



ORIGINAL

Cambios en el consumo alcohólico de riesgo en población adolescente en la última década (2004-2013): una aproximación cuanti-cualitativa



Alejandro Pérez-Milena^{a,*}, Manuel de Dios Redondo-Olmedilla^b,
María Luz Martínez-Fernández^c, Idoia Jiménez-Pulido^d, Inmaculada Mesa-Gallardo^e
y Francisco Javier Leal-Helmling^d

^a Centro de Salud El Valle, Distrito Sanitario de Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

^b Hospital Ciudad de Jaén, Servicio Andaluz de Salud, Jaén, España

^c Instituto de Educación Secundaria Obligatoria Jabalcuz, Jaén, España

^d Centro de Salud de Úbeda, Área de Gestión Clínica Jaén Norte, Servicio Andaluz de Salud, Úbeda, Jaén, España

^e Distrito Sanitario Condado Campiña, Servicio Andaluz de Salud, Huelva, España

Recibido el 14 de octubre de 2016; aceptado el 15 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 10 de mayo de 2017

PALABRAS CLAVE

Consumo de alcohol;
Consumo alcohólico de riesgo;
Conducta del adolescente;
Consumo masivo de alcohol;
Detección de abuso de sustancias;
Análisis cualitativo

Resumen

Objetivo: Conocer los cambios del consumo alcohólico de riesgo en los adolescentes en la última década, así como sus motivaciones y vivencias.

Diseño: 1) descriptivo transversal: encuesta autoadministrada; 2) cualitativo explicativo: grupos de discusión videograbados, con análisis de contenido (codificación, triangulación de categorías y verificación de resultados).

Emplazamiento y participantes: Alumnos de un instituto urbano de educación secundaria, administrando un cuestionario cada 3 años de 2004 a 2013. En el año 2013 se realizan las entrevistas grupales, con muestreo de conveniencia. Criterio de homogeneidad: nivel educativo; criterios de heterogeneidad: edad, sexo y consumo de drogas.

Mediciones principales: Cuestionario: edad, sexo, consumo de drogas y cuestionario CAGE. Entrevistas: semiestructuradas sobre un guión previo, valorando vivencias y expectativas.

Resultados: Descriptivo: 1.558 encuestas, edad $14,2 \pm 0,3$ años, 50% mujeres. Disminuye la prevalencia de consumo de alcohol (13%), aumentando el consumo de riesgo (11%; $p < 0,001 \chi^2$). Relacionado con ser mujer ($p < 0,01 \chi^2$), mayor consumo alcohólico (> 6 unidades de bebida estándar/semana; $p < 0,001$ ANOVA) en fin de semana (56%; $p < 0,01 \chi^2$) y policonsumo ($p < 0,01 \chi^2$). Cuestionario CAGE: 37% ≥ 1 respuesta positiva (relacionado con consumo de riesgo, $p < 0,05 \chi^2$), 18% ≥ 2 respuestas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es (A. Pérez-Milena).

Cualitativo: : 48 entrevistados; se establecen 4 categorías: determinantes personales (edad, género), influencias sociales (familia, amigos), normalización del consumo (accesibilidad, ocio nocturno) y adicción (riesgo, policonsumo).

Conclusión: Es preocupante el aumento del porcentaje del consumo alcohólico de riesgo, pese a disminuir las prevalencias del consumo. Se relaciona con el sexo femenino, el consumo *binge-drinking* y el policonsumo. El ocio nocturno y la normalización social son las principales motivaciones argumentadas por los adolescentes, sin percepción del riesgo de este tipo de consumo.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Alcohol drinking;
Hazardous drinking;
Adolescent
behaviour;
Binge drinking;
Substance abuse
detection;
Qualitative analysis

Changes in hazardous drinking in Spanish adolescent population in the last decade (2004-2013) using a quantitative and qualitative design

Abstract

Objective: To determine the changes in hazardous drinking in adolescents in the last decade, as well as their motivations and experiences.

Design: Firstly, a descriptive design using a self-report questionnaire, and secondly an explanatory qualitative design, with video recordings of discussion groups with content analysis (coding, triangulation of categories and verification of results).

Setting and participants: Pupils from an urban High School, administering a questionnaire every 3 years from 2004 to 2013. Purposive sampling was used to elect groups in qualitative design. Homogeneity criteria: education level; heterogeneity criteria: age, gender, and drug use.

Main measurements: Questionnaire: age, gender, drug use, and the CAGE test. Interviews: semi-structured on a previous script, evaluating experiences and expectations.

Results: Descriptive design: A total of 1,558 questionnaires, age 14.2 ± 0.3 years, 50% female. The prevalence of alcohol drinking decreases (13%), but its hazardous use increases (11%; $P < .001$, χ^2). This is associated with being female ($P < .01$, χ^2), higher alcohol consumption (> 6 standard drink units weekly; $P < .001$, ANOVA), during the weekend (56%; $P < .01$, χ^2) and multiple drug use ($P < .01$, χ^2). CAGE questionnaire: $37\% \geq 1$ positive response (related to hazardous drinking, $P < .05$, χ^2), $18\% \geq 2$ answers.

Qualitative: A total of 48 respondents, classified into 4 categories: personal factors (age, gender), social influences (family, friends), consumption standards (accessibility, nightlife), and addiction (risk, multiple drug use).

Conclusion: Despite the decrease in the prevalence of alcohol drinking, the increase in the percentage of the hazardous drinking is a public health problem. It is related to being female, binge-drinking, and multiple drug use. Nightlife and social standards are the main reasons given by adolescents, who have no perception of risk.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El consumo alcohólico de riesgo se define como aquel patrón de bebida que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor, tanto físicas como psicosociales¹. Es una de las principales causas prevenibles de morbilidad y afecta a todos los grupos de edad, a todos los estratos de la sociedad y a todos los países, siendo uno de los factores que más contribuye al riesgo sanitario en Europa². Los jóvenes soportan en mayor medida esta carga por los progresivos cambios en su forma de consumir alcohol, con episodios de consumo intensivo (o *binge drinking*) practicados por más de la tercera parte de los adolescentes españoles^{3,4}. Este patrón de consumo consiste en una ingesta de grandes cantidades de alcohol, concentrado en un período de tiempo que se reserva expresamente para este fin

y habitualmente acompañado con períodos intermedios de abstinencia¹.

Esta conducta se asocia en adolescentes a problemas muy frecuentes a corto plazo, como son intoxicaciones agudas, accidentes de tráfico, fracaso escolar, problemas legales y asociación al consumo de otras drogas^{5,6}. Además, puede causar problemas de adicción o trastornos de salud mental en la edad adulta^{7,8}. Sin embargo, los adolescentes no perciben, en general, un riesgo en este tipo de consumo: el alcohol se relaciona con actos ludicosociales desde las primeras experiencias familiares, y con el ocio nocturno al entrar en el instituto y aumentar las relaciones entre iguales⁹. Estos cambios en la forma de consumir alcohol están influenciados por múltiples factores, como determinados modelos sociales, las actitudes familiares, la gestión del tiempo de ocio y ciertos factores personales¹⁰.

Para entender este fenómeno es necesario realizar un seguimiento de las tendencias en los patrones de consumo alcohólico en los adolescentes. Al mismo tiempo, se precisa una visión holística que oriente este problema como un acontecimiento social que hay que comprender a través de los significados que los propios adolescentes le conceden. Desde esta perspectiva, se planteó un estudio descriptivo para conocer los cambios en los patrones de consumo de alcohol en adolescentes, con especial interés en las características que rodean el consumo *binge drinking*, junto con un estudio cualitativo que permitiera conocer las motivaciones para el mismo (entendidas como actitudes, creencias y vivencias) en una población de adolescentes escolarizados en un instituto urbano de educación secundaria.

Material y métodos

El diseño del estudio constó de 2 partes: cuantitativa y cualitativa. El diseño cuantitativo fue descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada y anónima, participando todos los adolescentes de 12 a 17 años de edad que cursaban estudios en un instituto de educación secundaria situado en una zona urbana de Jaén (España), procedentes de diferentes niveles socioeconómicos y culturales. Se realizaron 4 encuestas durante el último trimestre de cada curso escolar, con una periodicidad trianual desde 2004 a 2013. Las encuestas fueron realizadas durante la jornada escolar por profesores adiestrados para tal fin. El cuestionario recogió la edad, el sexo, el curso escolar y el consumo de alcohol de forma cuantitativa (definida en unidades de bebida estándar [UBE] por semana)¹¹ y cualitativa (diferenciando la forma de consumo en ocasional, relacionada con el ocio de fin de semana o diario)⁴. Se consideró que los adolescentes presentaban consumo alcohólico de riesgo cuando registraron un consumo elevado cuantitativo diario (> 2 UBE para mujeres y > 4 en hombres) o semanal elevado (> 17 UBE para mujeres y > 28 UBE en hombres), y también ante la existencia de cambios durante el fin de semana con ingestas elevadas aunque fueran de forma infrecuente (> 4 UBE para mujeres y > 6 UBE en hombres, por ocasión)¹¹. La sospecha de consumo perjudicial de alcohol se valoró mediante el cuestionario CAGE camuflado, estableciendo como puntos de corte una y dos respuestas positivas¹². Se recogió también el patrón de consumo de tabaco y de drogas ilegales. El análisis de los datos se hizo mediante el programa informático SPSS versión 15.0, realizándose un estudio descriptivo (mostrando medias con su desviación típica y proporciones), proponiéndose un nivel de significación estadística con $p < 0,05$ y empleando el test de la t de Student y el test ANOVA de una vía para comparación de medias y el test χ^2 para la comparación de proporciones.

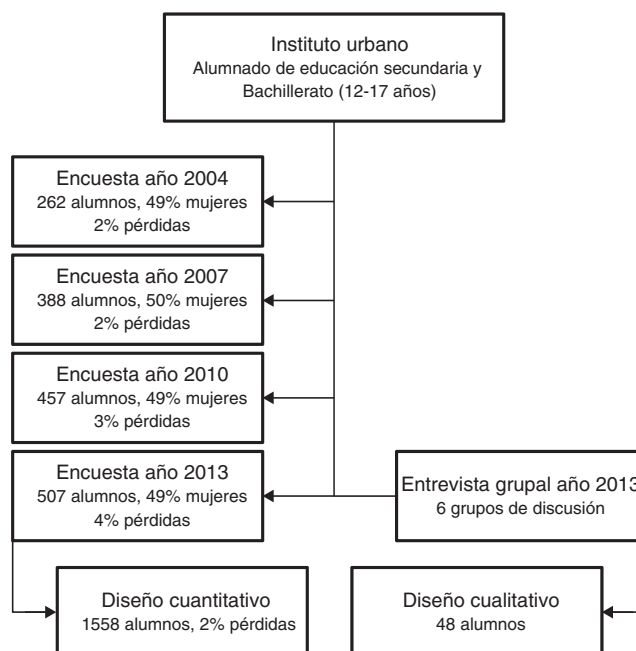
La segunda parte fue un diseño cualitativo con método fenomenológico y de tipo explicativo, pretendiendo descubrir y enumerar las causas que conforman el fenómeno, así como identificar cómo interactúan entre sí para elaborar un marco explicativo. Para ello se realizó un muestreo de conveniencia estratificado por niveles educativos (criterio de segmentación) en el mismo instituto en el año 2010, hasta alcanzar el punto de saturación. Los criterios de heterogeneidad fueron sexo, patrón de consumo de alcohol y nivel social de la familia. La técnica de recogida de la información

empleada fue el grupo de discusión, realizado en el instituto durante la jornada escolar. Se grabaron en vídeo 6 grupos de adolescentes moderados por un médico de familia, quien partía de un guión inicial. Sin embargo, se consideró oportuno realizar entrevistas no estructuradas que permitieran la aparición de nuevos temas emergentes. Se realizó una transcripción literal y anónima para proceder a un análisis de contenido cualitativo¹³ que constó de 3 fases:

1. Codificación: tras una lectura literal de las transcripciones se generaron las primeras hipótesis preanalíticas, valorando la saturación de la información; en un segundo paso se identificaron las unidades de texto y sus referentes, asignando códigos de colores a los conceptos emergentes del texto y agrupándolos en categorías.
2. Triangulación de categorías: las categorías de análisis se consensuaron entre los miembros del equipo según los objetivos planteados, para obtener las categorías definitivas.
3. Obtención y verificación de resultados, empleando el software NUDIST, que ayudó a la construcción de las matrices definitivas y a explorar conexiones entre claves.

En todo el proceso de análisis cualitativo se aplicaron indicadores de calidad: adecuación del contenido de las entrevistas a los objetivos del proyecto, participación de todos los adolescentes del grupo en la exposición de creencias y vivencias, intervenciones adecuadas por parte del moderador y registro escrito de la hipótesis de trabajo.

La investigación se ajusta a las normas éticas de la Declaración de Helsinki y recibe la autorización del Comité de Ética de la Investigación del Servicio Andaluz de Salud y del Consejo Escolar del centro educativo. También se informó a padres y alumnos sobre el motivo del estudio y la protección de los datos personales (incluyendo la destrucción de las videograbaciones tras su transcripción), obteniendo la firma de un consentimiento informado.



Esquema general del estudio.

Resultados

Datos cuantitativos

Consumo de alcohol, tabaco y drogas

Se encuestaron un total de 1.558 adolescentes, con un 3% de pérdidas (43 alumnos) por falta de asistencia o mala cumplimentación del cuestionario. La media de edad es de 14,2 años ($\pm 0,3$), con similar distribución por sexos (tabla 1). Un total de 509 adolescentes indican haber consumido alcohol (33%) pero con una tendencia mantenida al decremento de la prevalencia de dicho consumo ($p < 0,001$ test χ^2 , tabla 1). El patrón de ingesta alcohólica más frecuente es el ocasional, aunque es igualado en porcentaje por el consumo en fin de semana en el último año de estudio, con diferencias casi significativas ($p < 0,10$ test χ^2 , tabla 1). No hay diferencias por sexo para el patrón de consumo de alcohol (fig. 1). La media de ingesta alcohólica semanal es de 5,8 UBE ($\pm 1,6$), siendo superior el primer año de estudio ($p < 0,01$ ANOVA de una vía, tabla 1). Las prevalencias de consumo de tabaco y de drogas ilegales disminuyen de forma significativa ($p < 0,05$ test χ^2 , tabla 1), al igual que ocurría

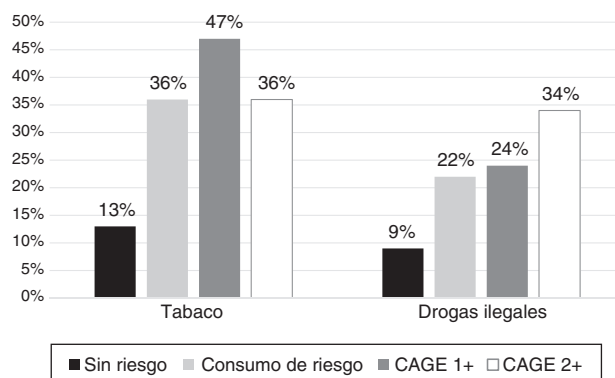


Figura 1 Prevalencias globales de consumo de tabaco y drogas ilegales según la presencia de consumo alcohólico de riesgo y de la respuesta positiva al test CAGE.

CAGE 1+ (test CAGE con una o más respuestas positivas); CAGE 2+ (test CAGE con dos o más respuestas positivas)

Diferencias significativas para el consumo de tabaco ($p < 0,01$ test χ^2) y de drogas ilegales ($p < 0,001$ test χ^2).

Tabla 1 Comportamiento de las variables estudiadas según el año de estudio

	2004	2007	2010	2013
Tamaño de muestra	257	380	435	486
Edad (años)	14,0 ($\pm 0,1$)	14,3 ($\pm 0,1$)	13,8 ($\pm 0,1$)	14,5 ($\pm 1,8$)
Sexo (mujer)	51%	50%	48%	49%
Consumo de alcohol				
Prevalencia total**	41%	36%	29%	28%
Patrón de consumo*				
ocasional	60%	58%	68%	49%
fin de semana	37%	42%	30%	47%
diario	2%	0%	2%	4%
Cantidad media (UBE/semana)***	8,4 ($\pm 7,7$)	4,3 ($\pm 2,7$)	5,7 ($\pm 2,1$)	5,9 ($\pm 5,6$)
Consumo de riesgo**	35%	41%	54%	46%
Test CAGE				
≥ 1 respuesta	31%	36%	45%	33%
≥ 2 respuestas****	24%	23%	14%	11%
Consumo de tabaco				
Prevalencia total**	29%	16%	10%	10%
Patrón de consumo*				
ocasional	46%	33%	35%	32%
fin de semana	17%	14%	26%	20%
diario	48%	53%	29%	48%
Número de cigarrillos/día	8,9 ($\pm 8,5$)	6,7 ($\pm 2,3$)	8,4 ($\pm 5,9$)	7,2 ($\pm 6,1$)
Consumo de drogas ilegales				
Prevalencia total**	16%	15%	4%	6%
Patrón de consumo*				
ocasional	88%	67%	68%	65%
fin de semana	11%	31%	31%	32%
diario	1%	2%	1%	3%

Se muestran las medias con su desviación estándar y las proporciones.

Diferencias significativas:

* $p < 0,10$ test χ^2

** $p < 0,05$ test χ^2

*** $p < 0,01$ ANOVA de una vía

**** $p < 0,001$ test χ^2 .

con la ingesta ética. El patrón de consumo de tabaco es diferente al del alcohol, con una mayor prevalencia de consumo diario, mientras que el consumo ocasional es el más frecuente para las drogas ilegales, aunque se incrementa de forma casi significativa su consumo en fin de semana hasta un tercio de los encuestados ($p < 0,10$ test χ^2 , tabla 1). Se consume una media inferior a 10 cigarrillos/día, sin cambios con los años (tabla 1).

Consumo alcohólico de riesgo

Un total de 218 adolescentes son catalogados dentro del consumo de riesgo, lo que supone un 43% del total. Como puede apreciarse en la tabla 1, las prevalencias se incrementan desde algo más de la tercera parte en el año 2004 hasta casi la mitad en 2013 ($p < 0,05$ test χ^2). En global, un 37% de los adolescentes presentaron al menos una respuesta positiva en el test CAGE, y un 18% dos o más. Estas prevalencias tienden a decrecer en el caso de requerir dos respuestas positivas como límite, pasando de la cuarta parte de los adolescentes bebedores a un 11% ($p < 0,001$ test χ^2 , tabla 1), con diferencias significativas respecto a las prevalencias del consumo alcohólico de riesgo ($p < 0,05$ test χ^2). El consumo de riesgo es más frecuente entre en las mujeres frente a los hombres (29% frente al 71%, $p < 0,01$ test χ^2 , tabla 2). La cantidad de alcohol ingerida es superior en más de 6 UBE semanales en el caso de un consumo de riesgo, siendo también superior cuando el test CAGE es positivo ($p < 0,001$ ANOVA de una vía, tabla 2). La prevalencia para el consumo de tabaco ($p < 0,01$ test χ^2) y de drogas ilegales ($p < 0,001$ test χ^2) es superior cuando el adolescente presenta un consumo alcohólico de riesgo o un test de CAGE positivo (fig. 1),

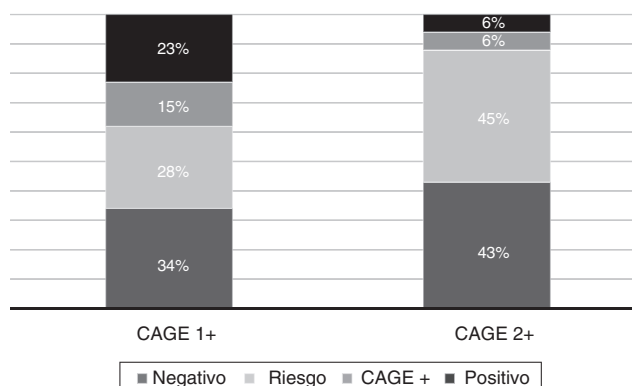


Figura 2 Relación entre la presencia de consumo alcohólico de riesgo y la respuesta positiva al test CAGE.

CAGE 1+ (test CAGE con una o más respuestas positivas); CAGE 2+ (test CAGE con dos o más respuestas positivas). Negativo: sin consumo de riesgo y test de CAGE negativo; Riesgo: consumo de riesgo con test de CAGE negativo; CAGE+: test de CAGE positivo sin consumo de riesgo; Positivo: consumo de riesgo con CAGE+.

Diferencias significativas para CAGE 1+ ($p = 0,014$ test χ^2) y sin diferencias para CAGE 2+ ($p = 0,941$ test χ^2).

pero no hay diferencias en los patrones de consumo (tabla 2). Existe relación entre los resultados del test CAGE con una respuesta positiva y la prevalencia del consumo de riesgo, como puede apreciarse en la figura 2 ($p < 0,05$ test χ^2), algo que no ocurre cuando se establecen dos respuestas para dar como positivo este cuestionario.

Tabla 2 Comportamiento de las variables estudiadas según la presencia de consumo alcohólico de riesgo

	Sin consumo de riesgo	Consumo de riesgo	CAGE 1+	CAGE 2+
Edad (años)	14,8 (\pm 1,4)	15,9 (\pm 1,3)	15,3 (\pm 1,5)	15,0 (\pm 1,7)
Sexo (mujer)*	38%	71%	54%	38%
Consumo de alcohol				
<i>Patrón de consumo*</i>				
ocasional	78%	41%	42%	35%
fin de semana	18%	56%	51%	58%
diario	4%	2%	7%	7%
<i>Cantidad media (UBE/semana)**</i>	2,5 (\pm 1,3)	8,9 (\pm 5,5)	7,3 (\pm 6,3)	6,7 (\pm 5,5)
Consumo de tabaco				
<i>Patrón de consumo</i>				
ocasional	43%	34%	35%	21%
fin de semana	18%	26%	27%	36%
diario	39%	40%	38%	43%
<i>Número de cigarrillos/día</i>	10,7 (\pm 7,1)	9,4 (\pm 5,7)	8,5 (\pm 9,4)	10,4 (\pm 8,5)
Consumo de drogas ilegales				
<i>Patrón de consumo</i>				
ocasional	61%	60%	63%	64%
fin de semana	31%	36%	33%	27%
diario	8%	4%	4%	9%

Se muestran las medias con su desviación estándar y las proporciones. CAGE 1+ (test CAGE con una o más respuestas positivas); CAGE 2+ (test CAGE con dos o más respuestas positivas)

Diferencias significativas:

* $p < 0,01$ test χ^2

** $p < 0,001$ ANOVA de una vía.

Tabla 3 Categorías, subcategorías y citas textuales del análisis cualitativo

Determinantes personales

Edad

1. Cuando cumples los dieciséis te metes en la noche. Entonces ya es cuando tienes la posibilidad de beber alcohol [mujer 15 años]

Género

2. (las mujeres) se creen machos [hombre 13 años]. No entiendo que les han puesto copas, pero seis o siete copas gratis, a unas chiquillas [hombre 16 años]

Influencias sociales

Familia

3. Mi padre no bebe, solo en las fiestas, eso sí, siempre coge un poco de borrachera [mujer 12 años]

Amigos y adultos jóvenes

4. Haz lo que hace el resto. Al igual que pasa con esto pasa con el resto de las cosas. Vamos a ser todos iguales para no ser menos [mujer 17 años]
5. Te dan a probar el cubata y te sientes mayor, como los universitarios [hombre 12 años]

Normalización del consumo

Accesibilidad

6. Beber es lo habitual y encima te venden donde quieras. Es que hay muy pocos sitios donde te pidan el carnet [hombre 17 años]

Ocio nocturno

7. Es que se bebe solo cuando hay fiesta. Cuanto más bebes, más fiesta [mujer 16 años]

Adicción y riesgo

Control y adicción

8. El alcohol sí se puede dejar cuando quieras, pero el tabaco no [mujer 13 años]

Enfermedad

9. El hígado se vuelve a limpiar. Bueno, causa sus consecuencias. Pero con el tiempo bebes un sábado y hasta el otro sábado no vuelves a beber. En ese tiempo el hígado descansa [mujer 15 años]

Policonsumo

10. Porque estás borracho perdido y ya te dan: «toma un cigarrillo». Y bebiendo acabas con los porros y de los porros terminas con otra cosa. Todo es lo mismo al final: «voy a emborracharse, voy a emporrarme o voy a pillarme un pelotazo» [hombre 17 años]

Datos cualitativos

Se obtuvo información de 48 adolescentes repartidos en 6 grupos, con un 54% de hombres y una duración media de 40 min. La información recogida se presenta en 4 categorías y 9 subcategorías (tabla 3).

Determinantes personales

La edad es el determinante identificado con mayor riesgo de consumo perjudicial de alcohol, dado que el consumo alcohólico se incrementa en la segunda etapa de la adolescencia con el descubrimiento del ocio nocturno (tabla 3, 1). A la hora de beber, ya no existen diferencias entre hombres

y mujeres, aunque los hombres siguen pensando que para las mujeres es más perjudicial beber grandes cantidades, algo reservado a los hombres (tabla 3, 2).

Influencias sociales

El primer contacto con el alcohol ocurre en el hogar a través del ejemplo de los padres, con un consumo ligado al ocio y a las reuniones sociales, donde se ve con normalidad un consumo excesivo (tabla 3, 3). La entrada al instituto supone un cambio marcado por nuevas normas y valores del grupo de iguales, siendo la alta ingesta de alcohol una forma de conseguir mayor aceptación social (tabla 3, 4) o como imitación de modelos cercanos como son los adultos jóvenes (tabla 3, 5).

Normalización del consumo

Para los adolescentes el consumo de alcohol es algo normal y está aceptado por la sociedad, permitiendo su consumo a los menores con una alta accesibilidad para su compra (tabla 3, 6). Por otra parte, beber en fin de semana se convierte en una transgresión de las normas de los adultos, pero sobre todo prima el efecto socializador y euforizante que supone beber mucho alcohol, asociado al ocio nocturno (o «botellón») (tabla 3, 7).

Adicción y riesgo

Los adolescentes que consumen una alta cantidad de alcohol no creen desarrollar ningún tipo de dependencia del alcohol, pudiendo dejar su consumo cuando así lo deseen (tabla 3, 8). Además, piensan que su organismo se puede recuperar mejor al consumir solo en fin de semana frente a los consumidores diarios (identificados como adultos) (tabla 3, 9). Por último, los adolescentes que ingieren una alta cantidad de alcohol consideran un paso habitual el consumo de otras drogas (tabla 3, 10).

Discusión

El presente trabajo ofrece datos sobre los cambios temporales en el consumo alcohólico de riesgo de los adolescentes, apreciándose un preocupante incremento del porcentaje en la última década hasta llegar a suponer casi la mitad de los consumidores de alcohol^{3,6,14}. No obstante, los menores no aprecian un riesgo significativo para su salud, tanto por una menor prevalencia de resultados positivos en el test CAGE como por sus propias opiniones, siendo otros determinantes como la edad o el género, las influencias del microsistema, la aceptación social o la sensación de invulnerabilidad más influyentes en esta conducta^{15,16}.

La mayoría de los ciudadanos de la Unión Europea afirman beber de una forma moderada consumiendo, por lo general, dos o menos bebidas en un día². En España, la prevalencia estandarizada de bebedores promedio de alto riesgo descendió desde el 18,8% en 1987 hasta el 1,3% en 2012¹⁷, una tendencia contraria a lo que ha ocurrido con la población adolescente, donde se han incrementado progresivamente tanto el consumo calificado de abusivo^{17,18} como el número de intoxicaciones alcohólicas agudas^{4,6}, aunque parece disminuir ligeramente en la última encuesta escolar del Plan Nacional de Drogas³. Este cambio se ha asociado a la adopción entre los adolescentes y adultos jóvenes de

un patrón anglosajón de consumo alcohólico que ha desplazado el consumo moderado diario por ingestas excesivas y concentradas siguiendo un consumo tipo atracán (o *binge drinking*)^{3,15,19,20}. Es cada vez más frecuente que un consumo ocasional o diario habitual bajo pueda coexistir con un consumo semanal de riesgo o con una cantidad de riesgo en las ocasiones en que consume²¹. Siguiendo los patrones de ingesta ética de los adultos jóvenes, la frecuencia de consumo es baja entre los adolescentes, pero cuando beben lo hacen en grandes cantidades^{18,22}. Esta forma de consumir alcohol, conocida como «botellón»¹⁰, se relaciona con el ocio nocturno, donde las intoxicaciones éticas agudas se convierten en un objetivo ligado a la diversión.

No hay que olvidar que la exposición temprana al alcohol o su consumo frecuente en la adolescencia pueden predecir el desarrollo de dependencia en la edad adulta y favorecer la aparición de problemas de salud mental^{6-8,23}. Sin embargo, los adolescentes no son conscientes del daño que el consumo alcohólico de riesgo pueda tener sobre su salud, con unos resultados positivos del test CAGE que tienden a disminuir conforme pasan los años del presente estudio. El consumo de riesgo se relaciona con la presencia de una respuesta positiva a este cuestionario, pudiendo ser un mejor punto de corte que dos respuestas positivas¹³. Aunque existen otros cuestionarios más útiles como cribado para la población adolescente, como el AUDIT y el CRAFFT²⁴, los resultados obtenidos con el test CAGE ofrece una autopercepción de riesgo en el consumo tipo *binge-drinking*. Esta experiencia es obviada por los propios adolescente en su discurso oral y podría ser aprovechada por el médico de familia como un elemento motivacional para el cese del consumo alcohólico²⁵.

La comprensión holística de este fenómeno mediante el estudio cualitativo muestra una evolución de un consumo ocasional y de prueba, desde la primera etapa de la adolescencia, a otro intermitente y en grupo, en la segunda etapa, con conductas gregarias encaminadas a la aceptación en el microsistema de pares y acompañada de un consumo masivo de alcohol en fin de semana^{10,19,26,27}. Las influencias de determinados modelos sociales, las actitudes familiares y ciertos factores personales parecen ser decisivos para el consumo alcohol de riesgo^{16,27-29}, siendo decisivas tanto la sensación de invulnerabilidad y control que sienten los adolescentes ante la ingesta ética como la alta permisividad social junto a una gran accesibilidad a la compra de alcohol^{9,29,30}. Es especialmente preocupante la homogeneidad de los hábitos entre hombres y mujeres, con un consumo de riesgo mucho más prevalente en las mujeres, a diferencia de lo encontrado en la población adulta¹⁹, que podría estar en relación con el estilo de comunicación, la imagen corporal y la autoestima, la relación con los pares y la gestión del estado de ánimo^{16,23,25,31}.

Habría que tener en cuenta las limitaciones de todo estudio realizado mediante encuesta, con posibles sesgos de información dado que aún no se dispone de una metodología común que asegure que las medidas de ingesta de alcohol sean comparables y válidas entre diferentes estudios¹⁸. Pese a ello, los datos son alarmantes, y más si se tiene en cuenta que las estimaciones españolas tanto del consumo per cápita de alcohol como del consumo intensivo muestran deficiencias considerables tras comprobarse que el consumo autodeclarado es, en general, inferior al

consumo real³². Mejoraría el diseño un seguimiento anual de una cohorte dinámica durante los años de la adolescencia y la juventud. Por otra parte, el diseño cualitativo ofrece una adecuada validez interna de los resultados aunque la validez externa está más limitada, a pesar de que los resultados son coincidentes con otros estudios realizados en sociedades occidentales^{15,27,28}. Las opiniones de adolescentes mayores sin consumo de alcohol y de los padres/madres ayudarían a completar la visión holística del problema.

Cualquier consumo de alcohol por debajo de los 18 años de edad puede suponer un daño al crecimiento físico y social, máxime cuando se acompaña de características que permiten definirlo como de riesgo^{14,23}. Es por ello que las investigaciones sobre la ingesta de alcohol en adolescentes y jóvenes han ido incorporando tanto la cantidad como el patrón de consumo, incluyendo las intoxicaciones agudas y el consumo de riesgo^{3,4,20,21}. Este problema de salud pública, planteado tanto al sistema sanitario como a la sociedad en su conjunto, es un reto que debe ser abordado de manera multidisciplinar. Entre las intervenciones para el consumo de alcohol, las campañas de prevención de alcohol en las escuelas se han asociado con una reducción de la frecuencia de consumo, mientras que las intervenciones basadas en la familia tienen un pequeño pero persistente efecto sobre el abuso del alcohol entre los adolescentes³³. El papel del médico de familia se centra, por tanto, en impulsar un trabajo multidisciplinar y comunitario fomentando una mayor supervisión de los lugares donde se bebe, evitando la adopción de los actuales patrones de consumo alcohólico por parte de los grupos de adolescentes de edad más jóvenes y favoreciendo una mayor percepción de riesgo entre los adolescentes más mayores y las mujeres adolescentes.

Lo conocido sobre el tema

1. La prevalencia de consumo de alcohol en la población adolescente española ha disminuido en los últimos años, aunque sigue siendo la principal droga consumida.
2. El patrón preferente de ingesta alcohólica es durante el fin de semana y consumiendo bebidas de alta graduación, con un consumo de riesgo que afecta a la tercera parte de los adolescentes.
3. Las mujeres y los hombres adolescentes presentan un consumo de similares características, con una alta accesibilidad a las bebidas alcohólicas.

Qué aporta este estudio

1. El consumo de riesgo se incrementa en la última década en la población adolescente, siendo más prevalente en las mujeres.
2. Este tipo de consumo está estrechamente relacionado con el consumo masivo durante el fin de semana y con el uso de tabaco y otras drogas ilegales.
3. Las motivaciones principales para este consumo son su relación con el ocio y la normalización social, con una vivencia de falta de riesgo e invulnerabilidad.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado mediante una beca de investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (expediente PI-0206/2007) y la beca Isabel Fernández para tesis doctorales (referencia 76/10) de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Conflictos de intereses

Los autores no tienen conflictos de intereses.

Agradecimientos

A los alumnos participantes y al equipo directivo del Instituto por su ayuda en la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Glosario de términos de alcohol y drogas. Gobierno de España, Madrid 2008 [consultado 5 Oct 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- European Commission EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331; 2010 [consultado 5 Oct 2016]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2014 y 2015. Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social, España 2016 [consultado 7 Oct 2016]. Disponible en: www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/.../pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf
- Pérez-Milena A, Leal FJ, Jiménez I, Mesa MI, Martínez ML, Pérez-Milena R. Evolución del consumo de sustancias tóxicas entre los adolescentes de una zona urbana (1997-2004). *Aten Primaria*. 2007;39:299-304.
- Alderete E, Kaplan CP, Nah G, Pérez-Stable EJ. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy (Argentina). *Salud Pública Mex*. 2008;50:300-7.
- Swendsen J, Burstein M, Case B, Conway KP, Dierker L, He J, et al. Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US Adolescents: Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69:390-8.
- Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Dreyfuss J, Dlamini I, Costello EJ. Predicting persistent alcohol problems: A prospective analysis from the Great Smoky Mountain Study. *Psychol Med*. 2012;42:1925-35.
- Meier MH, Hall W, Caspi A, Belsky DW, Cerdá M, Harrington HL, et al. Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform universal risk assessment. *Psychol Med*. 2015;1:1-13.
- Pérez-Milena A, Redondo-Olmedilla M, Mesa-Gallardo I, Jiménez-Pulido I, Martínez-Fernández ML, Pérez-Milena R. Motivaciones para el consumo de alcohol entre adolescentes de un instituto urbano. *Aten Primaria*. 2010;42:604-11.
- Calafat A, Fernández-Gómez C, Juan M, Becoña E. Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas. *Adicciones*. 2005;17:337-47.
- Rosón B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. *Galicía Clin*. 2008;69:29-44.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Guía de Recomendaciones Clínicas: Alcoholismo. Gobierno del Principado de Asturias, 2012 [consultado 5 Oct 2016]. Disponible en: <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/pcais/alcoholismo.pdf>
- Miles MB, Huberman AM. *Qualitative DATA Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
- Lipari RN, Crane EH, Strashny A, Dean D. A day in the life of American adolescents: Substance use facts update. The CBHSQ Report. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2013. p. 29.
- Kuntsche E, Knibbe R, Engels R, Gmel G. Drinking motives as mediators of the link between alcohol expectancies and alcohol use among adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68:76-85.
- Fortin M, Moulin S, Picard E, Bélanger RE, Demers A. Tridimensionality of alcohol use in Canada: Patterns of drinking, contexts and motivations to drink in the definition of Canadian drinking profiles according to gender. *Can J Public Health*. 2015;106:e59-65.
- Altarriba FX, Bascones A. Libro blanco sobre la relación entre adolescencia y alcohol en España. Fundación Alcohol y Sociedad, Madrid 2006 [consultado 8 Oct 2016]. Disponible en: http://www.alcoholysociedad.org/publicaciones/descargas/libro_blanco2.pdf
- Pascual F, Guardia J. Monografía sobre alcoholismo. Socidrogalcohol, Barcelona 2012. [consultado 10 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/Monografia%20sobre%20alcoholismo,%202012.pdf>
- Galán I, González MJ, Valencia-Martín JL. Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88:529-40.
- Windle M. Drinking over the lifespan: Focus on early adolescents and youth. *Alcohol Res*. 2016;38:95-101.
- Fairlie AM, Maggs JL, Lanza ST. Profiles of college drinkers defined by alcohol behaviors at the week level: Replication across semesters and prospective associations with hazardous drinking and dependence-related symptoms. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77:38-50.
- Gonzales KR, Largo TW, Miller C, Kanny D, Brewer RD. Consumption of alcoholic beverages and liquor consumption by Michigan high school Students, 2011. *Prev Chronic Dis*. 2015;12:E194.
- Swift W, Slade T, Carragher N, Coffey C, Degenhardt L, Hall W, et al. Adolescent predictors of a typology of DSM-5 alcohol use disorder symptoms in young adults derived by latent class analysis using data from an Australian cohort study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77:757-65.
- Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev*. 2014;25:126-56.
- Wahesh E, Lewis TF. Psychosocial correlates of AUDIT-C hazardous drinking risk status: Implications for screening and brief Intervention in college settings. *J Drug Educ*. 2015;45:17-36.
- Hatchette JE, McGrath PJ, Murray M, Finley GA. The role of peer communication in the socialization of adolescents' pain experiences: A qualitative investigation. *BMC Pediatr*. 2008;8:2.
- Carreter J, García O, Ródenas JL, Gómez A, Bermejo Y, Villar I. Estudio cualitativo sobre el consumo de tóxicos en adolescentes. *Aten Primaria*. 2011;43:435-9.
- Ludden AB, Eccles JS. Psychosocial, motivational, and contextual profiles of youth reporting different patterns of substance use during adolescence. *J Res Adolesc*. 2007;17:51-88.
- Murphy E, O'Sullivan I, O'Donovan D, Hope A, Davoren MP. The association between parental attitudes

- and alcohol consumption and adolescent alcohol consumption in Southern Ireland: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2016;16:821.
30. Jernigan D, Noel J, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: A systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*. 2016;26.
 31. Schwinn TM, Schinke SP, Hopkins J, Thom B. Risk and protective factors associated with adolescent girls' substance use: Data from a nationwide Facebook sample. *Subst Abus*. 2016;20:1–7.
 32. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Villalbí JR, Espelt A, Neira M, et al. Estimating average alcohol consumption in the population using multiple sources: The case of Spain. *Popul Health Metr*. 2016;14:21.
 33. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *J Adolesc Health*. 2016;59:S61–75.