



**UNIVERSIDAD DE MURCIA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS
ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA**

**TESIS DOCTORAL
“FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO
DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA REGIÓN DE
MURCIA”**

**MEMORIA QUE PRESENTA PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE DOCTOR, LA LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA**

MIRIAM MOÑINO GARCÍA

Murcia, septiembre de 2012

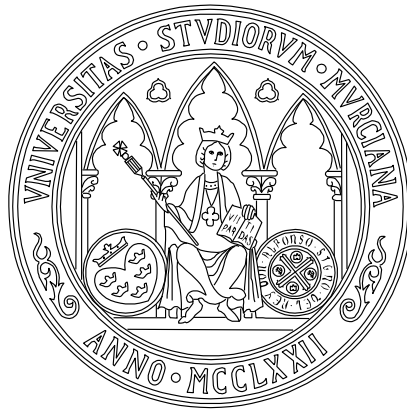
UNIVERSIDAD DE
MURCIA



Programa de Doctorado 2011/2012
Departamento de Ciencias Sociosanitarias
Área de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina

TESIS DOCTORAL

**“Factores sociales relacionados con el consumo de
alcohol en adolescentes de la Región de Murcia”**



Doctoranda: Miriam Moñino García

Director: Prof. D. Alberto M. Torres Cantero

Murcia, 2012

Agradecimientos

A mi director, al Catedrático Alberto M. Torres, por su apoyo y orientación en todo el proceso de la tesis y, por su dedicación, con paciencia, para enseñarme a escribir con más claridad y precisión.

Al Dr. José Juan López y al Dr. Julián Areense, por el asesoramiento estadístico.

A todos los profesores del Máster en Salud Pública que me enseñaron aspectos necesarios para la realización de este trabajo o de otros futuros. Y a todos mis compañeros de la promoción de 2010/11, en especial a Fuensanta Mas Tornel, espero que esté en un lugar mejor que éste, aunque sea en un profundo sueño. Y agradecerte que me hayas recordado, de nuevo, lo que es el dolor, ese que es necesario para acercarme a mi ser y a los que están aquí y, a los que ya no lo están.

A mis compañeros del departamento, por su apoyo y comprensión.

A David, por su enorme paciencia y por su sacrificio en el día a día.

A mis amigas de la infancia, adolescencia y de ahora, por sus palabras de ánimo. Gracias a todas por estar ahí. Y, en especial a María, como una hermana, por ser una amiga que siempre lo demuestra, cuando las palabras son hechos.

A mi familia, tanto que las palabras entre nosotros, carecen de sentido y, porque no tengo duda de que gracias a ellos, he llegado hasta aquí.

“A veces sentimos que lo que hacemos
es tan solo una gota en el mar,
pero el mar sería menos
si le faltara esa gota”.
(Madre Teresa de Calcuta)

Índice General

Índice de tablas	8
Índice de gráficos y figuras	11
Resumen	13
Abstract	15
1 Introducción	18
1.1 Planteamiento del problema y análisis de situación	19
1.1.1 Desde la perspectiva de las ciencias sociales	25
1.1.2 El consumo de alcohol dentro del marco europeo	35
1.1.3 El alcohol entre los adolescentes y su consumo en España	38
1.1.4 El consumo de alcohol en la Región de Murcia	43
1.2 Definición de conceptos	47
1.2.1 Drogas	47
1.2.2 Alcohol	50
1.2.3 Adolescencia	55
1.3 Consecuencias del consumo de alcohol en adolescentes	58
1.4 Marco normativo del alcohol	61
1.5 Marco sociológico del consumo de alcohol	67
1.5.1 Estilo de vida, ocio y tiempo libre en la adolescencia	72
2 Justificación del estudio	76
3 Objetivos e hipótesis	84
4 Material y método	88
4.1 Descripción de la muestra	89
4.2 Instrumentos	91
4.3 Variables de estudio	91
4.4 Análisis de datos	95
5 Capítulo I: Resultados descriptivos del consumo de alcohol en adolescentes	98

5.1 Resultados	99
5.2 Discusión	122
6 Capítulo II: Family Characteristics Associated with Alcohol Consumption in Adolescents	124
6.1 Introduction	126
6.2 Method	128
6.3 Results	130
6.4 Discussion	132
6.5 References	138
7 Capítulo III: Ocio y utilización del tiempo libre y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes	148
7.1 Introducción	149
7.2 Material y método	152
7.3 Resultados	154
7.4 Discusión	157
7.5 Referencias	166
8 Capítulo IV: Violencia intrafamiliar y consumo de alcohol en adolescentes	175
8.1 Introducción	176
8.2 Material y método	179
8.3 Resultados	181
8.4 Discusión	182
8.5 Referencias	184
9 Conclusiones	192
10 Bibliografía	195
11 Anexos	222

Índice de Tablas

Tabla 1: Determinantes sociales de la Salud	27
Tabla 2. Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol y otras sustancias	42
Tabla 3. Edad de inicio en el consumo de sustancias	43
Tabla 4. Factores de riesgo en drogodependencias	78
Tabla 5. Distribución de la muestra por sexos	89
Tabla 6. Distribución de la muestra por curso académico	89
Tabla 7. Distribución de la muestra según la frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica	90
Capítulo I	
Tabla 8. Frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica según sexo	98
Tabla 9. Consumo de alcohol según sexo	99
Tabla 10. Consumo de alcohol según sexo y curso escolar	99
Tabla 11. Frecuencia de consumo de alcohol según sexo y curso escolar	100
Tabla 12. Frecuencia de consumo de alcohol según curso académico	101
Tabla 13. Consumo de alcohol según curso académico	102
Tabla 14. Lugar que ocupa entre sus hermanos y consumo de alcohol	103
Tabla 15. Lugar que ocupa entre los hermanos y consumo de alcohol por curso y sexo	104
Tabla 16. Número de hermanos/as y consumo de alcohol	105
Tabla 17. Número de hermanos/as y consumo de alcohol por curso escolar y sexo	106
Tabla 18. Nivel de estudios de la madre y consumo de alcohol	107
Tabla 19. Nivel de estudios del padre y consumo de alcohol	108
Tabla 20. Nivel de estudios de los padres y consumo de alcohol	108
Tabla 21. Nivel de estudios de los padres y consumo de alcohol	109
Tabla 22. Trabaja sólo el padre frente a ninguno, sólo madre o ambos trabajan y consumo de alcohol	109
Tabla 23. Trabajan ambos padres frente a sólo madre o padre trabaja y consumo de alcohol	110

Tabla 24. Modelo monoparental y consumo de alcohol	111
Tabla 25. Valoración de las relaciones con el padre y consumo de alcohol	111
Tabla 26. Valoración de las relaciones con la madre y consumo de alcohol	112
Tabla 27. Valoración de las relaciones con los hermanos y consumo de alcohol	113
Tabla 28. Horas a la semana de ordenador y consumo de alcohol	114
Tabla 29. Horas a la semana de video-juegos y consumo de alcohol	115
Tabla 30. Horas a la semana de televisión y consumo de alcohol	115
Tabla 31. Horas a la semana de lectura, cine o teatro y consumo de alcohol	116
Tabla 32. Horas a la semana que sale con amigos por la noche y consumo de alcohol	117
Tabla 33. Horas a la semana que realiza deporte y consumo de alcohol	117
Tabla 34. Consumo de tabaco y de alcohol	118
Tabla 35. Frecuencia con la que fuma y consumo de alcohol	119
Tabla 36. Valoración de la relación con el padre y consumo de alcohol	119
Tabla 37. Valoración de la relación con la madre y consumo de alcohol	120
Tabla 38. Valoración de la relación con los hermanos y consumo de alcohol	120
Capítulo II	
Tabla 1. Number, proportion, χ test and bivariate logistic regressions of children that reported having ever consumed alcohol by demographic and family characteristics of children 12 to 16 years of age	144
Tabla 2. Bivariate and multivariate analyses of family factors associated with alcohol consumption in children 12 to 16 years of age	145
Capítulo III	
Tabla 1. Relaciones bivariadas y multivariadas entre consumo de alcohol y curso, ocio, deporte y consumo de tabaco, para ambos sexos	170
Tabla 2. Relaciones multivariadas entre consumo de alcohol y ocio, deporte y curso escolar (horas diarias entre semana y en fin de semana) según sexo	171
Tabla 3. Análisis multivariante para chicos	172
Tabla 4. Análisis multivariante para chicas	173
Capítulo IV	
Tabla 1. Número, porcentaje, χ test y análisis bivalente entre consumo de alcohol y relaciones violentas en la familia de chicos y chicas	186

Tabla 2. Insultos/gritos (padre) y consumo de alcohol	187
Tabla 3. Golpes/amenazas (padre) y consumo de alcohol	187
Tabla 4. Insultos/gritos (madre) y consumo de alcohol	188
Tabla 5. Golpes/amenazas (madre) y consumo de alcohol	188
Tabla 6. Insultos/gritos (hermanos) y consumo de alcohol	189
Tabla 7. Golpes/amenazas (hermanos) y consumo de alcohol	189
Tabla 8. Insultos/gritos (entre adultos) y consumo de alcohol	190
Tabla 9. Golpes/amenazas (hermanos) y consumo de alcohol	190

Índice de Gráficos y Figuras

Gráficos

Gráfico 1. Influencia de los diferentes campos que afectan a la salud (%)	94
Gráfico 2. Distribución de la frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica	94
Gráfico 3 Insultos/gritos entre el padre y el adolescente y consumo de alcohol	186
Gráfico 4 Golpes/amenazas entre el padre y el adolescente y consumo de alcohol	186
Gráfico 5 Insultos/gritos entre la madre y el adolescente y consumo de alcohol	187
Gráfico 6 Golpes/amenazas entre la madre y el adolescente y consumo de alcohol	187
Gráfico 7 Insultos/gritos entre hermanos y el adolescente y consumo de alcohol	188
Gráfico 8 Golpes/amenazas entre hermanos y el adolescente y consumo de alcohol	188
Gráfico 9 Insultos/gritos entre adultos con los que convive	189
Gráfico 10 Golpes/amenazas entre adultos con los que convive	189

Figuras

Figura 1. Determinaciones del proceso salud-enfermedad	29
Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud según la OMS	30

Resumen

Las encuestas más recientes de salud muestran un altísimo índice de consumo de alcohol entre los más jóvenes (81%), en edades comprendidas entre 14 y 18 años, que se acentúa de manera alarmante durante los fines de semana. La atención a esta población para prevenir un consumo de riesgo o intervenir en situaciones en las que el problema ya existe, debe ser una prioridad en salud pública. La naturaleza multicausal del consumo del alcohol en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de riesgo y de protección.

Los objetivos de este estudio son conocer la frecuencia de consumo de alcohol y su distribución entre los escolares de la E.S.O. de la Región de Murcia, analizar la asociación entre consumo de alcohol y la estructura y composición familiar y valoraciones de las relaciones familiares, las actividades de ocio y deporte y el uso de tabaco en los adolescentes de la Región de Murcia.

El estudio se realizó en 2290 alumnos/as de la E.S.O. de la Región de Murcia en el año 2007. Los análisis se han realizado de forma separada para niños y niñas. En ambos sexos valorar desfavorablemente las relaciones con el padre y con los hermanos, ocupar el segundo lugar entre los hermanos, dedicar más horas a los video juegos entre semana, realizar salidas nocturnas con amigos en el fin de semana y fumar tabaco se asociaron con haber consumido alcohol, siendo factor protector el dedicar más horas a la lectura, cine o teatro entre semana. En las niñas fueron además factores de riesgo valorar desfavorablemente las relaciones con la madre y que la madre trabaje fuera de casa,

mientras que dedicar horas de video juegos en fin de semana fue protector. En los niños fue protector también practicar deporte los fines de semana.

Abstract

The most recent health surveys show a high rate of alcohol consumption among young people (81%), between 14 and 18 years old. This consumption is accentuated on the weekends. We must pay attention to this population to prevent hazardous drinking or intervening in situations where the problem really exists and that should be a priority in public health. The multi-causal nature of alcohol consumption in adolescence justifies preventive interventions for the modification of risk and protective factors.

The objectives of this study are to determine the frequency of alcohol consumption and its distribution among schoolchildren of Murcia Region, to analyze the association between alcohol consumption and family structure and composition and assessments of family relationships, leisure activities, sport and smoking in adolescents.

For the study we interviewed 2290 students between 12 and 16 years old in the Murcia Region in 2007. Data analysis was performed using SPSS v. 18.0. Firstly, we explored all variables of the study by contingency analysis. Then, we analyzed the alcohol consumption variable and the variables related to family characteristics, use of leisure time, sports and smoking using logistic regression analysis.

In boys, an increased likelihood of alcohol consumption was associated with reporting bad relationships with father and siblings, with being the second among siblings, hours spent playing with video games during weekdays, going out with friends on the weekends, and smoking. A decreased likelihood of alcohol consumption was

associated with hours spent reading or going to cinema or theater during the week, and hours spent on sport on weekends.

In girls, an increased likelihood of alcohol consumption was associated with having bad relationships with the father, mother and siblings, with being the second among siblings, hours spent playing video games on weekdays, going out with friends on weekend, and smoking. A decreased likelihood of alcohol consumption was associated with hours spent reading, going to cinema or theatre during the week, and hours using video games on weekends.

INTRODUCCIÓN

Introducción

1.1 Planteamiento del problema y análisis de situación

El avance tecnológico de los siglos XVIII y XIX permite el desarrollo de la crianza de los vinos, cervezas y licores prácticamente como los conocemos en la actualidad. La investigación científica del químico francés Louis Pasteur (1822-1895) permitió un mejor conocimiento de los procesos de fermentación y destilación, lo cual posibilitó la industrialización del proceso productivo del alcohol, así como su mejoramiento y abaratamiento. Es en este período, siglo XIX, cuando el uso de las bebidas alcohólicas alcanza gran magnitud entre la población occidental y, se comienza a hablar del alcoholismo como un problema social y sociosanitario de primera magnitud (Santo Domingo, 1990).

Actualmente, el consumo de bebidas alcohólicas es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de las sociedades occidentales. La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituye una prioridad de salud pública (WHO, 2010).

Las bebidas alcohólicas aparecen en nuestra época como un factor más de aculturación (Daumer, 1985; Santo Domingo, 1990). La cultura del siglo XX ha añadido caracteres de universalización al consumo de bebidas alcohólicas y a los problemas derivados. Y no es porque en otras culturas no europeas, el alcohol no haya sido usado de manera habitual a lo largo de la historia, todas las culturas en todos los

momentos de la historia han obtenido soluciones fermentadas con aquellos productos vegetales que tenían más disponibles (Braudel, 1979), sino más bien se trata de una nueva ola de alcoholización universal, promovida en última instancia por intereses comerciales. Esta difusión está favorecida por los movimientos migratorios inherentes al desarrollo económico, por el efecto de largo alcance de los medios de comunicación y de expresión artística contemporánea, y por la eficacia de las estrategias comerciales de los sectores productivos y distributivos. A este respecto, y desde la Antropología contemporánea, se ha denunciado que el alcoholismo es uno de los principales factores de exterminio de las culturas autóctonas, por ejemplo de Oceanía y Norteamérica (Ceinos, 1990; Serrán, 1990).

El “patrón mediterráneo” tradicional limitaba la ingesta de alcohol a moderadas cantidades de vino en las comidas que se realizaban en familia, reservadas a los adultos. Las transformaciones y los cambios económicos, sociales y culturales han hecho quebrar este proceso de acceso progresivo al consumo controlado y socialmente adaptado del alcohol (Comisión Clínica, 2007). El inicio en el consumo de alcohol no sólo se produce hoy en el seno familiar, sino que cada vez más frecuentemente se produce en el grupo de amigos y compañeros, a edades muy tempranas, próximas a los trece años (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). En paralelo, se ha producido un aumento importante de la cerveza a lo que se le denomina “modernización del consumo”, incluso con estilos colectivos de consumo público y grupal. En España la concentración de grupos de jóvenes en ciertos espacios abiertos con el objeto de consumir alcohol se ha convertido en un fenómeno social, denominado “botellón” (Comisión Clínica, 2007; Oteo, 2009). Sin embargo, donde el alcohol está socialmente

aceptado e integrado dentro de la vida familiar, en países del Mediterráneo como Francia, España e Italia (Engels & Knibbe, 2000), los jóvenes muestran niveles más bajos de consumo de alcohol en forma de atracón y de comportamiento antisocial relacionado con el alcohol que sus homólogos del norte, como el Reino Unido y los países escandinavos (Gabhain y François, 2000; Hibell et al. 2004). El informe internacional de la OMS del año 2000, sobre las conductas de salud en los escolares, muestra importantes diferencias entre los países. Así, por ejemplo, en países como Lituania o Finlandia aproximadamente un 10% de los jóvenes de 15 años consumen alcohol semanalmente; en nuestro país, aproximadamente un 25% de los adolescentes de 15 años informa consumir alcohol todas las semanas, mientras que en el Reino Unido y Dinamarca el porcentaje se sitúa entre el 40% y el 50% (WHO, 2000).

En los últimos años, el creciente y perjudicial consumo de alcohol junto con sus consecuencias negativas para la salud ha recibido la atención internacional como un asunto que requiere de acción inmediata. En la 63.^a Asamblea Mundial de la Salud, recordando las resoluciones WHA58.26, sobre los problemas de salud pública causados por el uso nocivo del alcohol, *“la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol y las tendencias de consumo peligroso, en particular entre los jóvenes de muchos estados miembros”* y WHA61.4, sobre las estrategias para reducir el uso nocivo del alcohol, pide a los Estados que elaboren, apliquen y evalúen estrategias y programas eficaces para reducir las consecuencias sanitarias y sociales negativas del consumo nocivo de alcohol (WHO, 2010). Además, en la Región Europea de la OMS, el consumo de alcohol per capita y su respectiva carga de enfermedad es el doble del promedio mundial (Rehm et al. 2003). Desde el

punto de vista de la Salud Pública, el alcohol es responsable de unas 195.000 muertes al año en la UE (Andersen et al. 2006) y en EEUU, unos 5.000 jóvenes menores de 21 años mueren cada año de accidentes relacionados con el alcohol implicando a menores que también beben (Chaloupka et al. 2002). En este contexto, el concepto de uso nocivo del alcohol es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que compromete el desarrollo individual y social, y puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su familia y desgarrar la urdimbre de la comunidad (WHO, 2010).

La OMS ha identificado el abuso de alcohol como uno de los más importantes riesgos para la salud. El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial, tras el consumo de tabaco y la hipertensión arterial (WHO, 2002). El uso nocivo del alcohol es uno de los factores de riesgo que es susceptible de modificación y prevención. El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Se estima que en 2004 murieron en todo el mundo unos 2,5 millones de personas, incluidos 320.000 jóvenes de 15 a 29 años, por causas relacionadas con el alcohol (WHO, 2010).

Durante las tres últimas décadas, como se ha comentado anteriormente, se han observado cambios en los patrones de consumo en los jóvenes, siendo el más significativo el cambio que se ha dado desde el consumo de alcohol de forma más regular y de bebidas de poca graduación, hacia el consumo de alcohol en grandes cantidades, de bebidas de alta graduación y durante el fin de semana (Martín, 2002;

Oteo, 2009). Este patrón de consumo se ha hecho fuerte en España asociado en buena medida al fenómeno del *botellón*; de hecho, en los últimos informes del Plan Nacional sobre Drogas se informa de una disminución del consumo de otras sustancias a un incremento en la práctica del “atración” (“Binge Drinking”) (Plan Nacional sobre Drogas, 2011). Otro cambio observado en los patrones de consumo juvenil es la existencia del policonsumo (consumo de varias sustancias a la misma vez) ligado a las situaciones de ocio y diversión (Martín, 2002; Oteo, 2009; Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Publicidad y marketing sobre el alcohol

La reducción del impacto del marketing, sobre todo entre los jóvenes y adolescentes, es un objetivo importante si se quiere reducir el uso nocivo del alcohol. El nivel de control del marketing del alcohol varía según el tipo de actividad mercantil. Los anuncios de cerveza en televisión están sujetos a restricciones legales en más de la mitad de Europa, con una prohibición total en cinco países. En 14 países, está prohibido anunciar bebidas destiladas por televisión. En cambio, la publicidad en vallas publicitarias y prensa escrita no está tan regulada, careciendo en controles uno de cada tres países (sobre todo en la UE10). Las restricciones más débiles se dan en el patrocinio deportivo, legalmente restringido sólo en once países (Andersen, 2006).

El Centro en EEUU sobre Marketing del Alcohol y Jóvenes revisó en 2003, unas 74 páginas web controladas por Compañías de Alcohol y, encontraron un amplio uso de características catalogadas como atractivas potencialmente para los menores jóvenes

(Center on Alcohol Marketing and Youth, 2004). Los anuncios sobre alcohol son, con frecuencia, más concentrados en los medios dirigidos a los jóvenes que en medios dirigidos a los adultos (Center on Alcohol Marketing and Youth, 2002).

En un estudio realizado por Sánchez y otros autores (2004) atribuyen la importancia de los jóvenes como objetivo de las estrategias publicitarias. Por otra parte, la “juventud” y los valores que se asocian a esta etapa de la vida se han convertido en los últimos tiempos en un valor social de referencia universal (Sánchez Pardo, 2006), lo que explica que la publicidad “a medida” para los jóvenes, extienda su ámbito de acción a otros grupos de población no tan jóvenes que persisten en las referencias juveniles.

Al existir una influencia persuasiva de los medios de comunicación (Rodríguez et al. 2001), la Comisión Europea adoptó en 2005 una propuesta legislativa para la revisión de la Directiva de la Televisión sin fronteras, con el propósito de modernizar lo que afecta a la publicidad de las bebidas alcohólicas (Comisión Clínica, 2007).

1.1.1 Desde la perspectiva de las ciencias sociales

Según Carvalho y Buss (2008), las ideas sobre la salud y enfermedad están relacionadas con diferentes disciplinas del conocimiento, éstas son:

- Biomedicina, basada en el conocimiento científico sobre estructuras biológicas y de funcionamiento del cuerpo humano.
- Epidemiología, anclada en los análisis sobre las causas y la distribución de las enfermedades en la población.
- Ciencias sociales, agrega conceptos derivados de estudios sobre las enfermedades, estilos de vida y las relaciones sociales.
- Y psicología, enfoca la dinámica de los procesos mentales, pensamientos, sentimientos y actos.

El siguiente gráfico (1) aporta las proporciones sobre la influencia de los diferentes campos que afectan a la salud de los individuos (Haskell, 1998). El 51% corresponde al estilo de vida, y los factores que comprende son los hábitos personales y culturales (alcohol, dieta, ejercicio físico, tabaco, entre otros) cuya incorporación a la vida de la persona depende, en gran medida, de la decisión de cada uno. Sin embargo, en los servicios de salud, hospitales y centros de salud, profesionales, conjunto de equipos y tecnologías para la sanidad es donde los gobiernos invierten más recursos financieros, sin que se pueda identificar, la mayor parte de las veces, un retorno en términos de cambios en los niveles de salud de la población como un todo (Lalonde, 1974).

Gráfico 1. Influencia de los diferentes campos que afectan a la salud (%)

Fuente: Haskell, 1998

La salud debe ser entendida en un sentido amplio, no únicamente como la ausencia de enfermedad, la OMS la define como el completo bienestar físico, psíquico y social (1948). En este sentido, la evaluación del impacto en la salud debe entenderse como la evaluación del impacto en el bienestar de las personas y los distintos grupos sociales o colectividades. La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que existen en la sociedad (Peter & Evans, 2001). La investigación epidemiológica y los análisis de McKeown (1976) revelan que gran parte de la reducción de la mortalidad se produjo antes de emplear tratamientos médicos eficaces y, esto es porque las principales fuerzas impulsoras de la reducción de la mortalidad fueron los cambios en el suministro alimentario y en las condiciones de vida. El estudio de las desigualdades sociales en salud ha puesto de relieve que los grupos de población menos favorecidos son los que peor salud presentan y que las diferencias entre estos grupos y los más aventajados tienden a crecer (Rodríguez-Sanz et al. 2006). Breihl y Granda (1989) situaron el proceso salud-enfermedad como el resultado de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta, produciendo en los

diferentes grupos sociales la aparición de riesgos, que se manifiestan en patrones de enfermedad o de salud. Existe una relación entre mortalidad y clase social, el estar enfermo o sano está determinado por la clase social del individuo y las respectivas condiciones de vida, debido a los factores de riesgo a los que ese determinado grupo de la población está expuesto (Artazcoz, 2009). Esta asociación surge del reconocimiento de que el tener una vida saludable no depende únicamente de aspectos genéticos, sino que son influenciados por las relaciones sociales y económicas que generan formas de acceso a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la renta, a la distracción y a un ambiente adecuado, entre otros aspectos fundamentales para la salud y la calidad de vida (Carvalho y Buss, 2008).

El modelo de Promoción de la Salud fue inspirado en la reforma del sistema canadiense, se consolidó a partir de la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá (WHO, 1986). La Carta de Ottawa define la promoción de la salud como “el proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de ese proceso”. Destacando sus roles de defensa de la causa de la salud (abogacía), de capacitación individual y social para la salud y de mediación entre los diversos sectores involucrados.

La Carta de Ottawa propone cinco campos de acción para la promoción de la salud:

1. la elaboración e implementación de políticas públicas saludables;
2. la creación de ambientes favorables a la salud;
3. fortalecer la acción comunitaria para promover y proteger la salud;

4. el desarrollo de habilidades personales para la adopción de estilos de vida saludables;
5. la reorientación del sistema de salud.

Este modelo considera que los estilos de vida de los distintos grupos sociales pueden mejorar si se crean y/o se fomentan las condiciones necesarias para que las personas puedan incrementar el control de los factores que condicionan e influyen en su salud (Lalonde, 1974). Este modelo introduce, por primera vez, la necesidad de la actuación intersectorial y de la participación de la comunidad. Al situar a la comunidad como elemento clave de la acción, esto implica la introducción de estrategias de participación y coordinación entre administraciones públicas y organizaciones sociales y, otros agentes que representan a la sociedad civil organizada, como podrían ser las redes sociales.

En este marco, los determinantes sociales de la salud (Lalonde, 1974) son el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones y, permiten conceptualizar los determinantes que condicionan la salud de las personas.

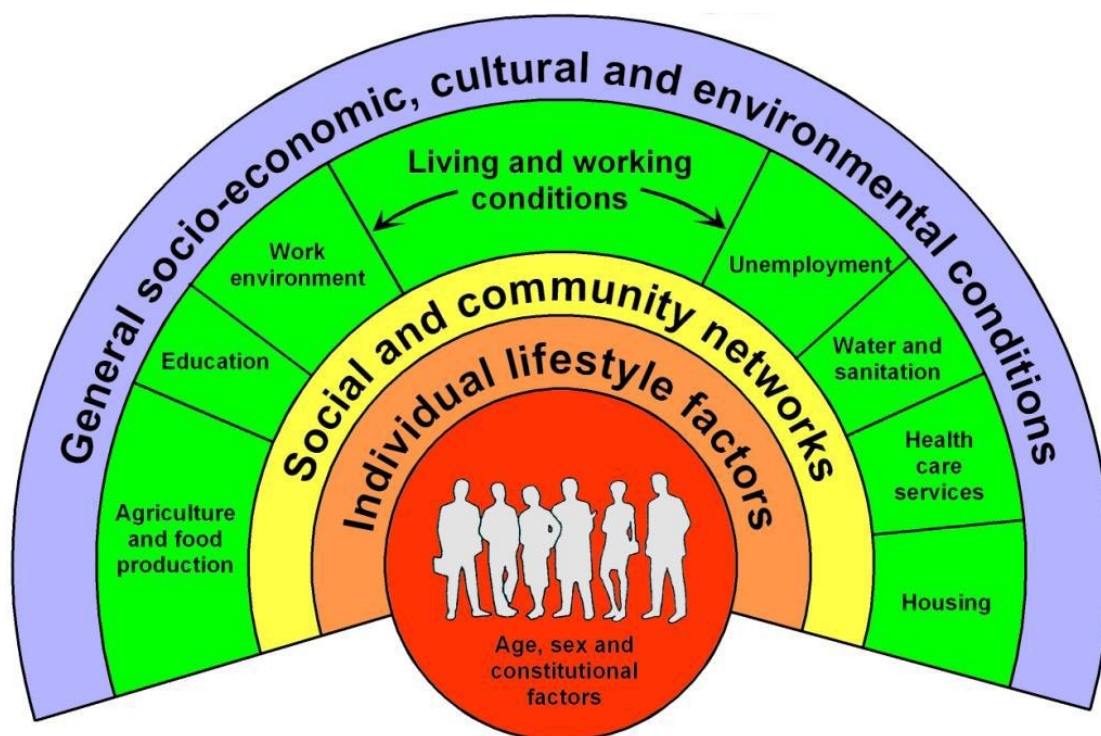
Tabla 1. Determinantes sociales de la Salud (Según Lalonde, 1974)	
Biología humana -Herencia genética -Envejecimiento -Nutrición -Inmunidad	Sistema Sanitario -Accesibilidad y cobertura -Tecnología -Recursos humanos -Formación -Calidad -Costo

	-Privatización
Medio Ambiente -Biológico: bacterias, virus, hongos... -Físico: contaminación acústica, radiaciones, residuos, cambio climático, efecto invernadero... -Químico: metales, plaguicidas... -Sociales: estructura social, desigualdades sociales (clase social, etnicidad, exclusión social, pobreza...), ocupación laboral y sus condiciones, desempleo, violencia, estrés... -Cultural: ideología, valores sociales, modelos culturales o costumbres, religión... -Político: normas y leyes de la sociedad en la que se convive...	Estilos de vida -Alcohol -Tabaco -Drogas ilegales -Dieta -Actividad física -Ocio y tiempo libre -Conducta sexual -Conducción temeraria -Incumplimiento terapéutico -Estrés

La identificación del papel de estos factores en comunidades específicas permitiría diseñar políticas que atiendan a los factores protectores y de riesgo propios.

Para resumir y explicar las determinaciones del proceso salud-enfermedad y, concebir los diversos planos de intervención, utilizamos la siguiente figura de Dahlgren y Whitehead (1991).

Figura 1. Determinaciones del proceso salud-enfermedad



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

Leyenda:

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales

Producción agrícola y de alimentos / Educación / Ambiente de trabajo / Condiciones de vida y de trabajo / Desempleo / Agua y desagüe / Servicios sociales de salud / Vivienda

Redes sociales y comunitarias

Factores del estilo de vida de los individuos

Edad, sexo y factores hereditarios

Las teorías que ligan la salud a los denominados “determinantes sociales de la salud” son hoy en día parte importante del discurso oficial de organismos internacionales como de la Organización Mundial de la Salud. En marzo de 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (Commission on Social Determinants of Health, CSDH), con el objetivo de promover en el ámbito internacional una toma de consciencia sobre la

importancia de los determinantes sociales en la situación sanitaria de individuos y poblaciones, y también sobre la necesidad de combatir las inequidades en salud generadas por ellos.

Una propuesta de intervenciones para la reducción de las desigualdades sociales en salud en España se ha propuesto según este marco conceptual por un grupo de trabajo de la Comisión de Desigualdades en Salud de la OMS (WHO, 2007).

Para ello, las recomendaciones se agrupan en 5 grandes apartados:

Parte 1. La distribución del poder, la riqueza y los recursos.

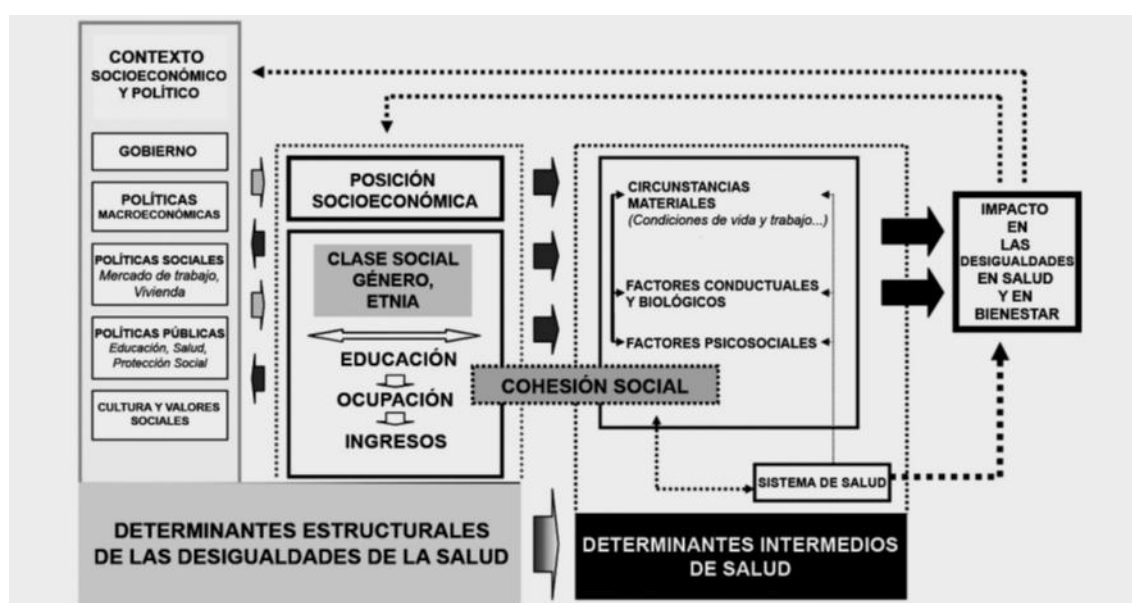
Parte 2. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital.

Parte 3. Entornos favorecedores de la salud.

Parte 4. Servicios sanitarios.

Parte 5. Vigilancia, investigación y docencia.

Figura 2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud según la OMS



Fuente: Comisión sobre Desigualdades en Salud (WHO, 2007)

Así, las modificaciones que una propuesta o intervención tendrían sobre esos factores determinantes de la salud producirían un cambio en los riesgos de enfermar o de permanecer sanos, bien sea en sentido positivo o bien negativo para la salud y el bienestar.

Diversos investigadores y colectivos están elaborando metodologías específicas para estimar qué porcentaje de la enfermedad se puede atribuir a un determinado factor o al efecto combinado de factores diversos (Prüs et al. 2002). Como un ejemplo de esas metodologías se muestra una estimación orientativa de la carga de enfermedad atribuible a distintos factores de riesgo en la Unión Europea por Diderichsen.

Carga total de enfermedad atribuida a varias causas en la Comunidad Europea

Factores de riesgo (% atribuible)

Consumo de tabaco 9,0

Uso de alcohol 8,4

Inactividad física 4,4

Sobrepeso 3,7

Factores ambientales laborales 3,6

Deficiencia de vegetales y fruta en la dieta 3,5

Pobreza 3,1

Desempleo 2,9

Uso de otras drogas 2,4

Contenido de grasa en la comida 1,1

Fuente: Diderichsen (2000)

En España se han publicado algunas investigaciones sobre desigualdades en materia de salud, M^a Ángeles Durán publicó los resultados de una encuesta (Sánchez Moreno et al. 2000) en la que se relacionaron la clase social, el sexo y la edad de los encuestados con la percepción de salud y morbilidad, los resultados fueron que la educación junto con la edad, el nivel socio-económico, y en algunos casos la vivienda, son los factores que más influyen en el acceso diferencial a la salud y en la frecuentación de los servicios sanitarios.

Respecto a las desigualdades sociales en el consumo de alcohol, en España (Rodríguez-Sanz et al. 2006) son los hombres de clase menos favorecidas los que presentan prevalencias de consumo de riesgo, por el contrario en mujeres, son las de clases más favorecidas las que presentan mayores porcentajes de consumidoras de riesgo. En un Informe sobre Desigualdades en Salud a partir de los datos de la Encuesta de Salud (2007) de la comunidad de Madrid (Rodríguez et al. 2010), la distribución por nivel socioeconómico muestra que el consumo de alcohol, en general, es más moderado en los niveles socioeconómicos más altos para ambos sexos, aunque al analizar el consumo de riesgo, éste aparece de menor prevalencia en las mujeres de nivel socioeconómico más bajo y, entre los hombres no se aprecian diferencias significativas.

Las desigualdades en salud entre grupos e individuos, además de sistemáticas, son evitables e injustas, y según Whitehead (2004) son uno de los rasgos más distintivos de la situación de la salud en el mundo. Un estudio comparativo entre los estados de Estados Unidos reveló que los individuos que viven en estados con grandes desigualdades de renta tienen inferior estado de salud que aquéllos con una renta similar pero, que viven en estados más igualitarios (CSDH, 2008). Japón no es el país con mayor expectativa de vida del mundo sólo por el hecho de ser uno de los países más

ricos o porque los japoneses fuman o beben menos o hacen más ejercicio, sino porque es uno de los países más igualitarios del mundo (Carvalho y Buss, 2008). Engels (1985) en la formulación de un nuevo paradigma para el análisis del modo de producción económico, indicaba las transformaciones producidas por el proceso de industrialización en la sociedad inglesa y su impacto en el hecho de enfermar, acentuando las desigualdades entre clases sociales. Estudiando la mortalidad entre chicos menores de cinco años en Manchester, como ciudad industrial, Engels concluyó que más del 57% de los chicos que pertenecían a familias de clase trabajadora morían antes de cumplir los cinco años de edad, mientras que en las clases sociales más favorecidas este porcentaje no llegaba al 20%.

“La historia de la distribución del riesgo muestra que el riesgo, como la riqueza, sigue una pauta clasista, sólo que inversa: mientras la riqueza se acumula arriba, los riesgos lo hacen abajo. En este sentido, los riesgos parecen reforzar, no abolir, la sociedad de clases. La pobreza atrae una elevada y desafortunada cantidad de riesgos. En cambio, la riqueza (en renta, poder o educación) puede comprar seguridad y liberación de riesgos”.

(Beck, 1992)

1.1.2 El consumo de alcohol dentro del marco europeo

Europa ocupa un papel central en el mercado global de alcohol, siendo el origen de una cuarta parte de la producción mundial de alcohol y más de la mitad de la del vino. El comercio se concentra aún más en Europa, estando la Unión Europea involucrada en el 70% de las exportaciones y en casi la mitad de las importaciones de alcohol en el mundo. Europa es la región del mundo donde se consume más alcohol. Casi la mitad de este alcohol es consumido en forma de cerveza (44%), dividiéndose el resto entre vino (34%) y licores (23%) (Rehm et al. 2003). Dentro de la UE15, en los países nórdicos y centrales se consume sobre todo cerveza, mientras que en el sur de Europa se bebe sobre todo, vino (aunque España puede ser una excepción). A pesar de su importante sector productivo y de servicios turísticos, España ocupaba en la década de los 90, el tercer puesto mundial en consumo de alcohol (entre 9-10 litros de etanol por habitante y año) pero, por el año 2003 disminuyó en esta lista, ocupando el sexto lugar en el ranking de consumo mundial de alcohol (Bobes et al. 2003).

El consumo de alcohol se inicia a edades tempranas, entre los 11 y los 13 años (Gabhain y François, 2000) y generalmente, dentro del contexto familiar (Heaven, 1996). La información procedente de diversos estudios revela que a los 11 años más de la mitad de los adolescentes de distintos países ha probado el alcohol (King et al. 1996; Gabhain y François, 2000).

Algunos estudios han encontrado una relación significativa entre el consumo de alcohol en la adolescencia y el nivel socioeconómico. En general, los estudios coinciden

en que las tasas más elevadas de consumo de alcohol en la adolescencia se dan en las clases sociales media y alta (Hendry et al. 1993; Brannen et al. 1994). El tipo de centro escolar también marca diferencias entre los adolescentes respecto al consumo de alcohol en los adolescentes estadounidenses, siendo los alumnos de centros privados los que beben en mayor medida que los alumnos de centros públicos (Brannen et al., 1994). En los Países Bajos no se encontraron diferencias en función del estatus socioeconómico, medido a partir del nivel educativo y profesional del padre y de la madre (Tuinstra et al. 1998). Por otra parte, Settertobulte, Jensen y Hurrelmann (2001), a partir de los datos procedentes del Estudio Internacional sobre Conductas de Salud en Escolares, concluyen que en países con tasas relativamente bajas de consumo de alcohol a los 15 años (Grecia, Austria, República Checa, Alemania y Portugal) no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sociales. En lugares con altas tasas de consumo, como el Reino Unido (excepto en Irlanda del Norte), Dinamarca, Bélgica, Federación Rusa, Francia, Hungría, Lituania, Polonia y Estonia, los adolescentes de familias con un nivel financiero más elevado consumen alcohol más frecuentemente. Por otra parte, en Irlanda del Norte, Eslovaquia, Israel y Estados Unidos, son principalmente los adolescentes de familias con pocos ingresos los que beben más.

El Estudio sobre el Alcohol en Europa (Andersen et al. 2006), patrocinado por la Comisión Europea, ofrece, desde una perspectiva de Salud Pública, una aproximación al problema en el grupo de edad de nuestro estudio:

“Casi todos los estudiantes de 15-16 años (>90%) han bebido alcohol alguna vez en la vida. La edad media de inicio se sitúa en los 12,5 años y la primera embriaguez,

en los 14 años. La cantidad media consumida en una sola ocasión por los adolescentes de 15-16 años supera los 60 g de alcohol y se aproxima a los 40 g en los países del sur de Europa. Uno de cada 8 (13%) adolescentes de 15-16 años se ha embriagado más de 20 veces en su vida”.

“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”.

1.1.3 El alcohol entre los adolescentes y su consumo en España

En España, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre los adolescentes de 14 a 18 años. En 2008 un 81,4% informó haber consumido alcohol alguna vez en la vida, un 73% en los últimos 12 meses y un 59,7% en los últimos 30 días (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Además, el consumo de alcohol es el que tiene una mayor continuidad o fidelización (Comisión Clínica, 2007). El inicio y el mantenimiento del uso de alcohol ha sido identificado como puente para iniciarse en el consumo o abuso de drogas ilegales (Vargas y Trujillo, 2006; Botvin y Griffin, 2007; Plan Nacional sobre Drogas, 2009), se puede decir que es un fuerte predictor del consumo de otras sustancias (Maag et al. 1994). Kandel (1975) consideraba que durante la adolescencia tiene lugar un proceso de progresión en el consumo de sustancias, en el cual la primera etapa es el consumo de vino o cerveza, la segunda el consumo de tabaco o de bebidas alcohólicas de mayor graduación, la tercera es el consumo de marihuana, y la última el consumo de otras drogas ilegales. Otros autores, sin embargo, consideran este proceso como una expansión del repertorio de sustancias que consumen los adolescentes, es decir que empiezan con unas sustancias para después ir ampliando el tipo de drogas que consumen (Mills y Noyes, 1984).

La edad es la variable que más influencia tiene en la extensión del consumo de drogas en los estudiantes (Mendoza et al. 1998; PNSD, 2009). Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 15 años. El porcentaje de consumidores de alcohol va aumentando de los 14 a los 18 años de forma significativa. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses, por

ejemplo, era del 53,1% en alumnos de 14 años, y el 84,2% en los alumnos de 18 años, según la ESTUDES 2008 (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). El género puede influir en algunos comportamientos de riesgo (Comas y Granado, 2002; Ruiz-Risueño Abad, 2012). Estos comportamientos también se relacionan con otras cuestiones de esta etapa como el uso del tiempo de ocio, los valores y creencias y la percepción del riesgo (Comas et al. 2003), las relaciones familiares y con el grupo de pares que se establecen (Conde, 2002) e incluso con los nuevos patrones de consumo que se imitan a través de la publicidad y los medios (Conde y Alonso, 2002). Hace unos años, la experimentación, la frecuencia de consumo y la embriaguez alcanzaban las tasas más altas entre los chicos (King et al., 1996; Mendoza et al., 1994, 1998; Gabhain y François, 2000). Sin embargo, actualmente, las tasas respecto a la frecuencia de consumo de alcohol han disminuido para los chicos en comparación con las chicas. También existen diferencias significativas según las comunidades autónomas. Por ejemplo, frente a un 25,6% de jóvenes de Ceuta que declararon haber consumido alcohol en alguna ocasión, en el País Vasco lo hicieron un 70,8%, mientras que la media en España se sitúa en un 58%. Estas diferencias se deben en gran medida a razones culturales, que señala la importante presencia del alcohol en las costumbres y la vida social (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Estas diferencias culturales no sólo se presentan a nivel mundial o europeo, como se ha argumentado anteriormente, sino que también como podemos comprobar dentro de las regiones del territorio español.

La experimentación con conductas de riesgo para la salud, y en concreto con el consumo de sustancias, para algunos puede considerarse como parte del proceso de crecimiento, desarrollo y socialización de la adolescencia (Brannen et al. 1994; Heaven,

1996). Pero, en estos momentos, su utilización como medio para facilitar la desinhibición en casos de timidez o para mejorar la capacidad de relación social no es tan importante como hace años. Para un amplio sector de los jóvenes, de ahora, parece que se haya convertido el beber en una búsqueda rápida de la embriaguez como fin último (Cadveira, 2012), con lo que se dificultan bastante las relaciones sociales. En la misma línea y en palabras de Gofton (1990): “muchos ven el alcohol como la principal droga para alterar el estado de ánimo, y buscan y esperan emborracharse a lo largo de una sesión de fin de semana”. Muchos jóvenes dicen que beben por “su fuerte efecto” y que ellos elegirían una bebida por “su potencia”, por lo que se ha quebrado el proceso de acceso progresivo al consumo controlado y socialmente adaptado (Bobes et al. 2003).

Respecto a la percepción del riesgo, el consumo de alcohol se percibe entre los menores como una conducta “normal” en prácticamente el 50% de los casos y, lo que resulta más preocupante, el consumo a diario se percibe también como “normal” en el 40%. No debemos olvidar que estamos hablando de menores y que, en este colectivo, cualquier tipo de consumo es considerado un consumo de riesgo (Andersen P. et al., 2006), además de ser ilegal en nuestro país. En relación a los atracones de los adolescentes de 14 a 18 años, de los que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, se produjo un salto entre 2002 y 2008 de un 24% a un 49,6% que se había emborrachado alguna vez en ese período (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). En España se caracteriza el “binge drinking” o atracón con la primera intención de la embriaguez por el consumo excesivo (varias unidades de cerveza, vino o combinados)

en un periodo corto de tiempo, normalmente en los fines de semana (Martín, 2002; Comisión Clínica, 2007; Oteo, 2009; Cadveira, 2012).

Mientras que el debate continúa sobre si cualquier consumo de alcohol puede ser perjudicial para los jóvenes (Engels y Knibbe, 2000), algunos estudios sugieren que las conductas de consumo de alcohol a una temprana edad, además de suponer problemas inmediatos para la salud, también se puede relacionar con los patrones de consumo de adultos y sus respectivas consecuencias para la salud (Casswell et al. 2002; Pitkänen et al. 2005). Además, los menores que beben tienen más riesgo de accidentes de tráfico, problemas en el colegio, peleas y crimen (Chaloupka et al. 2002). La causa de muerte más frecuente entre los 16 y 24 años es el accidente de tráfico con intoxicación alcohólica del conductor y a veces, también, de los acompañantes (Bobes et al. 2003). Existen intoxicaciones agudas graves (hasta estados de coma por alcohol) en menores de 18 años, y en cuantía objetivamente muy superior a la de hace 30 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Por otra parte, anualmente son atendidos en España, unos 34.000 pacientes con problemas de dependencia alcohólica, generando un gasto que se estima en torno a los 4.000 millones de euros (Bobes et al. 2003).

Todo esto constituye, y aunque España haya bajado en las lista de puestos en el ranking mundial de consumo de alcohol, un reto para nuestra sociedad donde se debe incidir en una mayor conciencia social para abordar dicho problema y contribuir a una sociedad menos alienada, con menores riesgos para la salud y con más oportunidades académicas (Marquínez et al. 1983). La OMS planteó a través de su Comité Regional para Europa la necesidad de reducir para el año 2015, los efectos adversos para la salud

que derivan del consumo de alcohol y otras drogas (WHO, 2000). Sin embargo, lejos estamos en España de conseguir el objetivo de reducir el consumo de alcohol en los menores cuando observamos los datos de las últimas encuestas estatales, y comprobamos que la evolución del consumo no ha disminuido significativamente, puesto que la mayoría, un 81% entre 14 a 18 años, ha consumido alcohol (Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Si la concienciación es mayor, también es mayor la respuesta a nivel regional, nacional y mundial (WHO, 2010).

1.1.4 El consumo de alcohol en la Región de Murcia

Como un primer análisis de situación, nos acercamos a la realidad del consumo de alcohol en los adolescentes de la Región de Murcia a través de los datos aportados en 2008 por la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (Plan Nacional sobre Drogas, 2009), dirigida a los estudiantes de 14-18 años que cursan Educación Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional (ciclos formativos de grado medio). Según los datos procedentes de estas encuestas, se observó que el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre la población escolar, un 81% declara haber consumido alcohol alguna vez en la vida, un 73% en los últimos 12 meses y un 60% en los últimos 30 días, como se puede observar en la tabla 2 que se presenta más abajo. Además, el consumo de los jóvenes murcianos fue ligeramente mayor que el consumo obtenido en la Encuesta Nacional que fue de un 81% para el 2008. La prevalencia del consumo de 5 o más vasos, cañas o copas de bebidas alcohólicas en una misma ocasión durante los últimos 30 días, ha experimentado un aumento importante, pasando del 31% en 2006 a un 43% en 2008.

Tabla 2. Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol y otras sustancias

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Prevalencia del consumo: "alguna vez en la vida" %								
Tabaco	60,6	61,4	63,4	61,8	59,8	60,4	49	43,7
Alcohol	84,1	84,2	86	78	76,6	82	77	81,4
Cánnabis	20,9	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	35,1	33,8
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5	2,4	2,9
Cocaína	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9	5,1	5
Prevalencia del consumo: "en los últimos 30 días" %								
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	28,3	31,8
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58,4	59,7
Cánnabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	19,6	18,8
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	0,8	1,4
Cocaína	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2	2,4

Observatorio sobre drogas de la Región de Murcia. Fuente: ESTUDES (OED)

La edad media en la que se consumen por primera vez bebidas alcohólicas se sitúa en los 13,8 años, una décima superior a la edad obtenida en la campaña anterior, como se puede comprobar en la siguiente Tabla (3).

Tabla 3. Edad de inicio en el consumo de sustancias en la Región de Murcia y en España 2008

	Alguna vez		
	Murcia		Total nacional
	2006	2008	
Tabaco	13,0	13,1	13,3
Alcohol	13,7	13,8	13,7
Tranquilizantes sin receta	14,3	13,9	14,3
Cannabis	14,5	14,7	14,6
Cocaína	15,0	14,4	15,3
Heroína	14,1	14,5	14,3
Speed o anfetaminas	15,5	14,8	15,4
Alucinógenos	15,2	15,2	15,4
Sustancias volátiles	14,3	13,3	13,8
Éxtasis	15,3	14,9	15,2

Elaboración propia. Fuente: ESTUDES (PNSD, 2009)

El consumo de todas las bebidas alcohólicas se produce fundamentalmente durante el fin de semana, en forma de combinados o “cubatas”. Los lugares más frecuentes donde los jóvenes compran las bebidas alcohólicas son los bares o pubs, discotecas o supermercados, y éstas se consumen principalmente en pubs o bares, calles, plazas y discotecas.

Respecto a un consumo excesivo de alcohol, el 54% de los jóvenes murcianos declara haberse emborrachado alguna vez, el 45% en los últimos 12 meses y el 27,9% en los últimos 30 días.

Si se toma el indicador de continuidad en el consumo como referencia, se presentó el alcohol como la sustancia con mayor continuidad (96,9%) por la proporción de estudiantes que habiendo consumido alguna vez, han seguido haciéndolo en los posteriores 12 meses. Por otro lado, dentro de las sustancias que los adolescentes asocian con los menores problemas para la salud son el alcohol y el tabaco, entre otros. Se ha producido un descenso en la percepción del riesgo, para todas las sustancias analizadas, por esta encuesta desde la última campaña en 2006. Por último, el alcohol y el tabaco son las drogas que se perciben como las más accesibles, con gran diferencia sobre las demás.

Para terminar este resumen, un último dato, los chicos salen para divertirse por la noche más frecuentemente que las chicas, el 53,6% de los chicos habían salido más de una noche a la semana frente al 48,3% de las chicas.

1.2 Definición de conceptos

1.2.1 Drogas

Según la Ley sobre Drogas de 1997, se consideran **drogas** aquellas sustancias que, administradas al organismo, son capaces de generar dependencia, provocar cambios en el comportamiento y efectos nocivos para la salud y el bienestar de las personas.

Tienen tal consideración:

- a) Los estupefacientes y psicotropos, entendiéndose por tales las sustancias o preparados sometidos a fiscalización o control en virtud de las normas nacionales y convenios internacionales suscritos por el Estado español.
- b) Aquellas otras sustancias naturales o de síntesis que no estando sometidas a fiscalización o control sean capaces de generar los efectos descritos.
- c) Las bebidas alcohólicas.
- d) El tabaco.
- e) Aquellas otras, como inhalantes, colas y sustancias de uso industrial y vario, capaces de producir los efectos y consecuencias antes descritos.

Clasificación de las drogas:

- Desde un punto de vista *farmacológico*: Laporte divide las drogas en tres grupos según sus efectos sobre el sistema nervioso central: **depresoras** del sistema nervioso central (opio y derivados, hipnóticos, sedantes, tranquilizantes y alcohol), **estimulantes** de las funciones nerviosas (cocaína, anfetaminas, tabaco) y **psicodélicas** (cánnabis y LSD).

- Una clasificación *más operativa* es la propuesta por Nahas, éste considera ocho factores de clasificación de las drogas: acción sobre el humor y recompensa, neuropsicotoxicidad, acción de refuerzo positivo, tolerancia, síndrome de abstinencia, patología mental, anomalías somáticas y letalidad de la sobredosis. Las agrupa en seis tipos: opiáceos, psicoestimulantes mayores, cánnabis, alucinógenos, solventes y psicoestimulantes menores.
- Desde un punto de vista *sociológico*, Freixa clasifica las drogas en institucionalizadas o **legales** (alcohol, café y tabaco), y no institucionalizadas o **ilegales** (cánnabis, opiáceos, cocaína y fármacos usados fuera del ámbito sanitario).
- Una de las clasificaciones clásicas es la que ordena a las drogas según su peligrosidad, atendiendo a algunos criterios (WHO, 1994). De este modo, las drogas más peligrosas son las que crean la adicción con mayor rapidez, crean dependencia física y poseen mayor toxicidad. Por otro lado, las drogas consideradas menos peligrosas son aquellas que generan adicción con menor rapidez, crean sólo dependencia psíquica y son las que menor toxicidad presentan. Según los factores anteriores, se confecciona la siguiente clasificación (Macià, 1995; Becoña, 2002):
 - *Grupo 1 (Opio y derivados: morfina, heroína, metadona, etc.).*
 - *Grupo 2 (barbitúricos y alcohol).*
 - *Grupo 3 (cocaína, anfetaminas y derivados).*
 - *Grupo 4 (LSD, cannabis y derivados, mescalina, etc.).*

Las drogas pertenecientes al primer grupo serían las más peligrosas y las del último, las que menor peligrosidad presentan. Según esta clasificación, el alcohol que pertenece al 2º grupo, es clasificado como una droga más peligrosa que la cocaína y menos peligrosa únicamente que los opiáceos.

1.2.2 Alcohol

Se utiliza la palabra “alcohol” cuando nos referimos al alcohol etílico o etanol ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{-OH}$); líquido claro, incoloro, volátil, inflamable, de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter. El alcohol no es transformado por los jugos digestivos del estómago o del intestino, como los alimentos, sino que pasa directa y muy rápidamente, sobre todo en ayunas, a la sangre, desde donde se difunde a los diferentes tejidos del organismo. De todos los órganos y tejidos es únicamente en el hígado donde el alcohol es quemado, es decir, metabolizado. El alcohol se transforma normalmente en el hígado gracias a un enzima llamado alcoholdehidrogenasa (Freixa, 1976). En lo relacionado con su valor nutritivo, 1 gramo de alcohol aporta al organismo 7,1 Kcal.; este aporte energético no se acompaña de un aporte nutritivo como minerales, proteínas o vitaminas (Álvarez et al. 2001). Mientras el alcohol es transformado se liberan unas siete calorías por gramo, pero si bien es cierto que el alcohol podría cubrir un máximo de 400 a 600 calorías de las 1600 que necesitamos diariamente, el organismo tendría que destruir sus propias reservas de glucosa (Freixa, 1993).

Cálculo del consumo de alcohol

Existe una forma rápida de calcular el consumo de alcohol a través de la Unidad de Bebida Estándar (UBE). Las UBEs representan un sistema ideado para medir de forma estandarizada el consumo diario de alcohol de una persona (Griffith et al. 2003). Su fórmula es la siguiente, los gramos de alcohol de la ingesta etílica se calculan multiplicando los mililitros de bebida por su graduación alcohólica y por 0.8, y dividiéndolo por 100.

Una UBE en España y Estados Unidos equivale a 10 gramos de alcohol puro. El valor en UBE en una bebida varía en función de la cantidad de alcohol presentes en las distintas variedades (vinos, cervezas...). Por ejemplo, un vaso de vino de mesa (100 ml) representa una UBE y una caña de cerveza (250 ml) representaría una UBE (Echeburúa, 2001). A continuación se presenta una tabla de equivalencia que resume el cálculo del número de UBEs consumidas.

Tipología del consumo de alcohol

Consumo de riesgo

El bebedor de riesgo implica una ingesta de alcohol diaria en varones superior a 40 gr de etanol (5 UBEs, aproximadamente) y en mujeres superior a 20 gr (3 UBEs, aproximadamente), si se calcula a la semana sería 28 UBEs para los varones y 17 UBEs semanales para las mujeres. La OMS también indica que consumos esporádicos de cantidades superiores a 60 gr de alcohol implican un consumo de riesgo (WHO, 2002). Aunque el grado de riesgo no estará sólo relacionado con el nivel de consumo de alcohol, sino también con otros factores personales o ambientales relacionados con la historia familiar, ocupación laboral, estilo de vida, entre otros (Comisión Clínica, 2007).

Atracón o *Binge Drinking*

Para Courtney y Polich (2009), binge drinking o un consumo intensivo de alcohol es un patrón caracterizado por ingerir grandes cantidades de alcohol en una única sesión, habitualmente en los días de fin de semana y, la cantidad ingerida, velocidad de

consumo, intermitencia y reiteración son algunas de las características clave para describir este patrón.

Para otros autores españoles, es la conducta de aquella persona que consume gran cantidad de alcohol en poco tiempo, (4 combinados, o cuatro cañas de cerveza más dos combinados, por ejemplo) en una sola ocasión o en un periodo corto de tiempo (horas), al menos una vez al mes, es de alto riesgo y es la que siguen actualmente una parte de los jóvenes en España y en otros países de nuestro entorno (Comisión Clínica, 2007). No obstante, cualquier consumo de alcohol en menores se considera un consumo de riesgo (Adensen et al. 2006).

Intoxicación alcohólica

Es el trastorno mental orgánico más común, síndrome reversible debido a que una determinada ingesta de alcohol altera el normal funcionamiento del Sistema Nervioso Central produciendo cambios en la percepción, el pensamiento y la conducta (WHO, 1992).

Consumo perjudicial

Se considera consumo perjudicial, el realizado por una persona que, independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia del mismo (Rubio et al. 2000).

Síndrome de dependencia alcohólica

Para la CIE-10 (Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades), implica un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol adquiere la máxima prioridad para el individuo. La manifestación característica de este síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces, insuperable) de consumir alcohol (WHO, 1992). En comparación con otras drogas el alcohol tarda en desarrollar un cuadro de dependencia, y por ello los problemas aparecen en torno a los 40-45 años. Sin embargo, cambios en las pautas de consumo (por ejemplo, el paso de bebidas fermentadas a bebidas destiladas) están provocando un adelantamiento en la aparición de cuadros de dependencia, los cuales empiezan a detectarse en torno a los 30-35 años (Echeburúa, 2001).

Adicción

Significa que una persona necesita de una droga para desempeñarse normalmente. Suspender abruptamente la droga lleva a que se presenten síntomas de abstinencia. La adicción a las drogas (drogadicción) es el uso compulsivo de una sustancia a pesar de sus efectos negativos o peligrosos. Una persona puede tener una dependencia física de una sustancia sin tener una adicción. Por ejemplo, algunos medicamentos para la presión arterial no causan adicción, pero pueden provocar dependencia física. Otras drogas, como la cocaína, causan adicción sin llevar a la dependencia física. La tolerancia a una droga (necesitar una dosis mayor para alcanzar el mismo efecto) por lo regular es parte de la adicción. Desde una perspectiva neuropsicológica, se considera que la adicción es resultado de un conjunto de alteraciones cerebrales que afectan a

múltiples sistemas neurobiológicos y que resultan en disfunciones en procesos motivacionales, emocionales, cognitivos y conductuales (Verdejo y Tirapu, 2011).

El continuum del alcohol

Las categorías presentadas anteriormente forman parte de un continuo por el que se desplazan los consumidores de alcohol, con o sin tratamiento, en función de variables ambientales, personales, legislativas o terapéuticas (Staines et al. 2003). Se trata de un problema muy elástico al medio ambiente en el que se produce.

1.2.3 Adolescencia

La adolescencia se considera como un proceso de transición entre la infancia y la vida adulta, entre la dependencia o tutela familiar y la incorporación a la sociedad con plenos derechos (Antona et al. 2003). Esta transición implica cambios físicos, cognitivos y sociales que la convierten en un periodo crítico para el desarrollo del individuo (Jonson et al. 1999). El inicio de este periodo quedaría claramente delimitado por la pubertad, no ocurre lo mismo con el fin de la adolescencia, ya que este momento suele estar determinado por factores sociales como la independencia económica, la incorporación al mundo laboral, la independencia de la familia de origen y/o el matrimonio (Elliot y Feldman, 1990).

Aunque la pubertad comienza con cambios en el crecimiento y en el desarrollo corporal, es el significado psicológico y social lo que determina la experiencia adolescente (Silber et al. 1992), y este proceso puede subdividirse en tres subetapas: temprana, media y tardía (Elliot y Feldman, 1990). La adolescencia temprana abarca de los 10 a los 14 años aproximadamente y es cuando se producen los principales cambios físicos y sociales que tienen lugar con la llegada de la pubertad, se inicia la maduración y aparece un interés creciente por los miembros del otro sexo. De los 15 a los 17 años es el periodo que corresponde a la adolescencia media y se caracteriza por el incremento progresivo de la independencia. Algunas personas se incorporan al mercado laboral al final de esta etapa y pasan a desempeñar roles adultos. Por la adolescencia tardía pasarían sólo aquellos individuos que, debido al largo periodo de formación educativa o a otros factores sociales, todavía no asumen los roles adultos (Elliot y Feldman, 1990). Según Brañas (1997), la adolescencia tardía va de los 18 a los 21 años y tiene sus

características específicas como las etapas anteriores. Y algunas de estas son, la formación de relaciones más estables, como una pareja; menos influencia del grupo de amigos; reaceptación de los consejos paternos.

Sin embargo, desde un punto de vista sociológico, según Bourdieu (2000; Martín, 2005), la adolescencia es un constructo social, las clasificaciones por edad vienen a ser siempre una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada quien debe mantenerse, donde cada quien debe ocupar su lugar (1990). Por tanto, es difícil establecer una definición de adolescencia. Según Bourdieu, “la edad es un dato biológico socialmente manipulado y manipulable y que el hecho de hablar de los jóvenes como de una unidad social, como de un grupo constituido, dotado de intereses comunes, y de referir estos intereses a una edad definida biológicamente, ya constituye una manipulación evidente” y continúa: “es por un formidable abuso de lenguaje que se pueden subsumir bajo el mismo concepto universos sociales que no tienen prácticamente nada en común” (2000). Por tanto, señalar que estas edades son orientativas, dado que existen diferencias biológicas, individuales y sociales en esta etapa de desarrollo. La adolescencia es una realidad que forma parte de un sistema social determinado, por tanto no es un concepto autónomo (Madrid y Antona, 2000). Según Antona y otros autores (2003), el proceso de la adolescencia se analiza habitualmente diferenciando tres niveles interrelacionados:

- Biológico: la pubertad.
- Psicológico: fases y tareas de la adolescencia.
- Social: emancipación, valores sociales.

1.3 Consecuencias del consumo de alcohol en adolescentes

Aunque hace unos años, se afirmara que había una mayor resistencia de los jóvenes a los efectos del alcohol, un buen número de estudios con modelos animales y diferentes estrategias experimentales han demostrado que el cerebro adolescente es más vulnerable que el cerebro de los adultos a los efectos del alcohol (Crews & Hodge, 2007). De esas investigaciones surge un cierto consenso al interpretar que aquellas regiones que tardan más en madurar o que mantienen una mayor plasticidad son diana especial. Con respecto a lo estructural, se ha informado entre otras anomalías de reducciones significativas en el volumen del hipocampo (Yang et al. 2010) o córtex prefrontal (De Bellis et al. 1993) y de alteraciones relacionadas con la mielinización (De Bellis et al. 2008; McQueeney et al. 2009). A largo plazo, el consumo continuado de alcohol, incluyendo frecuentes atracones, está asociado a enfermedades del hígado, cardiovasculares y cáncer (Hughes et al. 2004; Room et al. 2005; Bellis et al. 2005). Además, contribuye a las relaciones sexuales sin protección o sexo no planificado, problemas legales (Espada et al. 2003), al consumo de otras drogas y, a problemas con el rendimiento académico, incluido el absentismo escolar (Traeen, 1996; Best et al. 2006).

Resumen. Patología orgánica desencadenada por alcohol en niños y adolescentes

TRASTORNOS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> - Daño cerebral: Alteraciones de comportamiento, aprendizaje y memoria. - Inhibición de la plasticidad neuronal.
TRASTORNOS DIGESTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Gastritis alcohólica: Tras ingesta aguda y crónica de alcohol. - Síndrome de Mallory-Weiss o desgarro de la mucosa esofágica.
TRASTORNOS HEPÁTICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones del funcionamiento hepático: aumento de GPT y GGT. - Hepatitis alcohólica aguda.
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	<ul style="list-style-type: none"> - Arritmias cardíacas: Fibrilación auricular, fibrilación ventricular y muerte súbita. - Miocardiopatía dilatada por consumo crónico.
TRASTORNOS CEREBROVASCULARES	<ul style="list-style-type: none"> - Infartos cerebrales. - Hemorragias cerebrales tras ingesta aguda.
TRASTORNOS ENDOCRINOS	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la hormona del crecimiento (GH). - Descenso de Testosterona en varones. - Aumento de Testosterona en mujeres.
METABOLISMO ÓSEO	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones de la densidad ósea.

Fuente: Comisión Clínica. DGPNDS (2007)

1.4 Marco Normativo del alcohol

“El problema de las drogas es un fenómeno muy complejo, multifactorial, con implicaciones económicas, sociales, culturales y personales muy profundas. Los efectos negativos sobre la salud, el bienestar personal y familiar y sobre la convivencia pueden ser muy importantes, pero sin duda se pueden, y se deben afrontar con el esfuerzo de todos.” (Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Ley sobre Drogas para la Prevención, Asistencia e Integración Social

La Ley 6/1997 sobre Drogas de nuestra Comunidad Autónoma se fundamenta en la lucha contra todo tipo de drogas, incluso contra aquellas que tienen un más generalizado establecimiento en la sociedad como son el alcohol y el tabaco y para ello, se establece el objeto, prevención, asistencia e integración social, y el ámbito de aplicación, todo el territorio de la Región de Murcia, en su título preliminar.

“El consumo de drogas constituye un fenómeno global, por lo que como tal ha de ser considerado, abordado y tratado. La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia declara su preocupación por este problema social y sus consecuencias para la vida ciudadana, así como su firme voluntad política de luchar, desde todos los campos posibles, en la prevención, rehabilitación e integración del toxicómano que, con la consideración de enfermo, debe disfrutar de todos los mecanismos a nuestro alcance para su normalización en la sociedad” (Ley 6/1997 sobre Drogas).

Plan Regional sobre Drogas 2007-2010

El Plan Regional sobre Drogas 2007-2010 se estructuró en **cuatro áreas de intervención**, el área de Prevención, el de Asistencia a Drogodependientes, el área de Inserción Socio-laboral y el área de Cohesión y Coordinación Institucional y en **seis ámbitos de actuación**, el Comunitario, el Escolar, el Familiar, el Sanitario, el Laboral y el Penitenciario y de Justicia Juvenil. El objetivo general del Ámbito Comunitario es “promover que la adopción de estilos de vida saludables en relación con el consumo de drogas, constituya la opción más fácil de elegir por la comunidad” y en el ámbito escolar, que relacionamos con nuestro objeto de estudio, se contemplan una serie de objetivos en materia de prevención de las drogodependencias tanto en la educación secundaria, como en la primaria y en la universitaria en este sentido.

Para este trabajo se va a abordar, a modo de resumen y relacionado con nuestro estudio, el Ámbito Comunitario, el Escolar, el Familiar y el Penitenciario y de Justicia Juvenil del Plan Regional sobre Drogas 2007-2010 (Libro Blanco del Plan Regional, 2008).

Ámbito Comunitario

Se trata del ámbito de intervención local dónde tiene lugar la participación social, cuyos principales actores para la prevención de las drogodependencias son las administraciones locales, las entidades sin ánimo de lucro y otros colectivos organizados, cuya finalidad es lograr la movilización, implicación y participación activa

de la propia comunidad en la definición de sus necesidades y la búsqueda de las soluciones a los problemas que la afectan.

El objetivo general es promover que la adopción de estilos de vida saludables en relación con el consumo de drogas, constituya la opción más fácil de elegir por la comunidad. Y entre **los objetivos específicos**, informar a la población sobre los riesgos del abuso de bebidas alcohólicas y del consumo de tabaco y otras drogas. Facilitar la inclusión, en los recursos comunitarios de las entidades locales y ONG, de actuaciones encaminadas a la prevención de los riesgos asociados al consumo precoz de drogas en población infantil y adolescente. Potenciar programas universales y selectivos de ocio y tiempo libre para menores y jóvenes para facilitar la prevención de las drogodependencias

Ámbito Escolar

Abarca las actuaciones que implican a las comunidades educativas de Educación Infantil, Primaria, Secundaria, Formación reglada no obligatoria (Ciclos Formativos, Iniciación Profesional, Escuelas-taller), Educación de Adultos y Estudios Universitarios. Entendiendo que forman parte de la comunidad educativa todos los actores que participan en la vida cotidiana de los centros escolares y formativos, como son los alumnos, el personal docente y no docente y, las familias.

El objetivo general es impulsar en los centros docentes el desarrollo de los contenidos de educación para la salud relacionados con la prevención de las drogodependencias que permitan lograr que la mayoría de los estudiantes hayan

recibido, al finalizar cada etapa, información objetiva y formación adecuada sobre las consecuencias del uso de las drogas y la adquisición de destrezas, competencias y habilidades suficientes para abordar eficazmente la relación con las mismas. Y entre **los objetivos específicos**, favorecer el desarrollo de la prevención de las drogodependencias en los centros docentes no universitarios. Sensibilizar a los alumnos universitarios de los riesgos y consecuencias del abuso de bebidas alcohólicas y del consumo de otras drogas. Promover la investigación y divulgación de estudios sobre el fenómeno de las drogodependencias en la población escolar y universitaria de la C. A. de la Región de Murcia.

Ámbito Familiar

Se define la familia como la institución social básica de convivencia que constituye el primer eje de organización social que desarrolla el cuidado, crecimiento y maduración de sus miembros y su proyección en la sociedad a la que pertenecen.

El objetivo general es potenciar el desarrollo de programas preventivos dirigidos a las familias de carácter universal, selectivo e indicado, para la prevención de drogodependencias de sus hijos. Y entre **los objetivos específicos**, encontramos el sensibilizar a los padres de la importancia que tienen como agentes de prevención de drogodependencias de sus hijos, a través de su función educadora dentro de los ámbitos familiar, escolar y comunitario. Desarrollar líneas de investigación relevantes para hacer efectiva la prevención de drogodependencias en el ámbito familiar.

Ámbito Penitenciario y de Justicia Juvenil

Este ámbito comprende cualquier medio privativo de libertad total o parcial cerrado o con seguimiento social y/o educativo. Uno de los grupos que abarca es el de los adolescentes y jóvenes juzgados al amparo de la Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

El objetivo general es potenciar la prevención de las drogodependencias en el medio penitenciario y de justicia juvenil, incorporando estrategias preventivas y de educación para la salud. Y entre los **objetivos específicos**, están el de promover acciones tendentes a que personas que nunca han consumido drogas y entran en este ámbito, se mantengan abstinentes. Minimizar las conductas de riesgo y reducir los daños asociados, en aquellas personas que se encuentran en este medio, iniciadas en el consumo de drogas.

1.5 Marco sociológico del consumo de alcohol

El uso de bebidas alcohólicas (del árabe *al-kuhl* = el colirio) va estrechamente ligado a los aconteceres sociales de nuestra civilización desde tiempos inmemorables. El devenir histórico ha convertido al alcohol en una sustancia ampliamente utilizada y con una enorme aceptación social, presente en casi todos los rituales sociales vinculados a la cultura occidental (Blum, 1973).

Este marco pretende aportar algunos elementos teóricos que contribuyan a profundizar en la concepción del consumo y/o abuso de alcohol en los jóvenes como un problema social, en la que interactúan una serie de factores para el desarrollo comunitario.

La riqueza de una nación ya no se identifica exclusivamente con sus dotaciones económicas y sus recursos naturales, sino que también integra otras dos formas de capital, el humano y el social. De hecho, una comunidad rica sería aquella que de manera equilibrada, incrementa sus cuotas en estos cuatro recursos. La formación de ambos capitales depende de un conjunto amplio de factores interrelacionados, entre los que destacamos la importancia del sistema educativo y de la salud poblacional. Por otro lado, los países con grandes desigualdades de renta, escasos niveles de cohesión social y baja participación política son los que menos invierten en capital humano y en redes de apoyo social fundamentales para la promoción y protección de la salud individual y colectiva (Carvalho y Buss, 2008).

Las condiciones y los comportamientos de riesgo para la salud comprometen su desarrollo y, el consumo de bebidas alcohólicas nos brinda un marco idóneo. En este sentido, la apuesta por estrategias de prevención y promoción de la salud supone un difícil ejercicio de coordinación entre los distintos poderes públicos, que implica la planificación de políticas de desarrollo a largo plazo (Gil-Lacruz, 2006).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo (2001) define el capital humano como el conocimiento y el estado de salud del individuo, mientras que el concepto de capital social incorpora las normas y redes que facilitan la cooperación entre y dentro de los grupos. Ambos capitales interactúan con los acuerdos políticos, institucionales y legales para incidir en el bienestar. Para Gradstein y Justman (2000), estas características asociadas al capital humano son especialmente importantes en la sociedad de la información, ya que su funcionamiento depende del conocimiento y del aprendizaje (Torre y Garmendia, 1997). Las personas integradas en una comunidad con elevado capital social tienden a encontrarse mejor y adherirse a estilos de vida saludables, ya que también comparten la sensación de autoeficacia y control (Campbell, 2000). La autonomía responsable, el compromiso e iniciativa, la capacidad de adaptación y la implicación del trabajo, son las nuevas demandas laborales que suponen para el trabajador una gran exigencia formativa (Sarries, 1997).

El consumo de alcohol entre los jóvenes españoles, en términos de desarrollo social, de nuestro futuro capital humano porque no sólo merma la capacidad productiva de la sociedad presente, sino que también condiciona la futura. Los adolescentes que abusan de las bebidas alcohólicas son más propensos a padecer problemas de salud

(Room et al. 2005; Bellis et al. 2005; Gil-Lacruz, 2006) y a repetir el curso académico (Gil-Lacruz, 2006; Best et al. 2006). Gold (1982) destaca la importancia del rol escolar en la adolescencia y sugiere que los jóvenes se dirigen hacia comportamientos desviados, como el abuso de alcohol, en respuesta al fracaso escolar. Para desarrollar los programas para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes se debe tener presente su interrelación con otros comportamientos de riesgo para la salud y el contexto psicosocial (Carrasco, 2004).

Según Thorlindsson, los adolescentes que se unen cercanamente a grupos de pares pueden generar grandes niveles de capital social que permite a estos miembros lograr las metas deseadas por estos adolescentes como divertirse o consumir alcohol y/o drogas, de manera contraria, sin contribuir a las metas deseadas por los padres como estudiar más o conseguir buenas notas. Las actividades no estructuradas de los adolescentes tienden a interrumpir las redes sociales convencionales, minan las instituciones sociales y se dirigen a varios resultados negativos (Thorlindsson et al. 2007). En contraste, la conceptualización del sociólogo Bourdieu (1979) sobre el capital social sugiere que el adolescente que se implica en actividades culturales e intelectuales debería dirigirse a resultados académicos positivos en la corriente principal de la sociedad. Éste argumenta que el sistema escolar es una parte integral de un sistema cultural que valora y promueve el conocimiento cultural de clase alta y las habilidades cognitivas. Tales ventajas culturales son trasladadas dentro de la inteligencia individual y de las habilidades individuales por el sistema escolar. Los estudiantes que con frecuencia participan en tales actividades culturales como apuntarse a clases de arte o tocar algún instrumento de música clásica, entre otras, son recompensados

individualmente con mejores calificaciones en un sistema escolar que coloca el énfasis en tal conocimiento cultural (Vidarsdottir, 1996). Igualmente, la participación en un deporte organizado ha sido asociado consistentemente con mejores resultados académicos (Bjarnason, 2000) y con una menor implicación en algunas actividades delictivas (Thorlindsson and Vilhjalmson, 1991).

La salud se entiende como una respuesta adaptativa en la que se reflejan los recursos biológicos, psicológicos y sociales del individuo y de su grupo y las exigencias del propio ecosistema (Dooley y Catalano, 2000). De aquí que actualmente, se le está dando al capital social un interés creciente como indicador de la formación del capital humano (Durkin, 2000; Lee y Croninger, 2001).

Las consecuencias de las medidas gubernamentales sobre el bienestar se observan a largo plazo. De ahí que la infancia y la adolescencia sean los periodos privilegiados para su potenciación (Gil-Lacruz, 2006). La manera de vivir de los jóvenes refleja en cierto modo, los estilos de vida propios de los adultos y los problemas de salud que afrontaremos en el futuro (Cantón y Sánchez, 1998). La vigilancia es esencial, ya que un subconjunto de los jóvenes que experimentan con sustancias tales como alcohol, tabaco o marihuana más tarde se convertirán en usuarios regulares, y finalmente progresarán al uso regular de otras sustancias más graves (Botvin GJ y Griffin KW, 2007). Por este motivo, conviene analizar cuidadosamente las consecuencias sociales de los comportamientos de riesgo en la adolescencia; las causas y efectos de los estilos de vida y de los comportamientos no saludables, los factores colaterales asociados, etc. (Antoñanzas et al. 1997). Una importante información que los sistemas de salud pública

necesitan para priorizar recursos ante unas necesidades y demandas de salud potencialmente ilimitadas.

1.5.1 Estilo de vida, ocio y tiempo libre en la adolescencia

El concepto de estilo de vida posee una larga tradición en la historia de las ciencias sociales. Las primeras aportaciones al estudio de este concepto fueron realizadas por filósofos y sociólogos como Marx (1867), Veblen (1899) y Weber (1922). Estos autores ofrecieron una visión sociológica del estilo de vida, enfatizando los determinantes sociales (nivel de renta, posición ocupacional, nivel educativo, estatus social) de su adopción y mantenimiento. Sin embargo, en la noción de estilo de vida proporcionada por los autores de esta época, los determinantes no eran únicamente de carácter socioeconómico, sino que también hacían referencia a factores individuales. Así, Weber destaca la importancia de las elecciones individuales, además de las condiciones estructurales (aspectos económicos, derechos, normas, relaciones sociales), como determinantes del estilo de vida. Las elecciones estarán limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen las condiciones estructurales (Cockerham et al. 1993). Desde este enfoque, la OMS define el estilo de vida como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales (WHO, 1986).

La adolescencia es una etapa clave porque en ella se conforman distintos estilos de vida, y los no saludables se pueden prevenir. La OMS (1999) también afirma que la mayoría de los problemas de salud de nuestros adolescentes pueden ser evitables. La propia adolescencia como etapa evolutiva es modificable, sobre todo, por factores socioculturales. Así, en la actualidad, se considera que en los países occidentales se

produce un ligero adelantamiento de su irrupción y un considerable alargamiento en los que se ha denominado adultez emergente (Arnett, 2000), una etapa de la vida caracterizada por la búsqueda de nuevas experiencias, baja percepción del riesgo, alta interacción social e importante influencia del grupo de pares (Cadveira, 2012). Durante su desarrollo evolutivo aumenta la tendencia al consumo, pero si no se adoptan hábitos nocivos durante esta etapa, es menos probable que se adquieran una vez alcanzada la etapa adulta (Urquieta et al. 2006). De hecho, sus principales problemas de salud (los accidentes, el consumo de alcohol y drogas, las enfermedades de transmisión sexual, incluso los embarazos no deseados y los trastornos del comportamiento alimentario, entre otros) son consecuencia de los estilos de vida que adquieren (OMS, 1999). El aprendizaje de conductas más o menos saludables es condicionado en gran parte, por las rutinas y/o actividades adoptadas en esta época de cambios individuales y sociales (Paavola et al. 2004). Un adolescente que practica actividades deportivas y se mantiene físicamente activo es muy probable que se conserve en esta línea cuando alcance su etapa adulta, al igual que uno con un estilo de vida sedentario y poco saludable lo mantenga en su madurez (Irwin, 2004; Telama et al. 2005). Por otra parte, las conductas de riesgo para la salud no suelen ser percibidas por los adolescentes como un problema que tiene o tendrá consecuencias para la salud porque estas conductas se harán visibles posteriormente (Hurrelmann y Lösel, 1990). Además, la adolescencia puede ser vista como un periodo en el que las relaciones con los pares son especialmente importantes (Coleman, 1980) y, éstos pueden adoptar diversas conductas como una forma de transmitir una imagen social particular que reciba la aceptación de sus iguales (Chassin et al. 1987).

En las sociedades desarrolladas como la nuestra, el ocio ha ido ganando importancia hasta llegar a ser actualmente el ámbito más valorado por la juventud española junto a la familia, el acceso al trabajo y a la vivienda (Rodríguez et al. 2003). Actualmente, durante la infancia y la adolescencia, la dinámica que generan las distintas formas de diversión constituye un camino privilegiado hacia el aprendizaje, la socialización y la creatividad (Calafat et al. 2007).

Según el Observatorio de la Juventud en España (2007), para quienes están en el grupo de edad de entre 15 y 19 años, las actividades más importantes se sitúan por este orden: salir para reunirse con los amigos (98,4%); hacer deporte (75,3%); ir a discotecas, bailar (70,6%); y beber, ir de copas (un 49,6%). Por otra parte, según los datos del ITU del 2004, en España un 40% de los encuestados tenían una videoconsola que compartían con otros miembros de la familia, un 65% disponía de ordenador para uso familiar y, un 63% contaba con conexión a internet.

Los primeros programas de ocio alternativo fueron propuestos por Dohner (1972), quien planteó que para prevenir o reducir el uso de sustancias, habría que proporcionar “alternativas positivas”, a través de actividades que sean saludables y que a la vez, proporcionen entrenamiento en habilidades sociales y habilidades específicas de resistencia ante la presión a consumir sustancias psicoactivas.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

2. Justificación del estudio

El consumo de bebidas alcohólicas constituye un importante problema de salud pública en la actualidad. Ante este hecho, uno de los modos que parece adecuado para solucionar esta problemática es mediante la prevención de las drogodependencias. Las actuaciones preventivas en materia de drogodependencias surgen a partir de la década de los 70, cuando el fenómeno de drogas comenzó a ser verdaderamente un motivo de preocupación para la sociedad española (Becoña et al. 1995), todo ello unido en gran parte a la epidemia de la heroína, la cocaína, el cannabis, etc. además del incremento del consumo de drogas legales como el alcohol y tabaco, especialmente en los jóvenes (Becoña, 2002).

Los objetivos generales que persigue la prevención de las drogodependencias y, sobre los que más hincapié se hace a través de diferentes actuaciones, son los siguientes (Becoña, 2002):

1. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener relaciones maduras y responsables con las drogas.
2. Evitar la disponibilidad de las drogas y retrasar las edades de inicio en el consumo de las mismas.
3. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y fomentar alternativas de vida saludables.
4. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.

Hay varios debates abiertos sobre los tipos de prevención en drogodependencias. En primer lugar, conviene distinguir entre prevención específica e inespecífica. Así, se entiende por *prevención específica* a aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de las drogas, como las medidas legislativas, educativas o sociales. Por el contrario, la *prevención inespecífica* es la que trata de alterar los consumos indirectamente, a través de programas o actuaciones o ámbitos nada conectados en principio con el uso de drogas: iniciativas para ocupar el tiempo libre, fomentar las actividades deportivas, culturales y artísticas, entre otros (Sciotto, 1998; Becoña, 2002).

Uno de los aspectos que siempre ha llamado la atención es preguntarse el por qué unos individuos llegan a consumir drogas y otros no y, por qué algunos acaban teniendo problemas derivados del consumo, mientras que otros las abandonan sin mayores consecuencias (Martínez et al 2006; PNSD, 2009). En drogodependencias, no se suele hablar de causas o de relaciones causa-efecto, sino de factores de riesgo y de protección. Así, un factor de riesgo se puede definir como *un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas* (Becoña, 2002). Otra definición propuesta por Ben-Zur y Zeidner (2009) ha sido que la toma de riesgos *se refiere a la participación de uno intencionada en algún tipo de comportamiento que implica posibles consecuencias negativas o pérdidas (social, monetaria, interpersonal), así como las consecuencias positivas percibidas o ganancias*. Desde el lado positivo de la salud, entendemos por factor de protección justamente lo contrario, es decir, *un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe o atenúa la*

probabilidad del uso y/o abuso de drogas. Los factores de protección constituyen una parte fundamental como referencia sobre la que se basan los programas preventivos en materia de drogodependencias. Sin embargo, los diversos factores de riesgo no pueden considerarse de forma aislada puesto que el consumo de drogas, al igual que otros comportamientos del ser humano, implica una interacción dinámica en este caso, entre el propio individuo, su contexto y la sustancia (Salvador y Martínez, 2002). Por tanto, el consumo de drogas viene determinado por el resultado de una pluricausalidad y, no por la presencia de un factor de riesgo. Los programas dirigidos a la prevención del consumo de alcohol en adolescentes deben tener presente su interrelación con otros comportamientos de riesgo para la salud y el contexto psicosocial (Carrasco, 2004).

De manera general, podemos decir que los factores o variables que influyen en la conducta del consumo o abuso de sustancias están en el entorno ambiental (factores ambientales) y en el propio individuo (factores o características del individuo y sus relaciones con el entorno) (Martínez et al. 2006). En la siguiente tabla se muestran algunos ejemplos de ambos tipos.

Tabla 4. Factores de riesgo en drogodependencias.

Fuente: Adaptación a partir de Alonso et al. 1996; Martínez et al. 2006; PNSD, 2009.

Factores ambientales	Factores propios del individuo y sus relaciones con el entorno
<u>Sociales, económicos y culturales:</u>	<u>Características personales:</u>
- Concepción actual del ocio.	- Baja autoestima.
- Sistema de valores dominantes en la	- Poca tolerancia a la frustración.

sociedad.	- Falta de autonomía.
- Publicidad de las drogas legales.	- Falta de responsabilidad.
- Aumento del fomento de la sociedad de consumo.	- Dificultad para manejar la ansiedad.
- Carencia de una adecuada vinculación social.	- Dificultad para resolver conflictos/toma de decisiones.
- Percepción social de riesgo disminuida.	<u>En el medio educativo:</u>
- Zonas con carencias de recursos o servicios públicos y con porcentajes elevados de situaciones de delincuencia y marginalidad.	- Mala adaptación escolar o escasa integración.
	- Insatisfacción.
	- Ausencia de motivación y falta de expectativas.
<u>Normas y leyes:</u>	- Bajo rendimiento escolar.
- Favorables al consumo de sustancias (legales o ilegales).	<u>En el grupo de amigos:</u>
- Fácil acceso y disponibilidad de sustancias.	- Debilidad frente a la presión del grupo.
	- Excesiva dependencia del grupo.
	- Señas de identidad favorecedoras del consumo.
	<u>En la familia:</u>
	- Sobreprotección.
	- Falta de comunicación.
	- Dificultad para fijar límites.

- Situaciones familiares conflictivas.
- Sobreexigencia familiar.

La vigilancia es esencial porque la adolescencia es un período clave para el desarrollo de patrones en el uso o abuso de sustancias que puede continuar en la edad adulta y, por ello es el momento adecuado para la prevención (Vargas y Trujillo, 2006; Botvin y Griffin, 2007). Sin embargo, a pesar del aumento en las campañas de prevención en las escuelas y difusión de información importante acerca de la salud y los riesgos asociados con el consumo de alcohol, los estudios recientes muestran que los adolescentes continúan informando de un consumo elevado de alcohol, más del 80% de los adolescentes han experimentado con el alcohol (PNSD, 2009). La naturaleza multicausal del uso y abuso de drogas legales en la adolescencia justifica que las intervenciones preventivas se dirijan principalmente a la modificación de los factores de riesgo y protección (Martínez-González et al. 2003; Sussman et al. 2004).

Los formuladores de políticas tienen a su alcance una importante base de conocimientos científicos sobre la eficacia y la costoeficacia de las estrategias y las intervenciones de prevención de los daños relacionados con el alcohol (WHO, 2010). No obstante, no siempre se corresponden con la magnitud del impacto en la salud y el desarrollo social. Sería crucial buscar las razones por las que las campañas para prevenir el consumo de alcohol, relativamente, han fracasado (Arco y Fernández, 2002). Dentro de las recomendaciones de la OMS, citamos en relación con nuestro trabajo, la de tener en cuenta el “contexto” al recomendar medidas. Los responsables del desarrollo y la aplicación de las políticas deben aspirar fundamentalmente a idear intervenciones

eficaces adaptadas a los contextos locales y a desarrollar mecanismos adecuados de seguimiento y evaluación que proporcionen retroinformación para fundamentar las medidas posteriores (WHO, 2010).

El Departamento de Salud Pública de la OMS (WHO, 2006) realizó una enumeración de los factores relacionales, dentro del ámbito familiar y respecto al consumo de alcohol en los jóvenes. Y éstos son, la escasa supervisión parental, los castigos físicos severos por parte de los padres, los conflictos parentales, el gran número de hermanos en la familia, que la madre sea muy joven, la escasa cohesión familiar, el hogar monoparental y el bajo nivel socioeconómico de la familia. La influencia familiar es la variable que con más insistencia se plantea en trabajos referidos a factores de riesgo (Pons, 1998). En España, los hermanos y los padres son los miembros de la familia más influyentes respecto de los hábitos insalubres (Ruiz-Risueño et al. 2012). Por otro lado, la literatura empírica no aporta resultados consistentes respecto a las relaciones entre la práctica de deporte y las conductas de riesgo para la salud, sino que ofrece resultados que varían de un estudio a otro y, éstos reflejan diferencias culturales y de género (Pate et al. 1996).

Este estudio pretende aportar un mejor conocimiento de los factores protectores y de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes menores dentro de los ámbitos familiares, de ocio y de utilización del tiempo libre en nuestra comunidad.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. Objetivos e hipótesis

Objetivos

- 1) Describir la frecuencia de consumo de alcohol y su distribución entre los escolares de la E.S.O. de la Región de Murcia.
- 2) Analizar la asociación entre estructura y composición familiar y el consumo de alcohol.
- 3) Analizar la relación entre consumo de alcohol y la valoración que hacen los adolescentes de sus relaciones familiares.
- 4) Analizar la relación del consumo de alcohol con el tabaco, y las actividades de ocio y deporte.
- 5) Analizar la relación entre violencia intrafamiliar y consumo de alcohol.

Hipótesis

- 1) El consumo de alcohol es más frecuente en chicos que en chicas.
- 2) a) Los primogénitos tienen una menor frecuencia de consumo de alcohol que los segundos hermanos.
b) Cuando hay situaciones proclives a una menor supervisión en el hogar habrá un mayor riesgo de consumir alcohol.
- 3) Los adolescentes que transmiten una valoración desfavorable de sus relaciones familiares tienen una mayor frecuencia de uso de alcohol.
- 4) a) Mayor participación en actividades de ocio culturales se relacionan con un menor consumo de alcohol.

- b) El practicar deporte es un factor protector asociado a una menor frecuencia de consumo de alcohol.
 - c) Los adolescentes que fuman tabaco tienen una mayor frecuencia de consumo de alcohol.
- 5) Los adolescentes que sufren situaciones de violencia intrafamiliar tienen un mayor consumo de alcohol.

MATERIAL Y MÉTODO

4. Material y método

El tipo de estudio que se ha llevado a cabo es transversal analítico y de base individual. Este proyecto se enmarca en la investigación “Frecuencia, distribución y factores asociados a la victimización en población escolar”, desarrollado en cada una de sus fases (diseño, trabajo de campo, análisis de los datos) en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS).

4.1 Descripción de la muestra

La población, objeto de estudio, fueron todos los alumnos de Educación Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia en el curso académico 2006-07.

El marco muestral fueron los centros de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la Región de Murcia en los que se realizó un muestreo aleatorio de 30 centros, contando con una muestra de 2849 alumnos, de entre 11 y 18 años. Dos de los centros seleccionados rehusaron participar. En la segunda etapa, se realizó un muestreo estratificado en cada uno de los centros, siendo los estratos los cursos de la ESO (1º, 2º, 3º y 4º). En cada estrato, se tomó un aula sobre la que se realizó el estudio en todos los alumnos presentes en clase el día de la encuesta. Se produjo durante los días de recogida un absentismo de un 10,42%, por lo que de esta muestra inicial finalmente fueron encuestados 2.552 alumnos, 1214 chicos y 1289 chicas, lo que

supone aproximadamente un 4% de la población total escolarizada en la Región de Murcia. El 96% de la muestra fue de edades comprendidas entre 12 y 16 años.

El trabajo de campo se realizó en el año 2007. Los centros elegidos pertenecían tanto a poblaciones urbanas como rurales, seleccionando el número de alumnos teniendo en cuenta el tamaño poblacional, con un mayor número de centros y alumnado en núcleos urbanos de mayor tamaño y representatividad.

Para este estudio se limitará el análisis a 2290 alumnos de entre 11 y 16 años. Los niños que carecían de información en variables claves para el estudio fueron excluidos (sexo, curso académico y frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica).

Tabla 5. Distribución de la muestra por sexos

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	1151	45,1
Mujer	1248	48,9
Total	2399	94,0

Tabla 6. Distribución de la muestra por curso académico

	Frecuencia	Porcentaje
1º ESO	680	26,6
2º ESO	641	25,1
3º ESO	595	23,3
4º ESO	636	24,9
Total	2552	100

Tabla 7. Distribución de la muestra según la frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica

	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1653	64,8
1 vez al mes	395	15,5
1 vez por semana	255	10,0
2 ó 3 veces por semana	120	4,7
A diario	73	2,9
Total	2496	97,8

4.2 Instrumentos

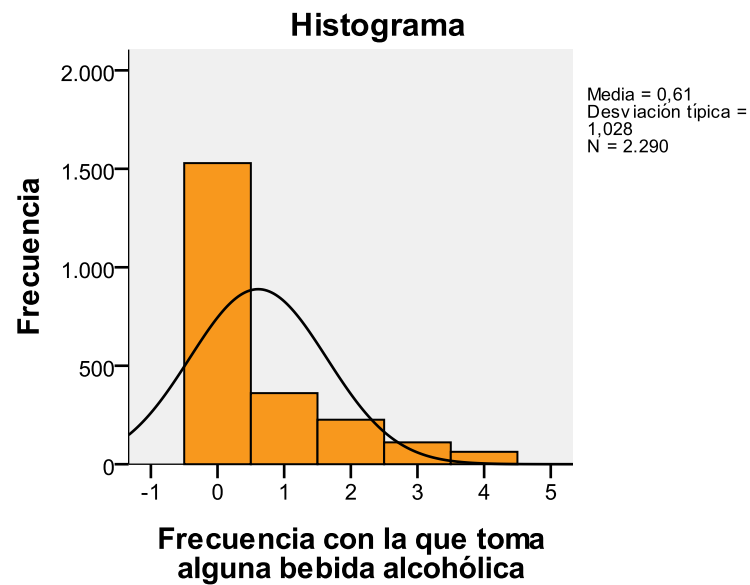
El cuestionario autoadministrado y anónimo, incluía información sociodemográfica, agresión y victimización escolar, información sobre el consumo de tabaco y alcohol, utilización de ocio y tiempo libre, ambiente familiar y bienestar y apoyo percibidos. La metodología de este estudio ha sido descrita previamente (Carrión, 2012). Los cuestionarios fueron repartidos y explicados por dos encuestadores entrenados, y se cumplimentaron en las aulas de los centros seleccionados. Las psicólogas insistieron en el anonimato y, animaron a que fueran sinceros en sus respuestas.

4.3 Variables de estudio

- Variables sociodemográficas (**sexo** y **curso escolar**).
- **Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**, segmentada entre 5 categorías: nunca, una vez al mes, una vez por semana, dos o tres veces a la

semana y a diario. Esta variable fue recodificada como variable dicotómica, **consumo de alcohol** (sí/no).

Gráfico 2. Distribución de la frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica



En este histograma se puede observar la distribución de la muestra respecto a la frecuencia con la que los menores toman alguna bebida alcohólica. Se procede a la recodificación de la variable en una dicotómica para el análisis posterior de regresión logística. Las categorías casi nunca, a veces, con frecuencia y a diario (1, 2, 3 y 4) incluyen un 33,2% de la muestra.

- **Cuántas horas al día entre semana y en fin de semana le dedicas a los video juegos; televisión; ordenador; lectura, cine o teatro; salir por la noche con amigos; y deporte.** Se categorizan en cinco grupos: ninguna hora, 1 hora, 2 horas, 3 horas, 4 horas y 5 horas o más. Estas variables (entre

semana y fin de semana), originales del cuestionario, fueron recodificadas como la suma total de horas entre semana y fin de semana que lo realizan o practican y, categorizadas en cuatro grupos: ninguna hora, de 1-10 horas, de 11-20 horas, de 21 a más horas semanales.

- **Consumo de tabaco** fue recodificada como dicotómica (sí/no) de la variable del cuestionario **fumar cigarrillos**, categorizada según la frecuencia de uso (nunca, una vez al mes, una vez por semana, dos o tres veces por semana y a diario).
- **Lugar que ocupa entre los hermanos**, recodificada para el análisis de regresión entre ser el 1º, 2º ó 3º; la categoría de referencia fue “ser el 1º”.
- **Ser hijo único/tener un hermano o más**, primeramente se recodificó como la suma de las dos variables del cuestionario entre el número de hermanos y el número de hermanas y, para la regresión se transformó en dicotómica; la categoría de referencia fue “ser hijo único”.
- **Estudios del padre y estudios de la madre**, recodificadas para la regresión más agrupadas (sin estudios, primarios, FP/COU y universitarios), eliminados para este análisis los casos de la categoría Ns/Nc; la categoría de referencia fue “estudios universitarios”.
- **Modelo monoparental o vivir sin los padres en casa**, esta variable fue creada a partir de dos ítems del cuestionario que son: vive en casa tu padre y vive en casa tu madre (sí/no), se recodificaron en una dicotómica entre vive solo con la madre o padre o ninguno de los dos frente a vive con ambos padres; la referencia fue “vive con ambos padres”.

- **Trabaja el padre fuera de casa/otras posibilidades y trabajan ambos padres fuera de casa/otras posibilidades**, éstas fueron recodificadas a partir de las originales del cuestionario, trabaja tu madre fuera de casa y trabaja tu padre (sí/no), primero en una donde se daban 4 categorías: trabaja tu madre sólo o tu padre o ninguno o ambos trabajan, después se recodificaron en dos dicotómicas para la regresión y, la categoría de referencia fue la primera, “otras posibilidades”.
- **Valoración de la relación con el padre, con la madre y con los hermanos**, estas tres variables del cuestionario se dividían en cinco categorías cada una (muy malas, malas, regulares, buenas y muy buenas) pero, para facilitar el análisis de regresión se recodificaron cada una como dicotómica (muy malas, malas y regulares frente a buenas y muy buenas); la categoría de referencia fue “muy buenas/buenas relaciones”.
- **En el último mes, entre tu padre; tu madre; tu(s) hermano/a(s) y tú ha habido; y entre tus padres o adultos con quien convives ha habido:**
 - **Insultos**
 - **Gritos**
 - **Amenazas de dañarse seriamente**
 - **Golpes o azotes con la mano**
 - **Golpes con objetos**

Cada variable fue segmentada en cinco grupos: nunca, una vez al mes, una vez por semana, dos o tres veces a la semana y a diario. Para este estudio las variables fueron recodificadas uniendo violencia verbal (insultos y gritos) como una variable

dicotómica (nunca vs alguna vez) y violencia física (golpes o azotes con la mano, golpes con objetos o amenazas de dañarse seriamente) (nunca vs alguna vez).

4.4 Análisis de datos

El estudio se va a realizar por medio de un software de análisis estadístico, el SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Se trata de un programa estadístico informático frecuente en las ciencias sociales y en el estudio de investigaciones cuantitativas.

Análisis Univariable para la distribución de frecuencias y análisis descriptivo de la muestra. Todos los análisis que se llevaron a cabo se estratificaron por sexo y algunos, también por curso escolar.

Análisis de Contingencia para las variables sociodemográficas, de ocio, deporte, consumo de tabaco y, familiares en relación al uso de alcohol y así, definir estas variables observadas a través de las relaciones causales que se crean entre ellas y, como un primer análisis exploratorio para el posterior análisis de regresión logística.

Análisis de Regresión Logística en términos de odds ratios (I.C. al 95%) para determinar la relación entre cada uno de los factores asociados (variables independientes) y el consumo de alcohol, y para medir la probabilidad de consumir o no alcohol, se llevó a cabo un análisis de regresión logística

bivariada. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis multivariado para aquellas variables donde se encontró una asociación significativa en el análisis bivariado, donde se ha analizado la influencia de varias variables independientes (covariables o cofactores) sobre el consumo de alcohol. Aunque sólo algunas de éstas se han encontrado también significativas para el multivariante.

El método que se usó para el análisis bivalente fue el de Introducir y el valor de corte fue de 0,5. Para el multivariante fue el de pasos hacia atrás (Wald). También, con un valor de corte de 0,5.

CAPÍTULO I

Resultados descriptivos del consumo de alcohol en adolescentes

5.1 Resultados

Diferencias por sexo en consumo de alcohol

Se realizó un análisis descriptivo de la frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica y si toman o no alcohol, explorando su relación con algunas variables sociodemográficas.

Tabla 8. Frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica según sexo

Sexo	Nunca	1 vez al mes	1 vez por semana	2 ó 3 veces por semana	A diario
Chicos (%)	725 (63,6)	186 (16,3)	115 (10,1)	64 (5,6)	50 (4,4)
Chicas (%)	847 (68,4)	191 (15,4)	129 (10,4)	52 (4,2)	19 (1,5)
Total (%)	1572 (66,1)	377 (15,9)	244 (10,3)	116 (4,9)	69 (2,9)

$X^2= 21,5$ $p< 0,00$

Nos encontramos que el grupo mayoritario, dentro de la categoría “nunca”, eran chicas (68,4%); en el resto de categorías, prácticamente, no existen diferencias entre ambos sexos. Aunque dentro del 2,9% en el total de la categoría “a diario”, el 4,4% corresponde al grupo de los varones (tabla 8).

Tabla 9. Consumo de alcohol según sexo

Sexo	Consumo de Bebida Alcohólica	
	No	Sí
Chicos (%)	705 (64,6)	386 (35,4)
Chicas (%)	824 (68,7%)	375(31,3)
Total (%)	1529 (66,8)	761 (33,2)

$$X^2= 4,34 \quad p< 0,037$$

El 35,4% de los chicos y el 31,3% de las chicas han tomado alguna vez bebidas alcohólicas.

Tabla 10. Consumo de alcohol según sexo y curso escolar

		1° ESO	2° ESO	3° ESO	4° ESO	Total
NO	Chicos	240	214	156	94	704
	%	47,2	46,3	46,8	41,8	46,1
	Chicas	268	248	177	131	824
	%	52,8	53,7	53,2	58,2	53,9
SÍ	Chicos	50	77	115	144	386
	%	58,1	53,5	50,9	47,2	50,7
	Chicas	36	67	111	161	375
	%	41,9	46,5	49,1	52,8	49,3

$$\text{No} \rightarrow X^2= 2,04 \quad p< 0,5$$

$$\text{Sí} \rightarrow X^2= 3,83 \quad p< 0,2$$

En relación al sexo y curso académico, los chicos han consumido algo más que las chicas en 1º, 2º y 3º curso de la ESO (58,1%, 53,5% y 50,9%) y, las chicas superan a los chicos en 4º curso (52,8%), momento en que parece producirse un cambio de patrón.

Tabla 11. Frecuencia de consumo de alcohol según sexo y curso escolar

	SEXO	Nunca	1 vez al mes	1 vez por semana	2 ó 3 veces por semana	A diario
1° ESO	Chicos (%)	241 (82,8)	29 (10)	8 (2,7)	5 (1,7)	8 (2,7)
	Chicas (%)	268 (88,2)	22 (7,2)	6 (2,0)	4 (1,3)	4 (1,3)
	Total (%)	509 (85,5)	51 (8,6)	14 (2,4)	9 (1,5)	12 (2)
2° ESO	Chicos (%)	214 (73,5)	38 (13,1)	17 (5,8)	10 (3,4)	12 (4,1)
	Chicas (%)	248 (78,7)	35 (11,1)	18 (5,7)	9 (2,9)	5 (1,6)
	Total	462 (76,2)	73 (12,0)	35 (5,8)	19 (3,1)	17 (2,8)
3° ESO	Chicos (%)	156 (57,6)	53 (19,6)	32 (11,8)	17 (6,3)	13 (4,8)
	Chicas (%)	177 (61,5)	57 (19,8)	33 (11,5)	16 (5,6)	5 (1,7)
	Total	333 (59,6)	110 (19,7)	65 (11,6)	33 (5,9)	18 (3,2)
4° ESO	Chicos (%)	94 (39,5)	57 (23,9)	46 (19,3)	29 (12,2)	12 (5,0)
	Chicas (%)	131 (44,9)	70 (24,0)	66 (22,6)	21 (7,2)	4 (1,4)
	Total	225 (42,5)	127 (24,0)	112 (21,1)	50 (9,4)	16 (3,0)

1° → $X^2= 3,8$ $p < 0,4$
 2° → $X^2= 4,6$ $p < 0,3$
 3° → $X^2= 4,5$ $p < 0,3$
 4° → $X^2= 10,9$ $p < 0,02$

Dentro del grupo de 1°, el 10% de los chicos y el 7,2% de las chicas informaron que habían consumido una vez al mes, los chicos consumieron ligeramente más (2,7%) a diario que las chicas (1,3%) y, más varones tomaron bebidas a diario (2,7%) que 2 ó 3 veces por semana (1,7). En 2° curso, el patrón de consumo es similar al curso anterior, sólo que las proporciones de menores que han consumido aumentan. En el grupo de 3°, los chicos superan a las chicas en todas las categorías de frecuencia, excepto en la de una vez al mes, puesto que es similar. Como ya se ha adelantado, en 4° curso se produce un cambio, esto es porque el porcentaje de chicas que han consumido una vez por semana es mayor (22,6% frente a 19,3%), en una vez al mes el consumo fue equilibrado y, en el resto los chicos siguen superando a las chicas. Se destaca que en el consumo a diario los chicos duplican a las chicas para todos los cursos.

Diferencias por curso escolar en consumo de alcohol

Tabla 12. Frecuencia de consumo de alcohol según curso académico

		Frecuencia con la que toma alguna bebida alcohólica				
		Nunca	Casi nunca (1 vez al mes)	A veces (1 vez por semana)	Con frecuencia (2 ó 3 veces/sem.)	A diario
Curso académico	1º ESO	509 85,5%	51 8,6%	14 2,4%	9 1,5%	12 2,0%
	2º ESO	462 76,2%	73 12,0%	35 5,8%	19 3,1%	17 2,8%
	3º ESO	333 59,6%	110 19,7%	65 11,6%	33 5,9%	18 3,2%
	4º ESO	225 42,5%	127 24,0%	112 21,1%	50 9,4%	16 3,0%
Total		1529 66,8%	361 15,8%	226 9,9%	111 4,8%	63 2,8%

$$X^2= 301,3 \quad p<0,00$$

La tabla anterior muestra que el 8,6% de los menores de 1º curso, el 12% de 2º, el 19,7% de 3º y el 24% de 4º de la ESO consume alcohol una vez al mes. Además, se aprecia de este último curso, que el 21% toma alguna bebida 1 vez por semana y el 9,4% 2 ó 3 veces por semana. También, se percibe que del 2 al 3%, dentro de cada curso escolar, contestó que consumía alcohol todos los días.

Tabla 13. Consumo de alcohol según curso académico

		Consumo Alcohol		Total
		No	Sí	
Curso Académico	1° ESO	508	86	594
	% dentro de Curso	85,5%	14,5%	100,0%
	2° ESO	462	144	606
	% dentro de Curso	76,2%	23,8%	100%
	3° ESO	333	226	559
% dentro de Curso	59,6%	40,4%	100%	
4° ESO	225	305	530	
% dentro de Curso	42,5%	57,5%	100%	
Total		1528	761	2289
	% del total	66,8%	33,2%	100%

$$X^2= 272,9 \quad p < 0,00$$

La Tabla 13 resume la muestra respecto al consumo de alcohol por curso escolar. Se observa que el 14,5%, el 23,8%, el 40,4% y el 57,5% dentro de 1°, 2°, 3° y 4° curso respectivamente, han tomado o toman alguna bebida alcohólica. Por tanto, el 40% de 3° curso y casi el 60% de los escolares de 4° consumen alcohol.

En ambas tablas se observa que al aumentar el curso académico, aumenta también el porcentaje de los menores que han tomado alguna bebida alcohólica, así como la frecuencia de su consumo.

Análisis del consumo de alcohol y estructura y relaciones familiares

Los porcentajes de chicos (32,4%) y de chicas (28,8%) que han consumido alcohol, entre los que ocupan el primer lugar, son menores que los que ocupan el 2°, 3° o más lugar entre sus hermanos tanto en chicos como en chicas.

Tabla 14. Lugar que ocupa entre sus hermanos y consumo de alcohol

Lugar que ocupa entre sus hermanos	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		Sí	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
1°	322 67,6%	383 71,2%	154 32,4%	155 28,8%
2°	232 61,1%	266 65%	148 38,9%	143 35%
3° o más	134 62,9%	161 69,1%	79 37,1%	72 30,9%
Total	688 64,4%	810 68,6%	381 35,6%	370 31,4%

$$H \rightarrow X^2 = 4,25 \quad p < 0,12$$

$$M \rightarrow X^2 = 4,12 \quad p < 0,13$$

En todos los cursos los porcentajes de chicos y de chicas (éstas excepto en 4°) dan un salto importante en el consumo de alcohol respecto al paso de ocupar el primer lugar entre sus hermanos u ocupar el 2° o más.

Tabla 15. Lugar que ocupa entre los hermanos y consumo de alcohol por curso y sexo

Curso académico	Lugar que ocupa entre hermanos	Bebida alcohólica			
		No		Sí	
		Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
1° ESO	1°	105 84,7%	119 90,8%	19 15,3%	12 9,2%
	2°	79 83,2%	92 89,3%	16 16,8%	11 10,7%
	3° o más	51 77,3%	51 81%	15 22,7%	12 19%
	Total	235 82,5%	262 88,2	50 17,5%	35 11,8
	1°	91 74%	126 83,4%	32 26%	25 16,6%
2° ESO	2°	74 69,8%	69 71,1%	32 30,2%	28 28,9%
	3° o más	42 77,8%	51 79,7%	12 22,2%	13 20,3%
	Total	207 73,1%	246 78,8%	76 26,9%	66 21,2%
	1°	75 63%	80 65,6%	44 37%	42 34,4%
3° ESO	2°	52 55,3%	58 55,2%	42 44,7%	47 44,8%
	3° o más	27 50%	36 64,3%	27 50%	20 35,7%
	Total	154 57,7%	174 61,5%	113 42,3%	109 38,5%
	1°	51 46,4%	58 43,3%	59 53,6%	76 56,7%
4° ESO	2°	27 31,8%	47 45,2%	58 62,2%	57 54,8%
	3° o más	14 35,9%	23 46%	25 64,1%	27 54%
	Total	92 39,3%	128 44,4%	142 60,7%	160 55,6%

Chicos	Chicas
1° → $X^2=1,68$ $p < 0,43$	1° → $X^2=4,19$ $p < 0,12$
2° → $X^2=1,23$ $p < 0,54$	2° → $X^2=5,4$ $p < 0,06$
3° → $X^2=2,91$ $p < 0,23$	3° → $X^2=2,78$ $p < 0,24$
4° → $X^2=4,51$ $p < 0,10$	4° → $X^2=0,14$ $p < 0,93$

Tanto para los chicos (34,8%) como para las chicas (32,2%) a partir de tener un hermano/a, el porcentaje de los que han consumido alcohol aumenta.

Tabla 16. Número de hermanos/as y consumo de alcohol

Número de hermanos	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Hijo único	51 71,8%	52 71,2%	20 28,2%	21 28,8%
1 hermano	339 65,2%	383 67,8%	181 34,8%	182 32,2%
2 hermanos	184 59,9%	237 66,4%	123 40,1%	120 33,6%
3 o más hermanos	118 67,4%	134 77,5%	57 32,6%	39 22,5%
Total	692 64,5%	806 69%	381 35,5%	362 31%

H → $X^2 = 5,23$ $p < 0,15$

M → $X^2 = 7,48$ $p < 0,05$

Dentro de cada curso académico, el mismo suceso ocurre para los chicos aunque, no ocurre en las chicas, excepto en 4º curso que sí ocurre.

Tabla 17. Número de hermanos/as y consumo de alcohol por curso escolar y sexo

Curso académico	Número de hermanos	Bebida alcohólica			
		No		Sí	
		Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
1º ESO	Hijo único	16 88,9%	17 85%	2 11,1%	3 15%
	1	107 87,7%	115 92,7%	15 12,3%	9 7,3%
	2	64 82,1%	80 87%	14 17,9%	12 13%
	3 o más	48 73,8%	48 81,4%	17 26,2%	11 18,6%
	Total	235 83%	260 88,1%	48 17%	35 11,9%
2º ESO	Hijo único	15 75%	16 76,2%	5 25%	5 23,8%
	1	102 74,5%	118 78,7%	35 25,5%	32 21,3%
	2	57 66,3%	66 78,6%	29 33,7%	18 21,4%
	3 o más	36 81,8%	43 84,3%	8 18,2%	8 15,7%
	Total	210 73,2	243 79,4%	77 26,8%	63 20,6%
3º ESO	Hijo único	13 72,2%	9 60%	5 27,8%	6 40%
	1	81 59,1%	86 59,3%	56 40,9%	59 40,7%
	2	40 52,6%	53 62,4%	36 47,4%	32 37,6%
	3 o más	21 53,8%	26 74,3%	18 46,2%	9 25,7%
	Total	155 57,4%	174 62,1%	115 42,6%	106 37,9%
4º ESO	Hijo único	7 46,7%	10 58,8%	8 53,3%	7 41,2%
	1	49 39,5%	64 43,8%	75 60,5%	82 56,2%
	2	23 34,3%	38 39,6%	44 65,7%	58 60,4%
	3 o más	13 48,1%	17 60,7%	14 51,9%	11 39,3%
	Total	92 39,5%	129 44,9%	141 60,5%	158 55,1%

Chicos

1º → $X^2= 6,28$ $p < 0,09$
 2º → $X^2= 3,91$ $p < 0,27$

4º → $X^2= 1,92$ $p < 0,59$
 3º → $X^2= 2,69$ $p < 0,44$

Chicas

1º → $X^2= 5,42$ $p < 0,14$
 3º → $X^2= 2,72$ $p < 0,44$

2º → $X^2= 0,97$ $p < 0,81$
 4º → $X^2= 5,33$ $p < 0,15$

Dentro de nivel de estudios de la madre, en el grupo de primarios encontramos un consumo más alto en chicos (39,3%) y chicas (35,1%) que en el grupo de estudios universitarios de la madre (en chicos 34,9% y, en chicas 30,3%).

Tabla 18. Nivel de estudios de la madre y consumo de alcohol

Nivel de estudios de la madre	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Sin estudios	48 78,7%	43 71,7%	13 21,3%	17 28,3%
Primarios	184 60,1%	252 64,9%	122 39,3%	136 35,1%
Formación profesional	89 57,4%	94 61,4%	66 42,6%	59 38,6%
Bachillerato / COU	110 66,3%	104 69,8%	56 33,7%	45 30,2%
Universitarios	140 65,1%	166 69,7%	75 34,9%	72 30,3%
Ns/Nc	129 72,5%	154 77,8%	49 27,5%	44 22,2%
Total	700 64,8%	813 68,5%	381 35,2%	373 31,5%

H→ $X^2= 16,53$ $p< 0,005$

M→ $X^2= 14,28$ $p< 0,014$

Para nivel de estudios del padre, encontramos la misma relación con consumo en chicas, sin embargo no para los chicos, que apenas existen diferencias.

Tabla 19. Nivel de estudios del padre y consumo de alcohol

Nivel de estudios del padre	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Primarios	174 63,5%	204 65,4%	100 36,5%	108 34,6%
Formación profesional	102 61,4%	125 64,4%	64 38,6%	69 35,6%
Bachillerato / COU	85 63%	97 63,8%	50 37%	55 36,2%
Universitarios	152 63,3%	170 70%	88 36,7%	73 30%
Ns/Nc	136 70,8%	163 77,6%	56 29,2%	47 22,4%
Total	697 64,7%	819 68,8%	381 35,3%	371 31,2%

H→ X²= 18,13 p< 0,003

M→ X²= 14,99 p< 0,010

En nivel de estudios de los padres observamos que sucede lo mismo que ocurría con estudios de la madre y del padre para las chicas, que en el grupo de primarios (33,3%) y el de FP/COU (36,4%) donde consumen, es superior que en el de universitarios (28,5%). Las diferencias también son muy significativas.

Tabla 20. Nivel de estudios de los padres y consumo de alcohol

Nivel de estudios de los padres	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Primarios	165 64,5%	202 66,7%	91 35,5%	101 33,3%
FP/COU	236 61,3%	246 63,6%	149 38,7%	141 36,4%
Universitarios	137 64,6%	171 71,5%	75 35,4%	68 28,5%
Ns/Nc	155 70,8%	190 76,3%	64 29,2%	59 23,7%
Total	693 64,6%	809 68,7%	379 35,4%	369 31,3%

H→ X²= 5,49 p< 0,139

M→ X²= 12,92 p< 0,005

Si agrupamos los niveles de estudios más bajos frente al de universitarios, encontramos las mismas diferencias en las chicas pero, también, aunque menos, en los chicos (37,4% frente a 35,4%, respectivamente).

Tabla 21. Nivel de estudios de los padres y consumo de alcohol

Nivel de estudios de los padres	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Primarios/FP/COU	401 62,6%	448 64,9%	240 37,4%	242 35,1%
Universitarios	137 64,6%	171 71,5%	75 35,4%	68 28,5%
Total	538 63,1%	619 66,6%	315 36,9%	310 33,4%

M→ $X^2= 3,59$ $p< 0,06$

El porcentaje de chicos que su padre trabaja fuera de casa en relación al consumo (37,5%) es mayor que el de ambos trabajan o la madre sólo (34,6%). Lo contrario pasa con las chicas, el 26% frente al 33,2% respectivamente, y el valor de su OR es de 0,71 y el I.C. (95%) está entre 0,54-0,94.

Tabla 22. Trabaja sólo el padre frente a ninguno, sólo madre o ambos trabajan y consumo de alcohol

Trabaja el padre/ otras posibilidades	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Madre sólo o ambos trabajan	475 65,4%	554 66,8%	251 34,6%	275 33,2%
Trabaja el padre fuera de casa	217 62,5%	256 74%	130 37,5%	90 26%
Total	692 64,5%	810 68,9%	381 35,5%	365 31,1%

H→ $X^2= 0,857$ $p< 0,356$

M→ $X^2= 5,846$ $p< 0,016$

M→ OR= 0,708 (0,535-0,937)

Dentro de si trabajan ambos padres frente a las demás opciones, encontramos que para los chicos no hay diferencias significativas pero, que el porcentaje de las chicas que consumen y que sus dos padres trabajan (33%) es mayor que en el grupo donde trabaja sólo el padre o la madre trabaja (26,8%). El valor de la OR es 1,35 y el I.C. al 95% es 1,03-1,77.

Tabla 23. Trabajan ambos padres frente a sólo madre o padre trabaja y consumo de alcohol

	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Madre o padre trabaja	242 64,2%	278 73,2%	135 35,8%	102 26,8%
Trabajan ambos padres	450 64,7%	532 66,9%	246 35,3%	263 33,1%
Total	692 64,5%	810 68,9%	381 35,5%	365 31,1%

H→ $X^2= 0,023$ $p< 0,356$

M→ $X^2= 4,674$ $p< 0,031$

H→ OR= 0,98 (0,754-1,273)

M→ OR= 1,347 (1,028-1,766)

Dentro de vivir con padre o madre frente a vivir con ambos padres, menos chicas habían consumido alcohol que viven con ambos padres (30,4%) versus las que pertenecen a un modelo monoparental (34,7%). En los chicos, en cambio, no existen diferencias (Tabla 23). En chicas con respecto al curso (Tabla 24), sigue ocurriendo lo mismo en todos los cursos, excepto para 4°.

Tabla 24. Modelo monoparental y consumo de alcohol

Modelo monoparental/ Ambos padres	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Monoparental	82 65,1%	94 65,3%	44 34,9%	50 34,7%
Ambos padres	609 64,4%	722 69,6%	337 35,6%	315 30,4%
Total	691 64,5%	816 69,1%	381 35,5%	365 30,9%

Respecto a la valoración del adolescente de las relaciones con su padre, casi un 20% más, en ambos sexos, que expresaron “muy malas” o “malas” o “regulares”, había consumido alguna bebida alcohólica (de una vez al mes hasta a diario) que los de “buenas” o “muy buenas”. Los valores de la OR son: para chicos 1,67 con un I.C (95%) de 1,41-1,97 y para chicas 1,62 (1,35-1,94).

Tabla 25. Valoración de las relaciones con el padre y consumo de alcohol

Valoración relación con el padre	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Muy mala/ Mala/ Regular	82 46,6%	117 54,9%	94 53,4%	96 45,1%
Buena / Muy buena	610 68%	693 72,2%	287 32%	267 27,8%
Total	692 64,5%	810 69,1%	381 35,5%	363 30,9%

H→ $X^2= 29,461$ $p< 0,000$
M→ $X^2= 24,296$ $p< 0,000$
H→ OR= 1,669 (1,411-1,974)
M→ OR= 1,621 (1,354-1,940)

El 54% de los chicos y el 52,5% de las chicas que valoraron tener “muy malas” o “malas” o “regulares” relaciones con su madre, informaron haber consumido alcohol frente al 33% y el 28,6% respectivamente, que valoraron las relaciones como “muy buenas” o “buenas”. Los valores de la OR son, para chicos: 1,63 con un I.C. (95%) de 1,34-1,97 y para chicas: 1,84 (1,51-2,24).

Tabla 26. Valoración de las relaciones con la madre y consumo de alcohol

Valoración relación con la madre	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Muy mala/ Mala/ Regular	52 46%	56 47,5%	61 54%	62 52,5%
Buena / Muy buena	645 66,8%	764 71,4%	320 33,2%	306 28,6%
Total	697 64,7%	820 69%	381 35,3%	368 31%

H→ X²= 19,191 p< 0,000
M→ X²= 28,499 p< 0,000
H→ OR= 1,628 (1,343-1,973)
M→ OR= 1,837 (1,510-2,235)

Los porcentajes de los chicos y chicas que contestaron tener “muy malas” o “malas” o “regulares” relaciones con sus hermanos dentro de haber consumido alguna bebida alcohólica fueron un 45% y un 38,4% respectivamente, versus un 33% y un 29% de los que contestaron “buenas” o “muy buenas”. Los valores de la OR son, para chicos: 1,37 IC95% (1,16-1,6) y para chicas: 1,32 IC95% (1,1-1,6).

Tabla 27. Valoración de las relaciones con los hermanos y consumo de alcohol

Valoración relación con los hermanos	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Muy mala/ Mala/ Regular	141 54,9%	162 61,6%	116 45,1%	101 38,4%
Buena / Muy buena	512 67%	606 71%	252 33%	248 29%
Total	653 64,0%	768 68,8%	368 36,0%	349 31,2%

H→ $X^2= 12,319$ $p< 0,000$

M→ $X^2= 8,206$ $p< 0,004$

H→ OR= 1,368 (1,156-162)

M→ OR= 1,322 (1,098-1,592)

Análisis del consumo de alcohol y actividades de ocio, deporte y consumo de tabaco

Tanto en chicas como en chicos las diferencias son significativas, conforme aumenta el porcentaje de horas dedicadas al ordenador, aumenta también el porcentaje de menores que han consumido alguna bebida alcohólica. Encontramos que el 45,6% de chicos y el 43,9% de chicas que le dedican 21 o más horas al ordenador, han tomado alguna bebida alcohólica (Tabla 28).

Tabla 28. Horas a la semana de ordenador y consumo de alcohol

Ordenador	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Ninguna	84 71,8%	107 78,7%	33 28,2%	29 21,3%
1-10hrs. Semanales	297 70,5%	358 75,1%	124 29,5%	119 24,9%
11-20hrs. Semanales	182 60,3%	222 63,6%	120 39,7%	127 36,4%
21 o más Hrs. Sem.	117 54,4%	119 56,1%	98 45,6%	93 43,9%
Total	680 64,5%	806 68,7%	375 35,5%	368 31,3%

H→ $X^2= 21,36$ $p< 0,00$

M→ $X^2= 34,99$ $p< 0,00$

No existen diferencias significativas para los chicos. Sin embargo, sí para las chicas, que el porcentaje más alto (35,6%) de las que han consumido se encuentra en el grupo de las que no han jugado ninguna hora a los video-juegos (Tabla 29).

Tabla 29. Horas a la semana de video-juegos y consumo de alcohol

Video-juegos	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Ninguna	86 65,2%	421 64,4%	46 34,8%	233 35,6%
1-10hrs. Semanales	347 67,1%	311 74,2%	170 32,9%	108 25,8%
11-20hrs. Semanales	158 59%	47 74,6%	110 41%	16 25,4%
21 o más Hrs. Sem.	83 60,1%	20 69%	55 39,9%	9 31%
Total	674 63,9%	799 68,6%	381 36,1%	366 31,4%

H→ $X^2= 6,094$ $p< 0,107$

M→ $X^2= 12,63$ $p< 0,006$

No existen diferencias significativas. Pero, se observa en la tabla 31 que los porcentajes más altos (entre 36,3% y 36% en chicos y 33% y 31,3% en chicas) en uso de bebidas alcohólicas corresponden a los que dedican 11 o más horas semanales a ver la televisión.

Tabla 30. Horas a la semana de televisión y consumo de alcohol

Televisión	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		SÍ	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Ninguna	0 0%	7 100%	2 100%	0 0%
1-10hrs. Semanales	134 67%	161 71,9%	66 33%	63 28,1%
11-20hrs. Semanales	283 63,7%	340 68,7%	161 36,3%	155 31,3%
21 o más Hrs. Sem.	257 64,1%	294 67,1%	144 35,9%	144 32,9%
Total	674 64,4%	802 68,9%	373 35,6%	362 31,1%

H→ $X^2= 4,31$ $p< 0,23$

M→ $X^2= 4,74$ $p< 0,19$

Los y las adolescentes que no dedican ninguna hora durante la semana a lectura, cine o teatro, dieron los porcentajes más altos (42,7% y 46%, respectivamente) en haber consumido alcohol.

Tabla 31. Horas a la semana de lectura, cine o teatro y consumo de alcohol

Lectura, cine o teatro	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		Sí	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Ninguna	153 57,3%	88 54%	144 42,7%	75 46%
1-10hrs. Semanales	347 63,8%	481 70,8%	197 36,2%	198 29,2%
11-20hrs. Semanales	155 74,2%	186 69,9%	54 25,8%	80 30,1%
21 o más Hrs. Sem.	36 69,2%	56 75,7%	16 30,8%	18 24,3%
Total	691 64,5%	811 68,6%	381 35,5%	371 31,4%

H→ $X^2= 15,18$ $p< 0,002$

M→ $X^2= 19,68$ $p< 0,00$

Encontramos diferencias muy significativas y una asociación positiva entre consumo de alcohol y horas semanales que sale con amigos por la noche. El porcentaje de menores que ha consumido alcohol aumenta, a la vez que aumentan las horas dedicadas a salir por la noche con amigos.

Tabla 32. Horas a la semana que sale con amigos por la noche y consumo de alcohol

Salir por la noche	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		Sí	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Ninguna	139 89,1%	170 93,9%	17 10,9%	11 6,1%
1-10hrs. Semanales	275 67,9%	329 70,9%	130 32,1%	135 29,1%
11-20hrs. Semanales	162 55,9%	218 62,5%	128 44,1%	131 37,5%
21 o más Hrs. Sem.	112 52,1%	90 50,6%	103 47,9%	88 49,4%
Total	688 64,5%	807 68,9%	378 35,5%	365 31,1%

H→ $X^2= 67,22$ $p< 0,00$

M→ $X^2= 88,37$ $p< 0,00$

No existen diferencias significativas para chicos y chicas entre horas de practicar deporte y consumo de alcohol. Se destaca que el porcentaje de chicos, que ha consumido, para los que practican deporte 21 o más horas semanales (32,6%) es menor que los que practican de 11 a 20 horas (38%) y de 1 a 10 horas (34,8%).

Tabla 33. Horas a la semana que realiza deporte y consumo de alcohol

Deporte	Consumo de Bebida Alcohólica			
	NO		Sí	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Ninguna	39 68,4%	110 63,2%	18 31,6%	64 36,8%
1-10hrs. Semanales	180 65,2%	393 68,3%	96 34,8%	182 31,7%
11-20hrs. Semanales	275 61,9%	248 73,2%	169 38,1%	91 26,8%
21 o más Hrs. Sem.	196 67,4%	64 68,1%	95 32,6%	30 31,9%
Total	690 64,6%	815 69%	378 35,4%	367 31%

H→ $X^2= 2,75$ $p< 0,43$

M→ $X^2= 5,6$ $p< 0,13$

Observamos resultados significativos y similares entre chicos y chicas, dentro del grupo que consume tabaco, un 78,4% y un 76,1% respectivamente, han tomado alguna bebida alcohólica. Además, los valores de la OR han sido muy altos, lo que significa que fumar probablemente sea un factor de riesgo para beber alcohol en la adolescencia.

Tabla 34. Consumo de tabaco y de alcohol

Fuma		Consumo de bebida alcohólica			
		NO		SÍ	
		Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
No		670	771	263	212
	% Fuma	71,8%	78,4%	28,2%	21,6%
Sí		33	51	120	162
	% Fuma	21,6%	23,9%	78,4%	76,1%
Total		703	822	383	374
	% Fuma	64,7%	68,7%	35,3%	31,3%

H→ $X^2= 145,343$ $p< 0,000$
M→ $X^2= 241,852$ $p< 0,000$
H→ OR= 9,264 (6,143-13,97)
M→ OR= 11,552 (8,145-16,385)

En la siguiente Tabla (35), el porcentaje de uso de alcohol más alto fue en las chicas, para las que informaron fumar 2 ó 3 veces por semana (84,4%) y en los chicos, para los que refirieron fumar a diario (87,5%).

Tabla 35. Frecuencia con la que fuma y consumo de alcohol

	Consumo de bebida alcohólica			
	NO		SI	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Nunca	670 71,8%	771 78,4%	263 28,2%	212 21,6%
1 vez al mes	12 27,3%	15 25,4%	32 72,7%	44 74,6%
1 vez semana	7 25,9%	7 18,9%	20 74,1%	30 81,1%
2 ó 3 veces semana	6 33,3%	5 15,6%	12 66,7%	27 84,4%
A diario	8 12,5%	24 28,2%	56 87,5%	61 71,8%
Total	703 64,7%	822 68,7%	383 35,3%	374 31,3%

H→ $X^2= 149,592$ $p< 0,000$

M→ $X^2= 244,106$ $p< 0,000$

Tabla 36. Valoración de la relación con el padre y consumo de alcohol

Valoración relación con el padre	Consumo de Bebida Alcohólica			
	No		Sí	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Muy mala	14 56%	19 55,9%	11 44%	15 44,1%
Mala	15 51,7%	14 46,7%	14 48,3%	16 53,3%
Regular	53 43,4%	84 56,4%	69 56,6%	65 43,6%
Buena	216 59,5%	245 62,5%	147 40,5%	147 37,5%
Muy buena	394 73,8%	448 78,9%	140 26,2%	120 21,1%
Total	692 64,5%	810 69,1%	381 35,5%	363 30,6%

H→ $X^2= 50,529$ $p< 0,000$

M→ $X^2= 54,511$ $p< 0,000$

Tabla 37. Valoración de la relación con la madre y consumo de alcohol

Valoración relación con la madre	Consumo de Bebida Alcohólica			
	No		Sí	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Muy mala	8 42,1%	3 37,5%	11 57,9%	5 62,5%
Mala	5 50%	7 33,3%	5 50%	14 66,7%
Regular	39 46,4%	46 51,7%	45 53,6%	43 48,3%
Buena	214 58,3%	210 60,9%	153 41,7%	135 39,1%
Muy buena	431 72,1%	554 76,4%	167 27,9%	171 23,6%
Total	697 64,7%	820 69%	381 35,3%	368 31%

H → $X^2 = 38,245$ $p < 0,000$

M → $X^2 = 57,990$ $p < 0,000$

Tabla 38. Valoración de la relación con los hermanos y consumo de alcohol

Valoración relación con los hermanos	Consumo de Bebida Alcohólica			
	No		Sí	
	Chicos	Chicas	Chicos	Chicas
Muy mala	11 45,8%	17 60,7%	13 54,2%	11 39,3%
Mala	18 42,9%	32 69,6%	24 57,1%	14 30,4%
Regular	112 58,6%	113 59,8%	79 41,4%	76 40,2%
Buena	208 64,4%	284 71,4%	115 35,6%	114 28,6%
Muy buena	304 68,9%	322 70,6%	137 31,1%	134 29,4%
Total	653 64%	768 68,8%	368 36%	349 31,2%

H → $X^2 = 18,641$ $p < 0,001$

M → $X^2 = 9,918$ $p < 0,042$

5.2 Discusión

El consumo a diario de alcohol en los chicos duplica la frecuencia de consumo de las chicas en todos los cursos escolares. Similarmente, a nivel nacional, la prevalencia de consumo intensivo de tabaco o alcohol para los escolares de 14 a 18 años fue mayor en varones que en mujeres (PNSD, 2006). Por otro lado, se ha observado una tendencia ascendente en el porcentaje de escolares que afirma haberse emborrachado una o más veces. En la Región de Murcia en el 2002, un 26.1% de los adolescentes que declararon haber probado el alcohol en alguna ocasión se había emborrachado una o más veces, frente al 40.7% en el año 2006 (PROCRES, 2006).

Sin embargo, en las comparaciones de frecuencia por curso, los valores fueron similares en 1º, 2º y 3º de la ESO, mientras que en 4º fue algo mayor en chicas. Por tanto, el patrón de consumo parece variar según el curso escolar, con los chicos y chicas empezando a consumir alcohol a edades tempranas, hasta que a los 15 ó 16 años en que se incrementa proporcionalmente más el número de chicas que se unen al hábito de consumir alcohol. Este hallazgo es congruente con los datos de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Escolares (PNSD, 2009) que considera la edad como una de las variables que más influye en la extensión del consumo y, que en concreto, los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol se producen entre los 14 y 16 años de edad (ESTUDES, 2006). Igualmente, en el Estudio de las Conductas y Factores relacionados con la Salud de los Escolares de la Región de Murcia, el consumo fue significativamente mayor en los alumnos de 4º de ESO (81,18%) frente a los alumnos de 2º de ESO (48,13%), (PROCRES, 2006).

Las diferencias de género están presentes en todas las conductas relacionadas con el consumo de alcohol. Además, estas diferencias se incrementan con la edad (Gabhain y François, 2000), aunque parece ser que en los últimos años se está observando una tendencia hacia la homogeneización de los niveles de consumo de chicos y chicas (Mendoza et al. 1998). En un estudio comparativo entre Francia y Reino Unido, mientras que en Francia se encontraron diferencias entre chicos y chicas en el consumo, en el Reino Unido los patrones de consumo fueron similares (Ledoux, 2002).

CAPÍTULO II

Family Characteristics Associated with Alcohol Consumption in Adolescents

6.1 Resumen

El estudio se realizó en 2290 alumnos/as de la E.S.O. de la Región de Murcia en el año 2007, con análisis separados para chicos y chicas. El objetivo de este capítulo es analizar la asociación entre consumo de alcohol, la estructura familiar y la percepción o valoración del vínculo de las relaciones familiares que hacen los adolescentes. Nuestros resultados sugieren que en ambos sexos, valorar desfavorablemente las relaciones con el padre y con los hermanos y, ocupar el segundo lugar entre los hermanos se asociaron independientemente con haber consumido alcohol. En las chicas, fueron además factores de riesgo valorar desfavorablemente las relaciones con la madre . así como que la madre trabajase fuera de casa, sugiriendo que al existir menor supervisión familiar el riesgo de consumo aumenta.

6.2 Introduction

Alcohol drinking is a significant contributor to the global burden of disease and the third leading risk factor for premature deaths and disabilities in the World (WHO, 2010). It is estimated that 2.5 million people worldwide died of alcohol-related causes in 2004, including 320.000 young people between 15 and 29 years of age (WHO, 2010). Alcohol is responsible for about 195.000 deaths a year in the EU (Andersen P et al. 2006). The patterns, context and overall level of alcohol consumption influence the health of the population as a whole. Alcohol consumption contributes to violence, mental illness and social and health inequalities (WHO, 2005).

Over 90% of European Union students aged 15-16 years have ever drunk alcohol in their lifetime. Age of onset to alcohol consumption was, on average, 12,5 years, and first time drunkenness 14 years of age (Andersen P et al. 2006). Two National Surveys (ESTUDES 2006 and 2008) showed an increase between 2006 and 2008 in the percentage of boys and girls that had consumed alcohol from 78,4% to 80,8% in boys and from 80,7% to 81,7% in girls. The average age of onset to alcohol drinking in 2008 was 13,7 years. Consumption is concentrated on weekends, with 39,3% consuming as well on weekdays (OED 2009).

Economic, social and cultural changes have bankrupted the traditional “Mediterranean pattern” that limited alcohol intake to moderate amounts in adults. In adolescents a large increase in beer consumption has become a socially accepted phenomena, “modernization of consumption” (Perula De Torres, LA et al. 1998).

Besides, a type of collective consumption called "botellón" or "binge-drinking", in which drinking and drunkenness is viewed as socially desirable and an end in itself (Espada JP et al. 2003; Measham et al. 2005) has become a serious social problem in some areas (Baigorri A et al. 2006; Clinical Commission, 2007).

During the last decade, attention has been paid to the identification of environmental factors that foster or protect adolescents from alcohol consumption. These factors include socioeconomic status (Tuinstra et al. 1998; Fraga et al. 2011), influence of parents and peers (Ary et al. 1999; Eitle, 2005; Bahr et al. 2005), academic performance (Duncan et al. 1998; Wu et al. 2007), parental monitoring (Bahr et al. 2005; Abar et al. 2008), parental substance use (Fraga et al. 2011), quality of family relationships (Sneed et al. 2001; Ledoux et al. 2002; Inglés et al. 2007), family structure (divorced, single-parent, blended families) (Neher et al. 1998; Griffin et al. 2000; Eitle, 2005) and parental education (Ledoux et al. 2002; Fraga et al. 2011).

Most studies addressing the quality of family relationships have paid attention to the role of the parents, and much less to others, like brothers and sisters. The objective of this study is to analyse the association between alcohol consumption in adolescents and family environmental factors including the role of siblings and the family structure.

6.3 Method

A random sample of 30 public and private schools were selected from all the centres of Secondary Education in the Murcia Region in southern Spain. Two of the selected schools refused to participate. In a second sampling stage, four classrooms were selected in each School. Therefore one classroom was selected for each one of the four compulsory courses of the Secondary Education. In total, 112 classrooms were selected. Visits were arranged with School authorities. Fieldwork was conducted in 2007. Secondary education is mandatory in Spain and most children are between 12 and 16 years of age, though the actual range goes between 11 and 18 years of age.

All children present in the classroom the day of the school visit completed the questionnaires. In total, 2849 students were registered in the classrooms selected for the study. The day of the visit 10.4% of the students were absent and could not be included in the study. In total, 2552 questionnaires were collected with ages ranging from 11 to 18 years. In this study only students between 12 and 16 years (96% of the students) were included.

Self-administered questionnaires were distributed by two psychologists with experience in school interviews and were completed in the classrooms. The questionnaire was anonymous and student's sincerity was encouraged. The questionnaire included sociodemographic information, family structure (two parents family vs single parent family), educational level of parents (primary, secondary or

higher education), occupational activity of the mother (only father works outside home vs both working outside), perceived quality of the relationships with their mother, father and siblings (very bad, bad or regular vs good or very good), number of brothers and sisters (being only child or having one or more siblings) and place of the student among siblings (firstborn, second or third or more). Students were asked whether they had consumed alcohol never, once a month, once a week, two or three times a week or daily. This variable was recoded as a dichotomous variable, alcohol consumption (yes/no). In total 33.2% of the children had ever consumed alcohol.

Analyses were performed with SPSS v. 18.0. Contingency tables and crude odds ratios (OR) with 95% confident intervals (CI 95%) were calculated for alcohol consumption and independent variables. Separate analyses were done for boys and girls. To adjust for possible confounders multiple logistic regression was used including in the models all the variables that had shown significant association with alcohol consumption in the bivariate analyses.

6.4 Results

Alcohol drinking increased with the school year from 17% to 61% for boys (OR: 2; CI95%: 1.7-2.2) and from 12% to 55% for girls (OR: 2.1; CI95%: 1,9-2,4). In each school year more boys had consumed alcohol than girls (Table 1). Girls whose parents had completed primary or secondary education drank more than girls from parents with University education (OR: 1,4; 95% CI: 1,02-2). Living with both parents was a protective factor for girls when compared with those living only with her mother or father, and girls, whose mother stayed at home reported less consumption than those whose mother or both parents worked outside home (OR: 0,71; 95% CI: 0,54-0,94). Being second sibling, both boys and girls, had a 33% higher risk of having drunk alcohol than first or later born teens. Boys and girls with regular, bad or very bad relationships with their father, mother or siblings had a higher risk to have consumed alcohol than those who reported having a “good” or “very good” relationship with them (Table 1).

Table 2 shows multivariate analysis of family factors associated with alcohol consumption in children 12 to 16 years of age. For boys, being second brother (OR: 1,41; 95% CI: 1,02-1,9), having a bad relationship with the father (OR: 2,85; 95% CI: 1,8-4,4) or with siblings (OR: 1,8; 95% CI: 1,3-2,5) were independently associated with a higher probability of having consumed alcohol. For girls, being second born (OR: 1,4; 95% CI: 1,01-1,91), having a bad relationship with father (OR: 1,5; 95% CI: 1,1-2,3), siblings (OR: 1,3; 95% CI: 1-1,9), or mother (OR: 2,1; 95% CI: 1,3-3,4) were independently associated with alcohol intake; while having the father as the only parent

working outside home was a protective factor for alcohol consumption (OR: 0,7; 95% CI: 0,5-0,98).

6.5 Discussion

Our study suggest that, for both boys and girls, having a bad relationship with their father or with their siblings and being a second sibling is associated with a higher risk for having consumed alcohol. For girls, having a bad relationship with the mother was a risk factor while having only their father working outside home was protective. We did not find association between having drunk alcohol and family structure or parent's education.

There is a considerable body of observational studies addressing parental influence on the risk of adolescent alcohol use (Swadi, 1999; Svensson, 2000). The association between having poor relationships with parents and alcohol use has been found in French teenagers (Ledoux et al. 2002) and Spanish teens (Muñoz et al. 2001), but not in an UK population (Ledoux et al. 2002). Conversely, teens that have strong family relationships, cohesive families or a positive family environment have less alcohol use (Sneed et al. 2001; Beinart et al. 2002; Wu et al. 2007). Social control theory in the context of adolescent substance use, maintain that when teens are close to their parents, they feel obliged to act in a non-deviant way to please their parents (Wright & Cullen, 2001). For example, they are likely to refrain from alcohol use if their parents are opposed to their use of it. When teens do not maintain a good relationship with their parents, adolescents may not feel as constrained to conform to the desires of their parents and they are more likely to experiment with alcohol or other drugs (Bahr et al. 2005). However, whether it is the poor relationships with parents that causes alcohol use or whether it is the use of drugs that worsen family atmosphere cannot be addressed in

the present study. Cross-sectional studies do not allow clarify the directionality of the relationship between the variables.

The quality of the relationships with siblings has been less studied as an independent factor. We found a Spanish study about Risk and Protective Factors for Adolescent Drug Use in the Community of Madrid (Muñoz et al. 2001) in which having a bad relationship with siblings was identified as a risk factor of legal psychoactive substance use. The relationship with siblings may have been less frequently measured, as it may be assumed that family influence may mainly be mediated through the relationships with the parents. However, our study suggest that, after adjusting for the quality of the relationship with the parents, the quality of the relationship with the siblings is also a risk factor for having consumed alcohol. In this study we did not measure peer influence. It has been shown that peers has a large influence in the initiation of alcohol consumption in adolescent (Nash et al. 2005; Bahr et al. 2005), and adolescents with strong family bonds were less likely to have close friends involved with drugs (Swadi, 1999). In other study was concluded that adolescent alcohol use is affected minimally by the environmental consequences of parent problem drinking and family functioning, but substantially by sibling environmental effects (McGue M, 1996).Siblings may also act as a strong additional family bond beyond the parents effect.

In our study, it came as a surprise that having a poor relationship with the mother was a risk factor to alcohol use in girls but not in boys, and that the effect was even stronger than that associated at the risk factor of the bad relationship with their father.

We found that being the second-born children in both sexes was associated with having use alcohol. One first explanation is that younger siblings may imitate that risk behavior in an older brother or sister (Huesca, 2002). However, in that argument, the risk should also increase in younger children of larger families. Feinberg and other authors found that social comparison processes depended on birth order, with older siblings more likely to make downward comparisons and younger siblings more likely to make upward comparisons (Feinberg et al. 2000). It means that individuals compare themselves to admire others, termed upward comparisons, and by detecting commonalities with individuals who have high levels of status, they enhance their sense of self; via downward comparisons, individuals enhance their sense of self in a defensive way when they find themselves better off than others (Suls et al. 2002; Whiteman et al. 2011). This social comparison theory may be related a higher alcohol consumption by second brother or sister because if the older brother has a risk consumption, the younger sibling will want to surpass this kind of risk consumption from their sibling to be comparable and enhancing their sense of self. On the other hand, for younger siblings it is easier to obtain alcohol when they have older siblings because they may be available to buy or provide them any alcoholic beverage. Obtaining alcohol from older siblings has been related to binge, frequent and public drinking between adolescents aged among 15 to 16 year old (Bellis et al. 2007).

Living with a single-parent or with a step-parent is associated with an increased risk of alcohol use and substance use compared with teens living in traditional two-parent families (Hoffman & Jhonson, 1998; Ellickson et al. 2001; Bjarnason et al.

2003). Several authors have found that adolescents who were reared in single-parent or blended families are more likely to consume alcohol (Griffin et al. 2000; Eitle, 2005) or that children of divorced parents reported more substance use than children of married parents (Neher et al. 1998). Therefore, it has been hypothesized that family structure might be a significant predictor of adolescent substance use, even after controlling for family process variables and other factors (Eitle, 2005). However, although in our study, in the univariate analyses, girls who belonged to single-parent families had drunk more frequently alcohol than girls living in traditional two-parent families at all ages, that association disappeared in the multivariate analyses after adjusting for quality of the family relationships and other confounders. Therefore, when both family dynamics and family structure are considered simultaneously, it appears that family structure effect disappears and therefore, family dynamics is one pathway through which family structure affects substance use (Ledoux et al. 2002; Hibell et al. 2004).

It may be argued that single-parents may have fewer resources to lead social control on their children. They would be less effective at supervising and disciplining them than would be two-parent families (Eitle, 2005). However, that difficulty may be influenced by the overall social context, as contradictory results have been found for family structure (separation or divorce of parents) in studies in the UK and in France (Ledoux et al. 2002). Therefore, different types of social relations will be associated with the consumption of alcohol in one way or another depending on the cultural context. In Spain, being divorced or a single-parent may benefit, as in other Mediterranean countries, of a certain extended family culture, not so prevalent in other contexts. If that hypothesis is true, children from Mediterranean countries may

experience higher levels of supervision and discipline, keeping close attachments with significant family members other than their parents.

We did not find significant differences in alcohol consumption with the educational level of parents in the multivariate analysis although it was significant for girls in bivariate analysis. Although it is generally assumed that adolescents with a higher educational commitment tended to drink less frequently and to consume smaller amounts (Swadi, 1999), findings coming from observational studies are conflicting. Some studies had concluded that the parents of non-drinkers had higher educational (Prieto Albino, 2000), while in other, girls 13 years of age from higher social classes had the highest proportion of alcohol experimenters. A study in France and Britain did not find consistent differences between education of parents and alcohol use (Ledoux, 2002), and similarly was concluded in a Spanish study (Fraga et al. 2011).

Several limitations in this study should be noted. Firstly, we were only able to assess whether adolescents had ever consumed alcohol but not the intensity of the use. Secondly, the role of peers has been shown to be important (Eitle, 2005; Wu et al. 2007) but we did not have information on their characteristics or drinking habits, therefore could not account for it in the analyses. Thirdly, the study is cross-sectional, and therefore, directionality of the associations cannot be determined with this design.

Our study suggests that prevention of alcohol use has to take into account the multicausal complexity and nature of the use and abuse of legal drugs in adolescence (Martínez-González et al. 2003; Sussman et al. 2004). The importance of family

relations in general, and more specifically the relationship with the father and with the siblings show the importance of having a broad approach to prevention.

6.6 References

- Abar C, Turrisi R. How important are parents during the college years? A longitudinal perspective of indirect influences parents yield on their college teens' alcohol use. *Addict Behav.* 2008; 33:1360-68.
- Andersen P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
- Ary DV, Duncan TE, Duncan S, Hops H. Adolescent problem behaviour: the influence of parents and peers. *Behav Res Ther.* 1999; 37:217-30.
- Bahr SJ, Hoffmann JP, Yang X. Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *J Prim Prev.* 2005; 26(6):529-51.
- Baigorri A, Chaves M. Botellón: más que ruido, alcohol y drogas (La sociología en su papel). *Revista Andaluza de Ciencias Sociales.* 2006; 6:159-184.
- Beinart S, Anderson B, Lee S, Utting D. Youth at Risk? A national survey of risk factors, protective factors and problem behaviour among young people in England, Scotland and Wales. *Communities that Care.* 2002.
- Bellis MA, Hughes K, Morleo M, Tocque K, Hughes S, Allen T et al. Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2007; 2(15):1-10.

-
- Bjarnason T, Andersson B, Choquet M et al. Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: Multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in 11 European countries. *J Stud Alcohol*. 2003; 64(2):200-08.
 - Cadveira Mahía, F. Impacto del consumo de alcohol en forma de atracón sobre las capacidades inhibitorias de adolescentes consumidores. *Trastor Adict*. 2012; 13(1):10-4.
 - Carrión MC et al. Validez y fiabilidad de un cuestionario abreviado para medir actitud autoritaria en adolescentes. *Anales de psicología*. 2012; 28(1):188-195.
 - Comisión Clínica para la Delegación del Gobierno, Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
 - Committee on Substance Abuse. Alcohol use and abuse: A pediatric concern. *Pediatr*. 2001; 108-85.
 - Currie C et al. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2012.
 - Duncan SC, Duncan TE, Biglan A, Ary D. Contributions of the social context to the development of adolescent substance use: a multivariate latent growth modeling approach. *Drug Alcohol Depend*. 1998; 50:57-71.

-
- Eitle D. The moderating effects of peer substance use on the family structure-adolescent substance use association: Quantity versus quality of parenting. *Addict Behav.* 2005; 30:963-80.
 - Ellickson PL, Tucker JS, Klein DJ, McGuigan KA. Prospective risk factors for alcohol use in late adolescence. *J. Stud. Alcohol Drugs.* 2001; 62:773-82.
 - Encuestas Estatales sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996-2008.
 - Espada JP, Griffin KW, Botvin GJ, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo.* 2003; 23(84):9-17.
 - Feinberg ME, Neiderhiser JM, Simmens SJ, Reiss D, Hetherington ME. Sibling comparison of differential parental treatment in adolescence: Gender, self-esteem, and emotionality as mediators of the parenting-adjustment association. *Child Dev.* 2000; 71:1611-28.
 - Fraga S, Sousa S, Ramos E, Dias S, Barros H. Alcohol use among 13-year-old adolescents: Associated factors y perceptions. *Public Health* 2011; 125:448-56.
 - Griffin KW, Botvin GJ et al. Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: moderating effects of family structure and gender. *Psychol. Addict. Behav.* 2000; 14:174-84.
 - Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O et al. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35

European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden. 2004.

- Hoffman JP & Johnson RA. A national portrait of family structure and adolescent drug use. *J. Marriage Fam.* 1998; 41:392-407.
- Huesca RS, Cruz VMG, Encinas RMO and Pontoja GD. Early detection of risk factors associated with illegal drug use. *Salud Ment.* 2002; 25(3):1-11.
- Inglés CJ, Delgado B, Bautista R, Torregrosa MS, Espada JP et al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Int. J. Clin. Health Psicol.* 2007; 7(2):403-20.
- Ledoux S, Miller P, Choquet M and Plant M. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol.* 2002; 37:52-60.
- Martín E. Situación actual de las drogas en España. *Farmacéuticos.* 2002; 9-11.
- Martínez JM, Robles L, Trujillo HM. Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *Int J Clin Health Psychol.* 2003; 3:461-75.
- McGue M, Sharma A, Benson P. Parent and sibling influences on adolescent alcohol use and misuse: evidence from a U.S. adoption cohort. *J. Stud. Alcohol.* 1996; 57(1):8-18.

-
- Measham F, Brain K. 'Binge' drinking, British alcohol policy and the new culture of intoxication. *Crime Media Culture*. 2005; 1(3):262-83.
 - Muñoz M, Graña JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*. 2001; 13(1):87-94.
 - Nash SG, McQueen A, Bray JH. Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence, and parental expectations. *J Adolesc Health*. 2005; 37:19-28.
 - Neher LS, Short JL. Risk and protective factors for children's substance use and antisocial behaviour following parental divorce. *Am. J. Orthopsychiatr*. 1998; 68:154-61.
 - Observatorio Español sobre Drogas (OED). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.
 - Oteo A. Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud. *Revista de estudios de juventud*. 2009; 84:155-77.
 - Perula De Torres LA et al. Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba. *Rev Esp Salud Publica*. 1998; 72(4):331-341.
 - Prieto L, Escobar MA, Palomo L, Galindo A, Iglesias R, Estévez A. *Aten Primaria*. 2000; 25(9):608-12.
 - Rahi M, Kumavat AP, Garg S, Singh MM. Socio-demographic co-relates of psychiatric disorders. *Indian J Pediatr*. 2005; 72(5):395-8.

-
- Sneed CD, Morisky DE et al. Patterns of adolescent alcohol, cigarette and marijuana use over a 6-month period. *Addict Behav.* 2001; 26:415-23.
 - Sussman S, Unger JB, Dent CW. Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *Int J Clin. Health Psychol.* 2004; 4:9-25.
 - Suls J, Martin R, Wheeler L. Social comparison: Why, with whom and with what effect? *Curr Dir Psychol Sci.* 2002; 11:159-63.
 - Svensson R. Risk factors for different dimensions of adolescent drug use. *J Child Adoles Subst.* 2000; 9:67-90.
 - Tuinstra J, Groothoff JW, Wim JA, Heuvel VD, Post D. Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: do they exist? *Soc Sci Med.* 1998; 47(1):67-74.
 - Whiteman SD, McHale SM, Soli A. Theoretical Perspectives on Sibling Relationships. *J Fam Theory Rev.* 2011; 3 (2):124-39.
 - W.H.O. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva, SW: World Health Organization. 2010.
 - W.H.O. World Health Organization Regional Office for Europe: Framework for alcohol policy in the WHO European Region Copenhagen. 2006.
 - W.H.O. Resolution of the Fifty-eighth World Health Assembly (WHA58.26.). Public-health problems caused by harmful use of alcohol. World Health Organization. 2005.

-
- Wright JP, Cullen F T. Parental efficacy and delinquent behaviour: do control and support matter? *Criminology*. 2001; 39(3):677-706.
 - Wu GHM, Chong MY et al. Correlates of family, school and peer variables with adolescent substance use in Taiwan. *Soc Sci Med*. 2007; 64:2594-600.

Table 1. Number, proportion and bivariate analysis of children that reported having ever consumed alcohol by demographic and family characteristics of children 12 to 16 years of age.

Table 2. Bivariate and multivariate analyses of family factors associated with alcohol consumption in children 12 to 16 years of age.

	Having ever consumed alcohol							
	BOYS				GIRLS			
	Bivariate		Multivariate		Bivariate		Multivariate	
	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
School year	1,97	(1,74-2,23)	1,91	(1,67-2,19)	2,11	(1,86-2,40)	2,22	(1,93-2,55)
Place between siblings (1°)	1		1		1		1	
Place between siblings (2°)	1,33	(1,01-1,77)	1,41	(1,02-1,94)	1,33	(1,01-1,76)	1,38	(1,01-1,91)
Place between siblings (3°)	1,23	(0,88-1,73)			1,11	(0,79-1,54)		
Only child	1				1			
Having a sibling or more	1,44	(0,84-2,45)			1,12	(0,66-1,89)		
Higher education (parents)	1				1			
Primary education (parents)	1,01	(0,69-1,47)			1,26	(0,87-1,82)		
Secondary education (parents)	1,15	(0,81-1,63)			1,44	(1,02-2,04)		
Living with both parents	1				1			
One-parent family	0,97	(0,66-1,43)			1,22	(0,84-1,76)		
Only mother or both working	1				1		1	
Only father works outside home	1,13	(0,87-1,48)			0,71	(0,54-0,94)	0,72	(0,52-0,98)
Good/very good (father)	1		1		1		1	
Very bad/bad/regular (father)	2,44	(1,76-3,38)	2,85	(1,84-4,41)	2,13	(1,57-2,89)	1,55	(1,1-2,26)
Good/very good (mother)	1				1		1	
Very bad/bad/regular (mother)	2,36	(1,56-3,51)			2,76	(1,88-4,07)	2,11	(1,3-3,43)
Good/very good (siblings)	1		1		1		1	
Very bad/bad/regular (siblings)	1,67	(1,25-2,23)	1,79	(1,26-2,54)	1,52	(1,14-2,03)	1,34	(1-1,9)

CAPÍTULO III

Ocio y utilización del tiempo libre y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes

7.1 Introducción

La cultura del alcohol se transmite en las creencias sociales que se introducen en el proceso de socialización. Antes de beber ya se tienen unas ideas preconcebidas y estructuradas acerca de sus efectos. En concreto, esperar a priori del alcohol más efectos positivos que negativos, va a ser uno de los factores que desencadenará el inicio de su consumo (García Más, 2002). Y por otra parte, el precoz inicio al consumo de alcohol es un factor de riesgo para el uso continuado del mismo, así como para la progresión y el paso al uso de otras drogas ilegales (Robinson, 1998; Yamaguchi y Kandel, 1984). La mayor parte de daños y costes sociosanitarios asociados al alcohol se producen en sujetos consumidores de riesgo, no dependientes. El 9,5% de la población adulta española son bebedores de riesgo (Colom et al. 2002). Identificar factores protectores y de riesgo al inicio precoz es por tanto, de una gran importancia (Irwin, 2004).

En sociedades occidentales como la nuestra, donde la búsqueda del placer y del éxito social son elementos primordiales, donde el fin de semana y el tiempo libre en general alcanzan dimensiones casi míticas, el alcohol ocupa obviamente un lugar clave en este entramado (Calafat, 2002). Las actividades de ocio han cambiado durante las últimas décadas de forma radical. Se han incorporado actividades como el uso del ordenador, internet y los videojuegos que dominan el tiempo libre y, éste es cada vez más empleado en el ocio electrónico (Padilla-Walker, 2010). Ya en 2003, en EE.UU internet era usado al menos 30 minutos al día por el 80% de los jóvenes de 18-29 años y, el 85% de los estudiantes universitarios tenían su propio ordenador (America's online

pursuits, 2003). El uso de videojuegos es más una actividad de ocio fundamentalmente masculina (Anand, 2007). Algunos estudios han relacionado el uso de videojuegos violentos con la agresión (Anderson and Dill, 2000). Sin embargo, se sabe poco sobre la frecuencia de uso de videojuegos o de ordenador y el consumo de alcohol (Padilla-Walker, 2010).

Los programas de televisión con la publicidad que fomenta el consumo de alcohol pueden incitar a su uso en jóvenes (Strasburger, 1995). De hecho, el alcohol es la bebida más comúnmente mostrada por la televisión (Robinson, 1998). En España se emitieron en el año 2005 un total de 452.251 anuncios publicitarios sobre bebidas alcohólicas (Comisión Clínica, 2007). La publicidad sobre alcohol es diseñada para mostrar a los adolescentes y jóvenes imágenes de éxito, sexualidad y diversión, a través de la televisión, de internet, de la radio o de revistas (Escobar-Chaves y Anderson, 2008). La exposición a tales representaciones frecuentes y ausentes de consecuencias negativas puede incrementar la probabilidad del uso de alcohol (Bandura, 1986). El consumo de tabaco se relaciona también con el alcohol en jóvenes (Fraga et al. 2011), siendo el alcoholismo 10 veces más común en fumadores que en no fumadores (Daeppen et al. 2000).

Hay desacuerdo sobre el papel de la actividad deportiva en jóvenes y el consumo de alcohol. La actividad física ayuda a prevenir un gran número de problemas de salud, y la participación en deportes entre la gente joven ayuda a la salud física y mental, a la socialización, a desarrollar diversas habilidades y al rendimiento académico (Moore y

Werch, 2005). Además, ayuda en las relaciones entre iguales y proporciona un entorno adecuado para establecer estilos de vida saludables (Rooney, 1984). Sin embargo, para algunos autores puede ser una actividad que propicia al intercambio de influencias insanas (Rainey et al. 1996), y Moore y Werch (2005) asocian practicar el deporte de forma colectiva con el mayor uso de alcohol (Moore y Werch, 2005).

Este estudio se propone analizar la asociación entre el ocio electrónico, cultural o el deporte y el consumo de alcohol en adolescentes entre 12 y 16 años. En este estudio se hipotetizó que los adolescentes que veían más la televisión, jugaban más horas a videojuegos, usaban más el ordenador, salían por la noche con los amigos y fumaban tendrían más probabilidad de consumir alcohol. Por otro lado, los que le dedicaban más horas a la lectura, cine o teatro y al deporte tendrían una menor probabilidad de beber alcohol.

7.2 Material y método

Los procedimientos generales del estudio han sido descritos previamente. Se presentan en este apartado las variables utilizadas específicamente en este capítulo.

VARIABLES USADAS PARA ESTE CAPÍTULO

- Variables sociodemográficas (**sexo** y **curso escolar**).
- **Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**, segmentada entre 5 categorías: nunca, una vez al mes, una vez por semana, dos o tres veces a la semana y a diario. Esta variable fue recodificada como variable dicotómica, **consumo de alcohol** (sí/no).
- **Cuántas horas al día entre semana y en fin de semana le dedicas a los video juegos; televisión; ordenador; lectura, cine o teatro; salir por la noche con amigos; y deporte**. Se categorizan en cinco grupos: ninguna hora, 1 hora, 2 horas, 3 horas, 4 horas y 5 horas o más. Para otro tipo de análisis multivariante con estas mismas variables (entre semana y fin de semana) se recodificaron como la suma total de horas entre semana y fin de semana que lo realizan o practican y, fueron categorizadas en cuatro grupos: ninguna hora, de 1-10 horas, de 11-20 horas, de 21 a más horas semanales. Esto se planteó para conocer si realmente existía diferencia entre las horas dedicadas entre semana y en fin de semana y observar si tenían un menor o mayor efecto.

-
- **Consumo de tabaco** fue recodificada como dicotómica (sí/no) de la variable del cuestionario fumar cigarrillos, categorizada según la frecuencia de uso (nunca, una vez al mes, una vez por semana, dos o tres veces por semana y a diario).

Para las dos últimas tablas de este capítulo, utilizamos dentro de las variables familiares, las que se asociaron significativamente en la regresión logística del anterior capítulo. Éstas fueron:

- Actividad ocupacional de los padres, mayor o menor supervisión en el hogar, **si trabaja sólo el padre frente a ambos trabajan fuera de casa.**
- **Calidad percibida del vínculo de las relaciones familiares, valoración de la relación con el padre, con la madre y con los hermanos**, estas tres variables se recodificaron cada una como dicotómica (muy malas, malas y regulares frente a buenas y muy buenas); la categoría de referencia fue “muy buenas/buenas relaciones”.

Análisis de datos

El análisis de datos ha sido descrito previamente en la sección correspondiente de Material y Método de este trabajo. De forma sucinta, se realizó un análisis bivariante y multivariante usando el modelo de regresión logística. Todas las variables que mostraron asociación con el consumo de alcohol en el análisis bivariante, posteriormente fueron incluidos en el análisis multivariante. Los modelos fueron realizados de forma independiente para ambos sexos.

7.3 Resultados

La Tabla 1 muestra las relaciones bivariadas y multivariadas entre consumo de alcohol, curso escolar, actividades de ocio y deporte y consumo de tabaco, para ambos sexos. En chicos y chicas, el consumo de alcohol se asocia con curso escolar, horas de ordenador, de leer, cine o teatro, de salir con amigos por la noche y el fumar tabaco (Tabla 1), mientras que las horas de video juegos es protector en chicas y de riesgo para chicos en el análisis bivariante. En el multivariado el consumo de alcohol en chicos y chicas, aumenta con el curso escolar, así como con el salir con amigos por la noche (OR: 1,6; IC95%: 1,4-1,9 y OR: 1,4; IC95%: 1,2-1,7) y con fumar tabaco (OR: 7,9; IC95%: 5-12,5 y OR: 9; IC95%: 6-13,5). Las horas dedicadas al ordenador (OR: 1,4; IC95%: 1,2-1,7) sólo fue un factor de riesgo para las chicas. En ambos sexos, las horas de lectura, cine o teatro aparecen como protector del consumo de alcohol con una reducción similar de la OR de un 20%.

La Tabla 2 reproduce el análisis multivariante anterior pero, distinguiendo si las actividades se producen entre semana o en fines de semana. Respecto al modelo anterior, en chicos aparecen como factores de riesgo las horas dedicadas a video juegos entre semana (OR: 1,2; IC95%: 1,1-1,3) así como salir con amigos por la noche, en fin de semana (OR: 1,6; IC95%: 1,5-1,8). Como factor protector se mantienen las horas de lectura, cine o teatro entre semana, y se añade el practicar deporte en el fin de semana (OR: 0,9; IC95%: 0,8-0,99). En chicas, dedicar más horas al ordenador entre semana (1,3; IC95%: 1,1-1,4), salir con amigos por la noche en fin de semana (OR: 1,6; IC95%: 1,4-1,7) y el uso de video juegos entre semana (OR: 1,3; IC95%: 1,02-1,6) aparecen como factores de riesgo, mientras que jugar a los video juegos en fin de

semana (OR: 0,7; IC95%: 0,6-0,9) y dedicar horas a la lectura, cine o teatro entre semana (OR: 0,8; IC95%: 0,6-0,9) son factores preventivos.

Las Tablas 3 y 4 presenten los resultados de la asociación entre consumo de alcohol y actividades de ocio analizadas en este capítulo incluyendo también las variables de relaciones familiares que fueron identificadas en el capítulo anterior. Para estos modelos, no fueron significativos ocupar el 2º lugar entre los hermanos y la desfavorable valoración sobre la relación con la madre.

Para chicos en el modelo 6 la desfavorable valoración de las relaciones con el padre muestra una relación significativa (OR: 2,1; IC95%: 1,4-3,1) que no modifica los valores de las OR para el resto de variables, e incrementa poco la proporción de varianza explicada (R^2). De forma similar, una mala relación con los hermanos (OR: 1,4; IC95%: 1-1,9) modifica poco los valores anteriores. Al añadir fumar tabaco en el último modelo (OR: 6; IC95%: 3,4-9) la R^2 aumenta ligeramente (0,28), y dejan de ser significativas practicar deporte en fin de semana y la desfavorable valoración de las relaciones con los hermanos, mientras que la restantes OR no se modifican.

Para chicas, en el modelo 7 que trabaje sólo el padre fuera de casa (OR: 0,6; IC95%: 0,5-0,9) mejora la R^2 y las OR de las variables de ocio no cambian. Algo similar ocurre con los modelos 8, que incluyen la desfavorable valoración de las relaciones con el padre (OR: 1,9; IC95%: 1,3-2,8), y 9 que introduce las relaciones con la madre (OR: 1,9; IC95%: 1,2-3). Incluir el fumar tabaco (OR: 7; IC95%: 4,7-10,7) mejora la proporción de varianza explicada ($R^2=0,31$), y dejan de ser significativos el que trabaje sólo el padre fuera de casa y la desfavorable valoración de las relaciones con la madre. Para las chicas en estos modelos, no fueron significativos ocupar el 2º lugar entre los

hermanos y tener una valoración desfavorable respecto de las relaciones con los hermanos.

7.4 Discusión

Este estudio sugiere que los adolescentes que realizan actividades de ocio culturales, como la lectura, ir al cine o teatro, muestran una menor probabilidad de uso de alcohol que los que realizan salidas nocturnas con los amigos. En un estudio realizado en Brasil (Sanchez et al. 2011) la variable que más se relacionó con el consumo de alcohol fue la frecuencia de salir con amigos por la noche. Muchos adolescentes se socializan con amigos por la noche donde ellos pueden consumir fácilmente porque tienen a su disposición una variedad de lugares donde existe la disponibilidad de participar en un botellón o de beber en bares o discotecas o en un concierto o festival, entre otras. Salir por la noche con amigos ciertamente en nuestra cultura y muchas otras, expone al adolescente a ambientes de riesgo (Weitzman et al. 2003), especialmente en fines de semana. En un estudio que se realizó en la provincia de Alicante sobre lo que los jóvenes pensaban del botellón, el 60% de los jóvenes informaron que el botellón es una práctica consolidada desde hace más de 10 años, el 91% mencionó a la bebida como el elemento clave de la fiesta frente al 52% que consideró que era hablar con los compañeros.

En otros estudios actividades de ocio como leer y actividades artísticas no se asociaron con menor uso de alcohol (Sanchez et al. 2011). En este sentido nuestro estudio es novedoso y ofrece una posible vía de actividad preventiva y protectora de interés para los programas de prevención.

En la cultura popular de hoy, los videojuegos y el uso de ordenador se han convertido en un aspecto relevante en la vida de los jóvenes (Padilla-Walker, 2010). En este estudio, para ambos sexos se relacionó como factores de riesgo respecto al uso de alcohol, las horas dedicadas a los videojuegos entre semana y para las chicas también las horas de ordenador entre semana y como factor protector, la frecuencia de uso de videojuegos en fin de semana. El uso de ordenador y de video juegos no se asoció significativamente al riesgo de consumir alcohol para los adolescentes en otro estudio anterior (Robinson, 1998). Pero, en este estudio se refería a jugar con el ordenador, por lo que no se tuvo en cuenta el uso del ordenador para otros asuntos, como las redes sociales no existentes en aquél momento. Habría que diferenciar para qué se usa el ordenador porque el contenido se puede relacionar con comportamientos más o menos saludables, por ejemplo cuando el ordenador fue usado para chatear, entretenimiento, compras y pornografía se relacionó con uso de alcohol y drogas y cuando se usaba para hacer los deberes se relacionó con menos uso de drogas y mejores relaciones con los padres y amigos, etc. (Padilla-Walker, 2010). Por tanto, el uso de ordenador dependerá de para qué se use y de cuándo se use porque si es usado, sobre todo en los fines de semana para estudiar y para el e-mail podría fomentar aspectos positivos del desarrollo (Padilla-Walker, 2010).

Las horas de televisión no fueron estadísticamente significativas ni para chicos, ni para chicas en nuestro estudio. Existen datos que indican que la gran exposición a anuncios de cerveza u otro tipo de alcohol por la televisión aumenta la probabilidad de beber en los menores (Collins et al. 2007; Fischer et al., 2009). Pero, en nuestro estudio no se preguntó qué es lo que veían por la TV, sólo las horas dedicadas a verla. En un

estudio longitudinal en California, de Robinson y colaboradores (Robinson, 1998) sus resultados indicaron que las horas de ver la televisión y videos musicales fueron factores independientes de riesgo para el inicio de consumo de alcohol en adolescentes. Sin embargo, quienes pasaban más tiempo viendo películas de vídeo tenían menor riesgo de comenzar a consumir.

Varios estudios sugieren que la exposición a anuncios sobre alcohol por los medios es un crucial determinante para incrementar los comportamientos de riesgo en la sociedad (Fischer et al. 2011; Kulick y Rosenberg, 2001). Los comportamientos de riesgo siguen una función de una U invertida a través de la vida, comenzando a ocurrir en los adolescentes jóvenes, aumentando durante la adolescencia, y después disminuyendo en la etapa adulta (Boyer, 2006). Teóricamente fundamental y en relación con este último punto, de manera explícita se investigó si activa (es decir, jugar a videojuegos) frente a pasiva (es decir, mirando un juego de vídeo, así como todos los demás tipos medios de comunicación, tales como la televisión y la música) la exposición al riesgo-que ensalzan los medios de comunicación afectan de diversa manera la magnitud de su efecto sobre la toma de riesgo. Esperábamos que la exposición a los medios activa que los participantes recibieron a través de un video juego que ensalza-riesgo conduciría a un mayor tamaño del efecto que la exposición pasiva a los medios proporcionada por ver a otras personas jugar a los videojuegos o viendo otros tipos de medios como la televisión o la música. Jugar activamente a los videojuegos tiene una variedad de implicaciones únicas para sí mismo y se asocia con procesos de aprendizaje (Fischer et al. 2010), que eleva los efectos psicológicos y de comportamiento de la exposición a los medios. En nuestro estudio no podremos saber

qué afecta más si la exposición activa o pasiva a los medios, aunque sí podemos diferenciar entre los medios respondidos, cuáles han sido los que más se han relacionado con el consumo, si los activos o los pasivos. Pero, según se han planteado en nuestro estudio los ítems, activos serían todos, excepto la televisión que sería pasiva.

A través de diferentes metodologías de investigación variando los formatos de los medios (videojuegos, películas, publicidad y TV) y las diferentes formas de medidas de riesgo relacionadas con consumo de alcohol y tabaco en un meta-análisis de Fischer y colaboradores (2011), se observó una consistente asociación positiva entre exposición al contenido de los medios que ensalzan-riesgo y las consecuentes inclinaciones y comportamientos de tomar-riesgo. Este mismo estudio reveló que el efecto fue más alto por la exposición activa a los videojuegos que la pasiva. Además, el efecto es más fuerte cuando hay una relación contextual directa entre el contenido de los medios de riesgo y el resultado de riesgo (imágenes impactantes de conducción temeraria, por ejemplo en el programa jackass) que cuando hay un bajo vínculo contextual (exposición a la publicidad de alcohol). Se concluye que la en saltación del riesgo en los distintos formatos de los medios causalmente incrementa las inclinaciones y los comportamientos de riesgo.

El deporte practicado en fin de semana, sólo fue protector en los chicos en los modelos iniciales. Otros estudios aportan resultados similares y ser miembro de un club juvenil, grupo o equipo deportivo se suele vincular a una reducción en la frecuencia del consumo de alcohol (Bellis, 2007) y, la práctica de actividades deportivas en los jóvenes

se relaciona con una menor probabilidad de tener comportamientos de riesgo (Fredricks, 2006). No obstante, existe controversia entre los autores respecto si el practicar deporte aumenta o reduce la probabilidad de beber alcohol. Unos afirman que tiene un efecto preventivo, aunque esto puede depender del contexto sociocultural. En un estudio comparativo entre adolescentes españoles y mexicanos, el deporte fue asociado a una menor probabilidad de consumo de alcohol sólo para los españoles (Ruiz-Risueño Abad et al. 2012). Otros argumentan que puede aumentar el riesgo de consumo (Eccles et al. 1999). Quizá que no exista relación entre el deporte y el consumo de alcohol entre las chicas pueda explicarse a partir de los motivos que llevan a éstas a practicar deporte. Las chicas, según afirma García Ferrando (1997) en su estudio sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores de los españoles sobre el deporte, se acercan al deporte por tratar de mejorar el aspecto físico y, su salud en general, sin embargo, en los chicos son más dominantes los motivos lúdicos y de relación social. Por tanto, la práctica del deporte en las chicas sería incompatible con otras conductas de riesgo para la salud como el consumo de alcohol, mientras que en el caso de los chicos no ocurriría lo mismo. Moore y Werch (2005) en un estudio sobre distintas actividades deportivas, que se practicaban individual o colectivamente, encontraron que dependiendo del tipo de actividad y del género unas se asociaban a mayor probabilidad que otras de consumir alcohol entre los adolescentes que las practicaban y, no se encontró una consistente asociación preventiva entre una actividad deportiva específica y el uso de alcohol. Estos resultados pueden ayudar a explicar por qué el deporte practicado en fin de semana es un factor protector para los chicos y no para las chicas en nuestro estudio. En este estudio no se investigó sobre qué tipo de deportes practicaban, sólo por la frecuencia.

Los resultados para las chicas en el estudio de Moore indicaron que los deportes más relacionados con las chicas como la gimnasia rítmica, el baile o el ser animadora, practicándose dentro de la organización del colegio, se asociaban con una menor probabilidad de beber y, que las actividades como el surfing o el “skateboarding”, más mixto, se relacionaban con una mayor probabilidad de consumo. Además, las mismas actividades deportivas donde predomina el género femenino, eran de riesgo si se practicaban fuera del colegio, justificándose la diferencia por un menor control de la autoridad parental o del colegio sobre éste (Moore y Werch, 2005). También hay que atender a distintos factores intrapersonales o externos que pueden influir en el tipo de deporte que es elegido y/o en la capacidad del adolescente a negarse al mismo en ambientes propicios al consumo.

En general, los adolescentes que practican deportes individuales tienen una menor prevalencia de consumo de alcohol. Algunos autores lo explican con la teoría de la autodeterminación, esto se traduce en que algunos pueden practicar el deporte colectivo por factores socioculturales o externos porque necesitan sentirse aceptados para relacionarse mejor o pertenecer a un grupo y otros que practican el deporte individual lo hacen más por factores intrínsecos porque se sienten mejor por el placer en sí, la satisfacción de practicarlos (Ruiz-Risueño Abad, 2012). Varios investigadores dan por cierta la idea de que el deporte, incorporado a temprana edad, puede resultar beneficioso a largo plazo y perdurar hasta la madurez, influyendo de manera positiva en la salud general de las poblaciones (Telama et al. 2005). Los adolescentes españoles activos tienen menos probabilidades de consumir alcohol y tabaco que los sedentarios (Ruiz-Risueño Abad, 2012). Ser activo ejerce en los adolescentes un efecto protector frente a

conductas poco saludables, mientras que ser sedentario es un factor de riesgo para la frecuencia de consumo de sustancias nocivas (Hermoso et al. 2011). Por último, las actividades organizadas, sociales y/o deportivas para los jóvenes, sobre todo en fin de semana, deberían ofrecerse más ampliamente como alternativas al consumo de alcohol. Algunas actividades como el deporte, teatro y artesanías que se han desarrollado en el Reino Unido y en otros países han ayudado a los jóvenes a reducir el uso de sustancias, entre ellas el alcohol (Babor, 2003).

La característica más fuertemente asociada con el consumo de alcohol en los y las adolescentes fue el uso del tabaco (Little et al. 2000; Wetzels et al. 2003; Fraga et al. 2011). Los adolescentes fumadores tienen mayor probabilidad de consumir más alcohol (Ruiz-Risueño Abad et al. 2012). En nuestro estudio, más de un 80% de los menores que fumaban también habían tomado alguna bebida alcohólica. Por tanto, el consumo de tabaco podría utilizarse como un indicador de exposición adicional a otros consumos de riesgo como el alcohol en jóvenes.

La familia juega un papel muy importante en el consumo. Los padres tienen mayor influencia durante la niñez y adolescencia, pero esta disminuye al acercarse a la edad adulta (Urquieta, 2006). Considerados como un grupo “especial” de compañeros, ejercen un modelado directo sobre la conducta, las actitudes y las orientaciones de los más jóvenes (Ruiz-Risueño Abad et al. 2012).

Al ser un estudio transversal, no es posible establecer vínculos causales, ya que no se puede saber qué ocurre primero si la exposición al consumo de alcohol o la intención

de practicarlo. Queda limitada, por tanto, la posibilidad de establecer una direccionalidad en las asociaciones observadas. A pesar de los límites de este estudio, estos resultados proporcionan una primera evidencia sobre el uso del tiempo libre y la frecuencia de los medios que influyen, de una forma o de otra, como se asocian estas actividades a comportamientos no saludables, que forman parte del desarrollo del adolescente, como es el uso del alcohol. Podrían subsanarse en futuras investigaciones con un punto de vista longitudinal y mediante la utilización de autoinformes. Además, no se han tenido en cuenta otras variables que podrían haber afectado a los resultados como, por ejemplo, la influencia de amigos.

Otra limitación del estudio tiene que ver con la medición del consumo del alcohol. Hubiera sido deseable poder distinguir entre bebedores regulares y experimentadores, ya que los factores de riesgo o de protección para unos que para otros pueden no ser iguales (Brook y cols, 1992; Kandel y Davies, 1992). Hay que considerar que de los adolescentes que experimentan con el uso de sustancias, sólo algunos llegan a desarrollar problemas graves con su uso en la adolescencia o en la edad adulta (Glantz y Pickens, 1992; Kandel y Yamaguchi, 1985), por ello sería relevante diferenciarlos.

En esta línea, sería interesante indagar y profundizar en esta problemática con otro estudio de diseño más específico, no sólo de consumo de alcohol, si no de su proyección, ampliando la información para obtener datos de los diferentes tipos de consumo, así como de unos perfiles de estos sujetos y sus relaciones causales respecto a los factores que en este estudio se han presentado u otros, como el grado de influencia

de los amigos, la visibilidad del problema y de percepción del riesgo, el nivel de consumo en su ambiente familiar, la existencia de normas de convivencia familiar (regresar y acostarse a una hora fija por la noche, normas referentes a las salidas, a la participación de tareas domésticas, y al tipo de control o de sobreprotección ejercido por los padres), etc.

7.5 Referencias

- America's online pursuits: The changing picture of who's online and what they do (2003). Report of the Pew Research Center.
Available: <http://www.pewinternet.org>.
- Anand V. A study of time management: The correlation between video game usage and academic performance markers. *CyberPsychol Behav.* 2007; 10:552-59.
- Anderson CA, Dill KE. Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life. *J Pers Soc Psychol.* 2000; 78:772-90.
- Anderson P, Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Alcohol Alcohol.* 2009; 44(3):229-43.
- Arnett, JJ. Adolescents' uses of media for self-socialization. *J Youth Adolesc.* 1995; 24:519-33.
- Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy* Oxford. Oxford University Press. 2003.
- Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1986.
- Bellis MA, Hughes K, Morleo M, Tocque K, Hughes S, Allen T et al. Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2007; 2(15):1-10.

-
- Boyer TW. The development of risk taking: A multi-perspective review. *Development Rev.* 2006; 26:291-345.
 - Brown JD. Emerging adults in a media-saturated world. *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century.* Washington, DC: American Psychological Association, xxii. 2006; 279-99.
 - Calafat A. Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones.* 2002; 14(1):317-35.
 - Colom J, Contel M, Segura L, Gual A. Intervención en poblaciones de riesgo (2): los bebedores de riesgo. *Adicciones.* 2002; 14(1):375-85.
 - Collins RL, Ellickson PL, McCaffrey D and Hambarsoomians K. Early Adolescent Exposure to Alcohol Advertising and Its Relationship to Underage Drinking. *J Adolesc Health* 2007; 40(6):527-34.
 - Comisión Clínica para la Delegación del Gobierno. Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.
 - Daepfen JB, Smith TL, Danko GP, Gordon L, Landi NA, Nurnberger JI et al. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol.* 2000; 35:171-5.
 - Eccles JS, Barber BL. Student council, volunteering, basketball, or marching band: what kind of extracurricular involvement matters? *J Adolesc Res.* 1999; 14:10-43.
 - Ellickson PL, Collins RL, Hambarsoomians K, McCaffrey DF. Does Alcohol Advertising Promote Adolescent Drinking? Results from a Longitudinal Assessment. *Addiction.* 2005; 100(2):235-46.

-
- Escobar-Chaves SL, Anderson CA. Media and risky behaviors. *Future Child*. 2008; 18(1):147-80.
 - Estudio de la Universidad de Alicante. Análisis antropológico del tiempo de ocio de la juventud de la provincia de Alicante” (2002-2003).
 - Fischer P, Greitemeyer T, Kastenmüller A, Vogrincic C, Sauer A. The effects of risk-glorifying media exposure on risk-positive cognitions, emotions, and behaviors: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2011; 137(3):367-90.
 - Fredricks JA, Eccles JS: Is extracurricular participation associated with beneficial outcomes? Concurrent and longitudinal relations. *Dev Psychol*. 2006; 42:698-713.
 - García Más MP. Patología familiar y violencia doméstica. *Adicciones*. 2002; 14(1):221-38.
 - Hermoso Y, García V, Chinchilla J. Study of the participation of schoolchildren in leisure time. *Retos*. 2010; 18:9-13.
 - Irwin CE. Eating and physical activity during adolescence: Does it make a difference in adult health status? *J Adolesc Health*. 2004; 34(6):459-60.
 - Kulick AD, Rosenberg H. Influence of positive and negative film portrayals of drinking on older adolescents’ alcohol outcome expectancies. *J Appl Soc Psychol*. 2001; 31:1492-99.
 - Little HJ. Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Res. Health*. 2000; 24:215-24.
 - Mason F. Mud, sweat and beers: A cultural history of sport and alcohol. *Sociol Sport J*. 2003; 20:180-82.

-
- Moore MJ, Werch CEC. Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *J Adolesc Health*. 2005; 36(6):486-93.
 - Padilla-Walker LM, Nelson LJ, Carroll JS and Jensen AC. More than a just a game: video game and internet use during emerging adulthood. *J Youth Adolesc*. 2010; 39(2):103-13.
 - Rainey CJ, McKeown RE, Sargent RG, Valois RF. Patterns of tobacco and alcohol use among sedentary, exercising, nonathletic, and athletic youth. *J Sch Health*. 1996; 66(1):27-32.
 - Robinson TN, Chen HL, Killen JD. Television and music video exposure and risk of adolescent alcohol use. *Pediatrics*. 1998; 102(5):e54.
 - Rooney JF. Sports and clean living: A useful myth? *Drug Alcohol Depend*. 1984; 13(1):75-87.
 - Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Zamarripa Rivera JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):211-20.
 - Sanchez ZM, Martins SS, Opaleye ES, Moura YG, Locatelli DP, Noto AR. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. *BMC Public Health*. 2011; 11:201-11.
 - Strasburger VC. *Adolescents and the media: medical and psychological impact*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 1995.
 - Telama R, Yang X, Viikari J, Välimäki I, Wanne O, Raitakari O. Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study. *Am J Prev Med*. 2005; 28(3):267-73.

-
- Urquieta JE, Hernández-Ávila M, Hernández B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Publica Mex.* 2006; 48(1):30-40.
 - Wetzels JJ, Kremers SP, Vitoria PD, De Vries H. The alcohol-tobacco relationship: a prospective study among adolescents in six European countries. *Addiction.* 2003; 92:1755-63.
 - Weitzman ER, Nelson TF, Wechsler H. Taking up binge drinking in college: the influences of person, social group, and environment. *J Adolesc Health.* 2003; 32(1):26-35.
 - Yamaguchi K, Kandel DB. Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. Predictors of progression. *Am J Public Health.* 1984; 74:673-81.

Tabla1. Relaciones bivariadas y multivariadas entre consumo de alcohol y curso, ocio, deporte y consumo de tabaco, para ambos sexos

		Consumo de alcohol			
		Bivariado		Multivariado	
		OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Chicos	Curso escolar	1,97	(1,74-2,23)	1,97	(1,71-2,28)
	Video juegos	1,15	(1,01-1,31)		
	Ordenador	1,32	(1,17-1,49)		
	Televisión	1,03	(0,89-1,19)		
	Leer, cine o teatro	0,75	(0,64-0,88)	0,81	(0,67-0,98)
	Salir con amigos por la noche	1,6	(1,41-1,81)	1,60	(1,36-1,88)
	Deporte	0,98	(0,86-1,11)		
	Consumo de tabaco	9,26	(6,14-13,97)	7,87	(4,96-12,47)
Chicas	Curso escolar	2,11	(1,86-2,40)	2,13	(1,84-2,50)
	Video juegos	0,8	(0,67-0,95)		
	Ordenador	1,43	(1,26-1,61)	1,40	(1,18-1,66)
	Televisión	1,12	(0,97-1,29)		
	Leer, cine o teatro	0,77	(0,66-0,91)	0,77	(0,63-0,89)
	Salir con amigos por la noche	1,76	(1,55-2,01)	1,41	(1,18-1,70)
	Deporte	0,87	(0,75-1,01)		
	Consumo de tabaco	11,55	(8,15-16,39)	9,04	(6,04-13,52)

Para el modelo multivariante de los chicos, la R² fue 0,235 y para las chicas fue 0,283.

Tabla 2. Relaciones multivariadas entre consumo de alcohol y ocio, deporte y curso escolar (horas diarias entre semana y en fin de semana) según sexo

		Consumo de alcohol	
		Multivariado	
		OR	(IC 95%)
Chicos	Curso escolar	1,81	(1,58-2,09)
	Video juegos entre semana	1,16	(1,05-1,29)
	Video juegos fin de semana		
	Ordenador entre semana		
	Ordenador fin de semana		
	Televisión entre semana		
	Televisión fin de semana		
	Leer, cine o teatro entre semana		
	Leer, cine o teatro fin de semana	0,82	(0,72-0,95)
	Salir con amigos por la noche entre semana		
	Salir con amigos por la noche fin de semana	1,64	(1,49-1,81)
	Deporte entre semana		
Deporte fin de semana	0,90	(0,81-0,99)	
Chicas	Curso escolar	1,91	(1,65-2,21)
	Video juegos entre semana	1,31	(1,02-1,64)
	Video juegos fin de semana	0,73	(0,60-0,88)
	Ordenador entre semana	1,26	(1,13-1,41)
	Ordenador fin de semana		
	Televisión entre semana		
	Televisión fin de semana		
	Leer, cine o teatro entre semana	0,77	(0,66-0,89)
	Leer, cine o teatro fin de semana		
	Salir con amigos por la noche entre semana		
	Salir con amigos por la noche fin de semana	1,56	(1,41-1,73)
	Deporte entre semana		
Deporte fin de semana			

Para este modelo en chicos y chicas, la R² fue de 0,22 y de 0,232, respectivamente.

Tabla 3. Análisis multivariante para chicos

CHICOS			Consumo de alcohol					
MODELOS	Curso	Deporte (fin sem)	Videojuegos (semana)	Cultura (semana)	Salir (fin sem)	Mala Relación Padre	Mala Relación Hermanos	Fumar
1	1,97 (1,74-2,23)							
2	1,95 (1,72-2,22)	0,94 (0,8-0,99)						
3	2 (1,76-2,28)	0,93 (0,8-0,99)	1,22 (1,1-1,34)					
4	1,99 (1,75-2,27)	0,93 (0,8-0,99)	1,22 (1,12-1,35)	0,84 (0,73-0,96)				
5	1,79 (1,56-2,01)	0,89 (0,8-0,99)	1,2 (1,1-1,3)	0,83 (0,72-0,94)	1,64 (1,5-1,8)			
6 R ² = 0,23	1,8 (1,6-2,1)	0,89 (0,8-0,99)	1,14 (1,1-1,3)	0,8 (0,72-0,95)	1,6 (1,5-1,8)	2,1 (1,4-3,1)		
7 R ² = 0,24	1,8 (1,6-2,1)	0,89 (0,8-0,98)	1,2 (1-1,3)	0,8 (0,7-0,98)	1,6 (1,5-1,8)	2,1 (1,4-3,2)	1,4 (1-1,92)	
8 R ² = 0,28	1,9 (1,6-2,2)	————	1,2 (1-1,3)	0,8 (0,7-0,99)	1,5 (1,4-1,7)	1,8 (1,2-2,8)	————	5,6 (3,4-9)

Tabla 4. Análisis multivariante para chicas

CHICAS				Consumo de alcohol						
MODELOS	Curso	Videojuegos (semana)	Videojuegos (fin sem)	Ordenador (sem)	Cultura (sem)	Salir (fin sem)	Trabaja sólo Padre	Mala Relación Padre	Mala Relación Madre	Fumar
1	2,11 (1,9-2,40)									
2	2,15 (1,9-2,45)	1,4 (1,1-1,6)								
3	2,14 (1,9-2,44)	1,44 (1,2-1,8)	0,75 (0,6-0,91)							
4	2,1 (1,84-2,4)	1,3 (1,1-1,6)	0,75 (0,6-0,9)	1,3 (1,2-1,5)						
5	2,2 (1,9-2,5)	1,3 (1,1-1,7)	0,74 (0,6-0,9)	1,4 (1,2-1,5)	0,7 (0,6-0,8)					
6	1,9 (1,7-2,2)	1,3 (1,1-1,5)	0,74 (0,6-0,9))	1,3 (1,1-1,4)	0,7 (0,6-0,9)	1,6 (1,4-1,7)				
7 R ² = 0,24	1,9 (1,7-2,2)	1,3 (1,1-1,7)	0,74 (0,6-0,9)	1,3 (1,2-1,43)	0,7 (0,6-0,9)	1,6 (1,4-1,74)	0,6 (0,5-0,9)			
8 R ² = 0,245	1,9 (1,7-2,3)	1,3 (1,1-1,6)	0,7 (0,6-0,9)	1,3 (1,2-1,4)	0,7 (0,6-0,9)	1,6 (1,4-1,7)	0,7 (0,5-0,99)	1,9 (1,3-2,8)		
9 R ² = 0,252	2 (1,7-2,3)	1,3 (1-1,64)	0,7 (0,62-0,92)	1,3 (1,1-1,4)	0,7 (0,6-0,9)	1,6 (1,4-1,8)	0,7 (0,5-0,99)	1,6 (1,1-2,34)	1,9 (1,2-3,1)	
10 R ² = 0,31	2 (1,7-2,4)	1,3 (1-1,6)	0,7 (0,6-0,9)	1,3 (1,2-1,5)	0,8 (0,6-0,9)	1,4 (1,3-1,6)	—	1,6 (1,1-2,4)	—	7,1 (4,7-10,7)

CAPÍTULO IV

Violencia intrafamiliar y consumo de alcohol

8.1 Introducción

La familia constituye el principal sistema de apoyo para el adolescente (Antona et al. 2003). Las interrelaciones e interdependencias entre los miembros de la familia juegan un papel fundamental en el proceso de socialización y en la transmisión de valores para preservar la salud del adolescente. Según un informe de la OMS (1999), en la etapa adolescente, la mayoría de los problemas de salud o de los comportamientos de riesgo que se producen son consecuencia de procesos como los cambios de imagen corporal, el desarrollo de la identidad personal y sexual y, los procesos de socialización. Y éstos se reflejan en los estilos de vida que siguen, por lo que se concluye que la mayoría de problemas de salud de nuestros adolescentes pueden ser evitables (WHO, 1999).

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencionado de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupo o comunidad y, cuyas consecuencias más probables son lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones en el desarrollo, abandono o muerte (Krug et al. 2002). Al establecer que la violencia genera problemas de salud individual y pública, se incluye de forma implícita la ejercida en la familia a partir de un miembro de ella contra los más débiles (Comisión Clínica, 2007). La violencia interpersonal se refiere a la violencia entre los individuos, y la categoría es subdividida en violencia familiar y de pareja y, violencia comunitaria (WHOb, 2006). La violencia intrafamiliar o interpersonal, así como el maltrato infantil, se reconoce internacionalmente como un grave problema de salud pública, de derechos humanos y de cuestión social y jurídica (Brook et al. 2003;

WHO, 2006). Las víctimas suelen ser, mayoritariamente, mujeres y niños o adolescentes (Ronan et al. 2004; Selic et al. 2011).

El maltrato infantil se define como todas las formas de violencia física y/o emocional, maltrato, abuso sexual, negligencia en el trato o comercial u otra explotación, lo que resulta en efectivo o potencial daño a la salud del menor, a su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder (Krug et al. 2002). La OMS considera cuatro tipos de maltrato infantil: el abuso físico, el abuso sexual, el abuso emocional y psicológico, y la negligencia (WHO, 1999). Según la OMS (WHO, 1999), la violencia psicológica y emocional incluye patrones de menosprecio, culpar, amenazar, ridiculizar, y otras formas no físicas de tratamiento hostil o rechazo. Y la violencia física incluye golpear, dar patadas, morder, estrangulamiento, todo hecho que incluya violencia física y que provoque daño a la salud del menor, de su desarrollo, supervivencia o dignidad (WHO, 1999). En general, es más frecuente en los estudios la presencia de violencia psicológica que de la física (Selic et al. 2011). Como factores de riesgos se incluyen su entorno (familiar, escolar, comunitario), factores biológicos, psicológicos, comportamentales y situacionales como que los jóvenes tengan acceso a cualquier tipo de arma o el consumo de alcohol (WHO, 2002).

En España, existen pocos datos y no se conoce la prevalencia real del maltrato infanto-juvenil. La violencia contra los niños por parte de adultos en la familia es una de las formas menos visibles de maltrato infantil (WHO, 2006) ya que la mayoría de casos no son detectados (Antona et al. 2003) por ocurrir en la intimidad de la vida

doméstica (WHO, 2006). Sin embargo, es muy frecuente en todas las sociedades (WHO, 2006). La denuncia de los hechos es difícil porque son un grupo vulnerable con dependencia física, afectiva, económica y social de sus padres o tutores (Valdez e Hajar, 2002). El enfoque predominante se ha dirigido a la violencia entre cónyuges, y menos a la violencia que la familia ejerce contra los hijos. Algunos autores proponen el screening de la violencia familiar hacia los menores en las consultas de atención primaria, aunque no existe un consenso sobre las estrategias de prevención e intervención sobre la violencia doméstica en atención primaria (Emery, 2009; Selic et al. 2011). Según datos descriptivos de Díaz Huertas (2001), aproximadamente un 20% de las chicas y un 10% de los chicos sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años, a casi la mitad les ocurre en más de una ocasión y, son las niñas de 11 a 12 años el grupo de mayor riesgo.

Sobre el consumo de alcohol en la Unión Europea no se dispone de un sistema unificado de datos estadísticos suficiente para cuantificar la presencia del alcohol en las intervenciones policiales y judiciales como los que sí existen en Estados Unidos. En un análisis publicado en 1997 por Roizen, describió que el 86% de los homicidios, el 60% de los delitos de abuso sexual, el 17% de hombres y 27% de mujeres implicadas en violencia de la pareja y el 13% de los abusos sobre menores estaban relacionados con el abuso de alcohol (Roizen, 1997).

El objetivo de este estudio es comprobar si existe asociación significativa entre la violencia psicológica y física en el entorno familiar y el uso de alcohol en el adolescente.

8.2 Material y método

Los procedimientos generales del estudio han sido descritos previamente. Se presentan en este apartado las variables utilizadas específicamente en este capítulo.

Variables usadas para este capítulo

- Variables sociodemográficas (**sexo** y **curso escolar**).
- **Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas**, segmentada entre 5 categorías: nunca, una vez al mes, una vez por semana, dos o tres veces a la semana y a diario. Esta variable fue recodificada como variable dicotómica, **consumo de alcohol** (sí/no) y, ésta es la que se ha utilizado como variable dependiente en la regresión logística.
- **En el último mes, entre tu padre; tu madre; tu(s) hermano/a(s) y tú ha habido; y entre tus padres o adultos con quien convives ha habido:**
 - a) **Insultos**
 - b) **Gritos**
 - c) **Amenazas de dañarse seriamente**
 - d) **Golpes o azotes con la mano**
 - e) **Golpes con objetos**

Cada variable fue segmentada en cinco grupos: nunca, una vez al mes, una vez por semana, dos o tres veces a la semana y a diario. Aunque para nuestro estudio fueron recodificadas para el posterior análisis, uniendo insultos y gritos como una variable dicotómica (nunca vs alguna vez) y la otra, golpes o azotes con la

mano, golpes con objetos y amenazas de dañarse seriamente (nunca vs alguna vez).

8.3 Resultados

En el análisis bivariante (Tabla 1) el uso de alcohol es significativamente más frecuente en chicos y chicas expuestos en su ambiente familiar a cualquier tipo de violencia, tanto con los padres como con los hermanos, o cuando la violencia ocurre entre los adultos con los que convive. Para chicas, el riesgo es mayor si se producen golpes con objetos o con la mano contra ella y amenazas con dañarle que cuando son formas de violencia psicológica. En chicas, ser testigo de amenazas y golpes entre los adultos presenta el mayor riesgo de consumo de alcohol (OR: 3.25; IC95%: 1.99-5.29), mayor que cualquiera de las situaciones en que ella misma es víctima de alguna forma de violencia (Tabla 1). Para chicos, la mayor frecuencia de consumo de alcohol se asocia con amenazas y golpes con el padre.

8.4 Discusión

La exposición constante de los jóvenes a la violencia familiar desde temprana edad tiene graves consecuencias en el desarrollo cognitivo, afectivo y de relación, y entre otros efectos, presentan bajo rendimiento escolar, problemas de conducta y adicciones (Brook et al. 2003). Además la literatura en general, confirma el hecho de que existe la transmisión intergeneracional de la violencia vivida en los hogares (Dembo et al. 1992; Selic et al. 2011). Esta reproducción de la violencia puede venir provocada por un alto nivel de conflicto familiar y por normas familiares favorables al uso de la violencia (Herrenkohl et al. 2012). Los jóvenes con una historia de victimización son más propensos a comportamientos de riesgo (Ellickson, 1997), como el abuso de alcohol, cuando estos han sido maltratados por sus progenitores (Cohen et al. 1999). Ser víctima o testigo de actos violentos puede conducir al consumo nocivo de alcohol como mecanismo de afrontamiento (WHOa, 2006). Selic y otros autores (2011) concluyeron en su estudio que el factor de riesgo más importante fue padecer una historia de abuso de alcohol en la víctima para la exposición a la violencia psicológica y física. El rechazo de los padres hacia los hijos, el conflicto familiar y la violencia contra ellos se asocian con un mayor uso de alcohol (Hawkins et al. 1992; Dube et al. 2002). Y el maltrato físico, que los adolescentes fueran golpeados por sus padres, se ha asociado significativamente con una mayor prevalencia de uso de sustancias (Lau et al. 2005).

En otro estudio se observó que se incrementó el riesgo de uso de alcohol y otras drogas para los chicos que sufrieron abuso sexual y para las chicas que padecieron múltiples formas de violencia dentro de la familia (Caballero et al. 2010). Los jóvenes

que se sienten muy excitados por los conflictos familiares pueden responder a estos conflictos mediante el consumo de alcohol como una forma de reducir el estrés y la ansiedad (Chaplin et al. 2012), en consonancia con la teoría de la reducción de la tensión de abuso de alcohol (Cappell y Herman, 1972).

En el estudio de Herrenkohl (2012) el uso precoz de alcohol y la victimización en la temprana adolescencia se asociaban en los estudios transversales, pero no fueron buenos predictores de la violencia sufrida de forma prospectiva a los 3 años. Por lo tanto, en este estudio, estas variables parece que tuvieron una fuerte asociación contemporánea con la violencia que con el cambio respecto a la violencia a través del tiempo. En esta misma línea, la principal limitación de nuestro estudio es su naturaleza transversal, que impide conocer si el consumo de alcohol precede o es consecuencia de la conducta violenta.

8.5 Referencias

- Antona A, Madrid J, Alález M. Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*. 2003; 84:45-53.
- Brook DW, Brook JS, Rosen Z, De la Rosa M, Montoya ID, Whiteman M. Early risk factors for violence in Colombia adolescents. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:1470-8.
- Caballero MA, Ramos L, González C, Saltijeral MT. Family violence and risk of substance use among Mexican adolescents. *Child Abuse Negl*. 2010; 34(8):576-84.
- Cappell H, Herman CP. Alcohol and tension reduction: A review. *J Stud Alcohol*. 1972; 33:33-64.
- Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1999; 103:368-75.
- Chaplin TM, Sinha R, Simmons JA, Healy SM, Mayes LC, Hommer RE, Crowley MJ. Parent-adolescent conflict interactions and adolescent alcohol use. *Addict Behav*. 2012; 37(5):605-12.
- Díaz Huertas JA. Atención al maltrato infantil desde Salud Mental. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Comunidad de Madrid. 2001.
- Dembo R, Williams L, Wothke W, Schmeidler J, Brown CH. The role of family factors, physical abuse, and sexual victimization experiences in high-risk youth's alcohol and other drug use and delinquency: a longitudinal model. *Violence Vict*. 1992; 7:245-66.

-
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al. Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addict Behav.* 2002; 27:713-25.
 - Ellickson P, Saner H, McGuigan KA. Profiles of violent youth: substance use and other concurrent problems. *Am J Public Health.* 1997; 87:985-91.
 - Emery RC. Stay for the children? Husband violence, marital stability, and children's behaviour problems. *J Marriage Fam.* 2009; 71:905-17.
 - Hawkins JD, Catalano R, Miller J. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychol Bull.* 1992; 112:64-105.
 - Herrenkohl TI, Hemphill SA, Mason WA, Toumbourou JW, Catalano RF. Predictors and responses to the growth in physical violence during adolescence: a comparison of students in Washington State and Victoria, Australia. *Am J Orthopsychiatry.* 2012; 82(1):41-9.
 - Krug EG et al. Eds. *World Report on Violence and Health.* Geneva: WHO, 2002.
 - Lau JT, Kim JH, Tsui HY, Cheung A, Lau M, Yu A. The relationship between physical maltreatment and substance use among adolescents: a survey of 95,788 adolescents in Hong Kong. *J Adolesc Health.* 2005; 37(2):110-9.
 - Moore GF, Rothwell H, Segrott J. An exploratory study of the relationship between parental attitudes and behaviour and young people's consumption of alcohol. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2010; 22;5:6.
 - Rationale for and development of the computerized intimate partner violence screen for primary care. [<http://www.endabuse.org/health/ejournal/archive/1-3/McNutt.pdf>].

-
- Roizen J. Epidemiological issues in alcohol related violence. In Galanter, M. Ed. *Recent Developments in Alcoholism*. New York: Plenum Press. 1997; 13:7-40.
 - Ronan GF, Dreer LE, Dollard KM, Ronan DW. Violent couples: coping and communication skills. *J Fam Violence*. 2004; 19:131-37.
 - Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC Public Health*. 2011; 4(11):621-31.
 - Valdez R, Híjar M. Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. *Gac Méd Méx*. 2002; 138(2):159-63.
 - Vicary JR, Lerner JV. Parental attributes and adolescent drug use. *J Adolesc*. 1986; 9:115-22.
 - W.H.O.a Facts on youth violence and alcohol. Geneva, SW: Health Public Centre. World Health Organization. 2006.
 - W.H.O.b Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006.
 - W.H.O. World report on violence and health: Youth violence. Geneva, SW: World Health Organization. 2002.
 - W.H.O. Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos, número 886, Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1999.

Tabla 1. Número, porcentaje, χ test y análisis bivalente entre consumo de alcohol y relaciones violentas en la familia de chicos y chicas

Anexo: Análisis de regresión logística entre consumo de alcohol y violencia psicológica y física en las relaciones familiares por curso y sexo.

Tabla 2

Insultos Gritos Padre vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	OR	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	1,75	,94	3,24
	Chicas	1,42	,70	2,89
2º ESO	Chicos	1,90	1,12	3,24
	Chicas	1,89	1,09	3,29
3º ESO	Chicos	1,87	1,14	3,06
	Chicas	1,38	,85	2,25
4º ESO	Chicos	2,36	1,38	4,05
	Chicas	1,48	,93	2,36

Gráfico 3 Insultos/gritos entre el padre y el adolescente y consumo de alcohol

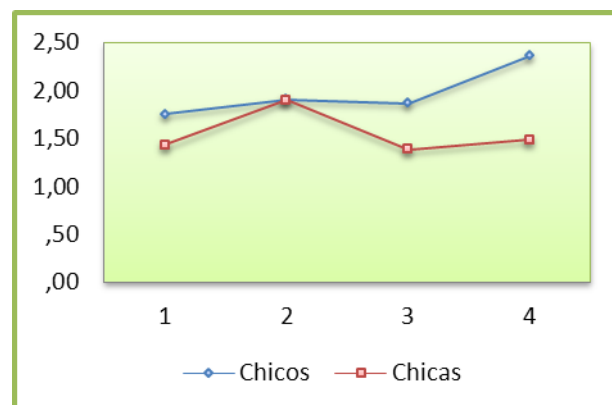


Tabla 3

Golpes o Amenazas Padre vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	OR	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	3,61	1,67	7,84
	Chicas	4,84	1,97	11,92
2º ESO	Chicos	2,63	1,34	5,15
	Chicas	2,52	1,09	5,86
3º ESO	Chicos	1,76	,81	3,83
	Chicas	,90	,38	2,11
4º ESO	Chicos	2,65	1,15	6,10
	Chicas	1,84	,77	4,41

Gráfico 4 Golpes/amenazas entre el padre y el adolescente y consumo de alcohol

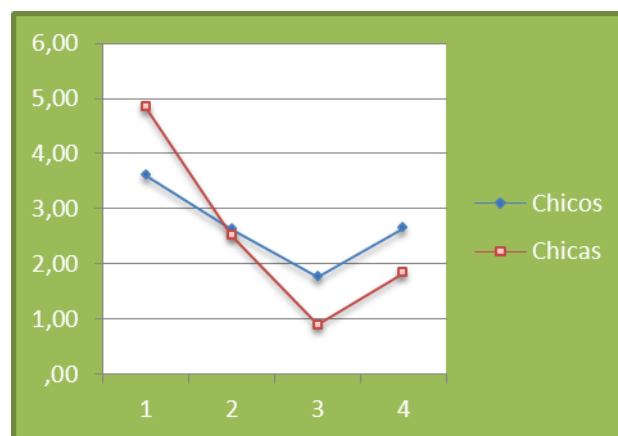


Tabla 4

Insultos Gritos Madre vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	OR	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	1,88	1,02	3,48
	Chicas	1,60	,79	3,21
2º ESO	Chicos	1,42	,84	2,40
	Chicas	2,03	1,15	3,56
3º ESO	Chicos	2,45	1,49	4,03
	Chicas	1,53	,92	2,53
4º ESO	Chicos	2,45	1,41	4,26
	Chicas	1,36	,85	2,20

Gráfico 5 Insultos/gritos entre la madre y el adolescente y consumo de alcohol

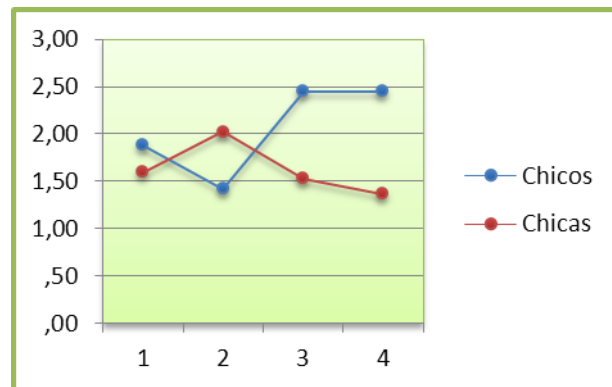


Tabla 5

Golpes o Amenazas Madre vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	OR	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	2,12	,97	4,60
	Chicas	3,14	1,14	8,63
2º ESO	Chicos	1,17	,58	2,38
	Chicas	2,60	1,19	5,66
3º ESO	Chicos	1,50	,64	3,54
	Chicas	1,43	,72	2,88
4º ESO	Chicos	2,43	1,05	5,63
	Chicas	2,49	1,07	5,79

Gráfico 6 Golpes/amenazas entre la madre y el adolescente y consumo de alcohol

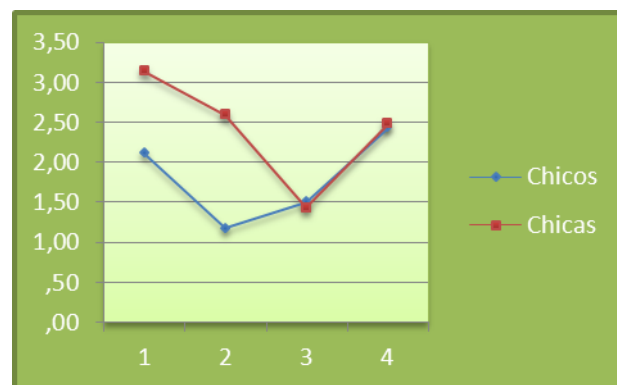


Tabla 6

Insultos Gritos Hermanos vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	1,62	,82	3,18
	Chicas	1,09	,49	2,45
2º ESO	Chicos	1,09	,63	1,90
	Chicas	1,53	,78	3,00
3º ESO	Chicos	1,73	1,00	3,01
	Chicas	,96	,54	1,70
4º ESO	Chicos	1,12	,59	2,12
	Chicas	1,68	,95	2,99

Gráfico 7 Insultos/gritos entre hermanos y el adolescente y consumo de alcohol

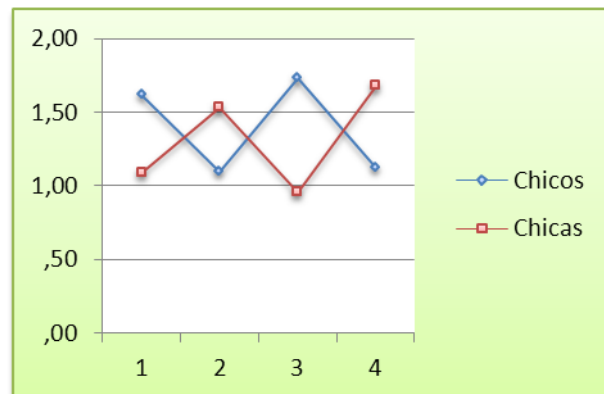


Tabla 7

Golpes Amenazas Hermanos vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	3,24	1,71	6,13
	Chicas	2,81	1,35	5,85
2º ESO	Chicos	1,40	,80	2,46
	Chicas	1,08	,60	1,93
3º ESO	Chicos	1,69	1,03	2,79
	Chicas	1,93	1,17	3,20
4º ESO	Chicos	1,14	,67	1,94
	Chicas	1,75	1,04	2,94

Gráfico 8 Golpes/amenazas entre hermanos y el adolescente y consumo de alcohol

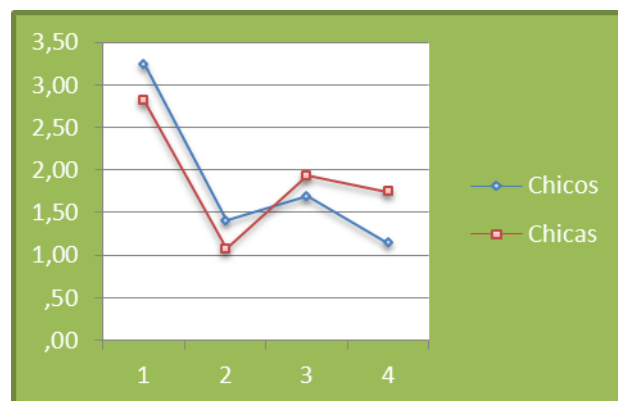


Tabla 8

Insultos Gritos Adultos vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	1,38	,71	2,71
	Chicas	1,60	,79	3,24
2º ESO	Chicos	1,30	,73	2,31
	Chicas	2,01	1,17	3,47
3º ESO	Chicos	2,09	1,25	3,51
	Chicas	1,73	1,07	2,80
4º ESO	Chicos	2,78	1,61	4,78
	Chicas	1,61	1,01	2,57

Gráfico 9 Insultos/gritos entre adultos con los que convive

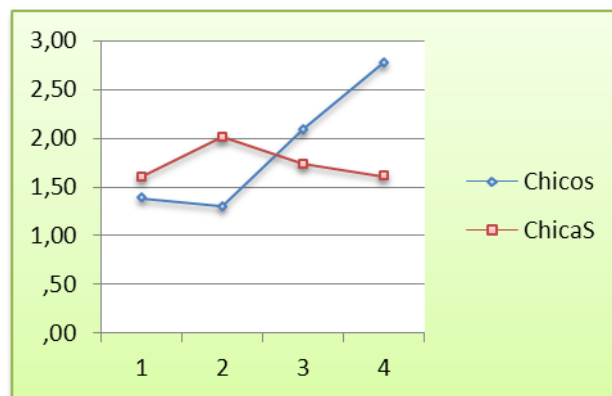
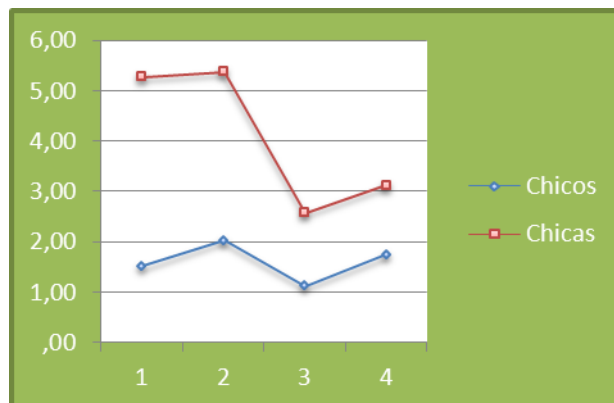


Tabla 9

Golpes Amenazas Adultos vs. Bebida Alcohólica				
Curso académico	Sexo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
1º ESO	Chicos	1,50	,57	3,95
	Chicas	5,28	1,79	15,58
2º ESO	Chicos	2,02	,87	4,72
	Chicas	5,38	1,80	16,10
3º ESO	Chicos	1,13	,45	2,81
	Chicas	2,57	1,14	5,76
4º ESO	Chicos	1,73	,76	3,95
	Chicas	3,13	,85	11,45

Gráfico 10 Golpes/amenazas entre adultos con los que convive



CONCLUSIONES

9. Conclusiones

- El consumo de alcohol fue mayor en chicos que en chicas en 1º, 2º y 3º curso de la ESO, mientras que en 4º curso fue mayor el porcentaje de chicas que afirmaron haber consumido alcohol.
- Los adolescentes que ocupaban el 2º lugar entre sus hermanos refirieron haber consumido alcohol en una mayor proporción.
- Las adolescentes cuya madre no trabajaba fuera de casa, refirieron un menor consumo.
- Los menores varones que valoran desfavorablemente las relaciones con su padre y con sus hermanos beben más frecuentemente alcohol.
- Referir una relación desfavorable con el padre, la madre o los hermanos es un factor de riesgo del uso de alcohol para las chicas.
- Fumar tabaco se asocia fuertemente con un mayor consumo de alcohol para ambos sexos.
- Realizar actividades culturales dedicando más horas al cine, lectura o teatro, se asocia con un menor consumo de alcohol.
- Practicar deporte en fin de semana es un factor protector del uso de alcohol sólo en chicos.
- Los adolescentes que vivían en un entorno familiar conflictivo y violento tenían un mayor consumo de alcohol.
- No se han encontrado diferencias en el consumo de alcohol en relación con el nivel de estudios de los padres.

- No se ha encontrado un mayor uso de alcohol en chicos o chicas de familias monoparentales.

BIBLIOGRAFÍA

10. Bibliografía

Acheson S, Stein R y Swartzwelder HS. Impairment of semantic and figural memory by acute ethanol: age-dependent effects. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22(7):1437-42.

Alonso D, Freijo A, Freijo E. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio del Interior; 1996.

Álvarez F. y del Río C. Farmacología del alcohol. En G. Rubio y J. Santo Domingo. Curso de Especialización en alcoholismo. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. 2001; Unidad 2, p. 1-24.

Andersen P y Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies; 2006.

Antona A, Madrid J, Aláez M. Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo.* 2003; 84:45-53.

Antoñanzas F, Salgado J, Rovira J. Costes sociales de los comportamientos no saludables: metodología y revisión de la práctica. En FJ Braña (Ed.). *Análisis*

económico de los estilos de vida. Externalidades y Coste Social. Madrid. Civitas. 1997.

Arco JL, Fernández A. Por qué los programas de prevención no previenen. Intern J Clinic Health Psico. 2002; 2:209-26.

Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. Am Psychol. 2000; 55:469-80.

Artazcoz L, Borrell C, Diez E, Pasarín M et al. Propuesta de intervenciones para la reducción de las desigualdades sociales en la salud. Documento de trabajo. 2009.

Babor T, Caetano P, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy Oxford. Oxford: University Press. 2003.

Badger TM, Ronis MJ, Lumpkin CK, Valentine CR, Shahare M, Irby D et al. Effects of chronic ethanol on growth hormone secretion and hepatic cytochrome P450 isozymes of the rat. J Pharmacol Exp Ther. 1993; 264(1):438-47.

Baratas MD, Espina A, Ríos A. La prevención de las drogodependencias en la familia. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio del Interior. 1997.

Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. 2002.

Becoña E, Rodríguez A, Salazar I. Drogodependencias, Prevención. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Compostela. 1995.

Ben-Zur H, Zeidner M. Threat to life and risk-taking behaviors: A review of empirical findings and explanatory models. *Pers Soc Psychol Rev.* 2009; 13:109-28.

Blum RH. Un hombre de ciencia juzga la droga. En: La verdad sobre la droga; L. Dauff (Ed). Barcelona, España: Promoción Cultural. 1973.

Bellis MA, Hughes K, Tocque K, Hennell T, Humphrey G, Wyke S. Assessing and communicating the health and judicial impact of alcohol use. *Public Health.* 2005; 119:253-61.

Bellis MA, Hughes K, Morleo M, Tocque K, Hughes S, Allen T et al. Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2007; 2(15):1-10.

Best D, Manning V, Gossop M, Gross S, Strang J. Excessive drinking and other problem behaviours among 14–16 year old schoolchildren. *Addict. Beba.* 2006; 31:1424-35.

Bjarnason, T. Grooming for Success? The Impact of Adolescent Society on Early Intergenerational Social Mobility. *Journal of Family and Economic Issues.* 2000; 21:319-42.

Bobes J, González MP, Sáiz PA y Bousoño M. Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropASI. Versión Española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría.* 1996; 201-18.

Botvin GJ y Griffin KW. School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *Int Rev Psychiatry.* 2007; 19:607-15.

Bourdieu P. Les Trois Etats du Capital Culturel (The Three Stages of Cultural Capital). *Actes Rech Sci Soc.* 1979; 30:3-6.

Brannen J, Dood K, Oakley A, Storey P. *Young people, health and family life.* Philadelphia: Open University Press. 1994.

Brañas P. Atención del pediatra al adolescente. *Pediatr Integral.* 1997; 2:207-16.

Braudel F. *Civilisation matérielle, économie et capitalisme, XVe-XVIIIe siècle. T1: Les structures du quotidien, le possible et l'impossible.* Paris: Armand Colin. 1979.

Breilh J, Granda E. *Epidemiology and heterogeny.* Soc Sci Med. 1989; 28(11):1121-7.

Brook J, Cohen P, Whiteman M y Gordon A S. *Psychosocial risk factors in the transition from moderate to heavy use or abuse of drugs.* In M. Glantz y R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse.* Washington, DC: American Psychological Association. 1992; p.359-89.

Cadveira Mahía F. *Impacto del consumo de alcohol en forma de atracón sobre las capacidades inhibitorias de adolescentes consumidores.* Trastor Adict. 2012; 13(1):10-4.

Canton E, Sánchez MC. *Valores y hábitos de salud en una muestra de escolares valencianos.* Informació psicológica. 1998; 67:28-35.

Carrasco González, AM. *Factores psicosociales y comportamientos de salud relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes: un análisis multivariable.* Rev Lat Am Psicol. 2004; 36 (1):125-44.

Carvalho AI, Buss P. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha JC (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. p.141-66. 2008.

Casswell S, Pledger M, Pratrapp S. Trajectories of drinking from 18 to 26 years: identification and prediction. *Addiction*. 2002; 97:1427-37.

Ceinos P. Australia: Aborígenes, minería y supervivencia. En: P. Ceinos (Ed.) Minorías étnicas. Barcelona: Integral Edicions. 1990.

Center on Alcohol Marketing and Youth, “Overexposed: Youth a Target of Alcohol Advertising in Magazines,” 2002.

Available from <http://camy.org/research/files/overexposed0902.pdf>.

Center on Alcohol Marketing and Youth, “Clicking with Kids: Alcohol Marketing and Youth on the Internet,” 2004.

Available from <http://camy.org/research/internet0304/report-low.pdf>.

Clark DB. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*. 2004; 99(2):5-22.

Comas D y Granado O. El rey desnudo: componentes de género en el fracaso escolar. Madrid: POI. 2002.

Comas D et al. Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Madrid, INJUVE-FAD. 2003.

Comisión Clínica para la Delegación del Gobierno. Plan Nacional sobre Drogas. Informe sobre Alcohol. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud OMS. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzando la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. 2009

Commission on Social Determinants of health. Closing the Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization. 2008.

Conde F. La mirada de los padres: crisis y transformación de los modelos de educación de la juventud. Madrid, CREFAT-CRUZ ROJA. 2002.

Conde D y Alonso LE. Gente conectada: la emergencia de la dimensión fática en el modelo de consumo glocal. *Política y Sociedad*. 2002; 39(1):27-51.

Córdoba R, Delgado MT, Pico V, Altisent R, Forés D, Monreal A, et al. Effectiveness of brief intervention on nondependent alcohol drinkers (EBIAL): Spanish multicentre study. *Fam Pract*. 1998; 15:562-8.

Cockerham WC, Abel T, Lüeschen G. Max Weber, Formal Rationality and Health Lifestyles. *Sociol. Quart.* 1993; 34(3):413-25.

Courtney KE, Polich J. Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychol Bull.* 2009; 135:142-56.

Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav.* 2007; 86:189-99.

Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The Effects of Price on Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems. *Alcohol Res Health.* 2002; 26(1):22-34.

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. 1991.

Daumer J. Perte de la langue et réponses acculturatives: Le cas de la piste des bretons (Loss of language and answers acculturatives: The case of the track from Breton people). *Inf Psychiatr.* 1985; 61(10):1365-72.

De Bellis MD, Clark DB, Beers SR y cols, Hippocampal volume in adolescent onset alcohol use disorders. *Am J Psychiatry.* 2000; 157:737-44.

De Bellis MD, Geraciotti TD Jr, Altemus M, Kling MA. Cerebrospinal fluid monoamine metabolites in fluoxetine-treated patients with major depression and in healthy volunteers. *Biol Psychiatry*. 1993; 33:636-41.

De Bellis MD, Van Voorhees E, Hooper SR, Gibler N, Nelson L, Hege SG, et al. Diffusion tensor measures of the corpus callosum in adolescents with adolescent onset alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008; 32:395-404.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Informe OED 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

Diderichsen F, Dahlgren G, Vågerö. National Institute of Public Health. Sweden. 2000. Disponible: <http://www.lf.se/hkb/engelskversion/enghkb.htm>

Dohner VA. Alternatives to drugs: A new approach to drug education. *J Drug Educ*. 1972; 2(1): 3-22.

Dooley D, Catalano R. Determinants of functional health of older person. En D Pons (2000). *Vivir activos para vivir mejor. Estilos de vida activos en tercera edad*. *Informació psicológica*. 2000; 26: 116-28.

Durkin J. Measuring social capital and its economic impact. Working Paper, University of Chicago. 2000.

Echeburúa E. Abuso de Alcohol. Madrid. ES: Síntesis. 2001.

Elliott GR, Feldman SS. Capturing the adolescent experience. In SS Feldman & GR Elliott (Eds.). At the threshold: The developing adolescent. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1990; 1-53.

Engels F. A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Global. 1985.

Engels RCME, Knibbe RA. Young people's alcohol consumption from a European perspective: risks and benefits. Eur. J. Clin. Nutr. 2000; 54:S52-S55.

Espada JP, Griffin KW, Botvin GJ, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles del Psicólogo. 2003; 23(84):9-17.

Espada JP, Rosa AI, Méndez FX. Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. Salud Drogas. 2003; 3:61-81.

Fraga S, Sousa S, Ramos E, Dias S, Barros H. Alcohol use among 13-year-old adolescents: Associated factors y perceptions. Public Health. 2011; 125:448-56.

Feldmann E, Broderick J, Kernan W, Viscoli C, Brass L, Brodt T et al. Major risk factors for intracerebral hemorrhage in the young are modifiable. *Stroke*. 2005; 36:1881-5.

Fredricks JA, Eccles JS: Is extracurricular participation associated with beneficial outcomes? Concurrent and longitudinal relations. *Dev Psychol*. 2006; 42:698-713.

Freixa F. El alcohol, droga institucionalizada. *Jano*. 1976; 10:246.

Freixa F. Uso y riesgo de dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes. En: M Sánchez-Turet (Ed.). *Uso, abuso y dependencia del alcohol en adolescentes y jóvenes*. Barcelona: PPU. 1993.

Frias J, Rodríguez R, Torres JM, Ruiz E, Ortega E. Effects of acute alcohol intoxication on pituitary-gonadal axis hormones, pituitary-adrenal axis hormones, b-endorphin and prolactin in human adolescents of both sexes. *Life Sci*. 2000; 67(9):1081-6.

Frias J, Torres JM, Rodríguez R, Ruiz E, Ortega E. Effects of acute alcohol intoxication on growth axis in human adolescents of both sexes. *Life Sci*. 2000; 67(22):2691-7.

Gabhainn SN, François Y. Substance use. En C Currie, K Hurrelmann, W Settertobulte, R Smith, Todd J (Eds.). Health and health behaviour among young people: International report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2000; p.97-114.

García A, Sánchez AM. Drogas, Sociedad y Educación, (1ª Ed.). Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. 2005.

Gil-Lacruz M y Gil-Lacruz AI. Del capital humano al capital social: estrategias de prevención del consumo de alcohol. Rev. Esp. Drogodep. 2006; 31(1):79-92.

Glantz MD y Pickens RW. Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. In M Glantz y R Pickens (Eds.). Vulnerability to drug abuse. Washington, DC: American Psychological Association. 1992; p.1-15.

Gofton L. On the town: Drink and the “new lawlessness”. Youth Policy. 1990; 29:33-9.

Gold M. Scholastic experiences, self-esteem, and delinquent behavior: A theory for alternative schools. En M Rosenberg and HB Kaplan (Ed). Social psychology of the self-concept. Illinois: Harlan Davidson. 1982; p.440-51.

Grant BF, Dawson DA. Age at Onset of Alcohol Use and Its Association with DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse*. 1997; 9:103-10;

Gutiérrez JJ, López C, Pérez F y López C. Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia. Murcia: Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. 2005.

Griffith E, Marshall EJ, Cook CC. *The Treatment of Drinking Problems, a guide for the helping professions* fourth edition. Cambridge, RU: Cambridge University Press. 2003.

Griffin KW, Botvin GJ et al. Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: moderating effects of family structure and gender. *Psychol Addict Behav*. 2000; 14:174-84.

Haskell W. Physical activity and the diseases of technologically advanced society. *The American Academy of Physical Education Papers: Physical Activity in Early and Modern Populations*. 1998; 21:73-87.

Heaven PCL. *Adolescent health: The role of individual differences*. London: Roudledge. 1996.

Hendry LB, Shucksmith J, Love JG, Glendinning A. Young people's leisure and lifestyles. London: Routledge. 1993.

Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O et al. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden. 2004.

Hughes K, Tocque K, Humphrey G, Bellis MA. Taking measures: a situational analysis of alcohol in the North West Liverpool: Centre for Public Health; 2004.

Hurrelmann K, Lösel F. Basic issues and problems of health in adolescence. In Hurrelmann K, Lösel F (Eds.). Health hazards in adolescence. Berlin: de Gruyter; 1-21. 1990.

Inglés CJ, Delgado B, Bautista R, Torregrosa MS, Espada JP et al. Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *Int. J. Clin. Health Psicol.* 2007; 7(2):403-20.

Internacional Technology Union: análisis a escala internacional de los datos sobre el uso de tecnologías. Disponible: www.itu.int

Johnson NG, Roberts MC, Worrell J. Beyond appearance: A new look at adolescent girls. Washington DC: American Psychological Association. 1999.

Kandel D. Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*. 1975; 190:912-14.

King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y. *The Health of Youth. A crossnational survey*. WHO Regional office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series No. 69). Canada. 1996.

Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World Report on Violence and Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.

Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974.

Laporte JR., Baksaas I, Lunde PKM. General background. En: MNG Dukes (ed) *Drug Utilization studies Methods and uses*. 2^a ed. WHO Regional publications. European series N°45. WHO. Copenhagen: European Regional Office. 1993; 5-22.

Ledoux S, Miller P, Choquet M y Plant M. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol*. 2002; 37:52-60.

Lee V, Croninger R. The elements of social capital in the context of six high schools. *J Socio Econ.* 2001; 30:165-67.

Ley 6/1997, 22 de octubre, sobre “Drogas, para la Prevención, Asistencia e Integración Social”. BORM 12. Región de Murcia. 1997.

Libro Blanco del Plan Regional sobre Drogas, 2007-10. Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Unidad de Coordinación de Drogodependencias. 2008.

Little HJ. Behavioral mechanisms underlying the link between smoking and drinking. *Alcohol Res Health.* 2000; 24:215-24.

Macià D. Las drogas: conocer y educar para prevenir. Madrid: Pirámide. 1995.

Maag JW, Irvin DM, Reid R, Vasa SF. Prevalence and predictors of substance use: a comparison between adolescents with and without learning disabilities. *J Learn Disabil.* 1994; 27(4):223-34.

Markwiese BJ, Acheson SK, Levin ED, Wilson WA, Swartzwelder HS. Differential effects of ethanol on memory in adolescent and adult rats. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22 (2):416-21.

Martín E. Situación actual de las drogas en España. *Farmacéuticos.* 2002; 9-11.

Martínez JM, Robles L y Trujillo HM. Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *Int. J. Clin. Health Psychol.* 2003; 3:461-475.

Marquínez F, Gutiérrez M, Querejeta I, Ballesteros J, Aramberri I. Epidemiología del consumo de drogas en el País Vasco. *Psiquis.* 1983; 5(4):53-84.

Martínez JM (Coord.), Robles L, Trujillo HM. Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: Implicaciones para la prevención. Andalucía: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social. 2006.

Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: C.S.I.C. 1994.

Mendoza R, Batista JM, Sánchez M, Carrasco, AM. El consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los adolescentes escolarizados españoles. *Gac Sanit.* 1998; 12(6):263-71.

McQueeney T, Schweinsburg BC, Schweinsburg AD, Jacobus J, Bava S, Frank LR et al. Altered white matter integrity in adolescent binge drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009; 33:1278-85.

Miller PM. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug Alcohol Depend.* 1997; 45:121-29.

Mills C, Noyes H. Patterns and correlates of initial and subsequent drug use among adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 1984; 52:231-43.

Muñoz M y Graña JL. Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema.* 2001; 13(1):87-94.

Organización Mundial de la Salud. *Glosario de términos de alcohol y drogas.* Madrid: Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1994.

Ortega P, Mínguez R y Pagán FA. Actitudes hacia la droga en los alumnos de EGB de la Región Murciana. *Anales de psicología.* 1993; 9(1):7-18.

Oteo A. Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud. *Revista de estudios de juventud.* 2009; 84:155-77.

Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking, alcohol use, and physical activity: A 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *J Adolesc Health.* 2004; 35(3):238-44.

Pascual M, Blanco AM, Cauli O, Miñarro J, Guerra C. Intermittent ethanol exposure induces inflammatory brain damage and causes long-term behavioural alterations in adolescent rats. *Eur J Neurosci*. 2006.

Pate RR, Heath GW, Dowda M, Trost SG. Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *Am J Public Health*. 1996; 86(11):1577-81.

Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001.

Pitkänen T, Lyyra A, Pulkkinen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction*. 2005; 100:652-61.

Pons, J. El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Rev Esp Salud Publica*. 1998; 72:251-66.

Pons J, Berjano E. *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.

Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General de Política Social y Consumo. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

Plan Nacional sobre Drogas. Encuestas y estudios. Madrid: MSPSI; 2011. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>

Prüss A, Kay D, Fewtrell L, Bartram J. Estimating the burden of disease from water, sanitation, and hygiene at a global level. *Environ Health Perspect.* 2002; 110(5):537-42.

Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D, Frick U. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *Eur. Addict. Res.* 2003; 9:147-56.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Jernigan D. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *Eur. Addict. Res.* 2003; 9:157-64.

Rodríguez A, Ramasco M, Cruz JL, Rodríguez C, Garabato S, Aerny N. Informe sobre Desigualdades en Salud a partir de la Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención de la Consejería de Sanidad. Madrid: 2010.

Rodríguez E, Megías I, Navarro J. Jóvenes y medios de comunicación: la comunicación mediática entre los jóvenes madrileños. Madrid: INJUVE y FAD. 2001.

Rodríguez J, Agulló E, Agulló S. Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. Adicciones. 2003. 15 (2):5-33.

Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas 1993-2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

Rodríguez Sendín JJ. Guía de Buena Práctica clínica en uso y abuso de alcohol. Organización Médica Colegial. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 2006.

Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. Lancet. 2005; 365:519-30.

Rubio G, Ponce G y Rubio G. Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Madrid: Du Pont Pharma. 2000; 49-62.

Ruiz-Risueño Abad J, Ruiz-Juan F, Zamarripa Rivera JI. Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Rev. Panam. Salud Publica.* 2012; 31(3): 211-20.

Santo Domingo J. *No te rindas ante el alcohol.* Madrid: Rialp. 1990.

Salvador T, Martínez I. De la magia a la evidencia: desarrollo de las actuaciones preventivas en España. En Autores Varios. *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años.* Madrid: FAD. 2002.

Sánchez L, Megías I, Rodríguez E. Jóvenes y publicidad: valores en la comunicación publicitaria para jóvenes. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Instituto de la Juventud. 2004.

Sánchez Moreno A, Aparicio V, German C, Mazarrasa L, Merelles A, Sánchez García A. *Enfermería comunitaria I. Concepto de salud y enfermedad y factores que la condicionan.* Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2000.

Sánchez Pardo L. *La Publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco.* Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2006

Serrán G. Los indios norteamericanos: ¿Extinción o exterminio? En: P. Ceinos (Ed.) *Minorías étnicas.* Barcelona: Integral Edicions. 1990.

Settertobulte W, Jensen BB, Hurrelmann K. Drinking among young Europeans. WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol. Stockholm; 19-21. 2001.

Silber T, Munist M, Maddaleno M, Suárez E. Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex para ejecutores de Salud. Washington DC: OMS. 1992; 20:587-600.

Silveri MM, Spear LP. Decreased sensitivity to the hypnotic effects of etanol early in ontogeny. Alcohol Clin Exp Res. 1998; 22:670-76.

Staines G, Magura S, Roseblum A, Fong C, Kosanke N, Foote J et al. Predictors of drinking outcomes among alcoholics. Am J Drug Alcohol Abuse. 2003; 29:203-18.

Thorlindsson T, Bjarnason T, Sigfusdottir ID. Individual and Community Processes of Social Closure: A Study of Adolescent Academic Achievement and Alcohol Use. Acta Sociol. 2007; 50(2):161-78.

Thorlindsson T, Vilhjalmsón R. Factors Related to Cigarette Smoking and Alcohol Use Among Adolescents. Adolescence. 1991; 26:399-418.

Tuinstra J, Groothoff JW, Van Den Heuvel WJA, Post D. Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: do they exist? *Soc Sci Med.* 1998; 47(1):67-74.

Urquieta JE, Hernández-Ávila M, Hernández B. El consumo de tabaco y alcohol en jóvenes de zonas urbanas marginadas de México. Un análisis de decisiones relacionadas. *Salud Publica Mex.* 2006; 48(1):30-40.

Vargas C, Trujillo HM. Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales en alumnado universitario. *Psicol. Conduct.* 2006; 14:41-62.

Verdejo A, Tirapu J. Neurociencia y adicción. Ed. Sociedad Española de Toxicomanías. 2011; 2:47-8.

Vidarsdottir GB. Social Effects on Educational Achievement, Educational Plans, and Social Capital Among Students. Reykjavik: University of Iceland. 1996.

Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med Clin (Barc)* 1995; 104:784-88.

Wetzels JJ, Kremers SP, Vitoria PD, de Vries H. The alcohol-tobacco relationship: a prospective study among adolescents in six European countries. *Addiction.* 2003; 92:1755-63.

White AM, Best PJ. Effects of ethanol on hippocampal place-cell and interneuron activity. *Brain Res.* 2000; 876(1-2):154-65.

Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 2004; 22(3):429-45.

WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Commission on determinants of Health. World Health Organization. 2007.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Ginebra: World Health Organization. 1986. Consultable en: <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>

W.H.O. CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Madrid, ES: World Health Organization. 1992.

WHO. Objetivo 12-Salud 21. “Reducir el daño derivado de alcohol, drogas y tabaco”. Adoptado por el Comité Regional para Europa en su cuadragésima octava sesión, Copenhague, DK: World Health Organization. 1998.

WHO. Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos, número 886; Ginebra. 1999.

W.H.O. The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, SW: World Health Organization. 2002.

W.H.O. 58^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA 58.26). Geneva, SW: World Health Organization. 2005.

W.H.O. Facts on youth violence and alcohol. Geneva, SW: Health Public Centre. World Health Organization. 2006.

W.H.O. 63^a Asamblea Mundial de la Salud (WHA63.13). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Geneva, SW: World Health Organization. 2010.

Yang TT, Simmons AN, Matthews SC, Tapert SF, Frank GK, Max JE, et al. Adolescents with major depression demonstrate increased amygdala activation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49:42-51.

Zapert K, Snow DL y Kraemer J. Patterns of substance use in early through late adolescence. *Am J Psychol*. 2002; 30(6):835-52.

11. Anexo: Cuestionario del alumno/a

