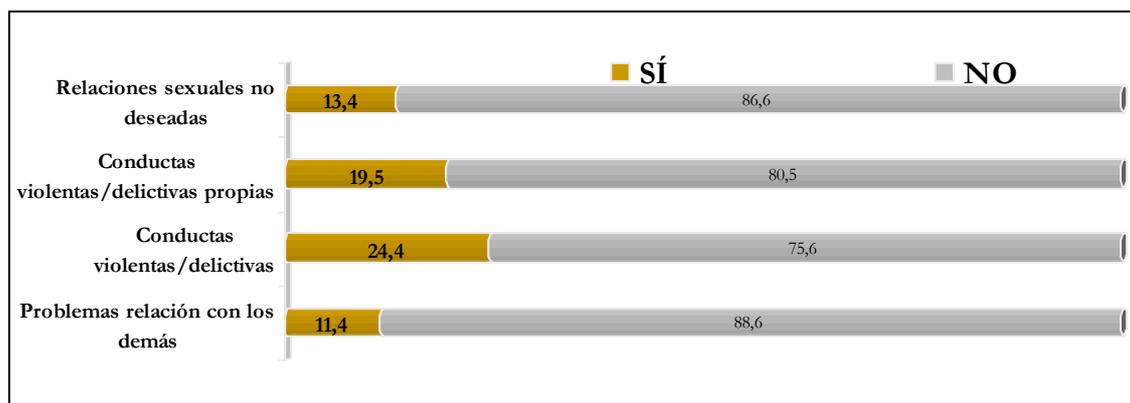


Figura 21: Problemas psico-sociales

3.3.10.-Presupuesto destinado al consumo de alcohol: En lo referente al dinero que los adolescentes del estudio destinaban al alcohol, la media en euros estuvo en 11,66€ (rango 0-130). Mientras, el total del presupuesto dedicado a tiempo libre era menor de 60 € a la semana en el 91,4% de los encuestados.

3.3.11.- Lugar de residencia: el 83,3% de los encuestados vivían con sus padres, el 11% en residencias y el 3,9% en pisos de estudiantes. El 2% (9/454) de los que viven con sus padres beben a diario; mientras que los que no viven y consumen a diario llegan al 13,2%(12/91) ($p < 0,001$) con diferencias estadísticamente significativas. Existe “tendencia” estadísticamente significativa entre vivir con los padres y aquellos que nunca han bebido ($p = 0,053$) (11% viven con padres, 4,4% no viven con padres). Para el resto de categorías (“rara vez”, “fiestas especiales”, “fines de semana”) no se encontraron diferencias estadísticas entre los dos grupos

3.3.12.-Consumo de drogas:

El 22,2% (n =121) del total de los alumnos confesaban haber consumido algún tipo de droga. El consumo de alcohol se asoció al consumo de otras drogas en el 24,2% (119/545) ($p<0,001$). También se detectó asociación con los accidentes de tráfico propios ($p<0,001$), las infracciones de tráfico ($p=0,005$), las conductas violentas propias ($p<0,001$), las conductas violentas de amigos ($p=0,002$) y las relaciones sexuales no deseadas ($p<0,001$). Hubo además asociación estadísticamente significativa entre el consumo de drogas con la actividad laboral del padre ($p=0,006$), no así con la actividad de la madre ($p>0,05$) (Ver tabla 9).

	Consumo de drogas		significación	Odds Ratio (Intervalo Confianza al 95%)
	Sí	No		
Accidente propio	3%	2,4%	$p<0,001$	4,712 (2,198-10,103)
Accidente amigos	9,3%	21,1%	$p=0,003$	1,882 (1,235-2,869)
Infracciones de tráfico	1,7%	1,7%	$p=0,005$	3,577 (1,387-9,226)
Conductas violentas propias	8,2%	11,3%	$p<0,001$	3,265 (2,053-5,194)
Conductas violentas de amigos	7,9%	16,5%	$p=0,002$	2,026 (1,292-3,177)
Relaciones sexuales no deseadas	6,3%	7,1%	$p<0,001$	3,762 (2,227-6,355)
Trabaja el padre	19,9%	75,7%	$p=0,006$	0,315 (0,132-0,751)
Trabaja la madre	15,2%	55,4%	$p>0,05$	N/A

Tabla 9: Asociación del consumo de drogas con otras variables. Test χ^2 . N/A: no aplicable

En el análisis post intervención:

Se detectó un aumento de forma estadísticamente significativa, en el consumo de drogas tras la intervención (del 18,5% 43/232 al 26,7% 62/232; $p=0,002$) entre los adolescentes que respondieron a esta pregunta. Sin embargo de este 18,5% inicial, el 28% de los jóvenes (12/43) apuntaban al tabaco como droga, mientras que tras la intervención, este grupo aumentó al 40% (25/62). Así mismo hubo un 11,2% de los del grupo postintervención (7/62) que apuntaban el alcohol como droga.



Figura 22: Consumo de drogas antes y después de la intervención.

3.3.13 Conocimientos y actitudes:

En el análisis preintervención:

Además de analizar el consumo de bebidas alcohólicas, se recoge información con el fin de conocer y analizar los **conocimientos y actitudes** que los jóvenes adolescentes tienen acerca del alcohol y sus consecuencias.

Se pudo constatar que los conocimientos iniciales que tenían los jóvenes sobre el consumo de alcohol eran mayores del 75% en algunos apartados clave como son “produce alteraciones en el sistema nervioso (93%), hepáticas como cirrosis (80%), digestivas y cardíacas (89,7%)”, “inicio del alcoholismo en la juventud (76,9%)” y “alcoholismo como enfermedad (84%)”. Sin embargo, se pudo constatar el desconocimiento en materias clave como “alcohol como droga (39%)”, “ser alcohólico sin emborracharse (44%)” etc. (Ver tablas 10 y 11).

En lo referente a las actitudes; en apartados como “es malo para la salud”, “beber con los amigos”, “más control alcoholemia a conductores” o “tomar una copa no conlleva riesgo” el porcentaje de alumnos que estaba “de acuerdo” o “muy de acuerdo” era mayor del 70%; mientras que en los temas “beber es un signo de que eres mayor” o “si no bebes los amigos se ríen” el porcentaje de alumnos contestó en más de un 79% sentirse en “total desacuerdo” o en “desacuerdo” (Ver tabla 12).

En el análisis post-intervención:

Respecto a los **conocimientos**, tal y como se puede observar en las tablas que se presentan a continuación, la mayoría de las afirmaciones expuestas mejoraron sus resultados, con diferencias significativas tras la intervención como por ejemplo son el conocimiento del “alcohol como droga como cocaína o heroína” (39%-64% $p<0,001$), “consumo produce dependencia” (65,5-79,9% $p<0,001$), “se puede ser alcohólico y no emborracharse nunca” (44-58,2% $p<0,001$) o “el alcoholismo es una enfermedad” (84-89% $p=0,041$) (Ver tablas 10 y 11).

	PRETEST			POSTEST		Pre-Post
	SÍ (%)	NO (%)	NS NC	SÍ (%)	NO (%)	($p<0,05$)
Produce alteraciones digestivas y cardiacas	89,7	9,0	1,3	96,7	3,3	0.002
Embarazo provoca alteraciones graves en el feto	93,8	5,5	0,7	98,3	1,7	0.057
No es una droga dura	45,0	54,1	0,9	33,6	66,4	0.003
Se puede ser alcohólico y no emborracharse nunca	44,0	55,1	0,9	58,2	41,8	0.000
Mayor parte alcohólicos se inician en la juventud	76,9	21,6	1,5	83,3	16,7	0.04
Provoca importante alteraciones en el S. Nervioso	93,0	6,6	0,4	96,7	3,3	0.14
Aumenta la potencia sexual	27,5	70,7	1,8	18,1	81,9	0.002
Mejora la ansiedad y la depresión	32,7	66,0	1,3	31,1	68,9	0.73
Hace percibir menos riesgos	75,8	23,3	0,9	73,9	26,1	0.68
Mejora la autoestima	39,0	59,3	1,7	31,8	68,2	0.002

Tabla 10: Conocimientos antes y después de la intervención (I). NS-NC: No sabe, no contesta.

	PRETEST			POSTEST			Pre-Post
	V (%)	F (%)	NS NC	V (%)	F (%)	NS NC	P (p<0.05)
Es una droga, como la heroína o cocaína	39,3	47,5	13,2	64,3	26,5	9,2	0.000
Mezclado con un refresco afecta menos	51,9	32,3	15,8	35,6	48,1	16,3	0.000
Efectos más intensos con el estómago vacío	91,2	2,9	5,9	85,3	7,1	7,6	0.083
Tiene propiedades nutritivas	20,2	49,9	29,9	15,4	61,7	22,9	0.000
Consumo continuado dependencia psíquica	65,5	8,8	25,7	79,9	7,1	13,1	0.000
Los reflejos son más rápidos	4,4	85,9	9,7	3,3	91,7	5,0	0.058
Ayuda a mejorar la memoria	4,2	86,6	9,2	2,5	90,4	7,1	0.015
Consumo continuado destruye neuronas	73,6	7,0	19,4	84,5	4,2	11,3	0.002
Habitual disminuye la capacidad de estudiar	63,9	9,0	27,1	77,8	5,9	16,3	0.001
Cirrosis es una enfermedad relacionada	80,2	2,9	16,9	87,9	3,8	8,3	0.002
Efectos desaparecen después de vomitar	15,4	67,5	17,1	14,6	70,3	15,1	0.132
Embarazo retraso mental, problemas físicos RN	44,6	3,5	51,9	75,8	1,3	22,9	0.000
Efectos alcohol desaparecen después ducha fría	18,2	57,8	24,0	13,8	64,0	22,2	0.003
Diario 4 ó 5 cervezas es perjudicial	49,0	23,1	27,9	65,8	11,7	22,5	0.002
Alcoholismo es una enfermedad	84,0	8,7	7,3	89,1	5,4	5,4	0.041
Beber es útil para combatir el frío	54,5	22,6	22,9	40,8	37,4	21,8	0.000
Los efectos desaparecen bebiendo café	20,0	47,2	32,8	14,2	57,5	27,9	0.000
Bueno para quitar la sed como los refrescos	14,7	69,9	15,4	12,1	73,3	14,6	0.450
Coñac/whisky 4/5 veces más que cerveza/vino	84,8	4,2	11,0	79,0	7,6	13,4	0.403
Un alcohólico puede dejar fácilmente de beber	4,0	89,9	6,1	6,3	87,0	6,7	0.656

Tabla 11: Conocimientos antes y después de la intervención (II). NS-NC: No sabe, no contesta.

	1(%)	2(%)	3(%)	4(%)	5(%)
Es malo para la salud	5,5	7,9	12,5	29,7	44,4
Tomar con los amigos resulta agradable	5,0	4,2	18,3	33,2	39,3
Los que beben resultan más atractivos	34,3	27,3	25,0	8,1	5,3
Lógico beber con amigos para pasarlo bien	18,2	17,4	30,1	22,9	11,4
Si bebes más amigos y se “liga” más	22,4	21,7	24,1	25,0	6,8
Beber es signo de que eres mayor	58,5	21,5	12,8	4,8	2,4
Más controles de alcoholemia a conductores	10,1	4,8	11,5	16,7	56,9
No publicidad en TV	11,6	16,7	36,1	14,5	21,1
Si no bebes los amigos se ríen	58,0	21,3	12,8	5,7	2,2
Quien abusa es porque tiene problemas	11,4	18,0	36,1	23,7	10,8
Tomar 1 copa de vez en cuando no peligro	4,4	4,0	10,0	38,5	43,1
Más abierta y sociable después de beber	6,2	8,6	20,0	43,9	21,3
Difícil no beber si todo el mundo bebe	12,1	13,9	18,5	35,0	20,4
Una fiesta sin alcohol no divertida	17,6	19,1	26,6	21,7	15,0
Ley que prohíbe la venta a menores	9,5	9,9	19,7	23,7	37,2
Alcohol, tabaco, porros no tan malos	28,3	15,4	25,3	19,8	11,2
Retirar el carné si se conduce ebrio	6,1	10,8	18,9	22,9	41,3
Prevenir el abuso entre los jóvenes	3,9	9,0	24,5	33,6	29,0
Padres, maestros no beber con niños delante	10,8	13,6	26,4	22,2	27,0
Trae más problemas que beneficios	5,3	7,2	20,8	28,4	38,3

Tabla 12: Actitudes de los adolescentes frente al consumo La escala de respuestas va desde el *total desacuerdo* (1), al *total de acuerdo* (5).

4.-DISCUSIÓN

4.1.- Metodología:

4.1.1-Estudio cuasiexperimental:

Un **estudio de intervención**, también llamado **estudio experimental**, es un estudio epidemiológico, analítico, prospectivo, caracterizado por la manipulación artificial del factor de estudio por el investigador y por la aleatorización o randomización de los casos o sujetos en dos grupos llamados control y experimental. La característica de la aleatorización no es imprescindible en el estudio experimental, llamándose entonces **estudio cuasiexperimental**.

Si asumimos que en Ciencias de la Salud, uno de los objetivos prioritarios del investigador es poner de manifiesto relaciones causales entre la ‘exposición’ y la ‘respuesta’, los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) deberían ser considerados como el método científicamente más riguroso para probar hipótesis. Sin embargo, no siempre se pretende poner de manifiesto relaciones causales o no siempre es factible realizar estudios experimentales.

Cuando los sujetos del experimento son personas, la aleatorización o la existencia de un grupo control puede ser problemático o no factible en la práctica, por lo que los **estudios cuasiexperimentales** surgen como una posible alternativa adecuada y con suficiente rigor científico en base a las distintas escalas de calidad y evidencia científica ¹³². De la misma manera, no siempre se puede manipular el factor de estudio (la exposición).

La **investigación cuasiexperimental** sería aquella en la que existe una ‘exposición’, una ‘respuesta’ y una hipótesis para contrastar, pero en la que no existe

aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho.

Por lo tanto, es un tipo de investigación que comparte gran parte de las características de un experimento, pero las comparaciones en la respuesta de los sujetos se realizan entre **grupos ‘no equivalentes’**, es decir, grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la ‘exposición’. La principal dificultad es llegar a diferenciar los efectos específicos del tratamiento (‘exposición’) de aquellos efectos inespecíficos que se derivan de la falta de comparabilidad de los grupos al inicio y durante el estudio, lo que compromete la *validez interna* del estudio. En el caso de que no exista grupo control, no se podrá asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, o a otras intervenciones o factores no controlados, como los derivados del entorno. En este caso pueden deberse a información recibida por otros medios de comunicación, por internet o por el propio sector educativo o de enseñanza.

Entre los efectos y sesgos que pueden darse y que hay que tener en cuenta debido a todas estas circunstancias cabe destacar:

1. **Efecto Hawthorne:** respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les estaba estudiando.
2. **Efecto placebo:** la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero que no puede considerarse como un efecto específico del mismo.
3. **Regresión a la media:** la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo.

4. **Evolución natural:** cuando el curso habitual de una enfermedad tiende hacia su resolución, los esfuerzos terapéuticos pueden coincidir con la mejoría observada, pero no ser su causa.

El diseño más habitual de este tipo de investigación es el **estudio antes-después** denominado también **pre y post** con un sólo grupo o con grupo de control no equivalente. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Los diseños antes-después con un sólo grupo permiten al investigador manipular la exposición, pero no incluyen un grupo de comparación. De esta forma, cada sujeto actúa como su propio control.

Una mejora del diseño anterior consiste en incluir un grupo de control no equivalente. En este diseño se dispone de dos mediciones (pre y post-intervención) en dos muestras de sujetos y de una sola intervención. Se asume que cuanto mayor sea la equivalencia entre ambos grupos al inicio del estudio más nos aproximaremos a la situación de investigación experimental.

En nuestro estudio, dado que se intervenía sobre alumnos de 4 centros escolares diferentes, públicos y privados indistintamente; y que iba a ser muy difícil garantizar la aleatorización; se decidió por este tipo de estudio. Como se expondrá posteriormente, es destacable que en nuestro conocimiento, es el 1º estudio de intervención que se realiza en España.

4.1.2- Efectividad de las intervenciones:

4.1.2.1. Concepto de intervención breve

Según la revisión de la National Treatment Agency for Substance Misuse (NTA) del National Health Service del Reino Unido de finales de 2006, no existe definición única, bien definida y consistente de lo que es una intervención breve ¹³³. De manera operativa, se podría definir como toda intervención limitada en el tiempo y de duración siempre inferior a un tratamiento, *que incluye una evaluación global, un consejo breve y un cierto seguimiento*. Generalmente proactiva (no se espera a que el individuo la busque) y a menudo oportunista, dirigida a pacientes con un consumo de alcohol perjudicial o de riesgo, con el objetivo de movilizar sus recursos personales para un cambio de conducta que conviene a su Salud ¹³⁴. En general, se han incluido dos tipos de intervenciones que pueden diferenciarse claramente:

1. Las dirigidas a personas que buscan ayuda de profesionales especializados y que reciben un tratamiento poco intensivo.

2. Las dirigidas a personas que no buscan ayuda de profesionales especializados y que muchas veces se realizan de forma oportunista en atención primaria o en otros contextos no especializados. Este tipo de intervenciones las realizan médicos u otros profesionales sanitarios, como enfermeras o trabajadores sociales.

Se pueden distinguir, a su vez, dos subtipos:

- a) Las simples: consejo estructurado de unos pocos minutos de duración. A veces, se denomina intervención mínima y, otras veces, consejo simple.

b) Las complejas o extensivas: terapias estructuradas que normalmente requieren inicialmente 20-30 minutos y más de una intervención en el tiempo. A veces, se denomina terapia breve.

Según las Guías Clínicas de intervención conductual de la US Preventive Services Task Force, entre las intervenciones breves se pueden distinguir tres niveles de intensidad:

1. Intervenciones muy breves: una única sesión de hasta 5 minutos de duración.
2. Intervenciones breves: una única sesión de hasta 15 minutos.
3. Intervenciones breves repetidas o multicontacto: una sesión inicial de hasta 15 minutos y visitas de seguimiento ¹³⁵.

Según se afirma en la monografía del NTA citada anteriormente, consideradas en conjunto y teniendo en cuenta que pueden realizarse en diferentes niveles asistenciales, fueron el tipo de intervención con mayor número de estudios y evidencia de apoyo en la revisión del proyecto Mesa Grande sobre la efectividad de todas las intervenciones sobre el consumo de alcohol, doblando casi la puntuación de la intervención siguiente, que era la entrevista motivacional, que en otras revisiones se incluye también entre las intervenciones breves ¹³³.

En nuestra intervención, las sesiones no llegaban hasta los 15 minutos, sino que duraban unos 30 minutos de media aproximadamente, pero en lo que si coincidían es que eran multicontacto y multiprofesionales (psicólogos, trabajadores sociales y médicos).

4.1.2.2. Efectividad de las intervenciones en población general.

Las personas en las que se ha detectado consumo de riesgo o perjudicial de alcohol deben recibir una intervención breve, cuya efectividad y coste-efectividad están probados en numerosos estudios tanto a nivel internacional como nacional

En España, hay al menos tres experiencias controladas que apoyan la eficacia y efectividad de estas intervenciones en Atención Primaria ¹³⁶⁻¹³⁸. Estas se refieren a estudios sobre población que asiste a consultas de Atención Primaria.

Un metanálisis de estudios españoles en el nivel asistencial de Atención Primaria apoya la eficacia de la intervención breve sobre personas con consumo de riesgo, aunque su efecto sea sólo moderado, encontrándose una disminución en el consumo semanal de alcohol de, aproximadamente, 100 gramos, es decir, de 10 UBE. Aunque su eficacia sea moderada, su impacto sanitario y social cuando se realiza desde la Atención Primaria suele ser considerable dada la población sobre la que se interviene. El consejo sanitario realizado desde el primer nivel asistencial es altamente recomendable debido, por un lado, a la ausencia de efectos adversos secundarios a la intervención, su normalidad y aceptabilidad y, por otro, a sus características de coste-efectividad.

Este metanálisis ha mostrado que el número de estudios que se ha realizado en España es escaso, los diseños y las intervenciones son heterogéneos y, sólo se han incluido varones. Aún así, la intervención breve en Atención Primaria en personas con consumo de riesgo se muestra efectiva. Sus resultados muestran una eficacia moderada en relación con el consumo de alcohol y más moderada aún para la disminución de bebedores excesivos ¹³⁹.

4.1.2.3 Efectividad de las intervenciones en población adolescente.

Después, de todo lo anteriormente descrito, no se ha podido encontrar intervenciones en nuestro país sobre población joven-adolescente. La mayoría de los estudios se basan en diseños observacionales descriptivos cuando se circunscriben a la población joven. Esto se puede explicar por diferentes motivos; pero básicamente debido a dos: por una parte, debido a dificultades en relación con la muestra y su implicación y compromiso con el estudio debido a las características de la adolescencia y, por otra, por que los investigadores sesgados por la necesidad de obtener resultados positivos y de impacto, deciden no intervenir en un grupo poblacional tan complejo como son los adolescentes. En este grupo poblacional existen múltiples variables epidemiológicas biológicas, psíquicas y sociales que influyen en los resultados esperados. La información y formación, aunque las evidencias científicas indican que hace a los individuos responsables, consecuentes y prudentes y puede ser determinante en relación con los estilos de vida relacionados con la salud. En el contexto social actual, la educación y la formación está devaluada e infravalorada por los jóvenes. Los líderes sociales de los mismos son personas, en su mayoría, sin formación, sin valores; pero que han triunfado en lo económico. Así, en este contexto epidemiológico y social complejo y marcado por la edad y la falta de madurez como personas y que conocen bien los profesores y educadores, es difícil ser efectivos.

La Educación para la Salud (EPS) siendo una materia transversal en la educación secundaria y en el bachillerato no tiene continuidad y, además, los temas utilizados para la misma tienen una gran variabilidad ¹⁴⁰.

No ocurre lo mismo, en el plano internacional, donde existen bastantes estudios de intervención en este grupo etario. Los programas escolares han tenido y tienen gran difusión en otros países. Sin embargo, a pesar de esta larga trayectoria y de las mejoras implementadas, el tamaño del efecto es pequeño para la mayoría de programas y los fracasos son frecuentes ¹⁴. De hecho existe una revisión de la biblioteca Cochrane ¹⁴¹ que compara diferentes tipos de intervenciones. Dicho estudio revisó 56 trabajos hallando una falta de efectividad en 23 de los programas con seguimiento a corto plazo, en 19 con seguimiento a medio plazo, y en 6 con seguimiento a largo plazo. Cinco programas tuvieron efectos negativos a corto y medio plazo. Los autores señalan que algunas de las intervenciones estuvieron mal evaluadas y, por lo tanto, no se podía confirmar su ineficacia. Sin embargo, en otras muchas se confirmó la falta de eficacia, con lo que se concluyó que no debían continuar utilizándose.

En conjunto, no pudieron obtenerse datos concluyentes sobre la efectividad de los programas educativos con seguimiento a corto (1 año) y medio (1-3 años) plazo. No obstante, los estudios basados en el fortalecimiento familiar a largo plazo (>3 años), parece que resultaron ser los más efectivos a medida que pasa el tiempo, pudiendo llegar a prevenir tres conductas de iniciación al alcohol: primer episodio de embriaguez, consumo y consumo sin permiso con un número necesario de pacientes a tratar (NNT) de 9.

La prevención basada en programas educativos en el medio escolar no debe orientarse a la mera información, sino al cambio de actitudes, expectativas, habilidades sociales y autoestima que les ayuden a demorar el consumo de alcohol y hacerlo en el futuro con el mínimo riesgo ¹.

Los programas basados en la información aumentan el conocimiento y acaso modifican actitudes, pero no llegan a modificar conductas¹⁴². A veces, incluso pueden promover el uso de las sustancias¹.

En resumen, nuestro estudio no fue efectivo dentro de los objetivos marcados inicialmente. Probablemente, debido a que se diseñó a corto plazo (6 meses). Hay que decir que además no tiene la misma validez interna que un estudio aleatorizado. Así mismo parece que pudo promover el uso de otras sustancias, pero ese aspecto se discutirá más adelante. Aún así, dentro de los objetivos marcados, como se aprecia en los resultados, se modifican algunas actitudes y muchos conocimientos.

4.2.- Tamaño muestral:

Según los datos del último Censo Poblacional que data de 2001, en Salamanca, existen 36.971 jóvenes, con edades comprendidas entre los 8 y 18 años, que fue el rango de edad de los participantes en este estudio, por lo que se necesitaba una muestra de 546 individuos. En total, participaron en el estudio 545 alumnos, sin embargo, es importante resaltar que hubo una pérdida muestral del 66,6% durante el seguimiento, debido a diferentes motivos, entre los que destaca, la falta de motivación del medio escolar y sus gestores y profesionales por intervenciones de este tipo, un indicador de ésta fue el que dichas intervenciones se realizaron en el horario de tutorías, lo que facilitó la ausencia de los alumnos, dado que sabían de la ausencia de su profesorado habitual. Por parte del alumnado, la falta de motivación por actividades extraescolares.

En lo referente a la edad, este estudio se centró en estudiantes menores de 18 años, de forma similar a otros estudios a nivel nacional, todos ellos descriptivos.

El tamaño muestral recogido en estos estudios, varía de forma considerable, desde los 26.456 del último estudio ESTUDES a nivel nacional ⁶, hasta los 491 ¹⁴³ recogidos en un estudio realizado en Ourense. La localización de los trabajos, es de lo más diversa. Sin embargo, predominan los estudios realizados en la Comunidad Autónoma de Cataluña con 13 ¹⁴⁴⁻¹⁵⁶. Aunque, también son destacables los procedentes de Madrid ¹⁵⁷⁻¹⁶⁰, Asturias ¹⁶¹⁻¹⁶⁴, Galicia ^{143, 165-168}, Castilla la Mancha ^{169, 170}, Cantabria ¹⁷¹⁻¹⁷³, Murcia ^{174, 175}, Extremadura ¹⁷⁶, Comunidad Valenciana ^{177, 178}, Andalucía ¹⁷⁹⁻¹⁸⁴, Aragón ^{185, 186}, País Vasco ¹⁸⁷, Islas Baleares ^{188, 189} y Castilla-León ^{190, 191}.

Por lo tanto, en lo que se refiere al tamaño muestral, nuestro estudio se ajustó a lo requerido desde un punto de vista metodológico, dado que se estableció en base al

tamaño poblacional de referencia y se calculo con los parámetros adecuados para garantizar su representatividad. Sin embargo, se debe tener presente el elevado número de alumnos (*pérdidas*) que se produjeron durante la intervención educativa (trabajo de campo). Aspecto, que puede haber influido en los resultados finales, dado que generalmente estas pérdidas pueden estar asociadas a alumnos más problemáticos en general y, específicamente, en relación con los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol. Además, dos de los centros educativos en los que se realizó la intervención educativa (Programa de EPS sobre Alcohol) tienen, por su ubicación geográfica en la ciudad de Salamanca, principal factor de elección de centro, alumnos que proceden de familias con bajo nivel socioeconómico y con problemática familiar.

4.3.- Variables:

4.3.1- Consumo de alcohol

Actualmente, el fenómeno del consumo y abuso de alcohol en la población juvenil ha adquirido unas dimensiones alarmantes en nuestra sociedad y, en gran parte se debe al cambio en el patrón de consumo. Se ha pasado de un patrón mediterráneo o latino, caracterizado por consumo de pequeñas cantidades y de forma diaria a un tipo anglosajón, consumo excesivo los fines de semana ¹⁹².

El problema radica en el hecho de que los jóvenes que beben lo hacen en cantidades muy elevadas en cortos periodos de tiempo, lo que los anglosajones definen como patrón *binge-drinking*. Son consumos que se realizan preferentemente fuera del hogar, siendo la vía pública un entorno cada vez más habitual, lo que también conlleva problemas de orden público. En nuestro país este fenómeno es denominado popularmente como *Botellón*. Como consecuencia, existe una elevada frecuencia de episodios de embriaguez en los adolescentes, hecho que forma ya parte de la cultura juvenil del alcohol, que busca sus efectos psicoactivos de forma rápida y sin control ¹⁹³.

4.3.1.1 Análisis Preintervención:

Según el estudio ESTUDES, previamente mencionado, el 79,6% de los adolescentes confesaba haber probado el alcohol en alguna ocasión ⁶. Ya a nivel de la Comunidad Autónoma de Castilla y León un 74,4% de los estudiantes reconocía consumir bebidas alcohólicas ¹⁰. Estos datos son claramente inferiores a los obtenidos en nuestro estudio, donde el 90,1% de esta población confesaba que al menos alguna

vez lo había consumido. El consumo de alcohol en otros trabajos descriptivos en nuestro medio, muestran un consumo que va desde el 60% en Palma de Mallorca ¹⁸⁹ al 93,4% en Toledo ¹⁶⁹. Por tanto, nuestros resultados son similares a los presentados en otros estudios, con una prevalencia mayor que la media nacional. Las diferencias pueden deberse a la variabilidad existente en relación con la edad de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas y, muy probablemente, a la influencia del entorno, Salamanca es una ciudad marcadamente universitaria y en la que existe debido a la influencia de la población universitaria una gran oferta de lugares para consumir bebidas alcohólicas y un relativo y escaso control de los mismos en relación con la venta a menores de alcohol.

En un estudio realizado previamente sobre universitarios en Salamanca por el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública ¹⁹⁴, y que utilizó gran parte del cuestionario que se entregó en este trabajo; un 92,2% de los universitarios reconoció que consumía alcohol. Este porcentaje se aproxima mucho al obtenido en nuestro trabajo; a pesar de la diferencia de edad (edad media= 20±1,8 años vs 14,20 años ±1,436).

La 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España ¹, estableció una serie de conceptos básicos relacionados con el consumo de alcohol. Uno de ellos es el llamado el *binge-drinking* de la terminología anglosajona. Estos autores propusieron que la traducción al castellano fuera: «*Episodios de consumo concentrado*», se intentó con ello barajar los criterios de cantidad, duración y frecuencia. Y se le dio forma con el siguiente concepto: consumo de 60 g o más (6 UBE) en varones, y de 40 g o más (4 UBE) en mujeres, concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de

intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8), con una frecuencia mínima de 1 vez al mes. La prevalencia de este tipo de consumo varía significativamente, específicamente de un 7% a un 40% entre los diferentes países ¹⁹⁵.

En nuestro estudio, una de las deficiencias metodológicas, fue que no se pudo medir el consumo de alcohol en UBE o “gramos de alcohol” debido a que la pregunta para intentar calcularlo se hizo de forma abierta y las respuestas han sido tan dispares que no fue posible el análisis. Lo que sí se valoró fue la frecuencia del consumo; en la cual imperaba, sobre todo, el mencionado previamente *binge-drinking* o *episodios de consumo concentrado*; claro está sin saber la cantidad de UBE que ingirieron estos alumnos.

Se observó que el 55,4% de los jóvenes, ingería alcohol los fines de los fines de semana, mientras que sólo un 3,9%, lo hacía a diario. Estos niveles de consumo son similares a las obtenidas en otros estudios ^{169, 174, 196}. En el trabajo realizado sobre universitarios de la Universidad de Salamanca, el porcentaje fue del 59,1% los fines de semana ¹⁹⁷. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en relación con el género, al valorar la frecuencia del consumo, salvo en lo referente al consumo diario (Hombres 5,6%; mujeres 1,3%; $p < 0,001$). Observación que también se aprecia en otros estudios similares ¹⁶⁹.

En cuanto a la edad de inicio en el consumo de alcohol; en el estudio ESTUDES y otros estudios ^{10, 149, 169} se sitúan en torno a los 13,8 años mientras que en el nuestro lo hizo a los 14,20 años [DS: 1,436]. Por tanto, similar. La importancia de este aspecto, como es el inicio del consumo a edades tan tempranas reside en la mayor frecuencia de consumo posterior ¹⁹⁸, la adopción de otros hábitos de riesgo que consiste en consumo de otras drogas y el mezclar el alcohol con las drogas ilegales ¹⁹⁹ y la aparición de

alteraciones orgánicas y/o psicológicas asociadas al consumo de alcohol y a la duración del hábito, es decir, al tiempo de exposición al factor de riesgo²⁰⁰. Referir y hacer mención que no se observaron diferencias de género en cuanto al consumo; algo que concuerda con los resultados de otros estudios descriptivos desde hace años^{6, 154, 169, 184, 201}.

Es importante conocer la edad de inicio en el consumo pues en otros estudios internacionales como por ejemplo Nacional Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey de EEUU (N muestral de 27.616)²⁰², indicaron que la tasa de dependencia de alcohol durante la vida de los que inician el consumo de alcohol a los 14 años de edad es cuatro veces más alta que los que comienzan a consumir alcohol a los 20 años. Al ajustar las variables potenciales de confusión de las observaciones, los *Odds* de dependencia disminuyeron un 14% con cada año adicional de demora en la iniciación. La edad media de inicio en nuestro estudio (hombres: 14,05 años; mujeres: 14,41 años) estuvo levemente por encima de la media española (Hombres 13,7 años; mujeres: 13,8 años)⁶. Sin embargo, en nuestro estudio se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p=0,007$) al igual que otros estudios similares en otras comunidades autónomas¹⁶⁹.

Es interesante destacar las asociaciones del consumo de alcohol con otras variables, ya demostradas por otros estudios descriptivos previos como son las relacionadas con el test de CAGE^{162, 203}, las relaciones sexuales¹⁴⁶, el consumo de drogas^{171, 204} y las conductas delictivas propias o ajenas¹⁶⁶

4.3.1.2.- Análisis Post-intervención

Al no existir otros estudios experimentales nacionales, es difícil comparar los resultados obtenidos con otros similares; ya que como se ha comentado, todos los trabajos encontrados son observacionales descriptivos. Aún así, hay que destacar que sí que hubo un descenso en el patrón de consumo (pasando de consumo sólo fines de semana a “rara vez” o “fiestas especiales”) aunque eso sí, sin diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Resultado que aunque no tiene significación estadística, si lo tiene desde el punto de vista social.

De los estudios internacionales, se valoraron aquellos que fueron recogidos por la revisión Cochrane del 2003 ¹⁴¹. En esta revisión se seleccionaron 56 artículos. Los criterios utilizados fueron de diseño, relevancia y resultado excluyendo alrededor de 550 tras un cribado inicial realizado sobre 6.000 trabajos. De estos 56 artículos, 24 informaron de intervenciones cuyo objetivo era específicamente el alcohol, mientras que el resto fueron intervenciones sobre otras drogas incluyendo el alcohol. El 84% de los artículos seleccionados procedía de EEUU. Ninguno del área mediterránea. Por último, 15 de los 56, eran “*estudios controlados antes/después*” similares al nuestro, aunque con grupos control.

Se detallan a partir de ahora las características de estos 15 artículos. El seguimiento de estos estudios fue de 5 a 36 meses. La población estudiada estuvo entre 102 y 6.808 alumnos. La intervención multidisciplinar realizada por diferentes profesionales sólo se encontró en un trabajo ²⁰⁵. Las conclusiones a las que llegan los revisores Cochrane, en lo referente al “*consumo de alcohol*” en adolescentes fueron desde que existían estudios sin evidencia de que la intervención fuese efectiva ²⁰⁵⁻²¹³, hasta hallar diferencias estadísticamente significativas tras la intervención ²¹⁴⁻²¹⁶. Los

autores del metanálisis concluyen que los mejores programas de intervención son los que incluyen un fortalecimiento familiar para la prevención primaria del abuso del alcohol en adolescentes, mientras que otras intervenciones que se deben considerar son las intervenciones basadas en factores socioculturales; aunque también simultáneamente refieren que se requieren estudios adicionales para mejorar las evidencias y las recomendaciones basadas en éstas. Siguiendo esta línea, recientemente se publicó un nuevo metanálisis sobre las intervenciones para reducir el consumo de alcohol en adolescentes. Las conclusiones fueron muy similares, salvo por la afirmación de que las intervenciones individuales tenían mayor efecto que las basadas en la familia ²¹⁷.

Sobre este aspecto, cabe recordar en relación a la intervención realizada en nuestro trabajo de campo incluía una que tenía como objetivo fortalecer la autoestima del adolescente para que no se sintiese mal por decir “no” a beber igual que sus amigos o compañeros. Sobre todo para instruirle e inmunizarle en sentido de no sentirse mal y extraño por no hacer lo mismo. Es decir, lo considerado como normal en estos casos, consumir alcohol y no plantearse sus riesgos. Por este motivo se incluyó una intervención de inmunización y fortalecimiento personal y social. Esta intervención fue realizada por una psicóloga clínica experta en habilidades sociales y de comunicación del Sistema Sanidad de Castilla y León, dado que la falta de habilidades sociales de muchos adolescentes les lleva tomar bebidas alcohólicas como medio de desinhibición personal para relacionarse con sus iguales.

4.3.2.- Curso académico:

Se aprecia un mayor consumo en aquellos cursos que tienen mayor edad y están en cursos superiores con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) similar a otros estudios ^{6, 169}. Esta observación parece razonable dado que a medida que aumenta la edad, aumenta la socialización y las relaciones externas con iguales y, actualmente, la mayoría de éstas se tienen en un ámbito con gran oferta de bebidas alcohólicas y que facilitan su consumo. Es más, actualmente, muchos encuentros de fin de semana tienen la finalidad de satisfacer la necesidad de consumir alcohol en cantidades excesivas de alcohol en determinados lugares públicos. Además, en los últimos tiempos se está poniendo de moda utilizar las redes sociales de internet (Facebook, Tuenti, Twitter...) para conseguir encuentros masivos que faciliten el anonimato, la diversidad y las sorpresas del descontrol.

4.3.3.- Trabajo de los padres

No se apreció asociación estadística entre el trabajo de los padres y otras variables, algo que también se repite en otros estudios a nivel nacional ¹⁸⁹, excepto en lo referente a la asociación del consumo de drogas con que el padre trabaje ($p = 0,006$; $0,315$ IC [0,132-0,751]) pudiendo ser factor protector para el consumo del mismo. Esta asociación, no la hemos podido encontrar en otros estudios de nuestro medio. La explicación podría deberse a la posible desestructuración familiar que conllevaría que el “cabeza de familia” no trabajase.

4.3.4.- Tipo de bebida alcohólica

El mayor consumo de “licores combinados” que se observa en nuestro trabajo, es similar a otros realizados en otras regiones de nuestro país y en años recientes ^{174, 184, 188, 189}. Sin embargo, en otros estudios observacionales de la pasada década, se aprecia otro comportamiento en el tipo de bebidas consumidas, prevaleciendo por ejemplo el vino ¹⁵⁷ y la cerveza ^{180, 218}; éste último estudio se llevó a cabo en nuestra región pero tomó una población joven desde los 14 a los 30 años. Estos hallazgos concuerdan con los resultados obtenidos en los últimos 10 años por el estudio ESTUDES ⁶; donde predominaba en la década de los 90, el consumo en fin de semana de vino (32,8%) y cerveza(46,9%) frente a los combinados (48,8%); mientras que en las últimas encuestas, estos datos han dado un vuelco prevaleciendo el consumo de combinados (51,6%) frente a los dos anteriores (vino 18,8%, cerveza 27,9%).

4.3.5.- Episodios de embriaguez:

Definida como *embriaguez* el estado derivado de la administración de alcohol que presenta perturbaciones en el nivel de consciencia, cognición, percepción, juicio, afectos, conducta u otras funciones y respuestas psicofisiológicas ²⁰³.

4.3.5.1.-Análisis Pre-intervención:

Se debe destacar que el 66,6% de los adolescentes, declaró haberse embriagado alguna vez y del total un 16% declaraba haberlo hecho en más de 10 ocasiones en el último año; resultados similares a los encontrados en el estudio ESTUDES ⁶ y en otros trabajos de diferentes décadas ^{157, 169}; aunque difiere de otros en el que el número de

adolescentes que reconocen que se han embriagado en alguna ocasión es de aproximadamente el 33-25%^{171, 179}.

Por otra parte, a diferencia del estudio ESTUDES⁶ en que un 43,8% refieren algún episodio de embriaguez en el último mes, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León este porcentaje es algo menor 35%. En nuestro estudio esta cifra es considerablemente superior a ambas (64,2%). Una de las posibilidades que pueden explicar estas diferencias es que en Salamanca debido a su múltiples fiestas universitarias y a las fiestas locales ofrece muchas más oportunidades para el consumo excesivo de alcohol.

Al igual que se demuestra en otros trabajos, no existen diferencias estadísticamente significativas, de forma global entre los adolescentes hombres y mujeres que reconocían haberse embriagado alguna vez^{6, 169}. Pero sí que se demuestran diferencias de género cuando se discriminaba por número de episodios (más de 10 episodios: en hombres 31%, en mujeres 14,7%), también recogido en otros estudios¹⁸⁰. Este mayor número de episodios de descontrol en el género masculino puede estar condicionado porque todavía está mejor visto y se tolera mejor socialmente hablando, la embriaguez masculina que la femenina.

Se observó así mismo que los alumnos de mayor edad y cursos superiores, presentaban una mayor frecuencia de episodios de embriaguez con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Algo que también se demuestra en trabajos similares y con la misma potencia estadística¹⁶⁹ y, que probablemente se deba, entre otros factores, a la mayores oportunidades sociales para el consumo que posibilitan una mayor facilidad de acceso a las bebidas y, también a la edad.

Se pudo detectar asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre los adolescentes que confesaban haberse embriagado y el consumo de drogas, las relaciones sexuales no deseadas, las conductas violentas y el test de CAGE. También, se halló tendencia estadística entre la asociación de “emborracharse” y los accidentes propios. Estas asociaciones no se han relacionado previamente en nuestro país, salvo en lo referente a episodios de embriaguez y consumo de drogas en escasas publicaciones^{171,}²⁰⁴ a pesar de que variables como el consumo de drogas y el de alcohol, se han valorado en varias ocasiones y por diferentes trabajos como se ha mencionado previamente. La importancia e impacto social y sanitario que puede tener estos resultados es que en nuestro estudio el hecho de embriagarse por parte de los adolescentes estudiados, puede conllevar consecuencias a corto plazo como son los embarazos no planificados y/o deseados, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), aumento de la morbilidad por accidentes o agresiones y, ser el escalón inferior que facilite subir en la escala social del consumo de sustancias tóxicas, como es el consumo de otro tipo de drogas ilegales. La asociación al test CAGE, viene a confirmar que dicho test sobre el consumo perjudicial de alcohol, puede servir para sospechar y detectar precozmente por parte de los profesionales de la Atención Primaria adolescentes con problemas relacionados con el alcohol.

4.3.5.2.-Análisis Post-intervención:

Al evaluar las diferencias entre el número de adolescentes que se embriagaban antes del estudio y los que lo hacían después de la intervención, se aprecia un descenso pero sin ser estadísticamente significativo. Los resultados parecen indicar que una única intervención aunque tenga la característica de multidisciplinar y multifactorial no es suficiente para luchar contra todo un entorno social que ofrece y facilita múltiples ocasiones para el consumo, incluidas las familiares y las sociales.

En las intervenciones internacionales “antes-después” analizadas, tampoco se detectan diferencias estadísticamente significativas en este apartado ²⁰⁶. Existen otros estudios internacionales randomizados y controlados en los que se detectó una reducción en la frecuencia de episodios de embriaguez tras la intervención, pero hay que tener en cuenta que los revisores de la Cochrane ¹⁴¹ cuestionaban el nivel de significación elegido, concluyendo que tienen un beneficio para la Salud Pública poco esclarecido ²¹⁹ y otros en los que directamente no se aprecian diferencias entre el grupo de intervención y el control ²²⁰⁻²²².

4.3.6.- Test CAGE:

El test CAGE (Chronic Alcoholism General Evaluation) consiste en 4 preguntas dicotómicas, con un punto de corte de 2 o más respuestas afirmativas y sospecha de alcoholismo con una respuesta afirmativa. Aunque inicialmente estaba diseñado para realizar el cribado de dependencia alcohólica en la población clínica, también ha sido utilizado en población general a través de encuestas de salud ²²³. Fue presentado por Ewing en la Conferencia Internacional de Alcoholismo que tuvo lugar en Australia en 1970 y fue validado posteriormente en una población de alcohólicos de 2 centros de rehabilitación en Estados Unidos y, también en España por Rodríguez Martos ²²⁴.

Su interpretación abarca no sólo la sospecha de dependencia, sino el consumo de riesgo, así como los trastornos por alcohol. El CAGE mostró una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%, con un punto de corte de 2 o más para detectar a los consumidores de más de 64 g de alcohol diarios. Es decir, de más de 6 UBE ²²⁵. Para la detección de bebedores de riesgo según los criterios estándar, la sensibilidad se redujo al 14% y la especificidad se mantuvo pareja (97%) en pacientes mayores de 60 años ²²⁶.

El AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification test) fue desarrollado por la OMS para detectar tanto consumos de riesgo como dependencia alcohólica. Incluye 10 preguntas que cubren los tres ámbitos correspondientes: consumo de riesgo (preguntas 1 a 3), problemas relacionados con el alcohol (preguntas 7 a 10) y dependencia alcohólica (preguntas 4 a 6). Cada pregunta se puntúa de 0 a 4, y la suma final permite identificar, en función del punto de corte, tanto los consumos de riesgo como la dependencia alcohólica. Este test ha sido validado para España por varios autores ¹, probado en población general en Atención Primaria ²²⁷ y en población adolescente ¹⁹⁵; donde parece tener un mejor rendimiento que con respecto a otros.

Por regla general, se recomienda limitar el uso del CAGE a la detección de la dependencia alcohólica, dado que el AUDIT tiene un mejor rendimiento para la detección de bebedores de riesgo. Existe una versión traducida y validada al castellano²²⁴ y, se aconseja su uso camuflado entre otras preguntas sobre hábitos de salud.

En el 2004, se desarrolló una encuesta específica en la Comunidad Autónoma de Castilla y León²²⁸ entre personas de 14 a 70 años (n=2163) que incluyó este test. Utilizando un punto de corte de dos o más preguntas positivas, la frecuencia total del test positivo fue del 8% (9,5% varones y 6,35 mujeres). En otras encuestas recientes realizadas en Madrid²²⁹ y País Vasco²³⁰ incluyen también en sus frecuencias de positividad al test de CAGE (10% y 3,9% respectivamente); a población mayor de 14 años.

La inmensa mayoría de los estudios descriptivos realizados sobre población adolescente que han querido valorar la dependencia, el consumo de riesgo y los trastornos derivados por el alcohol en esta población, han tomado como referencia al test CAGE “camuflado”, principalmente por su sencillez, rapidez y fácil comprensión. Por todo lo cual, se decidió incluir este test en nuestro estudio; a pesar de ser el AUDIT el más recomendado.

4.3.6.1.- Análisis Pre-intervención:

Los resultados que se observan en nuestro estudio con respecto a la prevalencia del CAGE en la población adolescente son cuanto menos, inquietantes. El 20,7% dieron positivo en el test (considerando positivo 2 o más respuestas afirmativas), es decir, más del doble (8%) del detectado en la población castellano-leonesa en el periodo en el que se realizó el estudio ²²⁸. Otros resultados, en diferentes Comunidades Autónomas, presentan resultados similares (Asturias 11,8% en 1997 ¹⁶², Madrid 14,1% en 1997 ¹⁵⁷). Existe sin embargo un estudio reciente en el que el 68% de los encuestados tienen un CAGE positivo; sin embargo este trabajo tiene bastantes lagunas metodológicas siendo una de ellas que en ningún momento informa del punto de corte para darlos como positivo (2 o más o, 1 o más si incluye “sospecha”) por lo que estos resultados son dudosos²⁰³. Otro estudio reciente, evaluó el consumo de riesgo y los episodios de consumo concentrado en un grupo de estudiantes universitario, mediante el test AUDIT ¹⁹⁵.

Desgranando el cuestionario pregunta por pregunta, cabe destacar que hasta un 40,6% reconocía que alguna vez había tenido la sensación de que debería beber menos y que hasta un 8,6% declaraban haber presentado necesidad de beber por la mañana para calmar la ansiedad. En otros estudios consultados, no aparecen reflejados los porcentajes en la contestación de las preguntas por separado.

Por otra parte, se encontraron diferencias de género estadísticamente significativas ($p=0,03$), algo similar a lo que ocurre en otros trabajos en nuestro país ¹⁵⁷, ¹⁶², ²⁰³. Además, se apreció asociación entre el test y cuanto más edad tenían los jóvenes ($p=0,006$), también observado previamente en otros estudios ¹⁵⁷. Así mismo, se apreció asociación con el consumo de drogas ($p=0,041$), coincidente con otro estudio

comentado previamente ²⁰³. Las asociaciones entre el test CAGE y las relaciones sexuales no deseadas, las conductas violentas y los accidentes; no han sido valoradas previamente en nuestro país.

Por tanto, basándose en las observaciones de nuestro estudio, podría decirse que el cuestionario positivo se asocia a diferentes causas de morbilidad y problemas sanitarios y sociales en este grupo poblacional. Asociación que indica que los adolescentes constituyen un grupo de riesgo poblacional frente a los tóxicos sociales y sus repercusiones sanitarias y sociales, aunque éstas lo sean a medio y largo plazo.

4.3.6.2.-Análisis Post-intervención:

Se aprecia que tras la intervención existe una mínima diferencia sin significación estadística ($p>0,05$). En los artículos internacionales valorados por los revisores de la Cochrane ¹⁴¹, no se incluye el test CAGE ni ningún otro test en la valoración antes-después de la intervención. Lo mismo sucede con las diferencias entre las preguntas; no se aprecian diferencias estadísticamente significativas antes-después de la intervención.

El hecho de que surjan este tipo de resultados en este grupo poblacional, puede deberse a la falta de concienciación por parte de los adolescentes frente a los riesgos y problemas sanitarios y sociales asociados al alcohol. En tal caso, es bastante lógico que tras 6 meses de intervención, más bien, debería aumentar el porcentaje de alumnos que dan positivo en el test de CAGE (de hecho lo hizo, pero sin significación estadística), pues deberían haberse concienciado más del riesgo que conlleva el consumo e identificarse con alguna de las preguntas del test. Esto mismo sucedió en un trabajo en Japón, en el que tras la intervención, aumento de forma no significativa el porcentaje de alumnos que contestaron afirmativamente a más preguntas del test²³¹.

4.3.7.- Motivos por los que beben e influencias en el consumo:

El principal motivo por el que estos escolares beben, es por “*diversión*”, similar a otros estudios previos ¹⁶⁹; y en un 86% de los casos el consumo se realiza con grupos de iguales. Es decir, el consumo de alcohol forma parte del ocio y la diversión y constituye un ingrediente más. Además, sólo el 2,9% de los estudiantes lo hace con su familia. Estos datos coinciden con las conclusiones sacadas de trabajos realizados en nuestro país en las décadas pasadas, en los que se decía que la influencia del grupo de iguales y no tanto de padres, es determinante en el inicio y mantenimiento del hábito enólico ^{136, 152, 171, 180}. Sin embargo, en un estudio de esta década, se apreciaba asociación estadística entre el consumo de alcohol del joven y el hábito del padre; concluyendo que los escolares podrían seguir esta pauta de comportamiento si había hábito familiar ¹⁷⁴. En otros estudio recientes ^{169, 171}, se afirma que los principales iniciadores en el hábito alcohólico son los amigos seguido de los familiares. Todo esto se podría explicar porque los jóvenes entienden el alcohol como un factor facilitador en las relaciones sociales con el grupo de amigos y, también que tener amigos bebedores sea un factor asociado al consumo de alcohol en el adolescente. Produciéndose un círculo vicioso entre la adolescencia, el alcohol y las relaciones entre iguales. En nuestro estudio, la posible influencia que pudiera tener la familia como facilitadora en el consumo parece menor que en los otros trabajos mencionados. Además, ésta puede jugar distintos roles, facilitadora; pero también educadora e inmunizante en relación con el alcohol y una sociedad tolerante frete a este riesgo para la salud.

Por lo que respecta a la familia, en la mencionada revisión de la Cochrane ¹⁴¹ parece quedar claro que los programas que, además de la educación del alumno, incluyen intervenciones a nivel familiar o comunitario fueron los que mejores resultados

dieron. En cuanto a la efectividad a largo plazo (> 3 años), pudo comprobarse que el Programa de Fortalecimiento Familiar (*Strengthening families Program*) fue el que obtuvo mejores resultados. Fue capaz de prevenir tres conductas de iniciación al alcohol: consumo, consumo sin permiso y primera embriaguez, con un NNT (número necesario para tratar) de 9. Este programa ²³² consiste en una intervención basada en la familia, tiene un diseño sólido y un sólido patrón de efectividad en las tres variables mencionadas. Al contrario que la mayoría, el programa parece aumentar su efectividad a medida que pasa el tiempo.

4.3.8.- Accidentes de tráfico:

Un 5,4% de los adolescentes consultados refería que había sufrido algún tipo de accidente de tráfico en relación con el alcohol, mientras que un 3,4% confesaba haber cometido alguna infracción de tráfico. Además, hasta un 30,4% reconocía que tenía amigos que habían presentado algún accidente de tráfico en relación con el alcohol. Al analizar estos porcentajes, debemos tener en cuenta que se trata mayoritariamente de población adolescente que todavía no disponen de permiso de conducción de automóvil, aunque sí de ciclomotor. No se encontraron otros artículos en los que se hiciera referencia a este tema en los adolescentes a pesar de que ésta es una de las principales causas de morbi-mortalidad en esta población; tan sólo en lo referente a conocimientos donde el 97,22% de los adolescentes de un estudio ¹⁶⁹, relacionaba el consumo de alcohol con los accidentes de tráfico.

Esto difiere de los datos publicados por las diferentes Instituciones Públicas. Un ejemplo, es el estudio ESTUDES donde el 22% de los adolescentes reconocían haber

sido pasajeros en el último año en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol, mientras que un 9,8% reconocía haber conducido ellos mismo bajo estos efectos. En nuestra comunidad, según el V Plan Regional sobre Drogas, un 3.5% de los estudiantes de 14 a 18 años manifestaba haber tenido accidentes bajo la influencia del alcohol y un 17.3% haber sido pasajero de un vehículo conducido por alguien bajo sus efectos ¹⁰. Por tanto, se adolece la ausencia de esta variable epidemiológica en los estudios descriptivos realizados previamente en nuestro país, salvo en los institucionales previamente mencionados.

4.3.9.- Problemas psico-sociales:

Se aprecia un elevado porcentaje de conductas antisociales propias (19,5%) o con los demás (24,4%). Este tema también ha sido analizado por el V Plan Regional sobre drogas ¹⁰ con unas con datos similares a los nuestros (“riñas, peleas o agresiones: 24,8%). En otros estudios se analizó entre otras variables la participación del alumno en peleas siendo del 46,2% de los encuestados que, además, reconocían ser bebedores habituales ¹⁶⁶.

Preguntados si habían tenido problemas de relación con los demás (amigos, familiares o compañeros) como consecuencia del consumo de alcohol, un 11,4% confesaba haberlos padecido, cifras parecidas a las relaciones sexuales no deseadas (13,4%) de los encuestados. No se han encontrado estudios previos que analicen estas variables.

4.3.10.- Presupuesto destinado al consumo de alcohol:

La cantidad de dinero media dedicada por el adolescente al consumo de alcohol estuvo en 11,66€, mientras que el 91,4% recibían menos de 60€ a la semana. En el estudio realizado sobre universitarios, el porcentaje de alumnos que recibían menos de 60€ era del 54,5%; sin embargo, en este estudio no se preguntó por la cantidad de dinero destinada al alcohol ¹⁹⁴.

4.3.11.- Lugar de residencia:

Es importante destacar que el 83,3% de los encuestados vivía con sus padres, algo que es bastante lógico dada la minoría de edad de los adolescentes y que contrasta con el porcentaje en universitarios que viven con sus padres, menos de la mitad que de adolescentes (40,9%) ¹⁹⁴. Sin embargo, quizá lo más importante es que se ha detectado mayor consumo de alcohol con diferencias estadísticamente significativas entre aquellos estudiantes que beben a diario y que viven fuera del núcleo familiar principal, con respecto a aquellos que viven con sus padres. Por tanto, y coincidiendo con lo que se concluía en la revisión Cochrane ¹⁴¹, la familia tiene un papel fundamental en la educación del adolescente y en evitar que este caiga en al menos en el consumo diario. Esto indica claramente que la familia es la célula básica de socialización y la que tiene que educar y controlar a sus integrantes en relación con las relaciones sociales y los hábitos tóxicos. Además, juega un papel importante en la detección de conductas de alto riesgo y de problemas asociados al consumo de alcohol.

4.3.12.- Consumo de drogas:

Los adolescentes se introducen en el hábito del consumo de alcohol y de otras drogas a través de *patrones de progresión*^{1, 233}, esto quiere decir que desde de la abstinencia inicial, el adolescente progresa al consumo de cerveza, cigarrillos, vino, licor, y con frecuencia, posteriormente al cannabis y después otras sustancias psicotrópicas (éxtasis, cocaína, etc.). Es importante destacar el hecho de que generalmente, los adolescentes no abandonan el uso de una sustancia para pasar a consumir otra, sino que pasan a ser consumidores de múltiples sustancias con cierta habitualidad y normalidad (alcohol, tabaco, cannabis, éxtasis) produciéndose una sinergia en relación con los riesgos asociados.

4.3.12.1: Análisis Pre-intervención

En nuestro estudio hay que destacar que el 22,2% de los encuestados, confesaba haber consumido algún tipo de droga, estos datos son similares a otros estudios recientes²⁰⁴ y de la pasada década^{145, 146, 166, 179}; salvo alguna excepción con incremento en los últimos años de las drogas no institucionalizadas^{144, 169}. Comparando con el consumo de drogas en universitarios de Salamanca¹⁹⁴, sorprendentemente los porcentajes son más altos en nuestro estudio (22,2% vs 3,2%). Esto puede deberse a que con el paso de los años los adolescentes se introducen antes en los distintos hábitos tóxicos sociales y a una menor percepción y concienciación de los riesgos.

Por otra parte, se detectó asociación estadísticamente significativa con diferentes variables de morbi-mortalidad en el adolescente como los accidentes de tráfico, las conductas violentas y las relaciones sexuales no deseadas. Lo que es importante, ya que nos ha permitido constatar que el alcohol tiene repercusiones sanitarias y sociales a

corto, medio y largo plazo. Estas asociaciones, no las hemos podido cotejar con otros trabajos en nuestro medio pues no hemos encontrado ninguno que las valore entre sus objetivos específicos.

4.3.12.2.- Análisis Post-intervención:

Sorprendentemente, en el análisis “antes-después”, se detectó un aumento significativo en el consumo de drogas (“antes” 18,5%- “después” 26,7%). Esto ya aparece reflejado previamente en otros trabajos como posible consecuencia o efecto adverso de este tipo de intervenciones que actúan sobre un único factor de riesgo o hábito tóxico, dado que en los individuos los hábitos tóxicos raramente se presentan y se dan solos^{1, 142}. Sin embargo, hay que decir que estos datos, además de los reflejados en el análisis preintervención, puede que carezcan de valor; pues probablemente la pregunta del cuestionario (“¿consumes alguna droga?”), estaba mal planteada y era poco precisa, al no discriminar entre drogas *legales* e *ilegales*. De hecho, una gran proporción de jóvenes, que participaron en la intervención, anotaron el tabaco como droga antes de la intervención (12/43; 28%); pero este porcentaje se aumentó en el análisis post-intervención (25/62; 40%) (se informó de que el tabaco era una droga *legal*). Además, hubo un porcentaje de alumnos que tras la intervención también consideraron que “consumían drogas” al tomar alcohol (7/62; 11,2%), posiblemente por un sesgo de “conocimiento”.

Por tanto, los resultados recogidos en cuanto al consumo de drogas hay que tomarlos con cautela y prudencia.

4.3.13.- Conocimientos y actitudes:

4.3.13.1.- Análisis Pre-intervención:

Los resultados iniciales fueron relevantes desde el punto de vista del conocimiento previo, pues había resultados parecidos a los obtenidos de los estudiantes universitarios en Salamanca ¹⁹⁴, con porcentajes muy similares en todas las respuestas de la tabla I (pej: “produce alteraciones cardiacas y digestivas”: 89% escolares- 96,7% universitarios; “se puede ser alcohólico y no emborracharse nunca”: 44% escolares- 52,6% universitarios; “el alcoholismo se inicia en la juventud”: 76,9% escolares- 82,2% universitarios...).

Comparando con otros estudios realizados en nuestro país, en lo referente al conocimiento previo del “*alcohol como droga*” los resultados (39,3%) se asemejaron a trabajos previos ¹⁸⁰; pero fueron menores con respecto a otros que presentaban porcentajes que iban desde el 63,5% ^{171, 196} al 71% ¹⁷⁴

Otro parámetro analizado es si el “*alcohol produce dependencia*”; en éste si que hay coincidencia en los resultados (65,5%) con los expresados en otros trabajos ¹⁷⁴; pero difiere ampliamente de otros en los que el porcentaje se sitúa en el 20% ¹⁹⁶.

En lo referente a conocimientos de “*problemas digestivos asociados al alcohol*”, los resultados son similares a otros descritos en otras Comunidades y en el mismo año ¹⁶⁹.

Aún así, no se han encontrado estudios en nuestro país que analicen tantos ítems (30 en conocimientos y 20 en actitudes) enfocados directamente sobre el alcohol. Tan

sólo existe alguno que analizan de uno a cuatro ítems de conocimiento^{169, 171, 174} y otros que analizan entre dos y siete actitudes con respecto al alcohol^{161, 176}

En cuanto a las actitudes, es interesante ver que los escolares mantienen unas posturas bastante coincidentes con las del resto de la Sociedad en temas como que el “*alcohol es malo para la salud*” (muy de acuerdo+totalmente de acuerdo= 74,1%), que se deben realizar “*más controles de alcoholemia a conductores*” (muy de acuerdo+totalmente de acuerdo=73.6%), o si se “*conduce ebrio, retirar el carné*” (muy de acuerdo+totalmente de acuerdo=64,2%). Sorprende también que estén a favor de una restricción por parte de los poderes públicos al estar de acuerdo en más de un 79% a favor de que haya una “*ley que prohíba la venta a menores*”, que se “*prevenga el abuso en los jóvenes*” (69,2% están al menos de acuerdo) o de que “*no haya publicidad en TV*” 71,7%, porcentaje este último similar al encontrado por otros autores en su trabajo¹⁷⁶

Existen estudios que analizan también algunas de las actitudes descritas, como son la afirmación de que “*una fiesta sin alcohol no es divertida*” con porcentajes similares a los descrito en otros estudios^{174, 176}; u otra como es “*beber es signo de que eres mayor*”¹⁶¹ con prácticamente los mismos resultados.

Todas estas observaciones indican que el conocimiento en relación con el consumo de alcohol forma parte de conceptos culturales y nos hablan de la amplia tolerancia social; pero los adolescentes son conscientes que las Autoridades y las Instituciones tienen que poner límites, incluyendo medidas disuasorias y penalizantes.

4.3.13.2.- Análisis Post-intervención:

En lo que respecta a conocimientos, se observa un aumento con importante significación estadística de prácticamente todos los parámetros analizados como son los relacionados a conocimientos de “*dependencia*”, “*alcoholismo*”, “*efectos físicos, psicológicos y sociológicos*” y “*concepto de droga*”.

Según nuestro conocimiento, este tipo de intervención tan completa tampoco se ha realizado en nuestro país, por lo que hemos vuelto a recurrir a los 56 artículos seleccionados por la revisión Cochrane ¹⁴¹; de estos pocos son europeos y ninguno latino o mediterráneo. De entre los otros no seleccionados en el metanálisis por diferentes deficiencias, tan sólo encontramos un estudio italiano ²³⁴.

La mayoría de los trabajos analizados ya fueran “antes-después” o randomizados, mejoran las intervenciones con respecto a los conocimientos adquiridos ^{206, 215, 219, 220, 235, 236}; mientras que otros no pudieron demostrar mejora alguna con respecto al consumo de alcohol en esta población ^{210, 237, 238}.

Por tanto, la intervención resulto ser efectiva en lo concerniente a los conocimientos adquiridos, de manera similar a los resultados obtenidos por otros autores. Lo que habla de la *capacidad docente* de los profesionales sanitarios implicados en la intervención de Educación para la Salud llevada a cabo en el trabajo de campo. Algo escasamente valorado en nivel de Educación Superior y, puesto de manifiesto, en el proceso de carrera universitaria actual.

4.4.-Grado de innovación:

Sobre este aspecto se debe destacar lo siguiente:

1. A partir de la información revisada, según las fuentes de datos consultadas, es el primer trabajo realizado en España en que se analiza los efectos de una intervención educativa e informativa sobre el consumo de alcohol en adolescentes. Sólo se han encontrado estudios similares en población adulta y, siempre desde la consulta de Atención Primaria.

2. También es el primer trabajo en España que analiza variables como “*relaciones sexuales no deseadas*” o “*problemas de relación con los demás*” en relación con el consumo de alcohol en jóvenes.

3. Además, es el primer trabajo en nuestro país que desde un punto de vista descriptivo que asocia variables con significación estadística como es el test CAGE con las relaciones sexuales no deseadas, las conductas violentas y los accidentes. Por tanto, en nuestro estudio, el test CAGE podría detectar a aquella población que presenta factores con elevada morbi-mortalidad, además de los problemas relacionados con el alcohol.

En consecuencia, se trata del primer estudio en nuestro país que analiza de forma exhaustiva los conocimientos y actitudes de la población adolescente en relación con el consumo de alcohol.

4.5.-Limitaciones:

1. Estudio cuasi-experimental con diseño a corto plazo (<6 meses), y sin grupo control, por lo que no tiene la misma validez externa que un estudio aleatorizado con grupo control; pero a tenor de los resultados obtenidos, muchos de estos son similares desde un punto de vista descriptivo, a los obtenidos por otros estudios.
2. Elevado número de alumnos que se perdieron durante la intervención, debido a diferentes motivos.
3. No se pudo determinar la cantidad de alcohol consumida valorada en gramos de etanol o en UBE por ofrecer una pregunta abierta.
4. Posible sesgo de “conocimiento” postintervención, al determinar diferencias estadísticas en el consumo de drogas “antes-después”.

6.-CONCLUSIONES

Primera: La intervención resultó ser efectiva en cuanto a la mejora de conocimientos relacionados con el alcohol, así como de la problemática que rodea a su consumo como factor de riesgo.

Segunda: La intervención no fue efectiva en el cambio de comportamientos relacionados con el consumo de alcohol, algo con lo que se coincide con otros estudios internacionales previos.

Tercera: Se constató en este grupo poblacional, asociación estadística entre los episodios de embriaguez y diferentes causas de morbi-mortalidad (como son el consumo de drogas, las relaciones sexuales no deseadas y las conductas violentas o delictivas).

Cuarta: Se apreció asociación estadística entre el test CAGE y diferentes causas de morbi-mortalidad, lo que indica que, además de los problemas relacionados con el alcohol, este test puede servir para detectar alto riesgo en adolescentes. Es decir, se puede utilizar el test como estrategia *oportunist*a o *de alto riesgo* para detectar problemas relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes.

Quinta: Se determinó asociación estadística entre los estudiantes que vivían fuera del núcleo familiar y el consumo diario de alcohol, lo que refuerza la idea de que la familia juega un rol importante en la Educación integral y en la protección e *inmunización social*.

8.-BIBLIOGRAFÍA

1. Lizarbe Alonso VRM, A. Rosón Hernández, B. et al. Prevención de los problemas derivados del alcohol. In: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España; Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. World Health Organization. Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Geneve; 2005.
3. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana, Geneve; 2002.
4. World drink trends: containing data to 2003. Henley-on-Thames, Schiedam: NTC Publications; Produktschap voor Gedistilleerde Dranken; 2005.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008. In; 2009.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe de la encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2006-2007 In; 2007.
7. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre drogas. Informe nº 5 julio 2002. In: Ministerio de Interior.; 2002.
8. Ministerio de Sanidad y Política social. Encuesta Nacional de Salud. In. Madrid; 2006.
9. Comisionado para la Droga. Memoria del Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. In. [Valladolid]: Junta de Castilla y León; 2009: CD-ROM.

10. Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. V Plan regional sobre drogas de Castilla y León: (2005-2008). [Valladolid]: Comisionado Regional para la Droga; 2006.
11. Consejo de la Unión Europea. Recomendación del Consejo de 5 de junio de 2001 sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y, en particular, de los niños y adolescentes. Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2001; L161:4.
12. Cuiperjs P. Revisión de las características que incrementan la eficacia de los programas escolares en base a la evidencia. *Idea Prevención* 2002; 25:86-98.
13. Tobler NS, Roona, M.R. Ochshorn, P.; Marshall, D.G. Streke, A.V. Stackpole, K.M. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000; 20:275-336.
14. Anderson P, Ben Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de Salud Pública. London; 2006.
15. Godfrey C. Alcohol, jóvenes, economía y coste de medidas políticas eficaces. *Idea Prevención* 2001; 22:64-70.
16. Del Río MC. Actuaciones preventivas para disminuir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol. *Idea Prevención* 2001; 23:75-86.
17. Ayuntamiento de Salamanca., Castilla y León., Comisionado Regional para la Droga., España., Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. II Plan municipal sobre drogodependencias 2000-2003. Salamanca: Ayuntamiento de Salamanca; 2001.
18. Pearson TA, Terry P. What to advise patients about drinking alcohol. The clinician's conundrum. *Jama* 1994;272(12):967-8.
19. Pikaar NA, Wedel M, van der Beek EJ, et al. Effects of moderate alcohol consumption on platelet aggregation, fibrinolysis, and blood lipids. *Metabolism* 1987;36(6):538-43.

20. Dimmitt SB, Rakic V, Puddey IB, et al. The effects of alcohol on coagulation and fibrinolytic factors: a controlled trial. *Blood Coagul Fibrinolysis* 1998;9(1):39-45.
21. Maylor EA, Rabbitt PM. Alcohol, reaction time and memory: a meta-analysis. *Br J Psychol* 1993;84(Pt 3):301-17.
22. Wannamethee SG, Camargo CA, Jr., Manson JE, Willett WC, Rimm EB. Alcohol drinking patterns and risk of type 2 diabetes mellitus among younger women. *Arch Intern Med* 2003;163(11):1329-36.
23. La Vecchia C, Decarli A, Franceschi S, Ferraroni M, Pagano R. Prevalence of chronic diseases in alcohol abstainers. *Epidemiology* 1995;6(4):436-8.
24. Vaillant GE. A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(3):243-9.
25. Vaillant G. *Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge; 1995.
26. Power C, Rodgers B, Hope S. U-shaped relation for alcohol consumption and health in early adulthood and implications for mortality. *Lancet* 1998;352(9131):877.
27. Thun MJ, Peto R, Lopez AD, et al. Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults. *N Engl J Med* 1997;337(24):1705-14.
28. Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA, et al. Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med* 1995;332(19):1245-50.
29. Farchi G, Fidanza F, Mariotti S, Menotti A. Alcohol and mortality in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study. *Int J Epidemiol* 1992;21(1):74-81.
30. Yuan JM, Ross RK, Gao YT, Henderson BE, Yu MC. Follow up study of moderate alcohol intake and mortality among middle aged men in Shanghai, China. *Bmj* 1997;314(7073):18-23.

31. Boffetta P, Garfinkel L. Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. *Epidemiology* 1990;1(5):342-8.
32. Doll R, Peto R, Hall E, Wheatley K, Gray R. Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years' observations on male British doctors. *Bmj* 1994;309(6959):911-8.
33. Palmer AJ, Fletcher AE, Bulpitt CJ, et al. Alcohol intake and cardiovascular mortality in hypertensive patients: report from the Department of Health Hypertension Care Computing Project. *J Hypertens* 1995;13(9):957-64.
34. Malinski MK, Sesso HD, Lopez-Jimenez F, Buring JE, Gaziano JM. Alcohol consumption and cardiovascular disease mortality in hypertensive men. *Arch Intern Med* 2004;164(6):623-8.
35. Mackenbach JP, van den Bos J, Joung IM, van de Mheen H, Stronks K. The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? *Int J Epidemiol* 1994;23(6):1273-81.
36. Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol* 1996;144(4):346-50.
37. Orgogozo JM, Dartigues JF, Lafont S, et al. Wine consumption and dementia in the elderly: a prospective community study in the Bordeaux area. *Rev Neurol (Paris)* 1997;153(3):185-92.
38. Carnacini A, Arfelli, G. Selected nutritional components of wine. *Alcologia* 1994;6:41.
39. Rimm EB, Klatsky A, Grobbee D, Stampfer MJ. Review of moderate alcohol consumption and reduced risk of coronary heart disease: is the effect due to beer, wine, or spirits. *Bmj* 1996;312(7033):731-6.

40. Keil U, Chambless LE, Doring A, Filipiak B, Stieber J. The relation of alcohol intake to coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population. *Epidemiology* 1997;8(2):150-6.
41. Booyse FM, Parks DA. Moderate wine and alcohol consumption: beneficial effects on cardiovascular disease. *Thromb Haemost* 2001;86(2):517-28.
42. Reynolds K, Lewis B, Nolen JD, Kinney GL, Sathya B, He J. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *Jama* 2003;289(5):579-88.
43. Singletary KW, Gapstur SM. Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *Jama* 2001;286(17):2143-51.
44. Zhang S, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. A prospective study of folate intake and the risk of breast cancer. *Jama* 1999;281(17):1632-7.
45. Zhang SM, Willett WC, Selhub J, et al. Plasma folate, vitamin B6, vitamin B12, homocysteine, and risk of breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003;95(5):373-80.
46. Sellers TA, Kushi LH, Cerhan JR, et al. Dietary folate intake, alcohol, and risk of breast cancer in a prospective study of postmenopausal women. *Epidemiology* 2001;12(4):420-8.
47. Sellers TA, Vierkant RA, Cerhan JR, et al. Interaction of dietary folate intake, alcohol, and risk of hormone receptor-defined breast cancer in a prospective study of postmenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002;11(10 Pt 1):1104-7.
48. Harnack LJ, Anderson KE, Zheng W, Folsom AR, Sellers TA, Kushi LH. Smoking, alcohol, coffee, and tea intake and incidence of cancer of the exocrine pancreas: the Iowa Women's Health Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1997;6(12):1081-6.

49. Ji BT, Chow WH, Dai Q, et al. Cigarette smoking and alcohol consumption and the risk of pancreatic cancer: a case-control study in Shanghai, China. *Cancer Causes Control* 1995;6(4):369-76.
50. Warshauer DM, Lee JK. Imaging manifestations of abdominal sarcoidosis. *AJR Am J Roentgenol* 2004;182(1):15-28.
51. Tavani A, Pregnolato A, Negri E, La Vecchia C. Alcohol consumption and risk of pancreatic cancer. *Nutr Cancer* 1997;27(2):157-61.
52. Allen NE, Beral V, Casabonne D, et al. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst* 2009;101(5):296-305.
53. Mohamed AE, Kew MC, Groeneveld HT. Alcohol consumption as a risk factor for hepatocellular carcinoma in urban southern African blacks. *Int J Cancer* 1992;51(4):537-41.
54. Tanaka K, Hirohata T, Takeshita S, et al. Hepatitis B virus, cigarette smoking and alcohol consumption in the development of hepatocellular carcinoma: a case-control study in Fukuoka, Japan. *Int J Cancer* 1992;51(4):509-14.
55. Trichopoulos D, Day NE, Kaklamani E, et al. Hepatitis B virus, tobacco smoking and ethanol consumption in the etiology of hepatocellular carcinoma. *Int J Cancer* 1987;39(1):45-9.
56. Tagger A, Donato F, Ribero ML, et al. Case-control study on hepatitis C virus (HCV) as a risk factor for hepatocellular carcinoma: the role of HCV genotypes and the synergism with hepatitis B virus and alcohol. Brescia HCC Study. *Int J Cancer* 1999;81(5):695-9.
57. Marsano LS, Pena LR. The interaction of alcoholic liver disease and hepatitis C. *Hepatogastroenterology* 1998;45(20):331-9.

58. Kono S, Ikeda M, Tokudome S, Nishizumi M, Kuratsune M. Alcohol and mortality: a cohort study of male Japanese physicians. *Int J Epidemiol* 1986;15(4):527-32.
59. Miller GJ, Beckles GL, Maude GH, Carson DC. Alcohol consumption: protection against coronary heart disease and risks to health. *Int J Epidemiol* 1990;19(4):923-30.
60. Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups. *Lancet* 1997;349(9055):825-32.
61. Stampfer MJ, Kang JH, Chen J, Cherry R, Grodstein F. Effects of moderate alcohol consumption on cognitive function in women. *N Engl J Med* 2005;352(3):245-53.
62. Maclure KM, Hayes KC, Colditz GA, Stampfer MJ, Speizer FE, Willett WC. Weight, diet, and the risk of symptomatic gallstones in middle-aged women. *N Engl J Med* 1989;321(9):563-9.
63. Durbec JP, Sarles H. Multicenter survey of the etiology of pancreatic diseases. Relationship between the relative risk of developing chronic pancreatitis and alcohol, protein and lipid consumption. *Digestion* 1978;18(5-6):337-50.
64. Bikle DD, Genant HK, Cann C, Recker RR, Halloran BP, Strewler GJ. Bone disease in alcohol abuse. *Ann Intern Med* 1985;103(1):42-8.
65. Israel Y, Orrego H, Holt S, Macdonald DW, Meema HE. Identification of alcohol abuse: thoracic fractures on routine chest X-rays as indicators of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1980;4(4):420-2.
66. Orwoll ES, Bauer DC, Vogt TM, Fox KM. Axial bone mass in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Ann Intern Med* 1996;124(2):187-96.

67. Gavalier JS, Love K, Van Thiel D, et al. An international study of the relationship between alcohol consumption and postmenopausal estradiol levels. *Alcohol Alcohol Suppl* 1991;1:327-30.
68. Howard AA, Arnsten JH, Gourevitch MN. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. *Ann Intern Med* 2004;140(3):211-9.
69. Koppes LL, Dekker JM, Hendriks HF, Bouter LM, Heine RJ. Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a meta-analysis of prospective observational studies. *Diabetes Care* 2005;28(3):719-25.
70. Rimm EB, Chan J, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC. Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *Bmj* 1995;310(6979):555-9.
71. Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, et al. A prospective study of moderate alcohol drinking and risk of diabetes in women. *Am J Epidemiol* 1988;128(3):549-58.
72. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort. The Framingham Heart Study. *Jama* 1994;271(11):840-4.
73. Frost L, Vestergaard P. Alcohol and risk of atrial fibrillation or flutter: a cohort study. *Arch Intern Med* 2004;164(18):1993-8.
74. Sokol RJ, Clarren SK. Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcohol Clin Exp Res* 1989;13(4):597-8.
75. Goudriaan AE, Grekin ER, Sher KJ. Decision making and binge drinking: a longitudinal study. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(6):928-38.
76. Tapert SF, Schweinsburg AD. The human adolescent brain and alcohol use disorders. *Recent Dev Alcohol* 2005;17:177-97.

77. Evans DA, Bienias JL. Alcohol consumption and cognition. *N Engl J Med* 2005;352(3):289-90.
78. Victor M, Adams RA, Collins GH. The Wernicke-Korsakoff syndrome and related disorders due to alcoholism and malnutrition. Philadelphia: FA Davis; 1989.
79. Charness ME, Simon RP, Greenberg DA. Ethanol and the nervous system. *N Engl J Med* 1989;321(7):442-54.
80. Bell RA, Mayer-Davis EJ, Martin MA, D'Agostino RB, Jr., Haffner SM. Associations between alcohol consumption and insulin sensitivity and cardiovascular disease risk factors: the Insulin Resistance and Atherosclerosis Study. *Diabetes Care* 2000;23(11):1630-6.
81. Vinson DC, Mabe N, Leonard LL, et al. Alcohol and injury. A case-crossover study. *Arch Fam Med* 1995;4(6):505-11.
82. Garcia Usieto E, Diez Manrique JF, Pena Martin C, Vazquez Barquero JL. Respuesta familiar y consumo de alcohol. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1992;20(3):130-7.
83. Hall RC, Platt DE, Hall RC. Suicide risk assessment: a review of risk factors for suicide in 100 patients who made severe suicide attempts. Evaluation of suicide risk in a time of managed care. *Psychosomatics* 1999;40(1):18-27.
84. Berglund M, Ojehagen A. The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(7 Suppl):333S-45S.
85. Andreasson S, Allebeck P, Romelsjo A. Alcohol and mortality among young men: longitudinal study of Swedish conscripts. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1988;296(6628):1021-5.
86. Murphy GE, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47(4):383-92.

87. Cherpitel CJ, Tam T, Midanik L, Caetano R, Greenfield T. Alcohol and non-fatal injury in the U.S. general population: a risk function analysis. *Accid Anal Prev* 1995;27(5):651-61.
88. Naimi TS, Brewer RD, Mokdad A, Denny C, Serdula MK, Marks JS. Binge drinking among US adults. *Jama* 2003;289(1):70-5.
89. Boba A. Management of acute alcoholic intoxication. *Am J Emerg Med* 1999;17(4):431.
90. Yost DA. Acute care for alcohol intoxication. Be prepared to consider clinical dilemmas. *Postgrad Med* 2002;112(6):14-6, 21-2, 5-6.
91. Raynard B, Balian A, Fallik D, et al. Risk factors of fibrosis in alcohol-induced liver disease. *Hepatology* 2002;35(3):635-8.
92. Pares A, Caballeria J, Bruguera M, Torres M, Rodes J. Histological course of alcoholic hepatitis. Influence of abstinence, sex and extent of hepatic damage. *J Hepatol* 1986;2(1):33-42.
93. Hrubec Z, Omenn GS. Evidence of genetic predisposition to alcoholic cirrhosis and psychosis: twin concordances for alcoholism and its biological end points by zygosity among male veterans. *Alcohol Clin Exp Res* 1981;5(2):207-15.
94. Reed T, Page WF, Viken RJ, Christian JC. Genetic predisposition to organ-specific endpoints of alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20(9):1528-33.
95. Irving MG, Halliday JW, Powell LW. Association between alcoholism and increased hepatic iron stores. *Alcohol Clin Exp Res* 1988;12(1):7-13.
96. Stickel F, Osterreicher CH. The role of genetic polymorphisms in alcoholic liver disease. *Alcohol Alcohol* 2006;41(3):209-24.

97. Pastor IJ, Laso FJ, Ines S, Marcos M, Gonzalez-Sarmiento R. Genetic association between -93A/G polymorphism in the Fyn kinase gene and alcohol dependence in Spanish men. *Eur Psychiatry* 2008.
98. Marcos M, Pastor I, Gonzalez-Sarmiento R, Laso FJ. Interleukin-10 gene polymorphism is associated with alcoholism but not with alcoholic liver disease. *Alcohol Alcohol* 2008;43(5):523-8.
99. Romelsjo A, Leifman A. Association between alcohol consumption and mortality, myocardial infarction, and stroke in 25 year follow up of 49 618 young Swedish men. *Bmj* 1999;319(7213):821-2.
100. Asch T, Levy, D. The minimum legal drinking age and traffic fatalities. New Brunswick, New Jersey.; 1986.
101. Donovan JE. Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors. *J Adolesc Health* 2004;35(6):529 e7-18.
102. Hoel S, Eriksen BM, Breidablik HJ, Meland E. Adolescent alcohol use, psychological health, and social integration. *Scand J Public Health* 2004;32(5):361-7.
103. Ellickson PL, McGuigan KA, Adams V, Bell RM, Hays RD. Teenagers and alcohol misuse in the United States: by any definition, it's a big problem. *Addiction* 1996;91(10):1489-503.
104. Robins L RM. Straight and devious pathways from childhood to adulthood. Cambridge Univ: Press Cambridge; 1990.
105. Rodondi PY, Narring F, Michaud PA. Drinking behaviour among teenagers in Switzerland and correlation with lifestyles. *Eur J Pediatr* 2000;159(8):602-7.
106. Galambos NL, Tilton-Weaver LC. Multiple-risk behaviour in adolescents and young adults. *Health Rep* 1998;10(2):9-20 (Eng); 9-1 (Fre).
107. Jaffe S. The substance-abusing youth. St. Louis,: Mosby; 1996.

108. Santo-Domingo J. El desarrollo personal del joven y el alcohol. *Trastornos adictivos* 2002;4(4):223-32.
109. Challier B, Chau N, Predine R, Choquet M, Legras B. Associations of family environment and individual factors with tobacco, alcohol, and illicit drug use in adolescents. *Eur J Epidemiol* 2000;16(1):33-42.
110. Musante L, Treiber FA. The relationship between anger-coping styles and lifestyle behaviors in teenagers. *J Adolesc Health* 2000;27(1):63-8.
111. Mena M, Alcazar ML, Iturrialde H, Frits R, Ripoll E, Bedregal P. Consumo de alcohol y familia: un estudio descriptivo en adolescentes. *Rev Med Chil* 1996;124(6):749-55.
112. Chandy JM, Blum RW, Resnick MD. Gender-specific outcomes for sexually abused adolescents. *Child Abuse Negl* 1996;20(12):1219-31.
113. Perkins HW. Stress-motivated drinking in collegiate and postcollegiate young adulthood: life course and gender patterns. *J Stud Alcohol* 1999;60(2):219-27.
114. Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse: le role des medecins. *Arch Pediatr* 1997;4(8):784-92.
115. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53(4):339-48.
116. Pastore DR, Fisher M, Friedman SB. Violence and mental health problems among urban high school students. *J Adolesc Health* 1996;18(5):320-4.
117. Maxwell AE, Bastani R, Yan KX. AIDS risk behaviours and correlates in teenagers attending sexually transmitted diseases clinics in Los Angeles. *Genitourin Med* 1995;71(2):82-7.
118. Meheus A. Teenagers' lifestyle and the risk of exposure to hepatitis B virus. *Vaccine* 2000;18 Suppl 1:S26-9.

119. Flanagan P, Kokotailo P. Adolescent pregnancy and substance use. *Clin Perinatol* 1999;26(1):185-200.
120. García-Sempere A, Portella E. Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones* 2002;14(Supl 1):141-53.
121. Portella E, Ridao M, Salvat M, Carrillo E. Costes sanitarios del alcoholismo. *Aten Primaria* 1998;22(5):279-84.
122. Rubio G, Santo-Domingo J, editores. *Guía Práctica de intervención en el Alcoholismo*. Madrid: Nilo Industria Gráfica; 2000.
123. Informe Anual de Recaudación Tributaria 2004. In: Agencia Tributaria, ed.: *Ministerio de Economía y Hacienda*; 2005.
124. Fierro I, Ochoa R, Yáñez JL, Valderrama JC, Álvarez FJ. Mortalidad y mortalidad prematura relacionadas con el consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004. *Med Clin (Barc)* 2008;131(1):10-3.
125. Yáñez JL, Del Rio MC, Álvarez FJ. Alcohol-related mortality in Spain. *Alcohol Clin Exp Res* 1993;17(2):253-5.
126. Prada Puentes C, del Rio Gracia MC, Yanez JL, Alvarez Gonzalez FJ. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España: 1981-1990. *Gac Sanit* 1996;10(55):161-8.
127. Marcos-Martín M. *Polimorfismos genéticos en la enfermedad hepática alcohólica*. Salamanca: Salamanca; 2006.
128. Escobar F, Espi F, Canteras M. Problems related to alcohol consumption in primary health care: prevalence and clinical profile. *Fam Pract* 1993;10(4):424-30.
129. Delgado-Rodríguez M, Gómez-Ortega A, Mariscal-Ortiz M, Palma-Pérez S, Sillero-Arenas M. Alcohol drinking as a predictor of intensive care and hospital mortality in general surgery: a prospective study. *Addiction* 2003;98(5):611-6.

130. Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F, Diez Ganán LD, Banegas Banegas JR, Lafuente Urdinguio PL, Herruzo Cabrera RH. Consumption of alcoholic beverages and subjective health in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(9):648-52.
131. Argimón Pallás JM, Jimenez Villa J. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Barcelona: Elsevier; 2006.
132. Frías Osuna A, Abad Ros A. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona [etc.]: : Masson; 2000.
133. Raistrick D, Heather, N. and Godfrey, C. *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London; 2006.
134. Rodríguez-Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones* 2002;14(1):337-51.
135. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2004;140(7):557-68.
136. Altisent R, Cordoba R, Delgado MT, et al. Estudio multicentrico sobre la eficacia del consejo para la prevencion del alcoholismo en atencion primaria (EMPA). *Med Clin (Barc)* 1997;109(4):121-4.
137. Cordoba R, Delgado MT, Pico V, et al. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Fam Pract* 1998;15(6):562-8.
138. Fernández García JA, Ruiz Moral R, Perula de Torres LA, Campos Sánchez L, Lora Cerezo N, Martínez de la Iglesia J. Grupo de Cordobes de Investigación en Atención Primaria (GCIAP). Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de atención primaria. *Aten Primaria* 2003;31(3):146-53.

139. Ballesteros J, Arino J, Gonzalez-Pinto A, Querejetad I. Eficacia del consejo medico para la reduccion del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gac Sanit* 2003;17(2):116-22.
140. Gavidia Catalán V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Publica* 2001;75(6):505-15.
141. Foxcroft DR ID, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008;1(Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)).
142. Botvin GJ BE, Dusenbury L. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial. *Journal of the American Association* 1995;273:1106-12.
143. Almazán Ortega R, Sousa Vila E, Fernández Soto N, Mate Sánchez FJ. Prevalencia y patrones de consumo de alcohol en una población de adolescentes. *Aten Primaria* 2006;38(8):465.
144. Nebot M, Giménez E, Ariza C, Tomas Z. Tendencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes de Barcelona entre 1987 y 2004. *Med Clin (Barc)* 2006;126(4):159.
145. Moncada Ribera A, Pérez González K. Consumo de tabaco, alcohol y drogas de uso no institucionalizado en los alumnos de enseñanza media de Terrassa. *Gac Sanit* 1998;12(6):241-7.
146. Diez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit* 1998;12(6):272-80.
147. Comin Bertran E, Torrubia Beltri R, Mor Sancho J. Relacion entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicio en escolares. *Gac Sanit* 1998;12(6):255-62.

148. Perez Olle R, Perez Olle J. Prevalencia del consumo de tabaco y alcohol, actitudes y creencias en estudiantes de bachillerato de la provincia de Tarragona (Espana). *An Esp Pediatr* 1996;45(6):583-90.
149. Ariza Cardenal C, Nebot Adell M. Consumo de alcohol en escolares. *Med Clin (Barc)* 1995;105(13):481-6.
150. Villalbi JR, Nebot M, Ballestin M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med Clin (Barc)* 1995;104(20):784-8.
151. Vila Corcoles A, Espinosa Mata E, Pardo Fonfria C, Martin Valles H, Castillon Fantova A, Llor Vila C. Estudio epidemiologico sobre los habitos de consumo de alcohol en una poblacion de caracter urbano. *Aten Primaria* 1993;11(8):412-5.
152. Auba J, Villalbi JR. Consumo de bebidas alcoholicas en la adolescencia. *Aten Primaria* 1993;11(1):26-9, 31.
153. Beltran EC, Adell MN, Villalbi Hereter JR. Exercici i consum de tabac i alcohol dels escolars de barcelona. *Gac Sanit* 1989;3(11):355-65.
154. Fuentes-Almendras M, Mora-Ripoll R, Dijk A, Dominguez-Garcia A, Salleras-Sanmarti L. Alcohol consumption among high school students in Barcelona, Spain. *J Stud Alcohol* 1999;60(2):228-33.
155. Vives R, Nebot M, Ballestin M, Diez E, Villalbi JR. Changes in the alcohol consumption pattern among schoolchildren in Barcelona. *Eur J Epidemiol* 2000;16(1):27-32.
156. Villalbi JR, Comin E, Nebot M, Murillo C. Prevalence and determinants of alcohol consumption among schoolchildren in Barcelona, Spain. *J Sch Health* 1991;61(3):123-6.

157. Alonso Hernandez J, Rosado Martin J, Ruiz-Morote Aragon R, Alonso Fernandez J. Consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiologico descriptivo. *Aten Primaria* 1997;19(4):183-7.
158. Andradas Aragon V, Fernandez San Martin IM. Habitros de salud de los escolares de una zona periurbana de Madrid. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1994;68(1):203-12.
159. Sanchez Beiza L, Martin-Carrillo Dominguez P, Gil Serrano MP. Deteccion y características del consumo de drogas legales en jovenes de 15 a 25 años. *Aten Primaria* 1993;11(7):350-2.
160. Bonet de Luna C, Lopez Gimenez R. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de 3. degrees de BUP del municipio de Madrid. *An Esp Pediatr* 1993;38(1):49-53.
161. Moral Jimenez Mde L, Rodriguez Diaz FJ, Sirvent Ruiz C. Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema* 2006;18(1):52-8.
162. Gonzalez Garcia Y, Lopez Sampedro P, Saavedra Rielo MC, Gonzalez Arce D, Garcia Lavandera LJ, Cuesta Castro B. Deteccion precoz de jovenes con trastornos relacionados con el alcohol en atencion primaria. *Aten Primaria* 1997;20(3):133-6.
163. Bousquets Toral L, Fuentes Alvarez MD, Nino Garcia P, Mediavilla Tris MJ, Artimez ML, Rodrigo Saez L. [An epidemiologic study of the prevalence of alcohol consumption in the Council of Tineo (Asturias)]. *An Med Interna* 1995;12(11):530-7.
164. Bobes Garcia J, Bousono Garcia M, Hernandez Mejia R, Millan Gonzalez J. Epidemiologia del consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la Universidad de Oviedo. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1985;59(3-4):381-94.
165. Caride B, Gonzalez M, Montero O, Novoa T, Taboada MC, Lamas MA. Estudio de los habitros alimentarios de estudiantes en Galicia. *Nutr Hosp* 1999;14(3):128-30.

166. Martínez Alvarez J, García González J, Domingo Gutiérrez M, Machin Fernández AJ. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Aten Primaria* 1996;18(7):383-5.
167. López Rois F, Couselo Sánchez JM, Fernández Lorenzo JR, Carballeira Roca C. Hábitos de consumo del alcohol entre la población infantil gallega. *An Esp Pediatr* 1985;23(8):573-8.
168. Mateos R, Paramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse* 2002;37(14):1957-76.
169. Orgaz Gallego MP, Segovia Jiménez M, López de Castro F, Tricio Armero MA. Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Aten Primaria* 2005;36(6):297-302.
170. Salcedo Aguilar F, Palacios Romero ML, Rubio Pérez M, del Olmo González E, Gadea Villalba S. Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes. *Aten Primaria* 1995;15(1):8, 10, 2-4.
171. Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Castellano Barca G, Sarralle Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *An Esp Pediatr* 2001;55(2):121-8.
172. de Rufino PM, Muñoz P, Gómez E. Frecuencia de consumo de alimentos en los adolescentes escolarizados de Cantabria. Comparación con el documento de consenso Guías Alimentarias para la población española. *Gac Sanit* 1999;13(6):449-55.
173. Castillo Oti JM. Valoración de factores de riesgo del consumo de alcohol en adolescentes. *Aten Primaria* 1997;20(7):376-80.
174. López JR, Antolín N, Barcelo MV, Pérez M, Ballesteros AM, García AL. Consumo de alcohol en los escolares de un área de salud. Hábitos y creencias. *Aten Primaria* 2001;27(3):159-65.

175. Cruzado Quevedo J, Bravo Vicente F, Marin Rives LV, Gea Navarro M, Martinez Garcia FA, Lazaro Gomez MJ. Consumo de alcohol entre escolares de septimo de EGB. *Aten Primaria* 1994;13(9):495-7.
176. Prieto Albino L, Escobar Bravo MA, Palomo Cobos L, Galindo Casero A, Iglesias Gonzalez R, Estevez Calderero A. Consumo de alcohol en escolares de la comunidad autonoma de Extremadura. *Aten Primaria* 2000;25(9):608-12.
177. Huertas Zarco I, Pereiro Berenguer I, Roig Sena J, et al. Evolucion de habitos de salud y de relacion de una cohorte de adolescentes de Puerto de Sagunto (1995-1996). Grupo de Trabajo TBC-3. Valencia. *Aten Primaria* 1999;23(1):8-14.
178. Pons Diez J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiologia del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Publica* 1998;72(3):251-66.
179. Mendoza Berjano R, Batista Foguet JM, Sanchez Garcia M, Carrasco Gonzalez AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados espanoles. *Gac Sanit* 1998;12(6):263-71.
180. Perula de Torres LA, Ruiz Moral R, Fernandez Garcia JA, Herrera Morcillo E, de Miguel Vazquez MD, Bueno Cobo JM. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona basica de salud de Cordoba. *Rev Esp Salud Publica* 1998;72(4):331-41.
181. Gascon Jimenez FJ, Jurado Porcel A, Lora Cerezo N, Navarro Gochicoa B, Gascon Jimenez JA, Romanos Lezcano A. Consumo de alcohol e influencia del entorno entre escolares de E.G.B. *An Esp Pediatr* 1997;47(1):42-5.
182. Ruiz Jimenez MA, Almenara Barrios J, Rodriguez Martin A, Abellan Hervás MJ, Martinez Nieto JM, Fernandez Garcia JR. Consumo de alcohol en poblacion juvenil gaditana. *An Esp Pediatr* 1990;32(5):438-40.
183. Perez Milena A, Leal Helmling FJ, Jimenez Pulido I, Mesa Gallardo I, Martinez Fernandez ML, Perez Milena R. Evolucion del consumo de sustancias toxicas en los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria* 2007;39(6):299-304.

184. Lopez-Frias M, de la fe Fernandez M, Planells E, Miranda MT, Mataix J, Llopis J. Alcohol consumption and academic performance in a population of Spanish high school students. *J Stud Alcohol* 2001;62(6):741-4.
185. Perez Albiac JL, Vazquez Torguet A, Pablo Julvez LE, Yubero Esteban E, Sauras Yera I, Robres Oliete M. Analisis de las respuestas al test de Cage obtenidas entre jovenes del medio rural. *Aten Primaria* 1993;11(8):401-4.
186. Rubio Aranda E, Ejea Arquillue MV, Sanchez Oriz E, Rubio Calvo E. Habitos y consumo de alcohol en poblacion estudiantil de Zaragoza. *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1991;65(1):45-52.
187. Goiriena de Gandarias FJ, Fernandez Illera B, Ramos Calvo PM, Barranquero Arola M, Gorricho Gil B. Estudio epidemiologico del alcohol y tabaco en los adolescentes de la Comunidad Autonoma Vasca (C.A.V.). *Rev Sanid Hig Publica (Madr)* 1988;62(9-12):1749-64.
188. Aleixandre NL, Perello del Rio MJ, Palmer Pol AL. Activity levels and drug use in a sample of Spanish adolescents. *Addict Behav* 2005;30(8):1597-602.
189. Tur JA, Puig MS, Pons A, Benito E. Alcohol consumption among school adolescents in Palma de Mallorca. *Alcohol Alcohol* 2003;38(3):243-8.
190. Alvarez FJ, Queipo D, Del Rio MC, Garcia MC. Alcohol consumption in young adults in the rural communities of Spain. *Alcohol Alcohol* 1991;26(1):93-101.
191. Queipo D, Alvarez FJ, Velasco A. Alcohol consumption among university students in Spain. *Drug Alcohol Depend* 1986;18(1):41-9.
192. Valencia-Martin JL, Galan I, Rodriguez-Artalejo F. Alcohol and self-rated health in a Mediterranean country: the role of average volume, drinking pattern, and alcohol dependence. *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33(2):240-6.
193. Valencia-Martin JL, Galan I, Rodriguez-Artalejo F. Binge drinking in Madrid, Spain. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(10):1723-30.

194. S Redondo Martín, JA Mirón Canelo, C López Sosa. Consumo de alcohol en universitarios, metodología de estudio. *C Med Psicosom* 2001;57:29-40.
195. Caamano-Isorna F, Corral M, Parada M, Cadaveira F. Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. *J Stud Alcohol Drugs* 2008;69(2):308-12.
196. Almazan Ortega R, Sousa Vila E, Fernandez Soto N, Mate Sanchez FJ. [Prevalence and patterns of alcohol consumption in an adolescent population]. *Aten Primaria* 2006;38(8):465.
197. Mirón Canelo JA, Salamanca (Provincia) . Diputación Provincial. Diagnóstico de salud comunitaria : estudio descriptivo de la provincia de Salamanca. [1* ed. Salamanca: : Diputación Provincial; 1992.
198. Chou SP, Pickering RP. Early onset of drinking as a risk factor for lifetime alcohol-related problems. *Br J Addict* 1992;87(8):1199-204.
199. Gonzalez Lama J, Calvo Fernandez JR, Prats Leon P. Estudio epidemiológico de comportamientos de riesgo en adolescentes escolarizados de dos poblaciones, semirural y urbana. *Aten Primaria* 2002;30(4):214-9.
200. Robledo de Dios T OSR, Cabezas Peña C, Forés García d, Nebot Adell M, Córdoba Garcia R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* 2003;32(Supl 2):30-44.
201. Cortes Tomas MT, Espejo Tort B, Gimenez Costa JA. Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones* 2007;19(4):357-72.
202. Grant BF. Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Stud Alcohol* 1997;58(5):464-73.

203. Pérez Milena A, Martínez Fernández, ML , Pérez Milena, R , Leal Heilmiling, FJ , Jiménez Pulido, I , Martínez Fernández, JL ., Alcohol en adolescentes: estudio sobre dependencia y relación con aspectos psicológicos y sociofamiliares. *Medicina de Familia (And)* 2005;6(1):28-33.
204. Gomez Fraguela JA, Fernandez Perez N, Romero Trinanes E, Luengo Martin A. El botellon y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema* 2008;20(2):211-7.
205. Bremberg S, Arborelius E. Effects on adolescent alcohol consumption of a school based student-centred health counselling programme. *Scand J Soc Med* 1994;22(2):113-9.
206. Bagnall G. Alcohol education for 13 year olds--does it work? Results from a controlled evaluation. *Br J Addict* 1990;85(1):89-96.
207. Harmon M. Reducing the risk of drug involvement among early adolescents: An evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE). *Evaluation Review* 1993;17:221-39.
208. Hopkins RH, Mauss AL, Kearney KA, Weisheit RA. Comprehensive evaluation of a model alcohol education curriculum. *J Stud Alcohol* 1988;49(1):38-50.
209. Klepp KI KS, Perry C. Alcohol And Marijuana Use Among Adolescents: Long-Term Outcomes Of The Class of 1989 Study. *Annals of Behavioural Medicine* 1995;17((1):19-24.
210. Magura S, Kang SY, Shapiro JL. Outcomes of intensive AIDS education for male adolescent drug users in jail. *J Adolesc Health* 1994;15(6):457-63.
211. Rosenbaum DP FR, Bailey S, Ringwalt C, Wilkinson D. "Cops in the Classroom": A longitudinal evaluation of Drug Abuse Resistance Education. *Journal of research in Crime and Delinquency* 1994;31:1-31.

212. Shope JT, Copeland LA, Maharg R, Dielman TE. Effectiveness of a high school alcohol misuse prevention program. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20(5):791-8.
213. St Pierre TL, Kaltreider DL, Mark MM, Aikin KJ. Drug prevention in a community setting: a longitudinal study of the relative effectiveness of a three-year primary prevention program in boys & girls clubs across the nation. *Am J Community Psychol* 1992;20(6):673-706.
214. Gilchrist LD, Schinke SP, Trimble JE, Cvetkovich GT. Skills enhancement to prevent substance abuse among American Indian adolescents. *Int J Addict* 1987;22(9):869-79.
215. Gliksman L. Developmental aspects of motivation to drink: a cross-sectional investigation. *Med Law* 1983;2(4):377-83.
216. Pentz MA, Dwyer JH, MacKinnon DP, et al. A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse. Effects on drug use prevalence. *Jama* 1989;261(22):3259-66.
217. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(1):85-91.
218. Alvarez FJ, Queipo D, Del Rio MC, Garcia MC. Patterns of alcohol consumption among the general population of Castile and Leon (Spain). *Alcohol Alcohol* 1993;28(1):43-54.
219. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Jama* 1995;273(14):1106-12.
220. Goodstadt MS, Sheppard MA. Three approaches to alcohol education. *J Stud Alcohol* 1983;44(2):362-80.

221. Wagenaar AC, Murray DM, Toomey TL. Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction* 2000;95(2):209-17.
222. Werch CE, Anzalone DM, Brokiewicz LM, Felker J, Carlson JM, Castellon-Vogel EA. An intervention for preventing alcohol use among inner-city middle school students. *Arch Fam Med* 1996;5(3):146-52.
223. Poulin C, Webster I, Single E. Alcohol disorders in Canada as indicated by the CAGE questionnaire. *Cmaj* 1997;157(11):1529-35.
224. Rodríguez-Martos A NR, Vecino C, Perez R. Validación de los cuestionarios CBA y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986;11(4):132-9.
225. King M. At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE questionnaire. *Psychol Med* 1986;16(1):213-7.
226. Adams WL, Barry KL, Fleming MF. Screening for problem drinking in older primary care patients. *Jama* 1996;276(24):1964-7.
227. Álvarez Montero S GCP, Latorre de la Cruz C, Bermejo Fernández F. Papel del test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol. *Medifam. Medifam* 2001;11(9):83.
228. Javier Alvarez F, Fierro I, Carmen del Rio M. Alcohol-related social consequences in Castille and Leon, Spain. *Alcohol Clin Exp Res* 2006;30(4):656-64.
229. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Hábitos de salud en la población adulta de la Comunidad de Madrid, 2005. In: *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*; 2006:3-35.
230. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco. In; 2002.

231. Geshi M, Hirokawa K, Taniguchi T, Fujii Y, Kawakami N. Effects of alcohol-related health education on alcohol and drinking behavior awareness among Japanese junior college students: a randomized controlled trial. *Acta Med Okayama* 2007;61(6):345-54.
232. Spoth R, Lopez Reyes M, Redmond C, Shin C. Assessing a public health approach to delay onset and progression of adolescent substance use: latent transition and log-linear analyses of longitudinal family preventive intervention outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(5):619-30.
233. Jaffe S. *Child and Adolescent Psychiatry*. St Louis: Mosby; 1996.
234. Donato F, Monarca S, Coppini C, et al. [Evaluation of a health education program for preventing alcohol and tobacco abuse in a health unit in Lombardi, Italy]. *Epidemiol Prev* 1996;20(1):24-30.
235. Dielman TE, Shope JT, Butchart AT, Campanelli PC. Prevention of adolescent alcohol misuse: an elementary school program. *J Pediatr Psychol* 1986;11(2):259-82.
236. Williams AF, DiCicco LM, Unterberger H. Philosophy and evaluation of an alcohol education program. *Q J Stud Alcohol* 1968;29(3):685-702.
237. Durrant LH. *A multicomponent approach to prevention of adolescent substance abuse*. Utah: Utah; 1986.
238. Moskowitz H. Attention tasks as skills performance measures of drug effects. *Br J Clin Pharmacol* 1984;18 Suppl 1:51S-61S.

7.-TABLAS Y ANEXOS

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.415	10.374	8.867	9.668	8.224	9.341	10.147	9.777	12.964	13.946	12.864	13.076	12.598	13.856
Prevalencia consumo de alcohol alguna vez en la vida	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7
Edad mediana e inicio del consumo de alcohol (años)	13,1	13,8	13,5	14,0	13,5	14,0	13,4	13,8	13,4	13,8	13,6	13,9	13,7	13,8
Edad mediana e inicio del consumo semanal de alcohol (años)	—	—	15,0	15,0	15,0	15,1	14,8	14,9	15,0	14,9	15,2	15,1	15,0	14,9
Prevalencia de consumo de alcohol en últimos 12 meses	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3
Prevalencia de consumo de alcohol en últimos 30 días	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0
Prevalencia de consumo de alcohol en fin de semana últimos 30 días	—	—	66,0	66,4	67,0	68,1	60,1	59,8	56,3	55,2	65,1	65,5	57,7	57,7
Prevalencia de consumo de alcohol en días laborables últimos 30 días	—	—	26,8	14,9	26,0	16,1	30,0	16,8	20,8	10,6	26,5	14,1	24,2	13,9
Frecuencia de borrachera en los últimos 30 días, entre los estudiantes que han consumido alcohol en estos 30 días														
Ninguna borracheras	77,7	79,5	75,2	78,8	75,2	76,4	62,1	66,6	62,1	65,8	55,3	59,4	54,4	57,2
1-2 borracheras	14,7	15,2	15,4	16,5	16,4	17,8	23,9	23,7	24,3	24,9	25,6	28,3	28,9	30,7
3-5 borracheras	4,9	4,2	6,8	4,0	5,8	4,9	10,5	7,7	9,8	7,3	12,9	9,8	12,6	10,3
+ de 5 borracheras	2,6	1,2	2,6	0,8	2,6	0,9	3,5	2,0	3,9	2,0	6,2	2,5	4,1	2,3

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS, SEGÚN SEXO (PORCENTAJES), ESPAÑA 1994-2006.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006
CONSUMO EN DÍAS LABORABLES						
Algún día de lunes a jueves durante los últimos 30 días						
Vino	8,1	8,9	8,2	4,9	6,6	5,3
Cerveza	15,3	14,0	16,2	10,5	14,1	12,8
Aperitivos	3,0	3,2	2,6	1,7	2,4	3,0
Combinados	5,4	6,4	6,8	5,0	6,8	7,4
Licores fuertes	3,2	3,6	3,5	2,3	3,2	3,5
Licores frutas	6,6	7,5	6,2	3,8	4,2	4,6
Todos los días de lunes a jueves durante los últimos 30 días						
Vino	0,8	1,0	0,9	0,3	0,7	0,2
Cerveza	1,7	1,5	2,2	0,9	1,7	0,8
Aperitivos	0,2	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2
Combinados	0,2	0,3	0,6	0,2	0,6	0,4
Licores fuertes	0,1	0,4	0,4	0,1	0,4	0,2
Licores frutas	0,3	0,8	0,6	0,2	0,5	0,2
CONSUMO ALGÚN FIN DE SEMANA						
Algún día de viernes a domingo durante los últimos 30 días						
Vino	32,8	32,8	23,7	21,0	27,7	18,8
Cerveza	46,9	40,7	30,8	27,1	34,1	27,9
Aperitivos	12,0	13,6	9,6	8,0	11,0	8,3
Combinados	48,8	53,7	49,2	48,2	58,4	51,6
Licores fuertes	24,5	26,7	22,4	22,3	27,8	23,0
Licores frutas	36,2	37,1	25,6	22,6	26,0	20,6
Todos los días de viernes a domingo durante los últimos 30 días						
Vino	9,6	10,6	8,6	5,9	7,5	3,5
Cerveza	19,9	17,6	14,4	10,7	13,8	8,6
Aperitivos	2,9	4,2	3,3	2,1	2,7	1,5
Combinados	19,6	23,5	22,2	18,9	22,5	16,8
Licores fuertes	8,2	10,8	10,1	7,7	9,4	5,5
Licores frutas	10,2	12,0	9,0	6,0	6,8	3,8

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.
FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 2: PREVALENCIA DE CONSUMO DE LOS DISTINTOS TIPOS DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN DÍAS LABORABLES Y FIN DE SEMANA DURANTE LOS 30 DÍAS PREVIOS A LA ENCUESTA ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS (PORCENTAJES). ESPAÑA 1996-2006.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Número de encuestados	10.416	10.495	9.174	9.738	8.509	9.503	9.949	10.477	12.795	13.781	12.568	12.953	12.598	13.856
Porcentaje que piensa que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas														
Fumar tabaco diario ¹	74,7	79,1	72,8	77,4	75,7	79,9	75,1	79,5	76,7	80,8	78,2	82,3	84,9	89,3
Beber alcohol en fin de semana	39,8	47,7	40,6	49,4	40,3	48,7	41,5	48,3	41,1	48,1	36,8	45,7	48,7	53,6
Consumir alcohol a diario ²	46,3	54,6	43,7	52,9	41,7	49,4	39,4	48,4	38,7	47,9	36,8	45,7	52,3	61,9
Fumar hachís habitualmente	89,8	93,9	84,9	90,2	82,4	88,8	79,4	86,1	77,5	85,4	81,1	86,2	85,7	91,7
Tomar tranquilizantes/somníferos habitualmente	89,9	91,3	87,8	89,4	87,5	89,2	86,9	87,9	88,3	89,1	89,8	89,6	86,1	88,6
Consumir éxtasis habitualmente	96,6	97,9	96,2	97,9	96,3	97,5	95,0	95,9	96,4	97,1	97,1	97,3	95,8	98,0
Consumir cocaína habitualmente	98,1	99,0	96,9	98,3	96,7	98,0	96,3	97,5	96,9	97,8	97,5	98,1	95,6	97,9
Consumir heroína habitualmente	98,4	99,3	97,4	98,8	97,5	98,7	97,6	98,8	98,4	98,8	98,5	99,1	95,8	98,1

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

(¹) Fumar un paquete de tabaco diario

(²) Tomar una o dos caña/copas cada día

"Habitualmente": una vez por semana o más frecuentemente

FUENTE: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 1994—2006.

Tabla 3: EVOLUCIÓN DEL RIESGO PERCIBIDO ASOCIADO AL CONSUMO HABITUAL DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14—18 AÑOS, SEGÚN SEXO (PORCENTAJES), ESPAÑA 1994—2006.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
NÚMERO DE ENCUESTADOS	20.789	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454
PORCENTAJE QUE PIENSA QUE ES FÁCIL/MUY FÁCIL							
Bebidas alcohólicas	93,8	89,0	90,5	91,3	92,0	93,8	91,2
Tranquilizantes / pastillas para dormir	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9
Hachís/marihuana	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8
Cocaína	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1	--

Tabla 4: EVOLUCIÓN DE LA DISPONIBILIDAD PERCIBIDA DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ENTRE LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS (PORCENTAJES), ESPAÑA 1994-2006.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Perfectamente informado	23,7	33,1	35,5	39,9	45,4	48,4	47,5
Suficientemente informado	44,0	42,8	41,8	42,4	40,5	40,3	39,0
Informado a medias	27,5	20,4	18,9	14,9	12,1	9,8	11,0
Mal informado	4,8	3,8	3,8	2,7	2,0	1,6	2,4

Tabla 5: AUTOVALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE DROGAS POR LOS ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS (%), ESPAÑA, 2006

Anexo I.- Cuestionario distribuido a los alumnos

PROTOCOLO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO

Nº.-

Código.-



CUESTIONARIO SOBRE EL CONSUMO EN JÓVENES DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

La contestación a este cuestionario es totalmente voluntaria. El anonimato de los participantes queda garantizado por la ética y el secreto profesional y porque no se solicita ninguna información que permita la identificación. Además, el tratamiento de la información será estadístico y confidencial y sólo se utilizará a los efectos de esta investigación.

Lee atentamente las preguntas que se presentan a continuación y contesta con sinceridad. Marca con una cruz sólo una opción, la que represente mejor tu situación.

1. **¿Consumes bebidas alcohólicas?**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sólo los fines de semana
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> En días laborables
<input type="checkbox"/> En fiestas especiales	<input type="checkbox"/> A diario

2. **En caso de que tú contestación sea “a diario”:**

<input type="checkbox"/> Consume alcohol sólo con las comidas (almuerzo, cena...)
<input type="checkbox"/> Con las comidas y fuera de ellas.
<input type="checkbox"/> Fuera de las comidas.

3. **¿Qué tipo de bebidas alcohólicas consumes habitualmente?**

<input type="checkbox"/> Cerveza	<input type="checkbox"/> Vino
<input type="checkbox"/> Licores solos	<input type="checkbox"/> Chupitos
<input type="checkbox"/> Licores combinados con refrescos o zumos	

4. **¿Desde qué edad consumes bebidas alcohólicas?** _____ años

5. **¿Te has emborrachado alguna vez?** Sí No

6. **En caso afirmativo, ¿podrías precisar el número de borracheras que has tenido en el último año?**

<input type="checkbox"/> Alguna vez	<input type="checkbox"/> De 4 a 10 veces
<input type="checkbox"/> 2 ó 3 veces	<input type="checkbox"/> Más de 10 veces

7. **¿Cuándo tuvo lugar la última borrachera?**

<input type="checkbox"/> En la última semana	<input type="checkbox"/> En los últimos seis meses
--	--

- En los últimos quince días En el último año
 En el último mes Hace más de un año
8. **¿Qué y cuánto has bebido en la última semana?**
 Descríbelo:
 Especificar si son cañas, botellines, licores solos o combinados con refrescos.
9. **¿Has tenido alguna vez la sensación de que deberías beber menos?**
 Sí No
10. **¿Con quién sueles beber habitualmente?**
 Solo Con amigos
 Con la familia Con compañeros de trabajo
11. **¿Cuáles son los motivos por los que crees que beben tus amigos (orden de prioridad)?**
 Divertirse
 Superar problemas
 Por influencia de los demás
 Relacionarse mejor
 Facilitar relaciones sexuales
 Otros. Cuáles:
12. **¿Cuáles son los motivos por los que bebes tú (orden de prioridad)?**
 Divertirse
 Superar problemas
 Por influencia de los demás
 Relacionarse mejor
 Facilitar relaciones sexuales
 Otros. Cuáles: _____
13. **¿Dónde sueles conseguir la bebida?**
 En tu propia casa La compras en bodegas/tiendas
 En casa de amigos En discotecas
 En bares En grandes superficies
14. **¿Te ha molestado alguna vez alguien al decirte que deberías dejar de beber o beber menos?**
 Sí No
15. **¿Consumes alguna droga?**
 Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuál?
16. **¿Has tenido algún accidente de tráfico, aunque haya sido de poca importancia, como consecuencia del consumo de alcohol?**
 Sí No
17. **¿Han tenido tus amigos algún accidente de tráfico, aunque haya sido de poca importancia, como consecuencia del consumo de alcohol?**
 Sí No
18. **¿Has cometido alguna infracción de tráfico como consecuencia del consumo de alcohol?**
 Sí No
19. **¿Te has sentido alguna vez culpable o con remordimiento por tu costumbre de beber?**
 Sí No
20. **¿Has tenido en alguna ocasión relaciones sexuales no deseadas como consecuencia de la ingestión de alcohol?**
 Sí No
21. **¿Has tenido alguna vez problemas por conductas violentas o delictivas propias como consecuencia del consumo de alcohol?**
 Sí No
22. **¿Has tenido alguna vez problemas por conductas violentas o delictivas como consecuencia del alcohol?**
 Sí No

23. ¿Has tenido problemas en tus relaciones con amigos, familiares o compañeros, como consecuencia del consumo de alcohol?

Sí No

24. ¿Alguna vez lo primero que has hecho por la mañana ha sido beber para calmar los nervios o librarte de una resaca?

Sí No

25. ¿Cuál es tu situación económica?

- Tus padres te dan el dinero que les pides.
- Tus padres te dan una paga (semana, mensual,...)
- Trabajas y tienes tu propio dinero.

26. ¿De cuánto dinero dispones a la semana para el tiempo libre?

- Menos de 60 €
- 60 € - 90 €
- 90 € - 120 €
- 120 € - 150 €
- Más de 150 €

27. ¿Cuánto dinero a la semana dedicas al consumo de alcohol?

Aproximadamente _____ €

28. ¿Dónde vives durante el curso académico?

- En casa de tus padres.
- En casa de otros familiares.
- En una residencia de estudiantes.
- En pisos tutelados.
- En pisos de estudiantes.

30 De las siguientes afirmaciones, cuáles crees que son ciertas y cuáles no:

- El alcohol produce alteraciones digestivas y cardiacas Sí No
- En el embarazo el alcohol provoca alteraciones graves en el feto Sí No
- El alcohol, no es una droga dura Sí No
- Se puede ser alcohólico y no emborracharse nunca Sí No
- La mayor parte de los alcohólicos se iniciaron en la juventud Sí No
- El alcohol provoca importantes alteraciones del sistema nervioso Sí No
- El alcohol aumenta la potencia sexual Sí No
- El alcohol mejora la ansiedad y la depresión Sí No

El alcohol hace percibir menos los riesgos

Sí No

El alcohol mejora la autoestima

Sí No

31 Respecto al CONSUMO DE ALCOHOL, lea detenidamente las frases siguientes y marque la respuesta que crea más adecuada:

(V=creo que es verdadero, F=creo que es falso, NS=no lo sé, tengo muchas dudas)

	V	F	NS
El alcohol es una droga, como la heroína o la cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mezclado con un refresco afecta menos al organismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los efectos son más intensos si se consume con el estómago vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El alcohol tiene algunas propiedades nutritivas para el organismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consumo continuado produce dependencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después de tomar alcohol, los reflejos son más rápidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar alcohol ayuda a que mejore un poco la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consumo continuado destruye las neuronas del cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar alcohol de forma habitual disminuye la capacidad para estudiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrosis(c.hígado) es un enfermedad relacionada con el consumo excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los efectos del alcohol desaparecen después de vomitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante el embarazo ocasiona retraso mental y problemas físicos en el RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los efectos del alcohol desaparecen después de una ducha de agua fría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consumo diario de 4 ó 5 cervezas es perjudicial en un hombre sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El alcoholismo es una enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beber un trago de alcohol es útil para combatir el frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los efectos del alcohol desaparecen bebiendo café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El alcohol es tan bueno para quitar la sed como los refrescos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cóñac/whisky contienen 4 ó 5 veces más alcohol que cerveza/vino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un alcohólico puede dejar fácilmente de beber alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32 Respecto al CONSUMO DE ALCOHOL, señale la opción que mejor refleje tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones:

(TD=total desacuerdo, D=desacuerdo, ?=ni de acuerdo ni en desacuerdo, A=acuerdo, TA=total acuerdo)

	TD	D	?	A	TA
El alcohol es malo para la salud	<input type="checkbox"/>				
Tomar una copa con los amigos resulta muy agradable	<input type="checkbox"/>				
Los jóvenes que beben resultan más atractivos para sus amigos	<input type="checkbox"/>				
Encuentro lógico beber con amigos para pasarlo bien	<input type="checkbox"/>				
Si bebes es más fácil hacer más amigos y se "liga" más	<input type="checkbox"/>				
Poder beber alcohol es un signo de que ya eres "mayor"	<input type="checkbox"/>				

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Debería hacerse más controles de alcoholemia a los conductores | <input type="checkbox"/> |
| No se debería anunciar bebidas alcohólicas por televisión | <input type="checkbox"/> |
| Si no tomas bebidas con alcohol, tus amigos se ríen de ti | <input type="checkbox"/> |
| La gente que abusa del alcohol es porque ya tiene problemas antes | <input type="checkbox"/> |
| Tomar una copa sólo de vez en cuando no es peligroso | <input type="checkbox"/> |
| La gente se muestra más abierta y sociable después de un par de copas | <input type="checkbox"/> |
| Resulta difícil no beber en una fiesta en la que todo el mundo bebe | <input type="checkbox"/> |
| Una fiesta sin alcohol no suele ser tan divertida como con alcohol | <input type="checkbox"/> |
| Estoy de acuerdo con la ley que prohíbe la venta a menores 16 años | <input type="checkbox"/> |
| Consumir alcohol, tabaco, porros no es tan malo como drogas "duras" | <input type="checkbox"/> |
| Deberían retirar el carné si se conduce bajo los efectos del alcohol | <input type="checkbox"/> |
| Las autoridades sanitarias deberían prevenir el abuso entre los jóvenes | <input type="checkbox"/> |
| Padres y maestros no deberían beber delante de los niños | <input type="checkbox"/> |
| El consumo de alcohol trae más problemas que beneficios | <input type="checkbox"/> |

Profesión de la madre: _____ Trabaja Sí No

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Fecha.- / /

Duración de la entrevista y exploración.-

Sexo: Varón Mujer **Edad:** _____ años

Centro Escolar: _____ **Curso:** _____

Profesión del padre: _____ Trabaja Sí No

Observaciones.-

Índice

- Concepto
- Magnitud del problema
- Análisis de la situación

Concepto

Alcohol:
Denominación común del **etanol**.
– Sustancia psicoactiva con **acción reforzante positiva**, capaz de crear **dependencia** psicosocial y adicción, que presenta **tolerancia** y que ocasiona importantes **efectos tóxicos** en el organismo tras su ingestión.



Concepto

- Entendemos por **alcoholismo** una intoxicación producida por el consumo de **alcohol**.



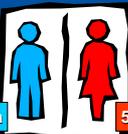
Concepto

- Esta intoxicación puede ser:
 - **Aguda o embriaguez:** trastorno temporal causado por bebidas alcohólicas.
 - **Crónica:** estado producido por el repetido y continuado abuso del alcohol.



Concepto

- La **OMS** define el **alcoholismo** como la ingestión diaria de alcohol superior a:
 - 70 gr. por día** (hombre)
 - 50 gr. por día** (mujer)



Concepto

El **alcohol etílico** o **etanol** se consume bajo la forma de **bebidas alcohólicas**.

Se obtienen por **fermentación anaerobia** de los hidratos de carbono



Concepto

El **grado** de alcohol (grados = graduación) de una determinada bebida alcohólica es el % de alcohol puro que hay en 100ml de la bebida



Concepto

- Cervezas = del 0,9 al 5%**
- Vinos = del 10 al 12%**
- Licores destilados = del 40 al 50%**



Índice

- Concepto
- Magnitud del problema
- Análisis de la situación

Magnitud del problema

- Las drogodependencias se han convertido en uno de los problemas que más preocupan a la sociedad.



Magnitud del problema

- Cada día constatamos que no se trata de un problema relacionado sólo con zonas marginales, sino que puede afectar a toda la comunidad...



Magnitud del problema

- ...y en especial, a una población de riesgo respecto al consumo: niños y jóvenes en edad escolar.



Magnitud del problema

- El **ALCOHOL** y **TABACO** son drogas, socialmente aceptadas, pero drogas.



Magnitud del problema

- **Alcohol y cultura...**
Aceptado social y culturalmente...
...España ocupa el 1º lugar del mundo en superficie de viñedos...



Magnitud del problema

- **Alcohol y cultura...**
Aceptado social y culturalmente...
...existe poca conciencia social acerca de las complicaciones...
Físicas
Psicológicas
Familiares
Laborales
Sociales...
Que se producen por el abuso.



Magnitud del problema

- Alcohol y cultura...
Aceptado social y culturalmente...
...nos olvidamos que produce una morbilidad y mortalidad muy elevadas...

33% de los accidentes de tráfico

15% de los accidentes laborales

16

Magnitud del problema

La prevalencia de consumo en España es elevada.
Siendo destacable...
El amplio arraigo social de este hábito.

17

Magnitud del problema

En España existen de 3,5 a 4 millones de alcohólicos

El incremento de la cirrosis hepática es utilizado como indicador del aumento o disminución del consumo de alcohol.
Fallecen por cirrosis alcohólica 12.000 a 14.000 personas al año.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Notas de Prensa. 28 de Septiembre de 2004.

18

Magnitud del problema

En España existen de 3,5 a 4 millones de alcohólicos

Entre el 10 y el 15% de las urgencias

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Notas de Prensa. 28 de Septiembre de 2004.

19

Magnitud del problema

En España existen de 3,5 a 4 millones de alcohólicos

El 4% de los ingresos hospitalarios

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Notas de Prensa. 28 de Septiembre de 2004.

20

Magnitud del problema

En España existen de 3,5 a 4 millones de alcohólicos

Entre el 35 y el 45% de los ingresos en Instituciones Psiquiátricas.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Notas de Prensa. 28 de Septiembre de 2004.

21

Magnitud del problema

En España existen de 3,5 a 4 millones de alcohólicos

Entre el 30 y el 50% de los accidentes mortales de tráfico.
Entre el 15 y el 25% de los accidentes graves de tráfico.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Notas de Prensa. 28 de Septiembre de 2004.

22

Magnitud del problema

En España existen de 3,5 a 4 millones de alcohólicos

Alrededor del enfermo alcohólico se encuentra por término medio unas 4 personas (familiares), por lo que el problema del alcoholismo afecta a unos 16 millones de personas en nuestro país.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Notas de Prensa. 28 de Septiembre de 2004.

23

Magnitud del problema

El alcohol está presente en una proporción importante de accidentes de tráfico y ocasiona un gran número de discapacidades, la mayoría de ellas en edades muy tempranas.

24

Magnitud del problema

- Alumnos de secundaria y bachillerato no sólo no están libres del alcohol, tabaco, drogas,...., sino que es en estas edades cuando se inician en su consumo.

25

Índice

- Concepto
- Magnitud del problema
- Análisis de la situación

26

Análisis de la situación

7º país del mundo en consumo per cápita

27

Análisis de la situación

POBLACIÓN GENERAL

28

Población General

Consumidores habituales	51,7 %
Consumidores semanales	18,1 %
Consumidores ocasionales	4,7 %
No consumidores	24,5 %

Consumo de bebidas alcohólicas. Población > 16 años.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. ENS. 2001.

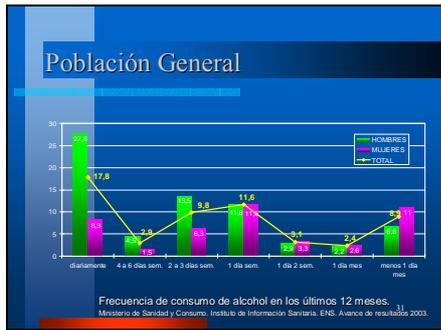
29

Población General

Consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Población > 16 años.
Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. ENS. Avance de resultados 2003.

HOMBRES: 58,1%
TOTAL: 56,5%
MUJERES: 44,5%

30



Población General

Los hombres beben 4 veces más que las mujeres.
 El consumo aumenta en las clases acomodadas.
 Se bebe más los fines de semana.
 Se bebe más en pueblos pequeños que en grandes ciudades.
 Existe una relación entre consumo de alcohol y tabaco.

Consumo de bebidas alcohólicas. Población > 16 años.
 Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria, ENS, 2001.



Población Escolar

- El consumo y abuso de alcohol por parte de la población juvenil ha adquirido nuevos patrones en nuestro país.
- Los jóvenes que beben lo hacen en cantidades cada vez más elevadas, siendo cada vez más frecuentes los consumos elevados en cortos períodos de tiempo.

Población Escolar

	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Alcohol	55,1 %	55,9 %	54,3 %
Tabaco	28,8 %	24,2 %	33,1 %
Cánnabis	22 %	25 %	19,3 %
Tranquilizantes	2,4 %	3,6 %	2,7 %
Cocaína	3,1 %	2 %	1,5 %
Speed/Anfetaminas	1,9 %	2,2 %	1,6 %
Éxtasis	1,7 %	1,8 %	0,8 %
Alucinógenos	1,3 %	1,7 %	3,1 %
Sustancias volátiles	1,1 %	1,5 %	0,7 %

Prevalencia consumo drogas entre estudiantes de 14 a 18 años.
 Observatorio Español sobre Drogas (PNSD), Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2002.



Población Escolar

- Se trata de consumo localizado en el fin de semana.
 - El 69,2% de los que consumieron en los últimos 30 días, restringieron su consumo al fin de semana exclusivamente.

Prevalencia consumo de alcohol entre estudiantes de 14 a 18 años.
 Observatorio Español sobre Drogas (PNSD), Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2004.

Población Escolar

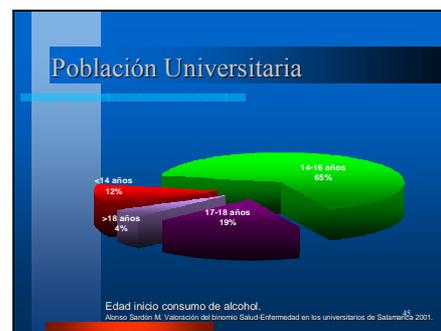
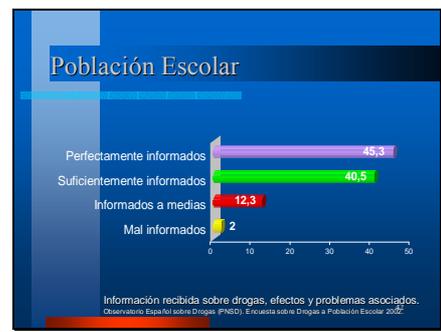
- Indicadores indirectos de consumo excesivo:
 - 46,1% manifiesta haberse emborrachado alguna vez y un 27,3% en los últimos 30 días.
 - Sólo un 9% tiene la percepción de consumir mucho o bastante alcohol.
 - Edad de inicio: 13,7 años.

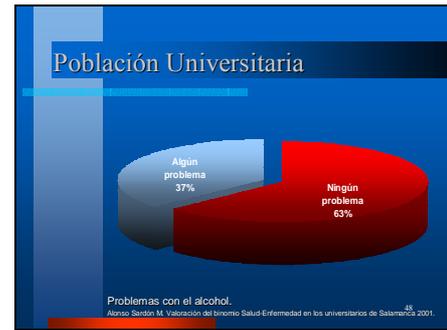
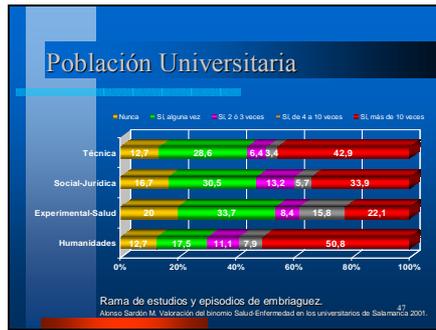
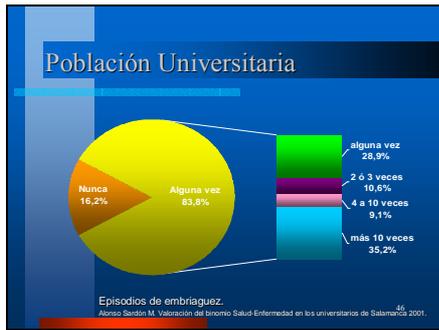
Prevalencia consumo de alcohol entre estudiantes de 14 a 18 años.
 Observatorio Español sobre Drogas (PNSD), Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2002.

Población Escolar

- Patrón de consumo:
 - Consumo de cervezas y combinados, en lugares públicos, con amigos y durante los fines de semana.
 - Los chicos consumen una cantidad superior a las chicas, pero éstas beben con más frecuencia.
 - Asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis.

Prevalencia consumo de alcohol entre estudiantes de 14 a 18 años.
 Observatorio Español sobre Drogas (PNSD), Encuesta sobre Drogas a Población Escolar 2004.





Población Juvenil

El alcohol adquiere un papel fundamental como articulador del ocio y las relaciones sociales de los jóvenes.

50

ALCOHOL:

Fisiología y efectos

J. A. Mirón Canelo
M. Alonso Sardón
Servicio de Asuntos Sociales (SAS)
Universidad de Salamanca

51

ALCOHOL:

Problemas de Salud asociados

J. A. Mirón Canelo
M. Alonso Sardón
Servicio de Asuntos Sociales (SAS)
Universidad de Salamanca

52

ALCOHOL:

Prevención e intervención

J. A. Mirón Canelo
M. Alonso Sardón
Servicio de Asuntos Sociales (SAS)
Universidad de Salamanca

53

Prevención

- Entendemos por prevención de las drogodependencias al conjunto de medidas orientadas a evitar el uso o abuso de drogas, así como a disminuir o retrasar su consumo.

54

Prevención

- En el tema de salud es siempre más rentable la prevención que el tratamiento, tanto en costes económicos como personales.

55

Prevención

- La prevención ha de ser de forma continuada y nunca puntual, no tiene que reducirse a una charla puntual, sino que debe ser un proceso sistemático, con la ayuda de información ocasional, pero no reducida sólo a eso.

56

Prevención

- El centro educativo es un marco idóneo para la prevención por varias razones:
 - Toda la población pasa por él.
 - Se dispone de medios técnicos y humanos.
 - Su fin es la educación del individuo.

57

ALCOHOL:

Promoción de la Salud

J. A. Mirón Canelo
M. Alonso Sardón
Servicio de Asuntos Sociales (SAS)
Universidad de Salamanca

58

Carta Europea sobre el Alcohol

- 5 Objetivos globales
- 5 Principios éticos y metas
- 10 Estrategias de promoción de la salud para la acción sobre el alcohol

59

Carta Europea sobre el Alcohol

Objetivos globales

- 5 -

60

Carta Europea sobre el Alcohol

- Objetivos globales:

- 1 Generar una mayor conciencia de la necesidad de proveer educación y de construir políticas de salud pública dirigidas a la prevención del daño ocasionado por el consumo de alcohol.

61

Carta Europea sobre el Alcohol

- Objetivos globales:

- 2 Reducir el riesgo de los problemas relacionados con el alcohol que se pueden producir en diferentes ambientes como el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad y el entorno de la bebida.

62

Carta Europea sobre el Alcohol

- Objetivos globales:

- 3 Reducir tanto la existencia como la gravedad del daño relacionado con el alcohol, es decir, los casos de muerte, accidentes, violencia, maltrato a menores y crisis familiares.

63

Carta Europea sobre el Alcohol

- Objetivos globales:

- 4 Ofrecer un tratamiento accesible y eficaz a las personas que realizan un consumo peligroso y nocivo de alcohol, así como a aquellas con una clara dependencia del alcohol.

64

Carta Europea sobre el Alcohol

- Objetivos globales:

- 5 Ofrecer una mayor protección frente a las presiones que llevan a los niños y a los jóvenes a beber y que también soportan las personas que eligen no beber.

65

Carta Europea sobre el Alcohol

Principios éticos

- 5 -



66

Carta Europea sobre el Alcohol

- Principios éticos:

- 1 Todas las personas tienen derecho a que su familia, comunidad y vida laboral estén protegidas de accidentes, violencia u otras consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol.

67

Carta Europea sobre el Alcohol

- Principios éticos:

- 2 Todas las personas tienen derecho a recibir una educación e información válida e imparcial desde la infancia acerca de las consecuencias del consumo de alcohol sobre la salud, la familia y la sociedad.

68

Carta Europea sobre el Alcohol

- Principios éticos:

- 3 Todos los niños y adolescentes tienen derecho a crecer en un medio ambiente protegido de las consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol y, en la medida de lo posible, de la promoción de bebidas alcohólicas.

69

Carta Europea sobre el Alcohol

- Principios éticos:

- 4 Todas las personas que consuman alcohol de forma peligrosa o dañina y los miembros de sus familias tienen derecho a tratamiento y asistencia.

70

Carta Europea sobre el Alcohol

- Principios éticos:

- 5 Todas las personas que no quieren beber alcohol o que no pueden hacerlo por motivos de salud o de otro tipo, tienen derecho a ser protegidos frente a las presiones para consumir alcohol y a recibir apoyo en su decisión de no beber alcohol.

71

Carta Europea sobre el Alcohol

Estrategias de acción

- 10 -



72

Carta Europea sobre el Alcohol

- Estrategias de acción:

- 1 Informar sobre las consecuencias del consumo de alcohol en la salud, la familia y la sociedad, y sobre que medidas son eficaces para prevenir o minimizar el daño, creando amplios programas educativos que comiencen desde la primera infancia.

73

Carta Europea sobre el Alcohol

- Estrategias de acción:

- 2 Promover entornos públicos, privados y laborales protegidos de accidentes, violencias y otras consecuencias negativas derivadas del consumo de alcohol.

74

Carta Europea sobre el Alcohol

- Estrategias de acción:

- 3 Establecer y hacer cumplir leyes que disuadan eficazmente de conducir bajo los efectos del alcohol.

75

Carta Europea sobre el Alcohol

4 Estrategias de acción:

- Promover la salud controlando la disponibilidad en la gente joven, e influyendo en el precio de las bebidas alcohólicas (impuestos).

76

Carta Europea sobre el Alcohol

5 Estrategias de acción:

- Aplicar controles estrictos, reconociendo las limitaciones y prohibiciones existentes en algunos países, sobre la publicidad directa e indirecta de bebidas alcohólicas y garantizar que no haya formas de publicidad específicamente dirigidas a los jóvenes (acontecimientos deportivos).

77

Carta Europea sobre el Alcohol

6 Estrategias de acción:

- Asegurar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuenten con personal adecuadamente formado, para las personas con un consumo de alcohol peligroso o dañino y para los miembros de sus familias.

78

Carta Europea sobre el Alcohol

7 Estrategias de acción:

- Fomentar el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales de las personas implicadas en la comercialización o el servicio de bebidas alcohólicas, asegurar el control estricto de la seguridad de los productos y llevar a cabo medidas apropiadas contra su producción y venta ilícita.

79

Carta Europea sobre el Alcohol

8 Estrategias de acción:

- Potenciar la capacidad de la sociedad para dar respuesta a los problemas relacionados con el alcohol mediante la formación de profesionales de diferentes sectores como la sanidad, el bienestar social, la educación y el judicial, además de fortalecer el desarrollo y liderazgo de la comunidad.

80

Carta Europea sobre el Alcohol

9 Estrategias de acción:

- Apoyar las organizaciones no gubernamentales y los movimientos de autoayuda que promuevan estilos de vida saludables y en concreto los destinados a prevenir o reducir los daños asociados al alcohol.

81

Carta Europea sobre el Alcohol

10 Estrategias de acción:

- Formular programas amplios sobre el alcohol en los Estados Miembros, teniendo en cuenta la presente *Carta Europea sobre el Alcohol*. Especificar objetivos claros e indicadores de resultados, controlar los progresos y asegurar una actualización periódica de los programas basada en la evaluación.

82

Preguntas y respuestas

Preguntas y respuestas

83

Preguntas y respuestas

¿Cuándo considerar "alcohólica" una persona?

Decimos que una persona "tiene problemas con el alcohol" cuando continúa bebiendo, a pesar de que el consumo de alcohol afecta e interfiere en su vida negativamente en cuanto a la salud, el equilibrio psicológico, el trabajo, la vida familiar, la vida social....

84

Preguntas y respuestas

¿El "alcoholismo" es una enfermedad?

La dependencia del alcohol es un problema serio que afecta a la salud de quien la padece. El alcoholismo se puede considerar una enfermedad porque afecta al equilibrio personal y de los que rodean al alcohólico. Es necesario un tratamiento adecuado, para recuperar la "no-dependencia".

85

Preguntas y respuestas

¿Se puede curar la "dependencia"?

Si se entiende por "curación" que la persona afectada vuelva a la conducta anterior a la "dependencia", la respuesta es NO. Cuando se ha abusado del alcohol, siempre quedan alteraciones fisiológicas y de conducta que se mantienen en el individuo. Aun así, con terapia adecuada, las personas afectadas pueden aprender a vivir sin alcohol de forma equilibrada y saludable.

86

Preguntas y respuestas

¿Hay que beber todos los días para ser un "alcohólico"?

NO. La dependencia se puede manifestar de forma continuada o intermitente. "Alcoholismo de fin de semana".

87

Preguntas y respuestas

¿Nacemos predispuestos al "alcoholismo"?

No todas las personas reaccionan de la misma forma en relación con el alcohol. Hay diferencias individuales que hacen a unas personas más sensibles alcohol, y por tanto, que sea más fácil que desarrollen dependencia. Pero no significa que la dependencia del alcohol esté determinada por la genética.

88

Preguntas y respuestas

¿Quieres saber cuánto bebes?

La cantidad de alcohol que puede ingerir una persona se mide en:

UNIDADES DE MEDIDA ESTÁNDAR (UBE)

1 UBE = 10 g. de alcohol

89

Preguntas y respuestas

¿Qué significa "beber moderadamente"?

1 copa vino
1 copa cava = 10-12 g alcohol puro = 1 UBE
1 cerveza

1 copa licor, whisky, ginebra, coñac, anís, cócteles o combinados = 2 UBE

90

EFECTOS DEL ALCOHOL

Antonio J. Chamorro Fdez
Residente Medicina Interna
Hospital Universitario de Salamanca
Departamento Microbiología, Medicina Preventiva y
Salud pública.

EFECTOS DEL ALCOHOL

- **OBJETIVOS**
- **INTRODUCCIÓN**
- **CONCEPTO**
- **EFECTOS AGUDOS**
- **EFECTOS A CORTO-MEDIO PLAZO**
- **MITOS**

EFECTOS DEL ALCOHOL

- **OBJETIVOS:**
 - Señalar los efectos perjudiciales del alcohol en población juvenil, desde un punto de vista médico.
 - Promover un cambio de actitudes y expectativas sobre el alcohol.

EFECTOS DEL ALCOHOL

INTRODUCCIÓN:

- En España más de **1.250.000 personas** son **alcohólicas**, y unas **2.500.000** más tienen un **riesgo elevado** de llegar a serlo. En total, **10%** de la población.
- El alcoholismo afecta cada vez a población más joven.
- Cada año mueren en nuestro país entre **8.900 y 11.000 personas** debido a **enfermedades o accidentes** provocados por el consumo de bebidas alcohólicas.
- Los **accidentes de tráfico** (en los que suele estar involucrado el consumo de alcohol) son la **primera causa de muerte en los jóvenes**.

EFECTOS DEL ALCOHOL

- **CONCEPTO DE DROGA:** "Una droga es toda sustancia que, al introducirla en el organismo, produce en el individuo modificaciones en su **estado psíquico** (percepciones, emociones y conducta). Las **drogas adictivas** pueden causar **dependencia** si se consumen repetidamente".

EFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFECTOS AGUDOS:**
 - **FÍSICOS:**
 - Gastritis, hepatitis aguda tóxica, pancreatitis.
 - **Sistema nervioso:**
 - Trastornos de la visión, reflejos, coordinación, marcha, equilibrio, el pensamiento y el habla.
 - **Cardiocirculatorio:**
 - Vasodilatación, hipotermia, hipoglucemia
 - Arritmias cardíacas, **muerte súbita**...
 - **Respiratorio:**
 - Vómitos, neumonías químicas e infecciosas
 - Depresión respiratoria, **parada respiratoria**...
 - **INTOXICACIÓN AGUDA:** Embriaguez, agitación, coma etílico... **Muerte**.

EFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFECTOS AGUDOS**
 - **PSICOLÓGICOS**
 - **Desinhibición**, sobre todo en las relaciones sociales
 - Sensación de **euforia**
 - **Disminución de la habilidad para conducir**
 - Impulsividad y aumento de la posibilidad de realizar **actos violentos**
 - **INTOXICACIÓN AGUDA:** **Imposibilidad de recordar** lo que pasó mientras se estaba ebrio.

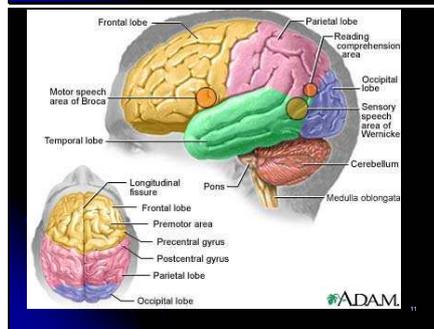
EFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFECTOS AGUDOS:**
 - **MEZCLAR DROGAS:** cannabis, anfetaminas, éxtasis, cocaína, heroína...se potencian unas a otras con aparición de efectos perjudiciales graves con dosis mínimas. También con medicamentos (tranquilizantes, algunos antibióticos...)
 - **ENFERMEDAD FÍSICA O PSIQUIÁTRICA:** puede desencadenarse o agravarse.
 - **VIOLENCIA DOMÉSTICA.**
 - **ACCIDENTES DE TRÁFICO:**...



EFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFECTOS A CORTO-MEDIO PLAZO:**
 - **TOLERANCIA**→**DEPENDENCIA**→**ABSTINENCIA** →**DELIRIUM TREMENS.**
- **SISTEMA NERVIOSO:**
 - **POLINEUROPATÍA**
 - **ENCEFALOPATÍA**
 - **DEMENCIA**
 - **ATROFIA MUSCULAR**



EFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFECTOS A CORTO-MEDIO PLAZO.**
 - **APARATO DIGESTIVO:**
 - **CIRROSIS:** función del hígado dañada
 - Varices esofágicas. Rotura y sangrado
 - Aumento de líquido en el abdomen- ascitis
 - **Aumento de hormonas femeninas** (aparición de mamas, distribución del vello corporal como en el sexo femenino)
 - **Disminución del deseo sexual y del tamaño de los atributos masculinos**
 - **Manchas rojas por la piel, retracción de los dedos de la mano**....

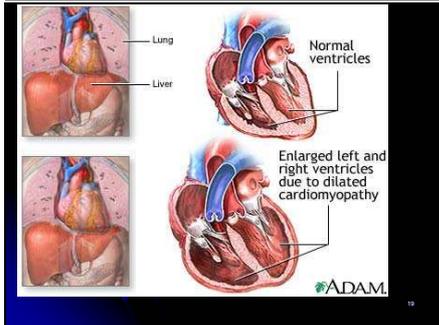


Anexo III: "Efectos físicos producidos por el alcohol"



EFFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFFECTOS A CORTO-MEDIO PLAZO**
 - **CÁNCER:**
 - Estómago
 - Páncreas
 - Hígado
 - Cólon
 - **CORAZÓN Y SANGRE:**
 - Anemia
 - Disminución de las defensas... **Infecciones**
 - **Sangrado** por bajada de plaquetas y problemas de coagulación.
 - Dilatación del corazón y arritmias.



EFFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFFECTOS A CORTO MEDIO-PLAZO.**
 - **EN LA JUVENTUD:**
 - Daño de los **órganos en desarrollo**
 - Alteración del crecimiento de los **órganos sexuales**
 - Mayor afectación de las alteraciones neurológicas durante la **conducción** sobre todo en la disminución de reflejos y del campo visual.
 - En el **embarazo**: Síndrome de Alcoholización Fetal

EFFECTOS DEL ALCOHOL

- **EFFECTOS A CORTO-MEDIO PLAZO**
 - **PSICOLÓGICOS:**
 - Disminución de la capacidad de **aprendizaje**, de **concentración**, motivación, del **rendimiento escolar**...
 - Aumento de la probabilidad de tener accidentes
 - Perturbación de las relaciones sociales y familiares (**pérdida de las amistades íntimas, agresividad, irritabilidad**...)
 - Exhibicionismo, ridículo, depresión, ansiedad, mayor riesgo de **suicidio**.

EFFECTOS DEL ALCOHOL

- **ESCALADA DE CONSUMO DE DROGAS**
- **VISIÓN GENERAL Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO**
- **MITOS...**

HABILIDADES SOCIALES (esquema charlas impartidas)

- AUTOESTIMA
- COMO DECIR "NO"
- TRABAJO EN GRUPO