



CENTRO INTERNACIONAL DE ESTUDOS  
DE DOUTORAMENTO E AVANZADOS  
DA USC (CIEDUS)

**TESE DE DOUTORAMENTO**

**EVALUACIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE  
ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA REPÚBLICA  
DOMINICANA**

**Beatriz Abad Villaverde**

**ESCOLA DE DOUTORAMENTO INTERNACIONAL**

**EN ARTES E HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIAIS E XURÍDICAS**

PROGRAMA DE DOUTORAMENTO EN PSICOLOXÍA DO TRABALLO E AS ORGANIZACIÓNS, XURÍDICO-  
FORENSE E DO CONSUMIDOR E USUARIO

SANTIAGO DE COMPOSTELA

ANO 2020





## DECLARACIÓN DA AUTORA DA TESE

### EVALUACIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA REPÚBLICA DOMINICANA

Dña. BEATRIZ ABAD VILLAVERDE

Presento a miña tese seguindo o procedemento axeitado ao regulamento e declaro que:

- 1) A tese abrangue os resultados da elaboración do meu traballo.
- 2) A tese é a versión definitiva presentada para a súa defensa e coincide coa versión enviada en formato electrónico.
- 3) Confirmo que a tese non incorre en ningún tipo de plaxio doutros autores, nin de traballos presentados por min para a obtención doutros títulos.

Asemade comprométome a presentar un exemplar impreso desta tese no prazo dun mes desde que a EDIUS mo requira, así como o Compromiso Documental de Supervisión no caso de que o orixinal no estea na Escola.

*En Santo Domingo, 28 de xullo de 2020*



## **AUTORIZACIÓN DOS DIRECTORES DA TESE**

### **EVALUACIÓN DEL CONSUMO ABUSIVO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA REPÚBLICA DOMINICANA**

D. Antonio Rial Boubeta e Jesús Varela Mallou

INFORMAN:

Que a presente tese corresponde co traballo realizado por Dna. Beatriz Abad Villaverde, baixo a nosa dirección, e autorizamos a súa presentación, considerando que reúne os requisitos esixidos no Regulamento de Estudos de Doutoramento e que como directores desta non incorre en causas de abstención establecidas na Lei 40/2015.

*En Santiago de Compostela, 28 de xullo de 2020*



*Para Rodrigo,*

*Si hubiera mil vidas, lo mejor de ellas siempre sería ser tu mamá.*





## Agradecimientos

Me gustaría dedicar unas palabras de agradecimiento a aquellas personas que han estado conmigo apoyándome y animándome para hacer posible este proyecto.

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Antonio Rial y el Dr. Jesús Varela haber aceptado la dirección de este trabajo. Cuando se hizo la propuesta aún no teníamos conciencia del gran reto que iba a suponer llevar a cabo el trabajo. En el camino encontramos importantes dificultades, como falta de acceso a la información o los *peligros* que suponía la recogida de datos, pero aun así nunca se rindieron y confiaron en que podríamos salir adelante y lo hicimos. Gracias por el apoyo incondicional. En particular, a Antonio debo extenderle mi agradecimiento más allá de lo que representa este trabajo. Por definición, un tutor es una persona que orienta y eso no alcanza para expresar el compromiso, el esfuerzo y la dedicación que me ha dado. Lo admiro y lo respeto más de lo que puedo expresar con palabras. La ilusión que pone en todo lo que hace es una fuente infinita de inspiración que convierte las cosas difíciles en realidad. Es un orgullo haber tenido la oportunidad de forme contigo y espero que el futuro nos siga ofreciendo muchas oportunidades de trabajar juntos.

A Fernando, debo agradecerle tanto y por tantas cosas que no terminaría nunca. Gracias por tu inestimable apoyo, en especial con el trabajo de campo. Gracias por estar ahí a pesar de mi mal humor cuando el estrés me desborda y las nubes no me dejan ver el sol. Gracias por confiar en mí y por ayudarme ser mejor profesional y un mejor ser humano cada día. Pero, sobre todo, gracias por tanto amor, por nuestra familia y por la vida que estamos construyendo juntos. También quiero agradecer a mis hermanos que siempre están ahí para mí y sobre todo a mis padres. A mi mamá, que se ha preocupado por mí más que nadie, y me ha dado fuerzas para seguir adelante incluso cuando ella las necesitaba tanto como yo. Y a mi papá, que desde donde esté, estoy segura de que se sentirá más orgulloso que nadie de este logro.

Por último, no puedo dejar de agradecerle a Dña. Zaida Lluberes Montás, quien me recibió como a un miembro más de su familia y me tendió su mano amiga cuando mi carrera en la República Dominicana estaba comenzando. Ella desinteresadamente abrió las puertas que hicieron posible que arrancara la recogida de datos de este proyecto y de alguna manera favoreció las circunstancias que permitieron que hoy pueda compartir mi conocimiento y seguir creciendo como docente universitaria e investigadora en este país.

A todos, gracias





## RESUMEN

El consumo de alcohol entre los adolescentes es uno de los problemas de salud pública más importante del mundo y la República Dominicana no es una excepción. Diferentes organismos internacionales informan de un incremento del consumo en la población adolescente y estiman que esta siga en los próximos años. Así mismo, el inicio temprano del consumo, el consumo de riesgo y el consumo intensivo de alcohol (*Binge Drinking*), son también una importante preocupación. Esta situación requiere de estrategias de prevención eficaces, que solo se pueden crear a partir de la evidencia científica. Para contribuir a este propósito se llevó a cabo un trabajo empírico con una muestra 2.011 adolescentes dominicanos, de edades comprendidas entre 12 y 17 años (Media=15,15; Desv. Típica=1,27). Ello permitió hacer una descripción precisa de la extensión del consumo, así como de otros factores relacionados, como pueden ser la edad de inicio, el consumo de riesgo, el consumo intensivo, las consecuencias asociadas e incluso posibles variables moduladoras.

**Palabras clave:** Alcohol, *Binge Drinking*, prevención, consumo, adolescentes

## RESUMO

O consumo de alcohol entre adolescentes é un dos problemas de saúde pública máis importantes do mundo e a República Dominicana non é unha excepción. Diferentes organizacións internacionais informan dun incremento do consumo na poboación adolescente dominicana e estiman que esta tendencia siga nos vindeiros anos. Do mesmo xeito, o inicio temperado do consumo, o consumo de risco e consumo intensivo de alcohol (*Binge Drinking*), son tamén unha importante preocupación. Esta situación require estratexias de prevención eficaces, que só se poden crear a partir da evidencia científica. Para contribuír a este propósito, levouse a cabo un estudo empírico cunha mostra de 2.011 de adolescentes dominicanos, de idades comprendidas entre 12 e 17 anos (Media = 15,15; Desv. Típica = 1,27). Isto permitiu facer unha descripción precisa do alcance do consumo, así como doutros factores relacionados, como poden ser a idade de inicio, o consumo de risco, o consumo intensivo, as consecuencias asociadas e mesmo posibles variables moduladoras.

**Palabras chave:** Alcohol, *Binge Drinking*, prevención, consumo, adolescentes

## ABSTRACT

Alcohol consumption among adolescents is one of the most important public health problems in the world, and the Dominican Republic is no exception. Different international organizations report an increase in consumption among the adolescent population and estimate that this will continue in the coming years. Likewise, the early onset of consumption, the consumption of alcohol and the intensive consumption of alcohol (*Binge Drinking*), are also a major concern. This situation requires effective prevention strategies, which can only be created on the basis of scientific evidence. To contribute to this purpose, an empirical study was carried out with a sample of 2,011 Dominican adolescents, aged 12-17 years (Mean=15.15; Standar Deviation=1.27). This allowed for a precise description of the extent of consumption, as well as other related factors, such as age of initiation, risk consumption, intensive consumption, associated consequences and even possible modulating variables.

**Key words:** Alcohol, *Binge Drinking*, prevention, consumption, adolescents



# ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>19</b>
<b>1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS .....</b>	<b>21</b>
<b>1.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO A NIVEL MUNDIAL .....</b>	<b>24</b>
<b>1.2. PREVALENCIA DE CONSUMO EN LAS AMÉRICAS .....</b>	<b>34</b>
1.2.1. Prevalencia en la población general .....	35
1.2.2. Prevalencia en adolescentes .....	38
<b>1.3. PREVALENCIA DE CONSUMO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA.....</b>	<b>44</b>
1.3.1. Prevalencia en la población general .....	44
1.3.2. Prevalencia en adolescentes .....	47
<b>2. VARIABLES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES. 53</b>	
<b>2.1. CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>56</b>
2.1.1. Consecuencias neurobiológicas en el cerebro Adolescente.....	57
2.1.2. Consecuencias generales para la salud .....	66
2.1.3. Consecuencias a nivel psicosocial.....	83
<b>2.2. ANTECEDENTES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.....</b>	<b>87</b>
2.2.1. Variables personales.....	87
2.2.2. Variables familiares .....	94
2.2.3. Variables contextuales .....	97
<b>3. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS .....</b>	<b>105</b>
<b>3.1. TEORÍAS PARCIALES .....</b>	<b>108</b>
<b>3.2. TEORÍAS EVOLUTIVAS .....</b>	<b>114</b>
<b>3.3. TEORÍAS INTEGRADORAS .....</b>	<b>119</b>
<b>PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>133</b>
<b>4. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>135</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>139</b>

<b>6. MÉTODO</b> .....	<b>143</b>
6.1. Participantes .....	145
6.2. Instrumentos .....	146
6.3. Procedimiento .....	149
6.4. Análisis de datos .....	150
<b>7. RESULTADOS</b> .....	<b>151</b>
7.1. Tasas y hábitos de consumo.....	153
7.2. Consecuencias asociadas al consumo.....	164
7.3. Edad de inicio de consumo.....	177
7.4. Consumo de riesgo y consumo intensivo .....	180
7.5. Contextos de consumo.....	191
7.6. Posibles variables moduladoras .....	195
7.6.1. Percepción de riesgo .....	195
7.6.2. Creencias y expectativas.....	199
7.6.3. Consumo de pares .....	206
7.6.4. Consumo familiar .....	209
7.6.5. Otras variables.....	214
<b>8. DISCUSIÓN</b> .....	<b>221</b>
8.1. Tasas y hábitos de consumo.....	223
8.2. consecuencias asociadas al consumo .....	247
8.3. Edad de inicio de consumo.....	258
8.4. Consumo de riesgo y Consumo intensivo .....	261
8.5. Contextos de consumo.....	270
8.6. Posibles variables moduladoras .....	272
<b>9. CONCLUSIONES</b> .....	<b>287</b>
<b>10. REFERENCIAS</b> .....	<b>295</b>
<b>11. ANEXO</b> .....	<b>323</b>

# PRESENTACIÓN





El consumo de sustancias en general y de alcohol en particular constituye históricamente un tópico de gran preocupación, tanto para clínicos como para investigadores, generando una abundante cantidad de documentación científica y siendo etiquetado con un amplio consenso como uno de los más acuciantes problemas de salud pública a nivel mundial. A pesar de que se han descrito infinidad de factores relacionados con su consumo, siguen siendo muchos los interrogantes. No se ha podido identificar todavía qué provoca la decisión de consumir, ni se sabe ciertamente si las variables motivadoras de la conducta de consumo son las mismas para todas las personas o si el daño causado en el cerebro a edades tempranas puede ser o no reversible.

A pesar del sólido *corpus de conocimiento* con el que contamos a nivel internacional, encaminado a analizar y comprender el problema, no existe un modelo explicativo universalmente aceptado, por lo que aún siguen siendo más los interrogantes que las conclusiones fehacientes. De hecho, en las sociedades con menos tradición investigadora, como es el caso de la República Dominicana, ni siquiera es posible disponer de un sistema que ofrezca datos actualizados regularmente y fiables sobre los niveles y los patrones de consumo, por lo que a día de hoy se dispone de poca evidencia, tanto desde un punto de vista descriptivo, como explicativo del consumo de alcohol entre los adolescentes.

La literatura especializada y los informes epidemiológicos más recientes muestran que aproximadamente la mitad de la población mundial mayor de 15 años ingiere alcohol con cierta regularidad. Ciertamente, no todas las regiones del mundo consumen con la misma frecuencia, ni con la misma intensidad. Tradicionalmente las sociedades occidentales como Europa y Estados Unidos han estado a la cabeza en el ranking de los países cuya población hacía un uso más nocivo del alcohol, pero los informes más recientes alertan de que en la actualidad sociedades menos desarrolladas muestran índices de prevalencia cada vez más elevados y patrones de consumo similares a los occidentales. La realidad que subyace a esta nueva información es que, si el consumo de sustancias es un problema de difícil manejo en los países que lo monitorean exhaustivamente y que cuentan con recursos para abordarlo, el panorama se torna sombrío para estos nuevos contextos más desfavorecidos. La falta de datos objetivos sobre cómo se comporta este fenómeno en diferentes segmentos poblacionales, las limitaciones en el diagnóstico temprano (fruto fundamentalmente de la falta de herramientas de cribado validadas) y los limitados

recursos de prevención y tratamiento disponibles, convierten el consumo de sustancias en un preocupante problema de salud pública.

Desde una perspectiva social, este nuevo panorama internacional sugiere que es responsabilidad de los países con mayor tradición investigadora colaborar con otros más vulnerables o desfavorecidos. En este sentido, la *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*, en el apartado de Cooperación Internacional incluye como ámbito de cooperación multilateral América Latina y el Caribe, como áreas geográficas de atención preferente. Éste es precisamente el marco donde queremos situar el presente trabajo. Con él se pretende responder a la acuciante necesidad de conocer los hábitos y patrones de consumo de los adolescentes dominicanos, aportar nuevas evidencias sobre las consecuencias asociadas a dicho consumo e identificar algunas variables relacionadas, con el firme propósito de contribuir a mejorar la prevención. Tras la necesaria revisión de la evidencia científica disponible y una vez concretadas las razones que justifican la realización de este nuevo estudio empírico y los objetivos del mismo, se muestran los resultados obtenidos y se discuten los hallazgos frente a la evidencia previa. El trabajo finaliza con la correspondiente presentación de las conclusiones y se “arriesga” a señalar algunas sugerencias tanto a nivel aplicado, como de cara a nuevas investigaciones.



# MARCO TEÓRICO





# 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS





A lo largo de este primer capítulo se realiza una revisión epidemiológica del consumo de sustancias en el contexto internacional. Para facilitar su lectura se divide la información en tres grandes bloques: (1) consumo a nivel mundial, (2) consumo en *Las Américas* y (3) consumo en la República Dominicana. En los tres casos se muestran primero datos referidos a la población general y después información específica de los adolescentes. Se toman como referencia los datos más recientes publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se completan con otros informes, como los realizados desde el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) o el Plan Nacional sobre Drogas español (PND). Para el análisis epidemiológico de la región de *Las Américas*, además de los datos de la OMS se analizan los informes de la Comisión Interamericana para el Consumo de Alcohol y Drogas (CICAD) y de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Por último, para la descripción de las prevalencias en la República Dominicana se tienen en cuenta datos de las mismas fuentes y del Observatorio Nacional de Drogas de la República Dominicana. Conviene advertir que, si bien el informe de esta institución está poco actualizado, es el único disponible. Ni a nivel científico, ni desde la academia, ni desde la Oficina Nacional de Estadística, ni desde la Comisión Nacional de Drogas, ni desde el mismo Observatorio Nacional de Drogas se ha facilitado ningún reporte más reciente. Ello justifica, si cabe aún más, la necesidad de trabajos de investigación como éste.

## 1.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO A NIVEL MUNDIAL

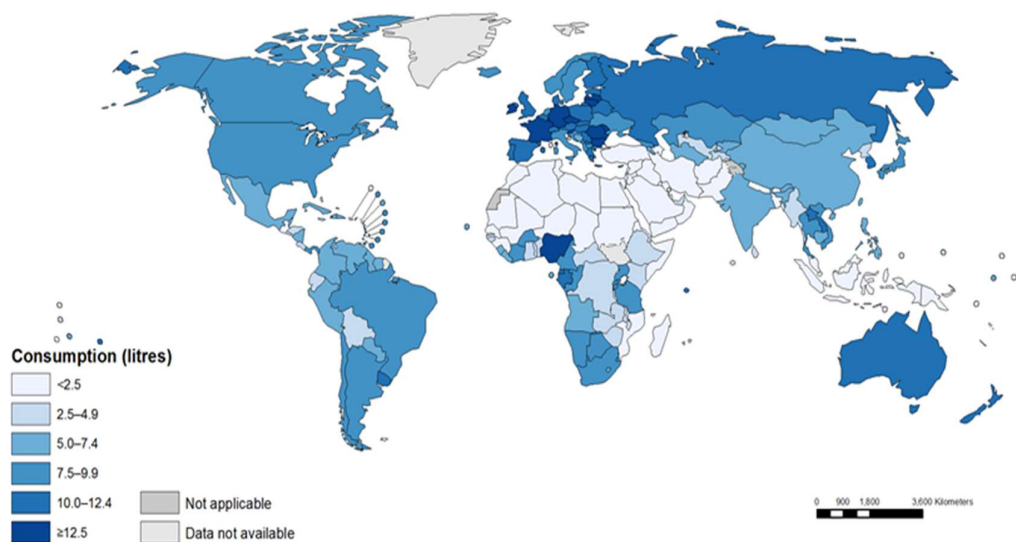
Según la convención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en Ginebra el 21 de septiembre del 2018, más de 3 millones de personas murieron como resultado del uso nocivo del alcohol en 2016, lo que representa 1 de cada 20 muertes y causa más del 5% de la carga mundial de enfermedades. En esta convención el Director General de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus hacía una reflexión sobre el daño ocasionado por violencia, lesiones, problemas de salud mental y enfermedades como cáncer o accidentes cerebrovasculares que sufren las personas, familias y comunidades como consecuencia del uso nocivo del alcohol. Por esta razón, pedía acciones más intensas orientadas a prevenir la amenaza que supone el alcohol para el desarrollo de sociedades saludables (*World Health Organization, 2018*).

Los niveles de consumo de alcohol son un potente y confiable indicador de severidad del problema y casi la mitad de la población adulta, el 43% de los mayores de 15 años bebe alcohol con cierta regularidad, consumiendo de promedio 6,4 litros de alcohol puro. Considerando los índices de crecimiento de consumo de alcohol de las últimas décadas, las proyecciones para el 2030 pronostican un consumo global per cápita de 7,6 litros, impulsado por los cambios en el consumo de alcohol de las regiones de la OMS en el sudeste de Asia y el Pacífico occidental, donde se pronostican grandes aumentos en el consumo episódico intensivo y disminuciones en la abstinencia de por vida (*The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2019*).

Existe una gran variación en el consumo total de alcohol entre las diferentes regiones y Estados Miembros de la OMS. Como se puede apreciar en la figura 1, los niveles más altos de consumo se encuentran en el mundo desarrollado, en particular en la Región Europea con un 59.9% de bebedores, y en la Región de *Las Américas* con un 54,1%. En estas dos regiones, junto con el Pacífico Occidental (53,8%), más de la mitad de la población es consumidora habitual de alcohol (*World Health Organization, 2018*).

**Figura 1**

Consumo de alcohol en mayores 15 años en 2016 (World Health Organization, 2018)

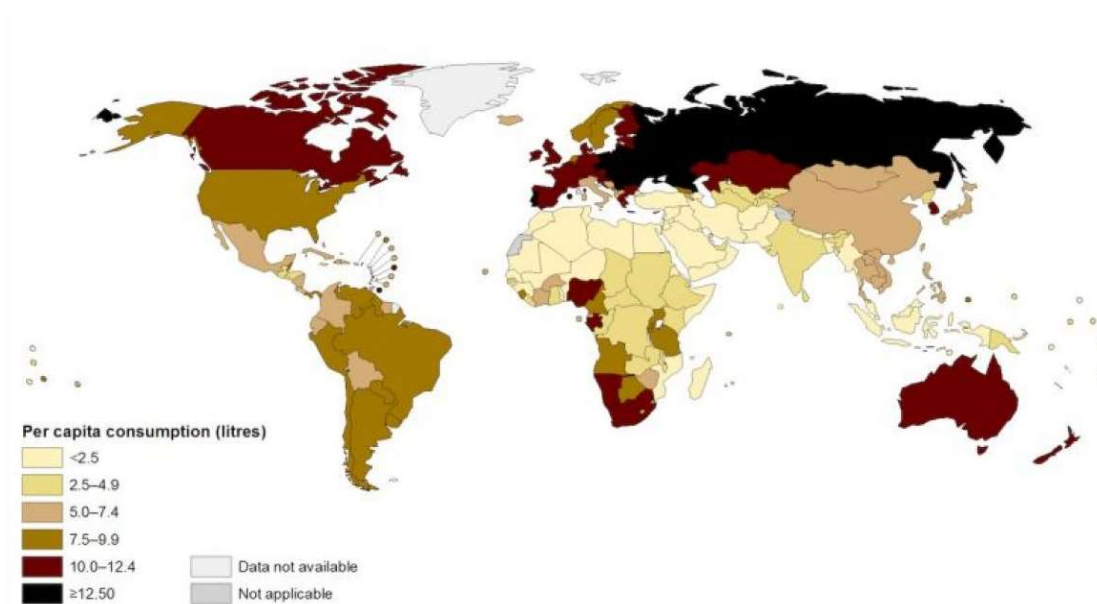


Los niveles intermedios de consumo se encuentran en la Región del Pacífico Occidental y en la Región de África, mientras que los niveles de consumo más bajos se encuentran en la Región de Asia Suroriental y en particular en la Región del Mediterráneo Oriental o en otros países donde la mayoría de su población profesa la religión musulmana, como Níger en la Región de África de la OMS, Indonesia en la Región de Asia Suroriental de la OMS o Azerbaiyán en la Región Europea de la OMS.

La dispersión de la prevalencia de consumo no ha cambiado significativamente desde el reporte anterior de la misma Organización publicado el 2014 hasta la publicación actual del 2018. Si se comparan las figuras 1 y 2 se pueden observar algunas diferencias específicas tales como que en el año 2016 Asia ya no es la región que presenta mayores tasas de consumo de alcohol a nivel mundial, sino que Nigeria y Francia, Alemania, Moldavia, Rumania y Bulgaria destacan ahora entre los países con un mayor nivel de consumo de alcohol en personas con más de 15 años (World Health Organization, 2014; 2018).

Figura 2

Consumo de alcohol en mayores 15 años en 2010 (World Health Organization, 2014)



Refiriéndose específicamente al consumo de la población joven, a nivel mundial, la prevalencia de consumo excesivo de alcohol en personas de entre 15 y 19 años es menor (13,6%) que en la población total (18,2%). Esto es así para todas las regiones de la OMS, pero se mantiene la misma tendencia que para la población adulta, siendo los jóvenes de América, Europa y Pacífico Occidental los que más consumen (World Health Organization, 2018).

La **región asiática** ocupa el primer lugar del mundo en la clasificación de población abstinerente, aunque cada vez sus índices de consumo de alcohol y otras drogas se ha ido incrementando de manera progresiva. Estudios recientes muestran que algunos países asiáticos están presentando patrones de consumo similares a los de los países occidentales, que hasta ahora son los mayores consumidores del mundo, por lo que preocupa la evolución del consumo en esta región. El reporte de la OMS del 2018 habla de que los índices de prevalencia más bajos corresponden a la región de Asia Sudoriental. Sin embargo, algunos países como *Bután* o Tailandia están alertando sobre niveles de consumo de alcohol preocupantes en sus sociedades. Un trabajo reciente pone de manifiesto como en *Bután*, una nación que tradicionalmente ha sido rural y budista, a medida que se ha ido desarrollando, su población ha ido adoptando cada vez más prácticas occidentales, entre ellas el uso problemático del alcohol. El estudio evalúa el consumo



dañino del alcohol en relación con las prácticas de crianza y el malestar percibido en una muestra de 245 estudiantes de 19 a 61 años. Los resultados de su trabajo muestran que los estilos parentales negativos se relacionan con niveles más elevados de malestar y con mayor uso nocivo del alcohol (Penjor et al., 2019). En otro estudio llevado a cabo en el mismo país también se examinaron las tasas y patrones de consumo de alcohol y factores asociados en 442 sujetos evaluados con el Examen de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) y con entrevistas personales y encontraron que la prevalencia de consumo de alcohol fue de un 38,5% con una prevalencia superior en hombres que en mujeres (52% vs. 30%). Entre los bebedores, el 30,3% de los hombres y el 25,9% de las mujeres informaron tener problemas financieros como consecuencia del consumo; el 92.4% de los consumidores bebían exclusivamente en casa y 34,8% de los hombres y el 58% en mujeres creían en las propiedades medicinales del alcohol, lo que identificó esta creencia como la razón principal para comenzar a beber, convirtiéndose en un fuerte predictor de consumo en esta población (Subady et al., 2013).

Tailandia es otro país de la misma región que publicó en el 2019 un estudio de prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol y otras drogas en el que se entrevistó a 736 adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años. Los resultados encontraron que el 45% de los encuestados eran bebedores, con una mayor probabilidad de consumo en hombres que en mujeres. La edad de consumo se estableció entre los 15 y los 19 años, siendo su primera bebida consumida la cerveza y reconocían que la persuasión del círculo social y la curiosidad eran los principales motivadores de la conducta para consumir. La mayoría se identificaban como bebedores regulares y algunos informaban consumir otras drogas además de alcohol. Una quinta parte informó haber padecido accidentes o lesiones como consecuencia de haber ingerido alcohol, así como haber tenido prácticas sexuales de riesgo. También encontraron que algunas variables como la religión, el trabajo, la ocupación de los padres y las conductas de consumo de alcohol en los familiares o el círculo social estaban relacionadas con los patrones de consumo en los jóvenes (Singkom et al., 2019).

En el Pacífico Occidental, que es una región considerada por la OMS como de consumo intermedio, Vietnam ha implementado en los últimos años una serie de políticas destinadas a controlar y reducir el consumo del alcohol en su población (Do et al., 2019). Sin embargo, estudios recientes siguen publicando tasas de prevalencia altas para esta comunidad. En una investigación llevada a cabo en cinco estados vietnamitas donde se

entrevistó a 1200 participantes, de 16 a 30 años se encontró que el 46,2%, el 37,3% y el 9,9% de los encuestados informaban haber consumido alcohol, tabaco y drogas ilícitas respectivamente en los últimos 30 días, siendo más probable el consumo en hombres que en mujeres. En el análisis de la percepción del uso y el abuso de sustancias en población vietnamita muestra que casi el 30% cree que el tabaquismo pasivo no es perjudicial para la salud, casi el 40% acepta beber alcohol si los invitan y aproximadamente el 34% no piensa que el uso de drogas una o dos veces pueda causar adicción. Respecto al análisis de la relación con variables sociodemográficas se vio que las mujeres adultas que vivían en zonas rurales tendían a percibir más correctamente el hecho de fumar o consumir alcohol que los homólogos masculinos, urbanos y más jóvenes (Do et al., 2019; 2018).

Por lo que se refiere al **continente africano**, según informes de la OMS (2018), aproximadamente el 32,2% de la población general de África son consumidores de alcohol. Este dato concuerda con revisiones muy actuales de los niveles de consumo llevadas a cabo en muchos países de la región en las que se alerta de prácticas preocupantes de consumo de alcohol y otras sustancias en su sociedad. Algunos ejemplos de países de esta región que recientemente han publicado al respecto son Ghana, Botsuana y Sudáfrica.

En un trabajo reciente de la Universidad de Ghana se entrevistó a 1984 estudiantes de 11 a 19 años para conocer las prevalencias de consumo de alcohol y otros factores relacionados. En sus resultados encontraron que el 6,8% tenían problemas con el alcohol, el 11,1% mantenía patrones nocivos de consumo y el 12,6% habían consumido alcohol recientemente. También encontraron que la ocurrencia de algunas conductas como el absentismo escolar, agresiones físicas, consumo de otras sustancias como tabaco o incluso la ideación o los intentos suicidas era más probables en los casos en los que había consumo de alcohol (Oppong orget al., 2019).

En *Botsuana* también han identificado que el alcohol y otras drogas ilegales se han convertido en un problema creciente en su sociedad y la falta de información sobre los factores que afectan al consumo dificulta la implementación de intervenciones efectivas desde los ámbitos de salud pública. Tratando de arrojar luz a esta cuestión Riva et al., (2018) publicaron un artículo en el que estudiaron los índices de prevalencia, los factores de riesgo y los factores de protección aplicando el AUDIT a una muestra de 1936 estudiantes de 17 colegios de secundaria del área urbana y la periferia. Los resultados de

su trabajo muestran que el 42,1% de los adolescentes que participaron en el estudio tomaba alcohol, el 22,4% informaba de patrones de consumo perjudiciales para la salud y el 16,7% también ingerían drogas ilegales, siendo la marihuana la sustancia usada más comúnmente. Entre los factores que se asociaban de manera más significativa con el consumo de alcohol o drogas estaban la disponibilidad de la sustancia, factores de vulnerabilidad individual y social y las relaciones con otros pares que también consumían. Los autores concluyeron que las intervenciones orientadas a reducir disponibilidad de alcohol y drogas, así como crear mayores redes de apoyo para los adolescentes pueden ser estrategias útiles para disminuir el consumo de alcohol y drogas entre los estudiantes de secundaria en *Botsuana* (Riva et al., 2018).

También Sudáfrica ha informado del importante problema que supone el consumo de alcohol para la salud pública de su país. Morojele y Ramsoomar (2016) resaltan que desde el 2012 los episodios de consumo excesivo de alcohol han sido altos, aunque relativamente estables entre los hombres, cuyos índices de prevalencia giran en torno al 54%. Sin embargo, la frecuencia con la que estos episodios han comenzado a presentarse en la población femenina ha aumentado significativamente en los últimos años y ya alcanza prevalencias del 45%. Alrededor del 30% de los hombres y del 20% de las mujeres informaron en el período entre el 2002 y el 2011 haber experimentado consumos excesivos de alcohol en los últimos 30 días previos a ser evaluados y la edad promedio de iniciación estimada para ese período estaba por debajo de los 13 años en el 12% de los casos. Estos datos se han traducido en términos de impacto social y para la salud en una multiplicación de los daños relacionados con mayor tasa de mortalidad por accidentes de tráfico, violencia interpersonal, crimen sexual y VIH entre otras consecuencias, con la resultante carga económica para el país (Morojele y Ramsoomar, 2016).

Centrándonos ya en **Europa**, cabe señalar que ésta es la región de la OMS que más alcohol puro consume del mundo en términos de prevalencia general, registrando su índice de consumo de alcohol puro en 9,8 litros. Con algunas excepciones a nivel mundial como Nigeria, Uruguay o Australia, los países de Europa son, en conjunto, los que más alcohol consumen del mundo, situando sus tasas de ingesta per cápita en 10 litros o más en la mayoría de sus naciones. En esta parte del mundo el 59,9% de la población son consumidores de alcohol, de los cuales el 69,2% son hombres y el 51,4% mujeres. Aunque los jóvenes de 15 a 19 años, en general, beben menos que la población mayor de 15 años (51,2% en población de 15 a 19 años vs 59,9% de la población adulta), esta brecha

se cierra rápidamente, ya que entre los 20 y los 24 años, los niveles de consumo se acercan peligrosamente a los de la población adulta (54,7% de consumo en población de 20 a 24 años vs 59,9% de la población adulta) (*World Health Organization*, 2018).

La distribución del consumo por la región es bastante heterogénea. Los países de Europa del Este son los que encabezan la lista en el registro de las tasas de consumo más elevadas. La República de Moldavia donde se registra una prevalencia de 15,2 litros de alcohol puro per cápita, es el país europeo que consume más alcohol, seguido de cerca por Lituania con 15 litros o la República Checa con 14,4 litros. Los países europeos que registran las prevalencias más bajas son aquellos en los que la mayoría de su población profesa la religión musulmana. Azerbaiyán con 0,8 litros es el país de la región de Europa que registra la prevalencia más baja, seguido de Turquía con 2 litros de alcohol puro per cápita y Uzbekistán con 2,7 litros. Los países de Europa occidental consumen, en general grandes cantidades de alcohol. En su mayoría todos superan los 10 litros de alcohol puro per cápita y algunos presentan índices incluso más elevados que el promedio de los países vecinos, como es el caso de Alemania con un consumo de 13,4 litros de alcohol puro per cápita, seguido de cerca por Luxemburgo e Irlanda con 13 litros, cuyos índices de prevalencia llegan a sobrepasar en más del doble los 6,4 litros de consumo medio a nivel mundial (*World Health Organization*, 2018).

Específicamente en España, aunque no es el país con las tasas más elevadas de consumo, y a pesar de que los informes más recientes hablan de una disminución considerable con respecto evaluaciones anteriores, el consumo de alcohol y otras drogas sigue siendo un problema de interés nacional. En los últimos años el consumo de alcohol per cápita en la población mayor de 15 años ha disminuido desde los 11,2 litros registrados en el 2010 a 9,8 litros en el 2016 (*World Health Organization*, 2014; 2018). Sin embargo, aunque las prevalencias de consumo han disminuido, se han originado nuevos y peligrosos patrones de consumo conocidos como consumo intensivo de alcohol.

Durante las últimas décadas la bibliografía especializada ha mostrado una marcada preocupación por lo que la literatura anglosajona ha denominado *Binge Drinking* (BD) y en España se conoce como Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) que consiste en un patrón de consumo caracterizado por grandes ingestas de alcohol en espacios relativamente cortos de tiempo que suelen conducir a la embriaguez (Cortés y Motos, 2016; Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez y Motos, 2011; Cortés, Espejo, Giménez

y Motos, 2011; Bonar et al., 2012; Cooke et al., 2010). Las personas que tienen estos patrones de consumo tienen una alta probabilidad de desarrollar un trastorno por dependencia y de sufrir consecuencias adversas tanto para su salud como de carácter psicosocial que convierten esta conducta en una práctica de riesgo (González, 2016; Parada, 2011). La OMS estableció que para que el consumo de alcohol en un adulto se considerara intensivo debía producirse una ingesta de al menos 60 gramos de alcohol para los hombres y 40 gramos para las mujeres, en una ocasión de consumo en los últimos 30 días (*World Health Organization*, 2018), lo que en España equivale a 6 Unidades de Bebida Estándar (UBE) para los hombres y a cinco para las mujeres. Sin embargo, las dificultades a la hora de operativizar la medición en estos términos, llevó a algunos autores a plantear un sistema alternativo en aras de facilitar el proceso de medición. Una de las propuestas más aceptadas para determinar lo que es el consumo intensivo de alcohol o *Binge Drinking* es la ingesta de al menos seis consumiciones para los hombres, y cinco para las mujeres, en un espacio de dos horas durante los últimos 30 días (Parada et al., 2011). Debido a que los jóvenes alcanzan elevados niveles de concentración en sangre con ingestas más reducidas de alcohol, también se propuso ajustar la cantidad a 3 consumiciones para el caso de los adolescentes (Donovan, 2009). Independientemente de que unos estudios informen de sus medidas de acuerdo a los estándares de la OMS y otros recurran a estas sugerencias más operativas, la realidad es que el consumo intensivo de alcohol ha aumentado notablemente, de un 37,3% en el 2010 a un 49,5% en el 2016 (*World Health Organization*, 2018). Lo que se desprende de estas cifras es que, aunque en términos generales parece haber menos personas consumidoras de alcohol que en años anteriores, los que beben lo están haciendo en cantidades más grandes y en franjas de tiempo más cortas. Por otra parte, estas tasas y patrones de consumo se relacionan con importantes consecuencias tanto para la salud de los consumidores así como con otros problemas que se ha demostrado que acompañan a este tipo de prácticas de consumo como son los accidentes de tráfico (Adams et al., 2006), tener problemas con la policía, ser víctima de atracos o robos, prácticas sexuales de riesgo (Singkom et al., 2019; Dormal et al., 2018; Carbia et al., 2018; Moure-Rodríguez et al., 2016a,b; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; DeCamp et al., 2015; Huang et al., 2010), con su correspondiente riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados entre otros.

Con respecto al consumo de otras sustancias, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2018) en su *Informe Europeo sobre Drogas* estima que durante el año anterior a la recogida de datos el 7,2% de los adultos de 15 a 64 años que fueron entrevistados habían consumido cannabis, de los cuales el 14,1% eran jóvenes de entre 15 y 34 años. El 1,1% habían consumido cocaína, de los cuales el 1,9% eran menores de 34 años; El 0,8% había consumido MDMA, con una prevalencia entre los jóvenes del 1,8%; y el 0,5% había ingerido anfetaminas con un 1% de consumo entre los adultos jóvenes. Cabe destacar de esta estimación epidemiológica no sólo las tasas de prevalencia, sino el hecho de que para todas las sustancias el mayor porcentaje de consumo ocurre entre la población más joven. En el mismo documento también se informa que en el 84% de las muertes por sobredosis las personas habían consumido opioides, lo que corrobora la peligrosidad asociada al consumo de esta sustancia.

En España la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas promueve y financia la ejecución de diferentes encuestas que monitorean el consumo de sustancias psicoactivas. Uno de estos proyectos es la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES) cuyo informe más reciente (2017-2018) concuerda con las evidencias halladas por el Observatorio Europeo de Drogas. En este trabajo también se identifica el alcohol y el tabaco como las sustancias más consumidas en población de 15 a 64 años con una prevalencia entre del 75,2% para el caso del alcohol y 40% para el tabaco y el cannabis como la droga ilegal más consumida con una prevalencia del 11%. Dentro de las drogas más consumidas, el alcohol y los sedantes disminuyeron su tasa de consumo respecto a la encuesta llevada a cabo en el 2015-2016, pero el consumo de tabaco, cannabis y cocaína continúan aumentando entre la población española. Al analizar los tipos de sustancia consumida considerando las franjas de edad, se observa que los mayores consumos de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína ocurren entre la población de adultos jóvenes de 15 a 34 años (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2018).

Otro sistema de información auspiciado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas es la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (más conocida como ESTUDES) que analiza, también cada dos años, los patrones de consumo de adolescentes escolarizados de 14 a 18 años. Las sustancias más consumidas entre los adolescentes vuelven a ser el alcohol, el tabaco y el cannabis, con tasas de consumo referidas a los últimos 12 meses del 75,9%, el 35% y el 27,5%

respectivamente. El ESTUDES 2018-2019 muestra además que el consumo de alcohol se mantiene estable respecto a las dos ediciones anteriores, mientras que el consumo de tabaco y cannabis experimentó un ligero repunte entre la población más joven (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

Por último, para finalizar este primer capítulo, cabe destacar que, después de Europa, el **continente americano** es el que registra las mayores tasas per cápita de consumo de alcohol entre las regiones de la OMS con un consumo de 8 litros. Así mismo, tiene un patrón de consumo asociado a efectos nocivos para la salud y un bajo índice de abstinencia de consumo de alcohol de por vida. En particular los países en vías de desarrollo son los que más sufren el impacto de las consecuencias negativas del alcohol debido principalmente a la precariedad de los recursos tanto humanos como materiales para evaluar, prevenir y tratar adecuadamente este tipo de problemas (*World Health Organization*, 2014).

En la región de *Las Américas* el 54,1% de la población mayor de 15 años consume alcohol de forma intensa, con una distribución por género equivalente al 66,8% de hombres y el 41,9% de mujeres. La tendencia de consumo de los adolescentes sigue la misma pauta que en el continente europeo. Aunque los adolescentes de entre 15 y 19 años siguen siendo el segmento de la población que menos consume (49,3%), las prevalencias son elevadas y, además, a medida que se aproximan a la edad adulta la prevalencia de episodios de consumo excesivo de alcohol también aumenta (51,8% en población de 20 a 24 años) (*World Health Organization*, 2018).

Las prevalencias descritas no son homogéneas para toda la región, sino que varían de un país a otro, a veces de forma muy notable. El país de la región que registra los mayores índices de consumo per cápita es Uruguay con una tasa de 10,8 litros. Con índices ligeramente más bajos le siguen Santa Lucía con 9,9 litros y Argentina y Estados Unidos con 9,8 litros. En el extremo opuesto están Honduras con una tasa de 4 litros per cápita, Jamaica con un 4,2 litros y Barbados y Ecuador con 4,4 litros (*World Health Organization*, 2018). Aunque la diferencia en la cantidad de alcohol per cápita consumido es significativamente diferente entre los países, a diferencia de lo que pasa en otras regiones, en *Las Américas* no parece que atienda a factores culturales, porque como muestran los ejemplos señalados en ambos opuestos, tanto entre los que consumen más como entre los que consumen menos, hay países desarrollados y países en vías de

desarrollo y países del norte, latinos y caribeños. Sin embargo, en el siguiente acápite de este capítulo se analizarán con más detalle estas prevalencias tomando en consideración otros factores contextuales vinculados al consumo que pueden impactar de formas diversas en las consecuencias. Por ejemplo, Estados Unidos está en la lista de los países que registran tasas de consumo más altas no sólo para alcohol, sino para otras sustancias psicoactivas, pero a su vez cuenta con una red asistencial bien articulada para afrontar las consecuencias derivadas de dicho consumo, lo que supone un considerable gasto económico para el sistema asistencial de salud, pero al mismo tiempo una garantía de protección contra los daños para los consumidores. Sin embargo, en países de Latinoamérica y el Caribe, como la República Dominicana, incluso con tasas más bajas de consumo el daño ocasionado es mayor y más difícil de manejar porque no existe una red asistencial sólida capaz de dar respuesta a las demandas ocasionadas por el consumo de sustancias.

## 1.2. PREVALENCIA DE CONSUMO EN LAS AMÉRICAS

La Comisión Interamericana para el Consumo de Alcohol y Drogas (CICAD), a través de sus administraciones adscritas, principalmente a través de los Observatorios Nacionales de Drogas, ha llevado a cabo durante la última década una recogida de datos en diversos países de la región de *Las Américas* empleando el AUDIT y una entrevista estandarizada con diez preguntas para evaluar el consumo de alcohol y otras drogas. A pesar de que los estudios que dieron lugar al informe final publicado recientemente por el CICAD (2019) presentan ciertas limitaciones metodológicas, todos los países emplearon muestras representativas a nivel nacional. Pero a pesar de las limitaciones, el informe del CICAD es el más actual que se ha publicado en la región y según indican los autores, los resultados que se muestran se consideran comparables entre países. Los países que participaron en el estudio fueron Canadá, Estados Unidos y México en América del Norte; *Belice*, Costa Rica, El Salvador y Panamá en América Central; Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay y Venezuela en América del Sur y Bahamas, Barbados, Jamaica y la República Dominicana en el Caribe (CICAD, 2019).

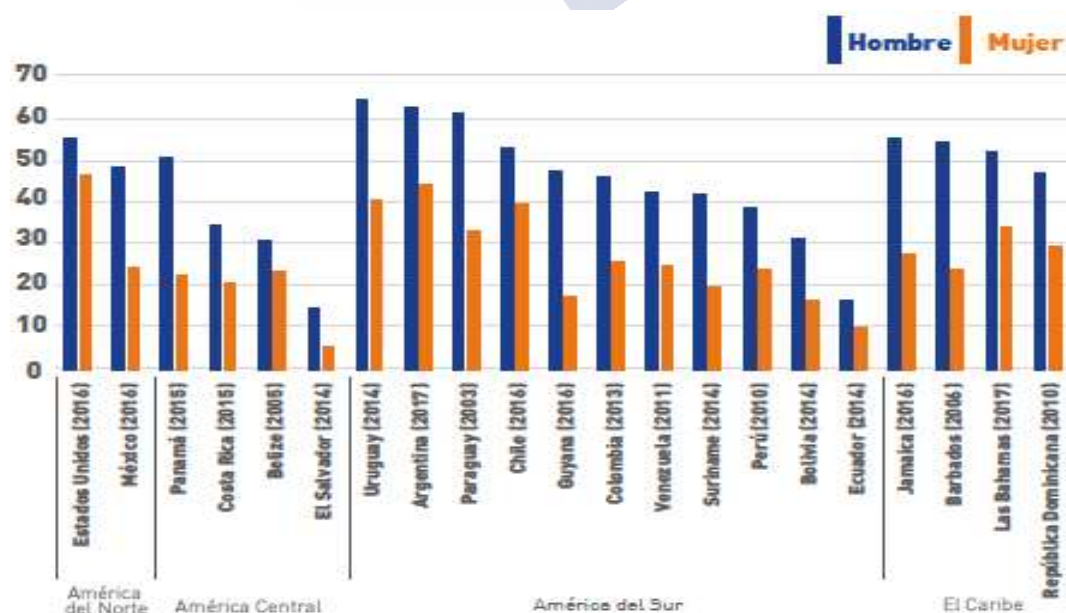


### 1.2.1. PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL

Como ya se ha comentado anteriormente, el consumo de alcohol varía ampliamente en la población general de *Las Américas*. Los resultados del trabajo llevado a cabo por los Observatorios Nacionales de Drogas de los diferentes países informan que la prevalencia de consumo del último mes en la población general varía desde el 9,5% para El Salvador hasta un 52% en Argentina y Uruguay. Las tasas de consumo más altas (más del 50%) se encuentran específicamente en América del Norte y en América del Sur. En el análisis de la distribución de las prevalencias por género se muestra que el consumo entre los hombres es superior en todos los países de la región, y en algunos como Barbados, El Salvador, Guyana, Jamaica, México, Panamá y Suriname consumen incluso más del doble que las mujeres. En la figura 3 se pueden observar las prevalencias de consumo durante el último mes en población general, expresado en tantos por ciento, y segmentado por género y por organización territorial para los países de la región que formaron parte del estudio (CICAD, 2019).

Figura 3

Porcentaje de consumo en el último mes en población general por sexos en Las Américas (CICAD, 2019)



Como ya se explicó, la operativización del concepto de *Binge Drinking* no es sencilla e implica que diferentes países e incluso diferentes estudios adentro del mismo país pueden tomar criterios de evaluación diferentes para referirse al mismo fenómeno. Así, en los informes consultados se entiende que está habiendo un uso problemático del alcohol o *Binge Drinking* en Estados Unidos y Canadá, cuando el consumo alcanza o supera cinco consumiciones estándar para los hombres y cuatro para las mujeres en un lapso de tiempo de dos horas, al menos una vez en los últimos 30 días y para el resto de las regiones de Latinoamérica y el Caribe, el consumo en términos de cantidad es el mismo, pero referido específicamente a las dos semanas anteriores a la encuesta. En *Las Américas* uno de cada cinco consumidores (22%), protagoniza un episodio de consumo intensivo por lo menos una vez al mes, por encima del promedio mundial que se sitúa en un 16% (CICAD, 2019). El consumo intensivo de alcohol durante el último año en la población general oscila entre el 6,5% al 28,6%, siendo el más elevado en Guyana con un 28,6% y en Panamá con un 24,5% y el más bajo el de Uruguay con un 6,5% (CICAD, 2019).

El análisis del patrón de consumo pone de manifiesto que las mayores tasas de consumo no se relacionan necesariamente con el uso más problemático del alcohol. Por ejemplo, existen países con altos índices de prevalencia de consumo de alcohol, como Uruguay que sobrepasa 52% de consumo en el último mes y que, sin embargo, registran el consumo intensivo más bajo de la región con un 6,5%. Es decir, aparentemente su sociedad tiene una alta cantidad de consumidores que toman frecuentemente cantidades moderadas de alcohol. Y un patrón opuesto es, por ejemplo, el de Guyana que con una prevalencia de alrededor del 30% de consumo en el último mes, que entra dentro del promedio de consumo con respecto a los demás países de la región, sin embargo, presenta el patrón de consumo intensivo más alto de toda la región con un 28,6%. Esto quiere decir que prácticamente todos los consumos que hace su población son en forma de altas concentraciones de alcohol en espacios muy cortos de tiempo.

Otro apunte interesante es que, aunque los hombres son los que habitualmente hacen más consumo intensivo de alcohol, en Colombia, Guyana y Panamá el consumo problemático de bebidas alcohólicas en las mujeres alcanza porcentajes que oscilan entre el 12% y 17%. De hecho, el consumo de alcohol per cápita de las mujeres en *Las Américas* es mayor que el promedio mundial, en particular las consumidoras de Belice y Granada están en el cuarto y el séptimo lugar del mundo, respectivamente. (CICAD, 2019).

Respecto al **consumo de otras sustancias** en población general, en líneas generales, el Caribe junto con algunos países de América Central es el territorio del continente americano donde se observa menor consumo de **tabaco**, aunque no se tiene información de todos los países de la región. La prevalencia de consumo de tabaco en la población general durante el último mes, en los países donde estos datos están disponibles, muestra que en América del Sur se registran los niveles más altos de todo el continente, destacando Chile con un 33,4%, Uruguay con un 29,5% y Argentina con un 28,7%. Otros países que registran tasas considerablemente elevadas son Estados Unidos con más un 19,1% y México con el 17,6%. En América Central, Belice presenta un registro del 12,7%, seguido de Costa Rica con el 10,5%. Entre los países del Caribe la prevalencia del último mes de consumo de tabaco más alta se registra en Jamaica (10%), seguido de Barbados (9,1%). La República Dominicana registra un consumo por debajo del 10%. Aunque en general los hombres fuman más que las mujeres, en los países que registran las tasas de consumo más altas, como Argentina, Chile, Uruguay, *Belice*, Canadá y los Estados Unidos el consumo en ambos sexos es similar (CICAD, 2019).

Para el consumo de **cannabis**, de acuerdo con la prevalencia del último año, los niveles más altos de consumo se registran en Jamaica con un consumo del 15,5%, lo cual es entendible en el marco de una cultura que cuenta con una proporción importante de la sociedad que asocia el consumo de esta sustancia con propiedades religiosas y espirituales. Sin embargo, este fenómeno no sirve para explicar los niveles registrados en otros países que tienen prevalencias casi iguales a las de Jamaica. Por ejemplo, Chile registra un consumo del 14,5% y Canadá y Estados Unidos rondan el 14% también. Entre los países que registran niveles de consumo intermedios destacan

Argentina y Uruguay con prevalencias inferiores al 10% y Barbados que se sitúa por debajo del 8%. Los países que menores tasas de prevalencia registran son México con un 2% y Ecuador, Panamá, Paraguay y la República Dominicana, con tasas por debajo del 1%. En general, el consumo es más alto entre los hombres que entre las mujeres. Y por otra parte, la percepción de facilidad de acceso a la sustancia parece ser un factor importante

de cara al consumo. El 70% de los jamaquinos entrevistados considera que es fácil conseguir marihuana, también tienen esta creencia entre el 50% y 60% de los chilenos y los uruguayos que también tienen un consumo moderado de esta sustancia (CICAD,

2019). Por tanto, las percepciones de facilidad de acceso a la sustancia parecen relacionarse con los niveles de consumo.

En América del Norte la **cocaína** ocupa el tercer lugar en la demanda de tratamiento y en gran parte de América Latina y el Caribe se ubica en segundo lugar. Esto es así porque, aunque las tasas de prevalencia, en comparación con las de las sustancias son significativamente más bajas, los efectos para la salud y las consecuencias para la vida social, académica, laboral y personal de los individuos son mucho más dramáticas. La prevalencia del último año de consumo de cocaína para los países de los que se dispone de indicadores, muestra que Barbados, Bahamas, Jamaica, la República Dominicana, El Salvador, Panamá, Perú, Bolivia, Paraguay, Guyana y Surinam presentan una prevalencia de menos del 0,5%. Sin embargo, en el polo opuesto están otros países como Estados Unidos que tienen el nivel más alto de consumo de cocaína, con una prevalencia del 1,9%, seguido por Argentina y Uruguay (1,6%) y Canadá (1,5%). México, Costa Rica, *Belice*, Chile, Brasil, Colombia y Venezuela están en un rango intermedio de consumo registran tasas entre el 0,5% y el 1,1%. Debe tomarse en cuenta que Es para Canadá y Uruguay la muestra tenía de 15 años en adelante, lo que podría resultar en mayores tasas de consumo. Los hombres son los que más consumen en todos los países, con niveles que en muchos casos superan a la tasa global del país. Sólo en *Belice*, Guyana, Jamaica y Paraguay la prevalencia es similar para ambos sexos. Concretamente en el Caribe, en Bahamas y Barbados sólo los hombres registran consumo y específicamente en la República Dominicana por cada mujer que consume, lo hacen diez hombres (CICAD, 2019).

### **1.2.2. PREVALENCIA EN ADOLESCENTES**

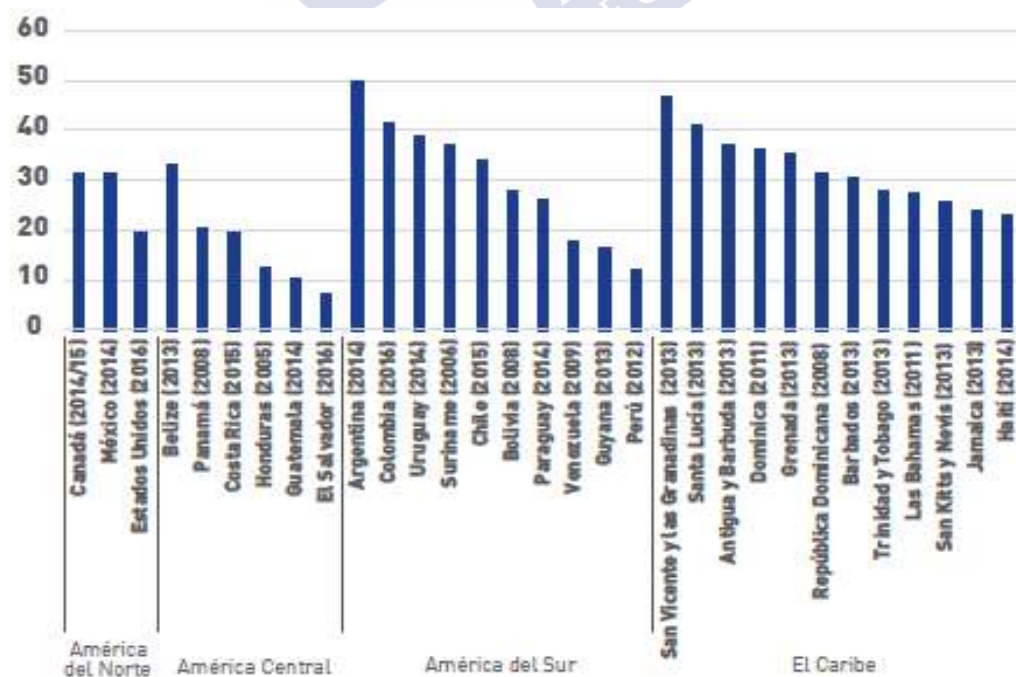
---

La adolescencia es una etapa crítica para el inicio del consumo de alcohol. Los estudios indican que cuanto más temprano se inicia el consumo de alcohol, mayor es el riesgo de que, con el paso del tiempo, tenga diversos efectos nocivos para la salud y aumenta la probabilidad de desarrollar abuso o dependencia a largo plazo. Sin embargo, a pesar de esto, los indicadores de consumo de la población adolescente muestran que en algunos países de América del Sur y el Caribe más del 75% de los estudiantes de enseñanza secundaria ha consumido alcohol en algún momento de su vida. De hecho, en la mayoría

de los países del Caribe y Sudamérica (Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente y *Las Granadinas*, Santa Lucía, Suriname y Uruguay) más del 50% de los estudiantes de enseñanza secundaria han consumido alcohol en el último año y en Bahamas, *Belize*, Canadá, Estados Unidos, Jamaica, San Kitts y Nevis y Trinidad y Tobago la prevalencia oscila entre un 40% y 50% (CICAD, 2019). Y las prevalencias del último mes indican que en Argentina la mitad de los estudiantes de secundaria ha consumido alcohol durante ese período, y también en San Vicente y *Las Granadinas* lo hicieron el 47,1%, en Colombia el 41,5% y en Santa Lucía el 41,1%. Como se muestra en la figura 4, en 11 países el consumo de alcohol en el último mes presenta registros entre el 30% y el 40% en los estudiantes de enseñanza secundaria; específicamente en dos países de América del Norte (Canadá y México), uno de América Central (*Belize*), tres de América del Sur (Chile, Suriname y Uruguay) y en cinco del Caribe (Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica, Granada y la República Dominicana) (CICAD, 2019).

Figura 4

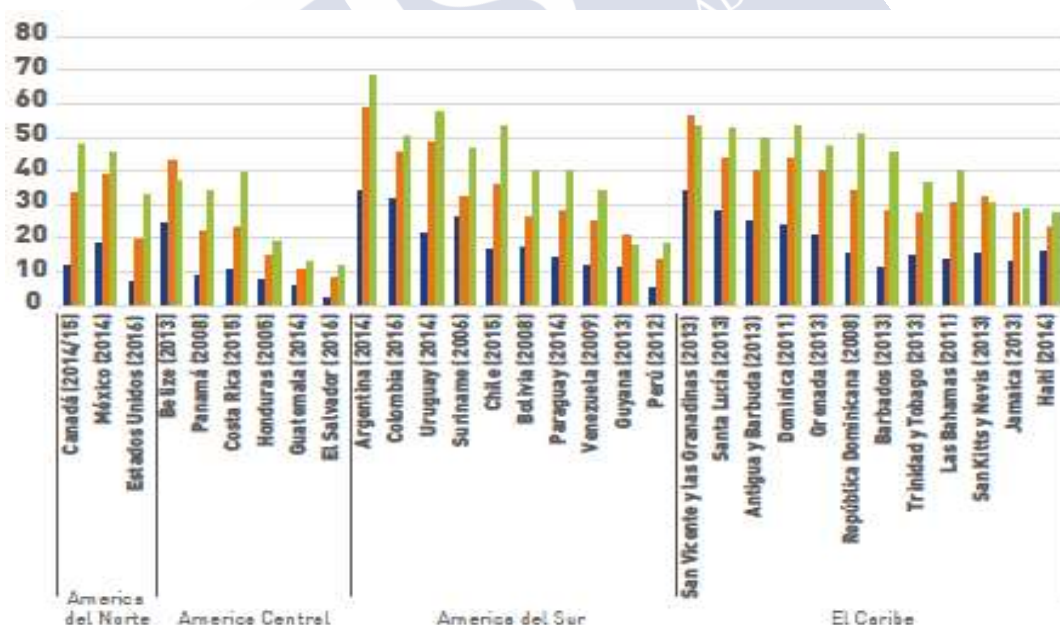
Porcentaje de prevalencia de consumo en adolescentes durante el último mes (CICAD, 2019)



Las conductas de alto riesgo asociadas con el alcohol, como el inicio temprano del consumo y el consumo excesivo de alcohol, son una preocupación en toda la región. En diez países la prevalencia del último mes entre los estudiantes de octavo grado, que tienen una edad promedio de 12 o 13 años, superó el 20% y en tres de ellos superó el 30%. Más de la mitad de los estudiantes de enseñanza secundaria que informaron haber consumido alcohol durante el último mes especificaron haberlo hecho de forma excesiva (CICAD, 2019). Además, el consumo entre estudiantes de secundaria aumenta rápidamente a medida que aumenta la edad. Como se muestra en la figura 5 la prevalencia de consumo durante el último mes aumenta gradualmente según el grado cursado que, en general, indica un orden creciente por edad de los estudiantes desde los 12-13 años, 15-16 años y 17 y más años, según estén en 8°, 10° y 12° grados (CICAD, 2019).

Figura 5

Porcentaje de prevalencia de consumo de alcohol del último mes entre los estudiantes de enseñanza secundaria según grados, por país, ordenado por subregión. (CICAD, 2019).





Respecto a la distribución de consumo por sexos, a diferencia de lo que ocurría con el patrón de consumo de la población general, en los adolescentes sí se observa una similitud en los niveles de consumo de entre hombres y mujeres. Incluso, en varios países las mujeres adolescentes consumen más que los hombres, como ocurre en Canadá, Estados Unidos, Costa Rica, Chile, Paraguay, Santa Lucía, Antigua y Barbuda, Dominica, la República Dominicana, Trinidad y Tobago y Bahamas (CICAD, 2019).

El **consumo intensivo de alcohol** o *Binge Drinking* fue medido de formas diferentes en Estados Unidos y Canadá con respecto a los demás países del continente americano, por lo que los patrones observados en estas dos comunidades se comentarán de manera independiente a las del resto de la región. Estados Unidos estima que aproximadamente el 3,4% de los estudiantes de octavo grado, el 9,7% del décimo y el 15,5% de los estudiantes del duodécimo grado registraron consumo nocivo de alcohol. Canadá estima que, durante el año anterior a la encuesta, el consumo intensivo se observó en, aproximadamente, el 27,8% de los estudiantes hombres y el 28% de las estudiantes mujeres. Respecto al resto del continente, en los países de Latinoamérica y el Caribe, no todos reportaron este patrón de consumo. De los que se tienen datos, se puede observar que en 16 de los 20 países que evalúa el patrón de consumo intensivo a partir de los consumos realizados las dos semanas previas al estudio y encuentran que al menos uno de cada dos estudiantes que bebieron alcohol en el último mes, registró consumo intensivo. En países con una prevalencia más desigual, como *Belice*, Chile, Guyana, Perú, Suriname y Uruguay, el consumo intensivo de alcohol sobrepasa el 60% de los estudiantes que usaron bebidas alcohólicas en el último mes (CICAD, 2019).

Respecto al uso de otras sustancias psicoactivas, la prevalencia de consumo de **tabaco** muestra que los registros más altos para cada subregión son en México en América del Norte, Honduras en América Central, Chile en América del Sur y Dominica en el Caribe. Chile y Argentina presentan los registros más altos de la región completa, y por ende de la subregión, con el 23,7% y el 15,1%, respectivamente, seguidos de Bolivia con el 13,3%. En América del Norte, México presenta la prevalencia del último mes más alta, con un 13,4%, seguido de Estados Unidos con un 5,9%. En América Central el mayor consumo se observa en Honduras con un 9%, seguido de *Belice* con un 8,2% y Guatemala con un 7,7%. En el Caribe, Dominica y Trinidad y Tobago registran la mayor prevalencia de consumo de tabaco durante el último mes, con el 7,4% y el 7,1%, respectivamente (CICAD, 2019).

Por otra parte, el uso de **cannabis** varía notablemente de unos países a otros. En América del Norte, la prevalencia de consumo de marihuana durante el último año es más alta en Canadá y los Estados Unidos que en México. En América Central, *Belice* se sitúa por encima del 15%, mientras Costa Rica está ligeramente por debajo del 10%. Las tasas más bajas de Centroamérica las registran Honduras y Panamá, que se sitúan por debajo del 5%. En América del Sur, Chile se destaca con una tasa de consumo de marihuana por encima del 30%, seguido de Uruguay con un registro por encima del 15% y Argentina con más de un 10% y Colombia y Ecuador presentan registros inferiores al 10%. En América del Sur las prevalencias más bajas son las de Bolivia, Brasil, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela que están por debajo del 5%. En el Caribe, Antigua y Barbuda son los que más consumen, con tasas cercanas al 25%, seguido por Dominica y San Vicente y *Las Granadinas* con registros que rondan el 20%. Los registros más bajos se observan en Haití y la República Dominicana, ambos inferiores al 5% (CICAD, 2019). Respecto al consumo por sexos, en prácticamente todos los el consumo es mayor en hombres, llegando en la mayoría de los casos a duplicar el consumo con respecto a las mujeres (CICAD, 2019).

Los resultados de los datos relacionados con el consumo de **cocaína** varían ampliamente de un país a otro. Chile, Colombia y Canadá son los países que presentan mayor tasa de consumo entre los estudiantes de secundaria durante el último año con una prevalencia superior al 2,5%. Brasil, Ecuador, México y Uruguay muestran niveles de consumo casi iguales, con una prevalencia sobre el 2%. El Caribe, registra cifras ligeramente por debajo, entre un 1% y un 2%, donde Granada es el único país con una prevalencia superior al 2%. Los datos de prevalencia por debajo del 1% los registran *Belice*, Panamá, Guatemala y El Salvador, Costa Rica y Honduras. También Estados Unidos y México registran niveles intermedios de consumo. La prevalencia más baja le corresponde a Surinam y Venezuela, con el 0,2% y el 0,3%, respectivamente. En general, los varones son los que más consumen en todos los países, excepto en San Vicente y *Las Granadinas*, donde los hombres y las mujeres adolescentes consumen de manera similar y registran tasas bajas de incidencia (0,6% en hombres y 0,7% en mujeres) (CICAD, 2019).

Otra sustancia que está despertando un interés creciente tanto en la población general como entre los adolescentes son los **fármacos sin prescripción médica**, incluidos los opioides, benzodiazepinas y otras drogas sintéticas, que ya han creado graves consecuencias para la salud en Canadá y los Estados Unidos y pueden crear una situación



similar en América Latina y el Caribe, entre otras razones por la gran facilidad de acceso a las sustancias.

En definitiva, parece claro que, tanto en población general como entre los adolescentes en particular, el alcohol es la sustancia preferida por los consumidores de todo el continente americano, mientras que el resto de sustancias, en general, muestran tasas de consumo relativamente bajas. Sin embargo, los estudios llevados a cabo en los últimos años indican que es probable que el uso de dichas drogas continúe propagándose, lo que las convierte en un punto clave de preocupación para los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (OEA, 2014; CICAD, 2019). Los informes de la OMS, igual que los de la OEA o el CICAD llevan años destacando la diversidad de problemas relacionados con las drogas y derivados de su uso en *Las Américas* y los desafíos que esto plantea para la política internacional de drogas. Este fenómeno tiene diferentes impactos en cada país y, por lo tanto, conduce a diferentes demandas que ameritan distintos abordajes. Sin considerar los factores de riesgo y los determinantes del uso de drogas que sí pueden ser universales, la manifestación de factores idiosincrásicos que determinan la prevalencia y el patrón de consumo de cada sociedad varía según el país, lo que hace difícil prescribir un conjunto único de recomendaciones, ya que para poder sacar conclusiones es necesario tomar en cuenta las particularidades de cada contexto.

A continuación, se analizan específicamente los datos disponibles para la República Dominicana entendidos en el marco de algunos factores contextuales que se encuentran estrechamente vinculados al consumo de sustancias.

## 1.3. PREVALENCIA DE CONSUMO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

---

### 1.3.1. PREVALENCIA EN LA POBLACIÓN GENERAL

---

El análisis de la epidemiología del consumo de alcohol y otras drogas en la República Dominicana es un fenómeno complejo por la propia idiosincrasia local. Es difícil estimar las características y la magnitud del consumo, debido a la escasez de estudios epidemiológicos. La pobre cultura de investigación científica en la región contribuye a que aún no se haya identificado el consumo de alcohol y otras drogas como un problema de interés nacional. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Interamericana para el Consumo de Alcohol y Drogas (CICAD) han estado alertando en sus informes de salud de la región sobre niveles de consumo de alcohol y otras sustancias peligrosas, y los datos que publican hablan de un problema que debe ser atendido (CICAD, 2019; OPS, 2015; *World Health Organization*, 2018; 2014). En un informe reciente de la OMS (2018) se recogen los perfiles de consumo de alcohol por país para los 194 Estados Miembros, así como las repercusiones para la salud pública y las respuestas políticas. Los datos de la República Dominicana muestran que, con una población total de aproximadamente 10.648.613 de habitantes, de los cuales el 70% tiene más de 15 años y vive en áreas urbanas, los niveles y patrones de consumo de alcohol, medidos en litros de alcohol puro per cápita, han aumentado progresivamente a lo largo de las últimas décadas. El promedio de alcohol puro consumido entre 2009 y 2011, ajustando el consumo de los turistas, fue de 6,7 litros en población de 15 años en adelante (*World Health Organization*, 2014), mientras que en el período de 2015 a 2017, haciendo también el ajuste del consumo de los turistas, el promedio se incrementó a 6,9 litros (*World Health Organization*, 2018), siendo mayor el consumo en hombres (11,6 litros) que en mujeres (2,2 litros). Y aunque el consumo puro per cápita está por debajo del promedio del de la región (8 litros), el consumo intensivo de alcohol durante los últimos 30 días es tan alto como en cualquier otro país, con una frecuencia del 19,8% en la población general mayor de 15 años y del

46,1% entre los consumidores regulares de alcohol mayores de 15 años (*World Health Organization, 2018*).

Las cifras relacionadas con trastornos generados por el continuo consumo del alcohol hablan de una prevalencia de 6,8% para la República Dominicana, en donde un 9,9% de los hombres y el 3,7% de las mujeres presentan trastornos por consumo de esta sustancia (*World Health Organization, 2018*). Como se puede ver en la tabla 1, en comparación con los informes de la misma organización publicados en el 2014, estos valores se han incrementado. En la publicación del 2014 la República Dominicana tenía una prevalencia del 5,7% versus el 6,8% actual y de estos trastornos el 8,2% afectaban a hombres y el 3,2% a mujeres frente al 9,9% y 3,7% para hombres y mujeres respectivamente, registrados en la actualidad.

**Tabla 1**

*Prevalencia de trastornos por consumo y dependencia del alcohol 2010 vs 2016 (Elaboración propia)*

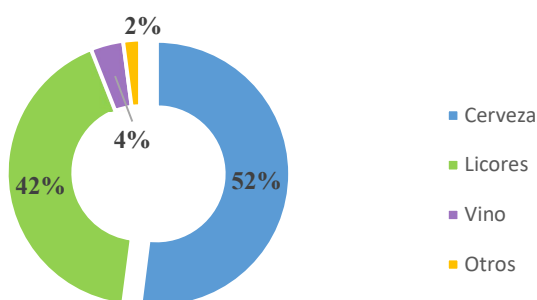
	Trastornos por consumo de alcohol		Dependencia del alcohol	
	2010	2016	2010	2016
<b>Promedio Región de Las Américas</b>	6.0	8.2	3.4	4.1
<b>Prevalencia la República Dominicana</b>	5.7	6.8	2.8	2.8
<i>Varones</i>	8.2	9.9	3.9	3.9
<i>Hembras</i>	3.2	3.7	1.8	1.8

Los datos de prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y los de dependencia muestran mayor tasa de hombres que de mujeres, aunque parece existir una vulnerabilidad mayor en las mujeres a desarrollar una dependencia, puesto que el 56,25% de las mujeres que presentan trastornos por consumo de alcohol desarrollan dependencia de esta sustancia, mientras que en los hombres ocurre menos de la mitad de las veces (47,56%).

Los datos expuestos hasta aquí deben entenderse en el contexto de las siguientes realidades. En primer lugar, la República Dominicana es uno de los principales productores de tabaco y caña de azúcar (con la que se produce el ron), cuya comercialización a nivel nacional e internacional es un recurso económico importante en una región que aún continúa en vías de desarrollo, lo que contribuye a disminuir el estigma hacia el uso del alcohol. Además, algunas de las empresas más importantes desde un punto de vista económico, y más influyentes desde una perspectiva social, son productoras de cerveza y ron. Además de ser importantes fuentes generadoras de riqueza, son promotoras habituales de los espectáculos culturales del país. Su imagen es patrocinadora de celebraciones de orgullo nacional como el carnaval; el festival Presidente de música latina; los premios Soberano, donde se reconoce y galardona al arte y la cultura; conciertos de artistas musicales nacionales e internacionales; producciones y promociones de cine local, o competiciones deportivas nacionales como la Temporada Invernal de la Liga Béisbol Profesional de la República Dominicana o las grandes ligas internacionales de béisbol profesional como La Serie del Caribe o el Clásico Mundial de Béisbol. Estos elementos no sólo hacen que el alcohol esté presente en la vida social de los dominicanos, sino que la imagen que proyectan sus marcas cuenta con respetados niveles de aceptación social. Esta hipótesis es compatible con los datos recogidos por la OMS en el 2016 y que se muestran en la figura 6, donde se analizaba el tipo de bebida alcohólica más consumida por las personas mayores de 15 años y encontraron que, las bebidas más consumidas son, por este orden, la cerveza (52%) y las bebidas destiladas (42%) (*World Health Organization, 2018*).

**Figura 6**

*Consumo de alcohol y tipo de bebida (Elaboración propia)*



Las proyecciones de la cantidad de litros de alcohol puro consumido por los dominicanos mayores de 15 años estimadas por la OMS para el 2020 y 2025 indican que se alcanzarán los 8,3 y 8,9 litros respectivamente (*World Health Organization*, 2014). Estos datos alertan sobre la necesidad de tomar control sobre esta situación y planificar mejores estrategias de prevención, intervención y reducción del daño.

### **1.3.2. PREVALENCIA EN ADOLESCENTES**

---

Los datos oficiales con más rigor metodológico que se han podido consultar para el estudio de la epidemiología del consumo de alcohol y otras drogas en la población general de la República Dominicana son los ofrecidos en el informe de la OMS publicado en el 2014 y que fueron recopilados por la OPS en el 2015 y actualizados de nuevo por la OMS en el 2018 y alguna información específica publicada por la CICAD en el 2019. Sin embargo, en estos informes no se analiza la situación de los adolescentes menores de 15 años. Tampoco existen publicaciones científicas que describan la situación local sobre las prevalencias de los adolescentes dominicanos menores de 15 años. El único trabajo disponible es una encuesta llevada a cabo por el Consejo Nacional de Drogas de la República Dominicana (CND) que en el año 2008 llevó a cabo un levantamiento de información sobre el consumo de alcohol y otras drogas y algunas variables relacionadas. En enero del año 2009 el Consejo Nacional de Drogas publica un informe de resultados llamado Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de 8º, 10º y 12º grado que, aunque no ofrecen información sobre las propiedades metodológicas ni el procedimiento de cómo fueron recogidos ni analizados los datos, es interesante registrarlo como evidencia y comentarlo en detalle para que pueda servir como referencia para las comparaciones posteriores.

Como bien indica su título, la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas se llevó a cabo con estudiantes de octavo curso del nivel básico y segundo (10º grado) y cuarto (12º grado) del nivel medio durante el año 2008. Dichos alumnos tenían edades comprendidas entre los 14 y 18 años. El objetivo principal del trabajo era estimar las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas entre los escolares y su relación con otras variables como la composición del grupo familiar, el contacto en su círculo de amistades con

personas consumidoras de drogas ilegales, la percepción de riesgo y evaluar la presencia de algunos factores protectores como la información. Para ello se entrevistó a una muestra compuesta por 5.983 estudiantes de áreas urbanas del país, escolarizados en 90 centros educativos de tipo público, privado y semioficial (centros educativos que reciben financiamiento del gobierno y el copago se realiza de manera privada por los usuarios del centro). La distribución muestral por regiones atendía a una razón de proporción con respecto al tamaño poblacional de cada zona. Los resultados de este trabajo informan de un crecimiento en los índices de prevalencia de consumo de sustancias ilegales y un ligero descenso en las prevalencias de consumo de las sustancias legales. En la tabla 2 se muestran los datos de prevalencia para el 2004 en comparación con el 2008 para las sustancias evaluadas.

**Tabla 2**

*Prevalencias 2004 vs. 2008 (Elaboración propia)*

	2004	2008
<b>Alcohol</b>	66.97	63.80
<b>Tabaco</b>	14.95	10.90
<b>Tranquilizantes</b>	15.16	12.80
<b>Estimulantes</b>	8.78	9.10
<b>Inhaladores</b>	1.61	1.10
<b>Marihuana</b>	1.58	1.70
<b>Cocaína</b>	0.47	0.80
<b>Crack</b>	0.36	0.70
<b>Éxtasis</b>	0.33	0.50
<b>Heroína</b>	0.06	0.20
<b>Alucinógenos</b>	0.04	0.20
<b>Otras drogas</b>	1.13	3.30

De la misma forma que ocurre con la población general de la República Dominicana, los adolescentes se caracterizan por presentar altos niveles de consumo de alcohol. La proporción de estudiantes que había tomado **bebidas alcohólicas** alguna vez en su vida fue de 63,8%, el 48,6% tomó alcohol durante el último año y el 31,4% reportó consumo actual, es decir, durante el último mes.

Las prevalencias de consumo de **tabaco** muestran que el 10,9% de los escolares fumó cigarrillos alguna vez en su vida. El 62,2% de los participantes comenzó a fumar antes de los 15 años y el 20,2% de éstos lo hizo por primera vez antes de los 12 años.

La prevalencia consumo de sustancias **tranquilizantes sin prescripción** médica es la segunda más alta entre las sustancias psicoactivas reportadas por los estudiantes. En el estudio se indagaba acerca del consumo de tranquilizantes haciendo referencia a medicamentos derivados de las benzodiazepinas que son utilizados para calmar los nervios o para facilitar el sueño, calmar dolencias estomacales o como antidepresivos. El 12,8% de los escolares dijo haberlos utilizado en algún momento de su vida, habiéndolos consumido por primera vez de media a los 14,5 años.

Otras sustancias reportadas con menor prevalencia pero que también cabe destacar son el uso de estimulantes y sustancias ilícitas. Los **estimulantes** definidos dicho trabajo como sustancias empleadas para disminuir el apetito o mantenerse despierto y por lo general están hechos con anfetaminas o cafeína. El 9,1% de los escolares afirmó haber usado estas sustancias en algún momento de su vida siendo la media de edad de inicio de consumo de esta sustancia los 14 años. Además, una proporción de escolares también informó haber consumido en alguna ocasión otras sustancias ilícitas. En este sentido, el 1,7% informó haber fumado **marihuana** alguna vez en su vida y el 0,4% dijo haberlo hecho en los últimos 30 días previos a la encuesta. La media de edad de inicio de consumo de marihuana es estableció en 14 años. En el caso de la **cocaína**, el **crack** y el **éxtasis** la prevalencia de consumo está por debajo del 1% y disminuye a 0,2% cuando se observa el consumo en el último mes. Asimismo, la media de edad de inicio de consumo de estas sustancias es a los 14 años.

En el análisis de los factores sociales que contribuyen al riesgo o a la protección ante el consumo de sustancias se vio que las personas con quien comparten en casa son un factor a tomar en cuenta, reconociendo la ausencia de los padres en el hogar como un factor de riesgo. Uno de los elementos de la familia que se vio que estaba más relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas era el hecho de que los padres del 19,4% de los escolares en ocasiones no saben dónde están sus hijos cuando están fuera del horario escolar y para un 2,8% los padres nunca o casi nunca saben dónde están. Además, el 4% de los estudiantes afirma convivir con un hermano u otra persona que consume algún tipo de droga. Otro factor social de riesgo son los pares con los que mantienen interacción

social. Los resultados del estudio encontraron que el 53,3% de estudiantes entrevistados decía tener amigos que consumen bebidas alcohólicas, de los cuales, el 14,8% señalan que la mitad o más de la mitad de sus amigos consume alcohol y el 11,4%, indica que todos o casi todos sus amigos toman este tipo de bebida. Los miembros del entorno social son los que con mayor probabilidad facilitan el acceso de los estudiantes a las drogas tanto legales como ilegales, siendo los lugares más frecuentes para conocer estas sustancias las fiestas seguidas de las personas que conviven en el mismo ambiente cerca de la casa, incluyendo el entorno escolar.

Respecto al análisis de la percepción de riesgo ante el uso de sustancias psicoactivas la mayoría de los estudiantes mostraba más temor hacia las sustancias ilegales. El 61,6% de los entrevistados entendía que los riesgos asociados al consumo de alcohol son poco preocupantes. Tanto así que el 35,1% de ellos piensa que el peligro asociado es leve, y un 16,5% piensa que no corre absolutamente ningún peligro. Estas percepciones cambian cuando se combinaba en el análisis el tipo de sustancia con la frecuencia de consumo de la misma. En el 74% de los casos los estudiantes entendían que el uso frecuente o el abuso en los casos que se llegaba a la embriaguez aumentaban la peligrosidad en comparación con las drogas ilegales cuya percepción de riesgo descendía a un 20,8% por considerarse que era de uso poco frecuente.

En el análisis de la facilidad para acceder a algún tipo de sustancia psicoactiva, más de la mitad de los estudiantes dice no tener conocimiento de qué tan fácil sea conseguir alguna sustancia ilegal como marihuana, cocaína, crack o éxtasis. Alrededor del 25% considera que no las podría conseguir y aproximadamente un 12% dice que le sería difícil conseguir cualquiera de éstas. A pesar de que muchos estudiantes perciben dificultad de acceso a las drogas ilícitas, hay proporción de personas que percepción como fácil acceso a estas sustancias. Haciendo un análisis por sustancias, la droga ilegal que se considera de más fácil acceso es la marihuana siendo esto afirmado por el 13,2% de los escolares. El 8,5% afirmó que es fácil conseguir cocaína, el 7,8% considera la misma facilidad para conseguir crack y el 5,8% en el caso del éxtasis.

En el estudio de los factores de protección se consideró como hipótesis de partida que el acceso a la información podría ser un elemento a favor. En este sentido el 90,7% dice tener alguna información, y el 71,1% dice sentirse bien informado, indicando en el 55,8% de los casos que la fuente de origen de la información fueron los padres, en el 46,9% son



los profesores, en el 43,7% internet y en el 38,5% son los amigos. Sin embargo, un dato importante es que el 19,6% reporta estar poco informado. Casi la mitad de los estudiantes (45,9%) afirma no haber recibido nunca algún curso sobre prevención de drogas, mientras el 26,9% dice haber participado en alguna actividad de este tipo solo una vez y un poco más de un cuarto de los estudiantes (27,2%) dijo haber participado varias veces. Para el 67,4% de los estudiantes, el haber participado en este tipo de actividades preventivas les ha hecho cambiar mucho su actitud personal respecto a las drogas, sin embargo, un 13,8% opina que estos cursos les han hecho cambiar poco o nada su actitud.

En el análisis de las creencias el 37,1% indican no saber por qué consumen, mientras que el 36,7% de los jóvenes piensa que consumir ayuda a olvidar los problemas, el 18,3% afirma que las drogas se consumen por curiosidad y solo el 5,6% afirma que son consumidas para compartir con amigos.

La ausencia de un sistema integral de recopilación de estadísticas actualizadas y la falta de producción científica que arroje más luz sobre todos los elementos descritos representan un gran obstáculo a la hora de diseñar políticas de prevención e intervención que puedan atender a esta situación. En este contexto surge la necesidad de llevar a cabo el presente estudio con el propósito de contribuir a ofrecer herramientas adaptadas al contexto que permitan hacer una mejor evaluación de la realidad y actualizar los datos existentes subsanando las limitaciones que se han identificado en los estudios previos. Nuevos datos, más actualizados, confiables y válidos permitirán hacer una descripción más exhaustiva de la realidad del consumo de alcohol y otras sustancias en la República Dominicana y permitirán sentar la piedra angular para el diseño de programas de prevención e intervención más efectivos.



## **2. VARIABLES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES**





Este segundo capítulo comienza analizando como el consumo de sustancias puede llegar a alterar el cerebro de forma estructural y funcional, con graves consecuencias para el desarrollo de los adolescentes. Además, se analiza la comorbilidad entre el consumo de sustancias con el estado de salud en general y mental en particular, así como el impacto que causa en las relaciones personales, familiares y sociales. A continuación, se repasan aquellas variables que sueñen considerarse como posibles *antecedentes* y se vinculan con patrones específicos de consumo. Entre otros, destacan factores individuales como la autoestima, asertividad, impulsividad, percepción del riesgo, búsqueda de sensaciones, creencias y expectativas. También se analizan antecedentes familiares, como consumo de padres o hermanos, influencia de estilos educativos parentales o dinero disponible. Por último, se describen algunas variables contextuales, relacionadas con la influencia del ambiente y la cultura en el consumo, como son la accesibilidad, el precio, la publicidad o la aceptación social. El capítulo se cierra con una revisión de los principales modelos explicativos que abordan el fenómeno del consumo de sustancias en la adolescencia.

## 2.1. CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

A pesar de los crecientes esfuerzos por tratar de prevenir, controlar y reducir el daño que el alcohol y las drogas causan en la sociedad, la realidad es que sigue siendo una preocupación a nivel mundial. Es un problema que afecta a todos los individuos tanto jóvenes como adultos y de ambos sexos. Y aunque es una sustancia de consumo permitido en mayores de edad desde un punto de vista legal, se sabe que tiene grandes implicaciones para la salud.

Muchos estudios han centrado su atención en la población adolescente por su vulnerabilidad (Rial et al., 2020), por el aumento del riesgo de desarrollar otras adicciones conductuales, principalmente las relacionadas con el uso de internet (Golpe, Gómez, Braña, Varela y Rial, 2017; Rial et al., 2020), por los preocupantes patrones de consumo y su impacto a nivel cognitivo (Correas et al., 2019; López-Caneda et al., 2019; Moure-Rodríguez et al., 2018; Kim-Spoon et al., 2017; McMurray et al. 2016; Luna et al., 2015) y el alcance de las consecuencias a corto, medio y largo plazo, como son los riesgos asociados a conducir bajo los efectos del alcohol (Pilatti et al., 2018; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial; 2017; Barlés et al., 2014; Hingson et al., 2017; Adams et al., 2006; Carrasco et al., 2006; Cassola et al., 2005), violencia familiar y escolar, bajo rendimiento académico (Miller et al., 2007), riesgo de padecer lesiones (Caamaño-Isorna et al., 2017) o relaciones sexuales sin protección (Dormal et al., 2018; Carbia et al., 2018; Moure-Rodríguez et al., 2016a,b; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Huang et al., 2010). Pero también es una gran preocupación la huella que causa el consumo en el cerebro de los adolescentes.

### 2.1.1. CONSECUENCIAS NEUROBIOLÓGICAS EN EL CEREBRO ADOLESCENTE

---

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo y maduración del cerebro tanto desde el punto de vista funcional como estructural. Los cambios ocurridos principalmente en la corteza prefrontal y otras áreas relacionadas durante la adolescencia favorecen el refinamiento de las funciones ejecutivas y un desarrollo significativo en procesos cognitivos tan importantes como la atención, la memoria de trabajo, el control inhibitorio o la toma de decisiones (López-Caneda et al., 2017). Por esta razón, las neurociencias han orientado sus esfuerzos al estudio de estos procesos, las estructuras involucradas y sus conexiones con el propósito de alcanzar un modelo explicativo que permita entender y predecir la conducta del consumo de sustancias tóxicas en adolescentes. Los resultados de muchos de estos trabajos apuntan a que distintas estructuras pueden estar comprometidas y algunas funciones alteradas como consecuencia del uso nocivo de sustancias psicoactivas, lo que afectaría al correcto desempeño de las funciones ejecutivas y otros procesos cognitivos relacionados (Carbia et al., 2018; Carbia et al., 2017; Kim-Spoon et al., 2017; McMurray, et al., 2016; Luna et al., 2015; Cadaveira, 2009).

Desde una perspectiva general, los estudios recientes sugieren que el hecho de que los adolescentes asuman conductas de riesgo, como el uso de sustancias tóxicas, podría deberse a desequilibrios neuronales tales como un rápido desarrollo del funcionamiento subcortical acompañado de un lento desarrollo del funcionamiento prefrontal (Kim-Spoon, et al., 2017). A su vez, estudios centrados en el abordaje de procesos cognitivos específicos, tanto conductuales como de neuroimagen, han encontrado evidencia de que el control inhibitorio junto con otros procesos como la atención o la memoria desempeñan roles críticos en la toma de decisiones de riesgo (Carbia et al., 2018; Kim-Spoon, et al., 2017; Luna et al.; 2015; 2010), igual que la sensibilidad a la recompensa y al castigo (Kim-Spoon, et al., 2017; McMurray et al., 2016). Carbia et al. (2018) llevaron a cabo una revisión sistemática de los estudios neuropsicológicos relacionados con el *Binge Drinking* en jóvenes y los trabajos revisados muestran evidencia de déficits en una serie de procesos cognitivos como la atención, velocidad de procesamiento, funciones

ejecutivas, memoria prospectiva, toma de decisiones o memoria y construcción visuoespacial.

Para el estudio de la **atención** en relación con el consumo de sustancias se han llevado a cabo diferentes tipos de diseños de investigación. La atención es un componente clave de las funciones ejecutivas porque ayuda a minimizar los distractores y asigna los recursos cognitivos óptimos para la ejecución de las tareas. La atención sostenida, entendida como la capacidad de mantener la atención durante un lapso de tiempo para poder resolver una tarea, es uno de los procesos cognitivos analizados en la revisión de Carbia et al. (2018), que concluyen que los resultados de los informes publicados, interpretados en conjunto, no ofrecen evidencia sólida de que existan diferencias en términos de ejecución entre los bebedores de riesgo y los grupos control (Boelema et al., 2015; Hermens et al., 2013). Las investigaciones enfocadas en el estudio de la atención selectiva, entendida como la capacidad de mantener la atención sobre estímulos específicos en presencia de distractores también son poco concluyentes. Existen casi la misma cantidad de estudios que encontraron diferencias que estudios que no las encontraron al comparar la ejecución de consumidores con la de los grupos control. Por ejemplo, Salas-Gómez et al., (2016) encontraron que las mujeres con patrones de consumo de riesgo tenían peor ejecución que el grupo control. Sin embargo, otros trabajos como los de Hermens et al. (2013), Winward et al. (2014a) o Winward et al., (2014b) no encontraron tales diferencias. Tomados estos resultados en conjunto, parece que no existen diferencias en términos atencionales entre los bebedores de riesgo y los grupos control. Sin embargo, se sabe que la atención está estrechamente relacionada con el control inhibitorio y por ende con la impulsividad, lo que hace pensar que puede contribuir a aumentar la probabilidad de llevar a cabo consumos de riesgo. Por esta razón, además de las investigaciones en atención sostenida y atención selectiva, otros trabajos se han centrado en el estudio de la dimensión del control ejecutivo de la atención y encontraron déficits al comparar grupos de sujetos con patrones de consumo de riesgo o dependientes del alcohol con bebedores sociales (Correas et al., 2019; Lannoy et al., 2017; Maurage et al. 2014). Así mismo, en un trabajo muy reciente, Correas et al. (2019) evaluaron el procesamiento atencional en individuos con diferentes patrones de consumo de alcohol y encontraron que los bebedores con patrones de riesgo mostraban alteraciones en el funcionamiento de la corteza frontal inferior, que está implicada en procesos tanto de atención sostenida como selectiva y en el monitoreo del desempeño. Esta información sugiere que los procesos atencionales,



posiblemente en el marco de su relación con otros procesos cognitivos, podría resultar clave para comprender los patrones de riesgo de consumo de alcohol.

Carbia et al. (2018) también revisaron los estudios neuropsicológicos relacionados con **velocidad de procesamiento**, pero ninguno de los documentos revisados encontró diferencias significativas entre consumidores de riesgo y el grupo control. Sin embargo, una característica que sí se observó tanto en los estudios de atención como en los de velocidad de procesamiento es que los *binge drinkers* suelen exhibir tiempos de reacción más rápidos, lo que podría ser un indicador de impulsividad que podría influir en la decisión de llevar a cabo consumos de riesgo.

Un tercer grupo de investigaciones neuropsicológicas analizadas por Carbia et al. (2018) fueron las relacionadas con las **funciones ejecutivas**, que comprende una amplia gama de procesos cognitivos que incluyen la memoria de trabajo, inhibición, flexibilidad cognitiva y planificación que regulan el esfuerzo en tareas no automáticas e implican la integridad de los circuitos corticales del lóbulo frontal. Específicamente, **la memoria de trabajo** involucra la capacidad de mantener la información y manipularla o reorganizarla mentalmente, adquiriéndose primero la capacidad de mantenerla y posteriormente la de manipularla. Las investigaciones al respecto muestran que no existen diferencias significativas en la capacidad de mantenimiento de la información o de almacenamiento en los bebedores con patrones de consumo de riesgo y los grupos control ni en la adolescencia ni durante la adultez temprana. Además, el patrón de *Binge Drinking* en adultos jóvenes no parece estar asociado con déficits en la manipulación de la información en ciertas tareas en las que, sin embargo, los adolescentes sí parecen mostrar dificultades, por ejemplo, en tareas de búsquedas auto ordenadas más exigentes que requieren monitoreo de información y estrategias ejecutivas para complementar los límites de almacenamiento. Esta información es congruente con la de otros estudios de neuroimagen funcional enfocados en el papel de la memoria de trabajo que han demostrado que existen respuestas neurales diferenciadas en tareas de este tipo de memoria en adolescentes que consumen alcohol en comparación con adolescentes que no lo consumen (Vetreno y Crews, 2015). Vinader-Caerols et al., (2017) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 154 adolescentes de 18 y 19 años para evaluar los efectos de la cantidad de alcohol en sangre sobre el rendimiento en la memoria visual inmediata y la memoria de trabajo. Clasificaron a la muestra en tres grupos según sus niveles de concentración de alcohol en sangre (uno control, uno con baja concentración de alcohol en sangre y otro con alta

concentración de alcohol en sangre) y a su vez hicieron comparaciones por género para cada grupo. Los resultados de su trabajo muestran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y los grupos que habían consumido alcohol, incluso con los que tenían una concentración más baja de alcohol en sangre. Para la tarea de memoria de trabajo se observaron diferencias estadísticamente significativas en la ejecución de los adolescentes que no habían consumido alcohol frente a los que tenían una alta concentración de alcohol, aunque las diferencias no fueron significativas en comparación con los que tenían concentraciones moderadas de alcohol. Estos resultados posiblemente se deben al reclutamiento de recursos adicionales como la atención, para poder ejecutar adecuadamente la tarea, lo cual es congruente con los resultados de otros estudios previos (López-Caneda et al., 2013). En conclusión, la memoria visual inmediata es más sensible que la memoria de trabajo a los efectos neurotóxicos del alcohol en adolescentes. La variable género, por su parte, no mostró ser un factor significativo en ninguno de los casos (Vinader-Caerols et al., 2017).

Por otra parte, la inhibición o **control inhibitorio** de la respuesta hace referencia a la capacidad del ser humano para inhibir o controlar las respuestas impulsivas o automáticas y generar respuestas medidas por procesos atencionales o por el razonamiento con el objetivo de guiar el comportamiento de acuerdo con los objetivos a largo plazo (López-Caneda et al., 2017; Allom et al., 2015). Un control inhibitorio débil puede predisponer a las personas a desarrollar comportamientos adictivos, incluido abuso de alcohol (López-Caneda et al., 2014) y se ha visto que se relaciona con *Binge Drinking* en adultos jóvenes y con problemas relacionados con el alcohol y un mayor riesgo de dependencia del alcohol en los adolescentes. A su vez, la ingesta aguda de alcohol puede provocar déficits en el control de los impulsos e interrupciones en el funcionamiento del cerebro en relación con el control inhibitorio (López-Caneda et al., 2017). Por estas razones, y por su propia naturaleza, es uno de los procesos cognitivos que más se ha estudiado en relación con las conductas de riesgo, por considerarse que en su relación con otras funciones cognitivas podría estar la clave de por qué los adolescentes toman la decisión de adoptar conductas de peligrosas como el uso y abuso de sustancias.

Los estudios de neuroimagen funcional han permitido ver que en los procesos de maduración neuronal típicos los adolescentes muestran menos activación cerebral que los niños durante la ejecución de tareas relacionadas con el control inhibitorio, lo que da cuenta de que a lo largo del desarrollo el funcionamiento neuronal debe volverse más

refinado y eficiente (Luna et al., 2010). Sin embargo, algunos estudios han encontrado niveles de activación en algunas regiones cerebrales como los ganglios basales del cuerpo estriado, específicamente en el caudado, el putamen y el globo pálido, que se relacionan con procesos inapropiados de control inhibitorio de la respuesta (Aron et al., 2014). Los procesos de control inhibitorio a su vez tienen fuertes conexiones con la memoria de trabajo implicada en la capacidad para almacenar temporalmente información relevante. De manera general, se ha visto que los cerebros de las personas que no beben alcohol con el tiempo van aumentando su eficiencia en el procesamiento de la información mientras que los cerebros de las personas que consumen cantidades importantes de alcohol se vuelven menos eficientes. Por esta razón, sus circuitos neuronales deben recurrir a estrategias de compensación reclutando para el procesamiento áreas cerebrales adicionales no relevantes para la tarea demandada para poder lograr los niveles de ejecución esperados (Vinader-Caerols et al., 2017; Feldstein Ewing et al., 2014).

Otros estudios sobre la capacidad de control inhibitorio se han centrado en el análisis de su relación con la sensibilidad a la recompensa y encontraron que una baja capacidad de control inhibitorio, combinada con altos niveles de sensibilidad a la recompensa, podía predecir el uso temprano de sustancias como tabaco, alcohol y marihuana en los adolescentes. Sin embargo, no se encontraba efecto predictivo cuando la alta sensibilidad a la recompensa aparecía acompañada de altos niveles de control inhibitorio (Kim-Spoon, et al., 2016). Resultados similares fueron publicados hace más de una década por autores como Patrik et al. (2008) que llevaron a cabo un estudio de esta naturaleza, donde evaluaron a una muestra de 72 mujeres universitarias con edades comprendidas entre 19 y 24 años que concluyó que las mujeres que presentaban mayor sensibilidad a la recompensa y mejor memoria de trabajo eran más proclives a llevar a cabo conductas de riesgo y tenían más capacidad para evitar las consecuencias negativas de sus acciones porque tenían mejor capacidad de regulación cognitiva (Patrick et al., 2008).

La **flexibilidad cognitiva** es la capacidad de cambiar el pensamiento de un concepto a otro o de alternar mentalmente dos tareas (Kim et al., 2011). En la revisión de Carbia et al. (2018) encontraron ocho estudios que emplearon siete tareas neuropsicológicas para evaluar flexibilidad cognitiva y encontraron que en cinco de ellas había dificultades en la ejecución de los *binge drinkers*. Se ha considerado la posibilidad de que diferentes niveles de complejidad de las tareas empleadas pudieran estar relacionados con las diferencias halladas en la ejecución entre los diferentes estudios llevados a cabo, por lo que se sugiere

la necesidad de llevar a cabo más investigación que permita conocer mejor como influye el *Binge Drinking* en la flexibilidad cognitiva.

La **planificación** hace referencia a la capacidad para adaptar la conducta al tiempo y al espacio, lo que es requerido para alcanzar un objetivo que consta de diferentes pasos intermedios. En la revisión de Carbia et al. (2018) encontraron cinco estudios que emplearon tres tareas diferentes para estudiar esta función y encontraron que en general no había diferencias significativas entre *binge drinkers* y *no-binge drinkers* en la capacidad de planificación.

La **memoria prospectiva** es una memoria orientada hacia el futuro. Hace referencia a la capacidad del ser humano para recordar intenciones o acciones relacionadas con eventos o con tiempo, que fueron planeados para el futuro. Carbia et al. (2018) sólo encontraron dos investigaciones neuropsicológicas que estudiaran este fenómeno en relación con el consumo de riesgo de alcohol en jóvenes, pero los resultados de estos trabajos sugieren una asociación entre el *Binge Drinking* y el pobre funcionamiento de la memoria prospectiva. Esta función necesita ser estudiada con más profundidad para consolidar los datos encontrados.

La **toma de decisiones** es un proceso cognitivo complejo que implica hacer evaluaciones de resultado a corto y a largo plazo para elegir entre diferentes acciones que compiten entre sí. Carbia et al. (2018) encontraron cinco trabajos de corte neuropsicológico que estudiaban este fenómeno en jóvenes con patrones de consumo de riesgo de alcohol y en conjunto estos estudios muestran evidencia poco consistente sobre la asociación entre *Binge Drinking* y dificultades en el proceso de toma de decisiones. Los resultados contradictorios mostrados en estas investigaciones podrían deberse tanto a factores relacionados con variables personales del participante como el consumo de sustancias o la presencia de alteraciones psiquiátricas, como con factores relacionados con la ejecución de la tarea. Sin embargo, parece desprenderse del conjunto de los estudios revisados por Carbia et al. (2018) que la hipersensibilidad a la recompensa mostrada por los jóvenes *binge drinkers* podría relacionarse con una pobre capacidad para llevar a cabo una toma de decisiones adecuada.

Kim-Spoon et al. (2017) profundizaron en estudio de la sensibilidad a la recompensa y al castigo estudiando las funciones ejecutivas en relación con la toma de decisiones. Ellos proponen que existen dos sistemas clave que están involucrados en la regulación de la

motivación para el comportamiento de riesgo asociado al consumo. Por una parte está la sensibilidad a la recompensa y por otra el castigo. La regulación de la interacción entre estos dos sistemas por parte de la función ejecutiva sería la explicación que permitiría comprender la etiología de las diferencias individuales en los comportamientos de uso de sustancias en adolescentes (Kim-Spoon, et al., 2017). Estudios previos ya habían demostrado que los adolescentes son significativamente más sensibles a la recompensa que los adultos, produciéndose un aumento de esta sensibilidad en la transición entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía (Urošević et al., 2012). Además, otros trabajos también señalan que el patrón de procesamiento cortical de las recompensas de los adolescentes que consumen alcohol puede estar implicado a largo plazo en una tendencia a la impulsividad durante la vida adulta (McMurray et al., 2016). Así mismo, los estudios de neuroimagen funcional del procesamiento de recompensas muestran que las neuronas de dopamina del cuerpo estriado de los adolescentes se activan más que las de los adultos ante la anticipación de la recompensa y como respuesta a dicha recompensa (Silverman et al., 2015; Luciana et al., 2012).

La **memoria** hace referencia a la capacidad de codificación, almacenamiento y consolidación de la información y a su posterior recuperación. Se puede dividir en memoria a corto y largo plazo. La memoria a largo plazo a su vez se divide en memoria implícita (*priming* y memoria de procedimiento) y memoria explícita (episódica y semántica). La **memoria episódica** se refiere al recuerdo de experiencias específicas como imágenes o lista de palabras y es la medida neuropsicológica típica para el estudio de la memoria. Los estudios de memoria verbal, para los que se suelen utilizar listas de palabras, muestran que los *binge drinkers* suelen mostrar alteraciones que empeoran su ejecución como pobre agrupación semántica, mayor susceptibilidad a las interferencias, peor asociación libre y peores resultados en recuperación tardía (Carbia et al., 2017). Un estudio reciente que analizó la relación entre las funciones ejecutivas y el consumo de sustancias es el de Smith et al. (2017) que evaluó aprendizaje verbal y el funcionamiento de la memoria en consumidores de alcohol y cannabis. En sus resultados encontraron que el funcionamiento de la memoria de reconocimiento era más pobre en el caso del grupo de los grandes bebedores que en el de los que no consumían alcohol ni drogas y que incluso cuando no se presentan cambios observables a nivel conductual sí se podían ver a nivel de procesamiento cerebral a través de potenciales relacionados con eventos (Smith et al., 2017). Otros trabajos similares, como el de Carbia et al. (2017) encontraron

resultados similares en un estudio longitudinal. Además, vieron que cuando los jóvenes abandonaban el patrón de consumo de *Binge Drinking* la memoria verbal episódica podía recuperarse, al menos de manera parcial. Estos trabajos sugieren una importante sensibilidad del hipocampo a los efectos del alcohol, particularmente durante la edad adolescente. Se necesitan más investigaciones para profundizar en los déficits, así como para conocer cuáles son los procesos mnésicos específicamente afectados para aclarar si se relacionan más con la codificación o con la consolidación.

La **memoria visoespacial** es la capacidad para recordar la posición de los objetos en el espacio. Carbia et al. (2018) concluyen en su revisión de los estudios neuropsicológicos de esta memoria que a diferencia de lo que ocurre con la memoria verbal, en la memoria visoespacial el recuerdo libre y la recuperación tardía no parecen estar comprometidos en los jóvenes *binge drinkers*. Sin embargo, en las tareas con alto grado de interferencia su ejecución muestra déficits que parecen asociarse a una incapacidad para inhibir información inducida por la propia tarea. En resumen, tanto los estudios conductuales como los de neuroimagen enfocados en la ejecución de la memoria, revelan que el consumo de sustancias tóxicas puede provocar alteraciones en algunas estructuras relacionadas con la memoria, como el hipocampo, causar muerte celular e inhibición de la neurogénesis, lo que podría traer consecuencias negativas para los procesos de codificación, almacenamiento y memoria episódica (Moscovitch et al., 2016). Aunque no se cuestiona que la neurotoxicidad del alcohol compromete seriamente el correcto funcionamiento de la memoria, aún falta por demostrar si cuando los adolescentes dejan de consumir es posible recuperar la eficiencia total de esta función (Cadaveira, 2009).

La **visoconstrucción** hace referencia a un proceso cognitivo complejo capaz de analizar la información visual del entorno para actuar de acuerdo a lo que se está percibiendo. Conlleva un proceso sistemático que parte de lo sensorial a lo perceptual, donde se analiza primero lo que se está viendo, para luego trasladarlo a la esfera de lo espacial a lo motor y actuar al respecto de manera coherente. Así pues, la visoconstrucción conlleva dos tipos de análisis, primero el reconocimiento de lo que se está viendo y después su posición y localización. Este proceso implica la integración de aspectos viso-perceptivos, visoespaciales, funciones ejecutivas y actividad motora que nos permiten situarnos a nosotros mismos y a nuestro entorno, y a su vez responder a este. Los estudios en este campo en relación con el *Binge Drinking*, al igual que en la mayoría de las funciones neuropsicológicas descritas son escasos, pero de manera general parecen apuntar a que el



desempeño en esta función no se encuentra sistemáticamente ligado al *Binge Drinking* (Carbia et al., 2018).

La conclusión más obvia que se desprende de este análisis del funcionamiento cognitivo de los *binge drinkers* jóvenes en general y adolescentes en particular, es que, si existen alteraciones funcionales, aunque aún no estén bien definidas, es obvio que a éstas deben subyacer otras alteraciones de carácter estructural. En esta línea, Cservenka y Brumback (2017) llevaron a cabo una pequeña revisión de varias investigaciones que estudiaron con neuroimagen los efectos del consumo excesivo episódico de alcohol en la estructura y funcionalidad del cerebro de los adolescentes y en la mayoría de los trabajos se encontró una reducción del volumen del cerebro en general, más notable en las cortezas frontal y prefrontal. Este resultado es congruente con el de Silveri et al. (2016), quienes analizaron el papel que tiene el consumo de alcohol en el cerebro adolescente mediante la resonancia magnética, y encontraron que las alteraciones más comunes se encuentran en el lóbulo frontal, ya que ésta es la región que tarda más en desarrollarse, y que el circuito límbico y el hipocampo también son regiones vulnerables al consumo temprano. Las regiones subcorticales como el hipocampo, el diencéfalo, el cerebelo y el tronco encefálico también muestran esta disminución de volumen y en algunos casos, como el del hipocampo, las estructuras muestran asimetrías. Un estudio longitudinal con un seguimiento de este perfil de bebedores por un período de 10 años encontró un volumen más reducido de la sustancia gris en la corteza cingulada anterior, en la corteza orbitofrontal, en el giro temporal y en la corteza insular en comparación con adolescentes que presentaban patrones de consumo moderados (Heikkinen et al., 2017). Tanto la estructura como la actividad neuronal de los adolescentes que consumen alcohol están alteradas por la neurotoxicidad asociada a la ingesta, lo que puede dar lugar a una reorganización neuronal y aumenta el riesgo de padecer, entre otras enfermedades, un trastorno por abuso de sustancias en la vida adulta.

En resumen, a pesar de la diversidad de estudios que analizan las alteraciones funcionales y estructurales del cerebro de los adolescentes en relación con el uso nocivo del alcohol, no se ha podido llegar a conclusiones fehacientes que ayuden a predecir las conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias tóxicas. La decisión, el impulso o la motivación para consumir podrían deberse tanto a la incapacidad para inhibir comportamientos relacionados con la búsqueda de recompensas, como por la incapacidad para inhibir comportamientos asociados con castigos o quizás a cualquier otro proceso cognitivo que

aún no se ha podido identificar. Si la función ejecutiva es el factor regulador de la recompensa y el castigo, los individuos que presentan mejor funcionamiento en términos de función ejecutiva, deberían ser capaces de autorregularse mejor y tomar decisiones más responsables con respecto a la conveniencia o no de consumir sustancias (Kim-Spoon, et al., 2017). También se sabe que la memoria de trabajo y la capacidad de inhibición son procesos relacionados que influyen con las conductas de riesgo. Desde un enfoque diferente, se ha visto que los déficits de memoria, el control cognitivo, las emociones negativas, la impulsividad y la inestabilidad afectiva aumentan la vulnerabilidad de los individuos a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol (Yang et al., 2018). Sin embargo, parece necesario llevar a cabo nuevos estudios con muestras más extensas en las que se analicen con más profundidad estas relaciones.

### **2.1.2. CONSECUENCIAS GENERALES PARA LA SALUD**

---

Las consecuencias derivadas del consumo de alcohol y otras drogas no afectan únicamente al proceso de maduración natural del cerebro, sino que tiene fuertes implicaciones para la salud en general. Específicamente el consumo de alcohol, por su uso tan extendido en todas las sociedades, así como por su rol como inductor al consumo de otras sustancias y por las graves consecuencias derivadas de su abuso, se ha convertido en el problema de salud pública más importante del mundo en la actualidad.

Según el informe global de alcohol y salud más reciente publicado por la OMS (2018) el uso nocivo de bebidas alcohólicas es la causa de mortalidad y morbilidad más importante de nuestros tiempos. Sólo durante el año 2016 causó la muerte de más de 3 millones de personas, lo que representa un 5,3% de todas las muertes, y provocó 132,6 millones de discapacidades de por vida (*World Health Organization*, 2018; Rehm et al., 2018). Además, el uso nocivo del alcohol es la causa de muchas enfermedades, entre las que se incluye no sólo la adicción, sino también lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, enfermedades de transmisión sexual, trastornos reproductivos o daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer. La magnitud del daño depende de diferentes factores, pero sobre todo del patrón de consumo de cada individuo.



Para comprender mejor las implicaciones para la salud derivadas del abuso de sustancias psicoactivas en general y de alcohol en particular debe plantearse una triangulación de aspectos fundamentales: Cómo impacta sobre la salud física, sobre la salud mental y qué consecuencias tiene para los sistemas públicos de salud.

Respecto a la **salud física** ocurre que el uso de sustancias puede evolucionar rápidamente desde la experimentación o el uso ocasional hacia el uso frecuente y la dependencia en los adolescentes en riesgo, por lo que puede convertirse en un problema de salud a largo plazo, causar lesiones e incluso la muerte. Y aunque el consumo de alcohol ha disminuido en la región europea de la OMS y en algunos países de Latinoamérica y se ha mantenido más o menos estable en otros como Estados Unidos, la tendencia general a nivel mundial es al alza y se pronostica que, de forma global, cada vez se va a consumir más alcohol. Esta previsión sobre el consumo de alcohol y drogas, que ya contribuye sustancialmente a la carga global de enfermedades, impactará aún más fuerte no solo a través del crecimiento de los trastornos por uso de sustancias, sino también por la aparición de otras patologías derivadas de su consumo (GBD Alcohol and Drug Use Collaborators, 2018; The Lancet Gastroenterology & Hepatology, 2019). Entre las enfermedades que se sabe que están más directamente relacionadas con el consumo de sustancias destacan las hepatopatías derivadas del uso nocivo del alcohol, principalmente hepatitis alcohólica, cirrosis y cáncer. Además, múltiples patologías, entre ellas algunas digestivas, respiratorias y cardiovasculares, que también son causadas o empeoran su pronóstico como consecuencia del consumo de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas ilegales.

El 98% del etanol ingerido se metaboliza en el hígado (Téllez y Cote, 2006) y de ahí se deriva la gran cantidad y severidad de **patologías hepáticas** relacionadas con el consumo de esta sustancia. La enfermedad hepática alcohólica es la principal complicación médica relacionada con el alcohol a nivel mundial. Puede progresar desde el hígado graso alcohólico a la esteatohepatitis alcohólica, que se caracteriza por inflamación hepática y que cuando se cronifica puede conducir a fibrosis y cirrosis y, en algunos casos, a cáncer hepatocelular. Además, la esteatohepatitis alcohólica grave, con o sin cirrosis, puede provocar hepatitis alcohólica, que es una presentación clínica aguda de la enfermedad hepática alcohólica que se asocia con insuficiencia hepática y alta mortalidad (Seitz et al., 2018). Además, estudios recientes enfatizan la relación bidireccional entre alteraciones hepáticas y problemas gastrointestinales y cardiovasculares, por lo que comprometer el

funcionamiento de cualquiera de ellos aumentaría el riesgo de afectación de los demás (Long et al., 2019). El crecimiento previsto del consumo de bebidas etílicas sugiere que la carga de enfermedad hepática y otras relacionadas con el alcohol aumentará en un futuro cercano, especialmente en los países de ingresos medios bajos que es en los que se está observando una mayor tendencia de consumo.

La exposición al alcohol de manera continuada desestabiliza la función hepática, obligando al hígado a hacer un sobreesfuerzo para eliminar esta sustancia, y sus células se alteran o se destruyen, provocando inflamación que puede evolucionar hacia una fibrosis y aumentar la probabilidad de desarrollar otras alteraciones irreversibles e incluso la muerte. Si bien es cierto que no todos los patrones de consumo abocan a una enfermedad hepática, también es una realidad que la hepatopatía alcohólica puede originar cambios histopatológicos diversos, como la cirrosis o el cáncer de hígado, y la alcoholemia es la primera causa de trasplante de hígado en Europa y la segunda en Estados Unidos. Una ingesta de alcohol diaria por encima de 60 mg, equivalente a cuatro consumiciones estándar (e.g. cuatro cervezas de 12 ml o cuatro copas de vino de 5 ml), son una cantidad suficiente para desarrollar alteraciones hepáticas en menos de dos años (Fuster y Samet, 2018; Rehm et al., 2018).

Entre las alteraciones causadas por el alcohol, existen algunas menos severas, e inicialmente reversibles cuando cesa la ingesta, como es el caso de la esteatosis hepática, también conocida como hígado graso alcohólico, que se produce por la ingesta excesiva de alcohol en un período de tiempo que puede oscilar entre algunas semanas y varios años. Esta alteración consiste en un acúmulo de grasa en el hígado, causado por las alteraciones metabólicas que produce el alcohol. Es asintomático y frecuentemente no presenta alteraciones analíticas, ni afecta a la función hepática. Pero si el consumo excesivo de alcohol continúa en presencia de esteatosis aumenta significativamente el riesgo de desarrollar hepatitis, fibrosis y cirrosis, lo que a su vez desencadena un riesgo mayor de padecer hepatocarcinoma (Seitz et al., 2018).

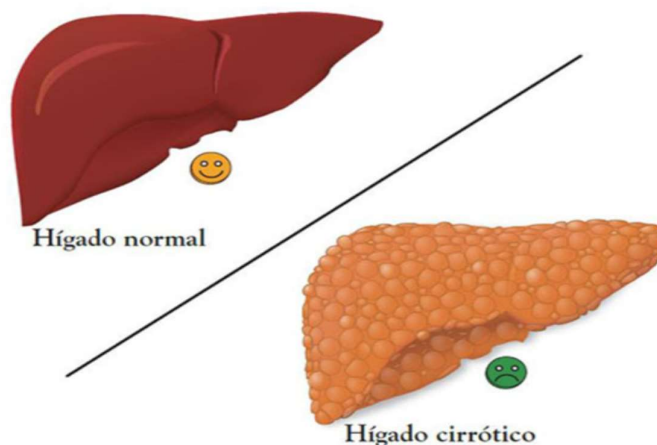
La enfermedad que presentan los pacientes con hígado graso por alcohol que además tienen inflamación y fibrosis se define como esteatohepatitis alcohólica (ASH, en sus siglas en inglés). Su diagnóstico se establece a través de biopsia hepática y ayuda a definir el riesgo de desarrollar cirrosis. Es importante diferenciar que la esteatohepatitis alcohólica no es lo mismo que la hepatitis alcohólica (Seitz et al., 2018). La primera es

producto de la evolución de una esteatosis hepática causada por la exposición repetida a cantidades importantes de alcohol; mientras la segunda, es un cuadro de evolución aguda caracterizado por insuficiencia hepática e ictericia, que es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas producida por el aumento de bilirrubina en sangre como resultado de la alteración hepática y se asocia con elevadas tasas de mortalidad a corto plazo.

En el mundo desarrollado la hepatopatía alcohólica es una de las principales causas de cirrosis. Esta enfermedad surge en el contexto de un proceso de evolución de diferentes alteraciones hepáticas previas y, como se puede ver en la figura 7 causa una remodelación de la arquitectura del tejido hepático normal derivada de los procesos de cicatrización, también llamados fibrosis, producidos en el hígado por efecto del consumo repetido de alcohol y afecta a su correcto funcionamiento. Aproximadamente del 10% al 20% de los grandes bebedores desarrollan cirrosis (Matsushita y Takaki, 2019) y la probabilidad de desarrollar esta enfermedad aumenta a medida que aumenta la ingesta incluso cuando el consumo se hace exclusivamente durante el tiempo de las comidas (Simpson et al., 2019).

**Figura 7**

*Hígado normal vs. Hígado cirrótico. Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis (ASSCAT)*



También se ha visto que las mujeres son más sensibles a esta patología, incluso cuando su consumo se limita a cantidades moderadas (Roerecke et al., 2019). El tejido fibroso del hígado cirrótico no tiene la capacidad para realizar las funciones que llevan a cabo las células normales hepáticas, por lo que lenta y progresivamente el hígado va dejando de hacer su trabajo y en un plazo de tiempo variable, pero que en la mayoría de los pacientes suele estar en torno a los 15 o 20 años de evolución, se pierde completamente su funcionalidad. En las fases iniciales de la enfermedad muchos pacientes están asintomáticos, pero progresivamente van apareciendo los síntomas, se observan alteraciones en las analíticas y se deteriora la función. En estos casos el daño hepático ya no es reversible con la abstinencia, aunque sí se ha comprobado que dejar de consumir puede mejorar el pronóstico. Muchos pacientes acaban falleciendo como consecuencia de esta enfermedad.

Una ingesta excesiva de alcohol puede provocar no solo hígado graso, hepatitis aguda o crónica o cirrosis, sino que aumenta de 3 a 10 veces el riesgo de padecer un carcinoma hepatocelular (CHC). Éste es el tipo de cáncer de hígado más común y la causa más frecuente se relaciona con el consumo de alcohol. En la actualidad esta patología representa la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer y su prevalencia aumenta aproximadamente entre un 3 y un 4% cada año (Matsushita y Takaki, 2019). La cirrosis, independientemente de la etiología, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de carcinoma hepatocelular (Tarao et al., 2019) y las hepatitis B y C son a su vez factores de riesgo independientes para el desarrollo tanto de cirrosis y de carcinoma hepatocelular. El consumo de alcohol sigue siendo un importante factor de riesgo, ya que la cirrosis por alcohol es más frecuente que la producida por la hepatitis C y además potencia la progresión de la fibrosis en personas con hígado graso no alcohólico.

Por otra parte, muchos estudios hasta ahora han mostrado evidencia de que un consumo moderado podía tener beneficios para la **salud cardiovascular**, reduciendo el riesgo de enfermedad coronaria, tanto de angina de pecho como de infarto de miocardio y reduciendo la mortalidad por dichas enfermedades tanto en hombres como en mujeres (Masip y Germà Lluch, 2019; Sacanella et al., 2019). Sin embargo, estos datos son controvertidos. El consumo excesivo de alcohol como factor de riesgo para el funcionamiento cardiovascular es un tema que ha sido ampliamente documentado en la literatura médica (Long et al., 2019; Masip y Germà Lluch, 2019; Roerecke et al., 2018; McManus et al., 2016; Rehm, y Roerecke; 2017, Larsson et al., 2014). Hay evidencia que

muestra como el consumo de esta sustancia aumenta el riesgo de padecer presión arterial alta o hipertensión arterial, infarto cerebral o ictus, arritmia cardíaca por fibrilación auricular (Rehm et al., 2016). Por esta razón, trabajos muy recientes que analizaron este fenómeno desde una perspectiva más global indican que el único nivel de consumo seguro es 0 gr. de etanol, porque los beneficios del consumo de alcohol que se habían sugerido con relación a la salud cardiovascular, especialmente en mujeres, se ha visto que aumentan el riesgo de padecer cáncer (Mehta y Sheron, 2019) por lo que, desde una perspectiva integral, no existe beneficio.

Existe una clara asociación demostrada entre el consumo excesivo de alcohol y la aparición de hipertensión arterial. Se ha estimado que alrededor del 10% de los varones que presenta hipertensión es debido al consumo de alcohol (Masip y Germà Lluch, 2019), independientemente de la cantidad consumida. Estudios de meta-análisis han encontrado que, en general, la abstinencia puede ayudar a disminuir la presión arterial alta, siendo más significativa esta mejoría en los pacientes que consumían cantidades más grandes de alcohol (Roerecke et al., 2017). Sin embargo, la asociación entre el consumo de alcohol leve a moderado y la hipertensión aún no está clara, a pesar de todos los meta-análisis y las innumerables revisiones. Esta asociación parece depender del sexo, y se cree que esto es así debido al metabolismo diferencial del alcohol y a las diferencias en los patrones o los patrones de consumo (Roerecke et al., 2018).

Cuando el flujo sanguíneo se interrumpe (isquemia) en un área cerebral puede ocasionar la muerte de una parte del tejido encefálico dando lugar a lo que se conoce como infarto cerebral o ictus, que puede ser de dos tipos dependiendo de la causa que lo origina: Ictus isquémico, cuando se produce por la obstrucción de un vaso sanguíneo o ictus hemorrágico cuando el vaso sanguíneo se rompe permitiendo el derrame sanguíneo. Un consumo grave de alcohol mayor de 60 g al día aumenta claramente el riesgo de ictus cerebral, tanto isquémico como hemorrágico, siendo el segundo más sensible al consumo de cualquier cantidad, incluso mínima (Masip y Germà Lluch, 2019).

Por su parte, la fibrilación auricular es una frecuencia acelerada e irregular del ritmo del corazón que puede aumentar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones relacionadas con el corazón. Esta alteración es el tipo de arritmia cardíaca más prevalente del mundo y se sabe que el consumo de alcohol y tabaco se encuentran entre los factores de riesgo mejor establecidos para el

origen de esta cardiopatía. Estudios de meta-análisis han demostrado que las personas con enfermedad hepática relacionada con el alcohol, que son grandes consumidores de alcohol, corren el riesgo de sufrir una miocardiopatía relacionada con el alcohol y están más predispuestos a sufrir insuficiencia cardíaca y arritmia auricular (Long et al., 2019; Larsson et al. 2014).

El proceso de absorción del alcohol comienza inmediatamente después de su ingesta., el intestino delgado el 70% y el colon más o menos el 10% (Téllez y Cote, 2006). Sin embargo, los efectos nocivos del alcohol no afectan exclusivamente a estos órganos, sino prácticamente a todo el **sistema digestivo**. Cuando un individuo ingiere alcohol el esófago presenta alteraciones en su motilidad, lo que favorece la aparición de reflujo y vómito y si bien es una alteración aguda que se presenta varias horas después de haber estado consumiendo bebidas etílicas, se puede cronificar en el caso de los bebedores habituales. Las consecuencias de esta disfunción motora son el reflujo gastroesofágico que condiciona la aparición de esofagitis crónica y favorece el desarrollo úlceras en la parte inferior del esófago y aumenta la posibilidad de hemorragias y favorece la aparición de cáncer de esófago, especialmente en los pacientes que también son fumadores habituales porque el alcohol actúa como un solvente que favorece la penetración de los carcinogénicos del tabaco a través de las mucosas (Parés y Caballería, 2006). Por su parte, el estómago absorbe aproximadamente un 20% de la dosis etílica ingerida (Téllez y Cote, 2006) lo que provoca cambios en las paredes estomacales debido a que el alcohol consume la capa de mucosa que recubre al estómago favoreciendo así la aparición de gastritis aguda, úlceras o hemorragia. Las consecuencias del alcohol sobre la motilidad y el vaciamiento gástricos están poco claras y parecen relacionarse con la dosis consumida. En pequeñas cantidades el alcohol acelera el vaciamiento gástrico, pero en dosis altas disminuye la motilidad y retrasa el vaciamiento gástrico. También actúa sobre el intestino delgado acelerando el tránsito intestinal y provocando alteraciones en la estructura intestinal que contribuyen a ralentizar el proceso de absorción de nutrientes y fluidos, lo que contribuye a crear estados de malnutrición en bebedores crónicos (Parés y Caballería, 2006).

El consumo grave de alcohol causa inflamación tanto aguda como crónica del páncreas, así como las denominadas pancreatitis agudas y crónicas etílicas (Masip y Germà Lluch, 2019; Rehm et al., 2018; Samokhvalov et al., 2015; Parés y Caballería, 2006). Samokhvalov et al. (2015) llevaron a cabo una revisión de literatura científica enfocada

en el estudio de la asociación entre el consumo de alcohol y la pancreatitis y encontraron que, igual que ocurre con otras alteraciones, las mujeres son más sensibles a los efectos del alcohol en relación con las alteraciones pancreáticas, pudiendo desarrollar una pancreatitis crónica incluso haciendo un uso moderado del alcohol.

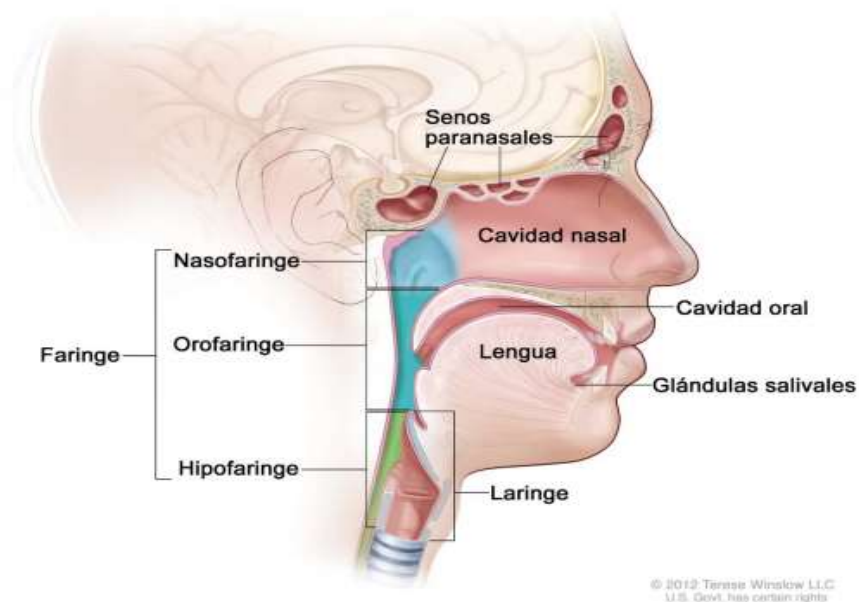
El **cáncer** hace referencia a un conjunto de enfermedades relacionadas entre sí y caracterizadas por alteraciones moleculares y de origen celular. Las células cancerígenas se reproducen de manera rápida, desordenada e ilimitada y tienen la capacidad de invadir tanto tejidos como órganos peritumorales y separarse del tumor original y transportándose a través de la sangre o la linfa para invadir nuevos tejidos, que es lo que se conoce como metástasis (Hernández, 2018).

La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer clasifica el alcohol como carcinógeno del Grupo 1 porque induce diferentes tipos de cáncer y empeora el pronóstico de todos los tumores (Masip y Germà Lluch, 2019). El mecanismo subyacente al efecto carcinogénico de las bebidas alcohólicas no está completamente claro y probablemente difiere en función del órgano diana (Boffeta y Hashibe, 2006), pero sí se sabe que se asocia con un riesgo elevado de cáncer de faringe, laringe, esófago, mama, hígado y páncreas entre otros (Grevers et al., 2019). Algunos de los tipos de cáncer causados directamente por el consumo excesivo de alcohol ya se han comentado. En este apartado se describirán otros tipos que también están estrechamente relacionados con el abuso de esta sustancia. Uno de los más prevalentes e invasivos es el cáncer **de cabeza y cuello**. Este tipo de cáncer representa un importante problema de salud pública que afecta cada año a más de 630.000 personas. Consiste en una neoplasia del tracto aero-digestivo superior y se subdivide en diferentes tipos dependiendo de la región afectada (ver Figura 8); Cáncer de cavidad oral que afecta a dos tercios de la lengua, revestimiento interior de mejillas y labios, base de la boca y paladar duro; Cáncer de faringe y Cáncer de laringe, glándulas salivales, fosas nasales y senos paranasales.



Figura 8

Cáncer de cabeza y cuello. (Cárcamo, 2018)



Más del 90% de este tipo de cánceres son altamente agresivos e invaden otros tejidos incluso después del tratamiento y entre sus principales factores de riesgo está el consumo de alcohol y tabaco que son causantes de más del 75% de los casos, mientras si los pacientes dejan de fumar después de recibir el diagnóstico se ha observado una reducción del riesgo de un 30% (Cárcamo, 2018; Boras et al., 2019).

Por otra parte, aproximadamente el 4% -10% de los casos de **cáncer de mama** en los Estados Unidos son atribuibles al alcohol, por lo que parece que, comparado con otros órganos, el seno parece ser más susceptible a los efectos cancerígenos del alcohol. A diferencia de lo que ocurre con otros tipos de cáncer, donde el tumor aparece inmediatamente como consecuencia del consumo, en el cáncer de mama algunos estudios han encontrado que el consumo intensivo de alcohol en edades tempranas, entre los 18 y los 40 años, se asoció con un riesgo significativo para desarrollar cáncer de mama invasivo incrementándose el riesgo de manera proporcional al alcohol consumido por día. Además, se vio que este riesgo persistía después de controlar el consumo pasados los 40 años. Así mismo, se sabe que por cada 10 g de alcohol al día durante la adolescencia aumenta entre un 15 y un 16% en el riesgo de enfermedad mamaria benigna, que a su vez



son un marcador de riesgo para el cáncer de mama (Alimujiang y Colditz, 2019). Un dato interesante sobre la relación entre el consumo de alcohol y el cáncer de mama es que, a pesar de estar bien documentado a nivel científico, parece ser un dato desconocido para la sociedad, incluyendo a las pacientes que padecen esta patología. Recientemente se han llevado a cabo en Reino Unido varios estudios cualitativos con mujeres en riesgo o con manifestaciones clínicas de cáncer de mama para discutir sobre sus perspectivas respecto a la enfermedad, su impresión sobre el alcohol como factor de riesgo y la necesidad de información sobre estos temas. Los resultados mostraron que la mayoría de las participantes no sabían que era necesario recibir información sobre los riesgos del alcohol porque no veían su relación con el cáncer de mama (Chambers et al., 2019; Sinclair et al., 2019). Estos resultados son compatibles con los de otros estudios donde se evalúa longitudinalmente el cambio en el estilo de vida de las pacientes diagnosticadas con esta patología y se observa que, dentro de los cambios llevados a cabo, la reducción del consumo de tabaco y alcohol son las que ocurren con menos frecuencia (Barbosa et al., 2019).

Aunque es cierto que las **enfermedades infecciosas** no son causadas directamente por el consumo de alcohol o drogas, la realidad es que su pronóstico sí está influenciado por los efectos de estas sustancias, fundamentalmente en la evolución de algunos tipos de hepatitis y el virus de inmunodeficiencia adquirido (VIH). En la mayoría de los países desarrollados, la incidencia de hepatitis viral está disminuyendo como resultado de los avances modernos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Los programas para la inmunización sistemática contra el virus de la hepatitis han reducido significativamente el número de casos nuevos en muchos países. Sin embargo, se sabe que existe una mayor incidencia de infección por **virus de hepatitis B** en pacientes con enfermedad hepática crónica por alcohol y se ha propuesto que esta mayor susceptibilidad podría deberse a que el alcohol estimula la expresión y replicación de los genes de ADN de los virus de hepatitis B (Hidalgo-Cuadra, 2008). Este tipo de infecciones son más prevalentes en los países de ingresos medios y bajos y la vía de contagio principal es a través del contacto con fluidos infectados por el virus. Es una enfermedad común en toxicómanos que compartir agujas durante el consumo de sustancias o practicando relaciones sexuales sin protección, que es una práctica de riesgo que aumenta bajo los efectos del alcohol (Matsushita y Takaki, 2019). Además de ser un factor de riesgo en el proceso de adquisición de la enfermedad, algunos estudios han sugerido que el consumo

de alcohol en portadores del virus de hepatitis B puede modificar el pronóstico de la enfermedad contribuyendo a la aparición de hepatocarcinoma hasta en un 50% de los casos en el plazo de 10 años (Hidalgo-Cuadra, 2008).

Por otra parte, la introducción de nuevos medicamentos altamente efectivos contra la **hepatitis C** ha supuesto una mirada optimista para el control de esta patología pudiendo convertirse en la clave para erradicarla. Sin embargo, se ha visto que el alcohol compromete los beneficios de estos fármacos (Alavi et al., 2018; 2019), lo que puede en gran parte, explicar los malos resultados y las muertes relacionadas con problemas hepáticos en pacientes con hepatitis C (Muga et al., 2018).

Así mismo, los tratamientos para los pacientes con **virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)** han logrado alargar la esperanza de vida acercándola a una longevidad normal. Sin embargo, existen algunos factores de riesgo que impactan negativamente en el proceso de envejecimiento saludable entre los que se destacan el consumo de drogas o alcohol (Pfefferbaum et al., 2018). Además de interferir con la medicación, el consumo de alcohol o drogas es doblemente peligroso para los pacientes con VIH porque pueden olvidar tomar el tratamiento, lo que deja su organismo desprotegido y más vulnerable a la infección de cualquier patógeno que puede resultar potencialmente peligroso.

Por otra parte, se sabe que el trastorno por consumo de alcohol se produce conjuntamente con otras adicciones, así como con otros problemas de **salud mental**. La mayoría de los jóvenes con trastorno por abuso de sustancias manifiestan comorbilidad tanto con el uso de varias sustancias como con diferentes patologías psiquiátricas (Marmet et al., 2019; Yan et al., 2019; Gurriarán et al., 2019). En este sentido, una de las comorbilidades que más ha centrado la atención de la investigación científica es la asociación entre el consumo de sustancias y el **trastorno depresivo**. Esta correlación es preocupante porque aumenta el riesgo de desarrollar episodios depresivos más graves y prolongados y aumenta la probabilidad de aparición de problemas graves relacionados con el alcohol y las drogas. Tanto juntos como por separado, la depresión y el uso de sustancias son dos problemas de salud muy prevalentes entre la población adolescente independientemente de si una es causa o consecuencia de la otra. Se han desarrollado varias explicaciones intentando comprender los mecanismos que subyacen a esta asociación para ayudar a identificar períodos críticos para la prevención. Una de las teorías explicativas es la del modelo causal que propone que la depresión puede ser el resultado de las consecuencias

biológicas o psicosociales de los comportamientos de uso de sustancias, donde el consumo tiene efectos neurobiológicos sobre la serotonina que alteran el estado emocional (Pietraszek et al., 1991). En este caso, la identificación e intervención temprana de los problemas relacionados con consumo podría ayudar a prevenir no sólo problemas de adicción sino también trastornos del estado de ánimo. Otra hipótesis es la de la automedicación que plantea que la depresión y la ansiedad aparecen primero y el consumo de sustancias funciona como estrategia de afrontamiento para combatir los síntomas esas psicopatologías (Khantzian, 1985). Y una tercera teoría para explicar la comorbilidad es la del origen compartido, que plantea la posibilidad de que ambos trastornos comparten factores de riesgo, que pueden ser tanto de origen genético como ambiental, que contribuyen a su origen y mantenimiento (Mehrabian, 2001). También se ha considerado la posibilidad de que el impacto sobre el estado de ánimo varíe dependiendo del tipo de sustancia consumida. Por ejemplo, se ha visto que el consumo de tabaco y marihuana a menudo coexiste con el consumo de alcohol y numerosas investigaciones han encontrado que las personas que consumen varias de estas sustancias presentan tasas más altas de depresión que los que consumen cualquiera de las sustancias por separado. Estas correlaciones se ha visto que ocurren también con otras psicopatologías como bipolaridad, ansiedad social, trastornos psicóticos o adicciones conductuales como internet (Marmet et al., 2019; Yan et al., 2019; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña, & Rial, 2017; Golpe, Gómez, Braña, Varela y Rial, 2017; Pacek et al., 2013). Algunos estudios sugieren que esto podría deberse a una susceptibilidad genética que favorecería la predisposición a esta comorbilidad (Gurriarán et al., 2019). En todo caso, es importante tener en cuenta esta comorbilidad porque se sabe que tiene fuertes implicaciones clínicas. Los pacientes con ambos diagnósticos aumentan el riesgo de abandono del tratamiento, tienen peor respuesta al tratamiento y mayor índice de recaídas tempranas y mayor riesgo de conductas suicidas, incluyendo ideación, intentos y suicidio completo (Madrigal De León et al., 2019; Park et al., 2019).

Continuando con la relación entre el uso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo, una gran cantidad de investigaciones se han centrado en la relación entre el consumo de sustancias y la **bipolaridad** (Marmet et al., 2019; Yan et al., 2019; Gurriarán et al., 2019; Park et al., 2019; Bally et al., 2014). El cannabis es la droga de abuso más frecuente entre los pacientes con trastorno bipolar (Pinto et al., 2019), ya sea como consumo único o acompañado de otras sustancias. Los estudios de revisión sobre la

comorbilidad de la bipolaridad con el consumo de marihuana encuentran que el consumo de cannabis se asocia con una edad más temprana al inicio de la primera manía y con episodios depresivos o maníacos más frecuentes y mayor riesgo de ciclos rápidos o episodios mixtos (Bally et al., 2014; Carvalho et al., 2014). También se ha visto que la comorbilidad entre el abuso de sustancias y la bipolaridad aumenta la probabilidad de intentos suicidas, tanto cuando consumen una sola sustancia, como por ejemplo pacientes bipolares que fuman, como cuando existe policonsumo (Park et al., 2019; Ickick et al., 2019, Costa et al., 2015; Carrà et al., 2015; 2014).

Durante la adolescencia también es común que se presenten por primera vez cuadros de **ansiedad** que los limitan para llevar a cabo actividades cotidianas como el desenvolvimiento en la escuela o socializar con amigos. La aparición de estos cuadros puede empujar a los jóvenes a consumir sustancias que ayuden a aliviar el malestar que causa la ansiedad mediante depresores del sistema nervioso central como el alcohol. Se ha estudiado que la sensibilidad a la ansiedad, es decir, el miedo a padecer síntomas de ansiedad, se asocia con formas graves de dependencia del tabaco y problemas de alcohol y consumo de otras drogas (Guillot et al., 2019). Estos consumos generan una sensación temporal de alivio que rápidamente puede conducir a problemas serios de salud. Igual que la depresión, la relación entre los síntomas de ansiedad y el consumo de sustancias, entre ellas el alcohol está bien establecida. Diferentes estudios muestran como la relación entre la depresión y el consumo de alcohol es fuerte y bidireccional y además altos niveles de ansiedad social se asociaban con niveles elevados de consumo de alcohol (Colder et al., Lee et al., 2019; Schleider; 2019). Colder et al. (2019) también encontraron coque, aunque muchos adolescentes consumían alcohol y marihuana con el propósito de aminorar los síntomas depresivos, a largo plazo no sólo no lograban este objetivo, sino que los síntomas empeoraban y el nivel de dependencia de las sustancias también. En otro estudio en el que se analizó la relación entre ansiedad social y consumo de alcohol evaluando si una situación de ansiedad social inducida en laboratorio podía predecir una conducta posterior de consumo de alcohol encontraron resultados preliminares que sugieren que las adolescentes que son más sensibles al estrés social pueden estar en riesgo de experimentar con el alcohol antes que sus pares que no presentan dicha ansiedad (Cloutier et al., 2019). Aunque los resultados de estas comorbilidades deben ser interpretados en términos de relaciones de riesgo y no de causalidad, los estudios recientes de revisión y meta-análisis indican que sí se puede sugerir una relación entre estas

variables. La relación entre el consumo de alcohol y la ansiedad sigue sin estar clara (Dyer et al., 2019; Ferreira et al., 2019) y faltan datos que analicen la relación con formas específicas de ansiedad.

Otra categoría psiquiátrica que se sabe que está estrechamente relacionada con el consumo de sustancias son los **procesos psicóticos**. El papel del cannabis como factor causal tanto de psicosis agudas como crónicas ha sido ampliamente discutido en la literatura científica. Los modelos explicativos planteados son básicamente los mismos que se han comentado para la depresión: Hipótesis causal o etiológica, hipótesis de la automedicación e hipótesis de factores comunes de vulnerabilidad genética. Aunque ya existen muchos estudios que refuerzan la hipótesis de la vulnerabilidad genética, la mayoría de los estudios de cohortes apoyan la hipótesis de la causalidad dado que en muchos casos el consumo precede a la psicosis. Sin embargo, el hecho de que no todas las personas que consumen cannabis desarrollen esta patología pone de manifiesto que deben existir factores de vulnerabilidad asociados que precipitan la aparición de psicosis. Entre los factores que se han identificado destacan la edad de inicio temprano, que altera el proceso neuromadurativo, así como la potencia de la sustancia y el tiempo de exposición que determinan la evolución dentro del espectro psicótico, contribuyendo al incremento de las recaídas, al deterioro funcional y al empeoramiento de la calidad de vida (Oluwoye et al., 2019; Albertella et al., 2018; Arias, 2007). No obstante, considerar únicamente el consumo del cannabis como la única sustancia susceptible de causar psicosis es muy reduccionista dados los complejos mecanismos subyacentes de la causalidad de esta patología (Clark, 2019). El uso de otras sustancias, como alcohol y tabaco, también aumentan el riesgo de desencadenar un proceso psicótico lo que combinado con la predisposición genética de cada individuo tendrá más o menos riesgo de evolucionar hacia una esquizofrenia (Kendler et al., 2019).

Una patología vinculada específicamente al consumo excesivo de alcohol es la psicosis de Korsakoff, también llamada **síndrome de Korsakoff**, que en muchas ocasiones se presenta acompañada de **encefalopatía de Wernicke** dando lugar a un cuadro conocido como **síndrome de Wernicke-Korsakoff**. Estas alteraciones son trastornos neuropsiquiátricos distintos, pero se cree que están asociados y podrían ser dos etapas de la misma enfermedad que comparten como causa común la deficiencia severa de vitamina B1 (tiamina). En la mayoría de los casos se presenta en personas con alcoholismo donde el consumo excesivo de alcohol interfiere con el metabolismo de la tiamina. El síndrome

de Korsakoff se asocia con atrofia cerebral en las áreas corticales, sobre todo en el lóbulo frontal, y en áreas subcorticales como los cuerpos mamilares, la amígdala, el tálamo, el hipocampo, el cuerpo calloso y el cerebelo entre otras estructuras (Nikolakaros et al., 2019; Zahr y Pfefferbaum, 2017; González-López et al., 2017) lo que se relaciona con la aparición de síntomas clínicos como la pérdida de la memoria, fundamentalmente con la amnesia anterógrada, que limita a los pacientes para la formación de nuevos recuerdos. También es frecuente que los pacientes que tienen el síndrome Wernicke-Korsakoff presenten junto con las alteraciones mnésicas, confabulación, alucinaciones, delirios y ataxia entre otros síntomas, algunas asociadas a la encefalopatía de Wernicke y otras al síndrome de Korsakoff (Chandrakumar et al., 2018).

Además de las comorbilidades expuestas hasta ahora, la relación entre el uso de sustancias y el trastorno por **déficit de atención e hiperactividad (TDAH)** se considera cada vez más importante entre los adolescentes. El TDAH es un trastorno del desarrollo neurobiológico que tradicionalmente se había vinculado a la infancia, pero que se ha visto que puede permanecer durante la edad adulta. Entre sus síntomas principales destacan el déficit de atención, sobre todo en circunstancias que ofrecen baja estimulación y la falta de inhibición o control cognitivo sobre los impulsos, que suele asociarse con marcada agitación psicomotriz (hiperactividad-impulsividad). Ambos subtipos pueden aparecer por separado o combinados. Durante la adolescencia la expresión de los síntomas puede cambiar y suelen presentar menos hiperactividad motora y más impulsividad y dificultades de atención. Cuando el TDAH no es diagnosticado durante la infancia puede complicarse el diagnóstico durante la adolescencia porque sus manifestaciones clínicas se pueden confundir con conductas propias de esa edad o con comportamientos derivados del uso de sustancias. El TDAH parece ser un factor de riesgo de un trastorno por uso de sustancias (Charach, 2018), prediciendo un comienzo de consumo más precoz y aumentando la probabilidad de evolución hacia el abuso y la dependencia más rápidamente que en las personas sin TDAH (Molina et al., 2018; Elkins et al., 2018), responden peor al tratamiento y tienen mayor riesgo de recaídas durante la desintoxicación (Ilbegi et al., 2018; Ochoa-Mangado et al., 2010). Otra relación ampliamente documentada en la literatura científica es la asociación entre el consumo de alcohol durante el embarazo y el TDAH. Se sabe que la exposición prenatal a sustancias puede influir en el desarrollo neurológico de un niño y afectar su salud mental posterior aumentando el riesgo no solo de un trastorno por consumo de alcohol en la edad adulta,



sino también el riesgo de TDAH durante la adolescencia (Sandtorv et al., 2018; Eilertsen et al., 2017)

Otro grupo de alteraciones de salud mental que guarda relación con el consumo de sustancias tienen que ver con la calidad del **sueño**. El sueño es esencial para mantener el equilibrio mental y su privación tiene consecuencias directas sobre el funcionamiento cognitivo. Los hábitos de vida son uno de los principales responsables de las alteraciones del sueño. La literatura muestra que las personas que consumen alcohol, tabaco y otras sustancias tienen más insomnio, despertares nocturnos que disminuyen la calidad del sueño e incrementan la hipersomnia diurna que limita el rendimiento académico y el funcionamiento general de los adolescentes (Hsieh, Lu y Yen, 2019; Marmorstein, 2017; Skarupke et al., 2017; Hernández Borge et al., 2015). Incluso cuando el insomnio no se presenta de manera contingente al consumo de las sustancias, estudios recientes muestran como el consumo de alcohol, tabaco y marihuana simultáneamente actúa como predictor de insomnio durante la edad adulta (Lee et al., 2019).

Una relación menos estudiada pero que a menudo coexiste es la del consumo de alcohol y otras drogas con los **trastornos de la alimentación**. Se han publicado estudios que muestran como las mujeres tanto con anorexia como con bulimia obtienen puntuaciones elevadas en las escalas de medición de dependencia del alcohol, problemas relacionados con el alcohol e intoxicación. Además, encontraron que ese patrón persistía desde mediados de la adolescencia hasta la edad adulta (Mustelin et al., 2016). A pesar de su gravedad, con frecuencia los tratamientos pasan por alto la coocurrencia de ambas patologías y no existen tratamientos con respaldo empírico para tratar estos trastornos cuando se presentan simultáneamente. Esto es problemático porque la disminución de los síntomas para un trastorno puede aumentar la presencia o frecuencia de síntomas para el otro (Munn-Chernoff, 2019) e igual que ocurre en el caso de otras comorbilidades psiquiátricas, el consumo de alcohol en pacientes con anorexia nerviosa incrementa la mortalidad y el riesgo de suicidio (Testino et al., 2018).

En definitiva, todas las enfermedades que se han repasado a lo largo de este apartado en relación con el consumo de sustancias se traducen en elevados costos tanto para la salud de las personas como para su economía y la de las administraciones, además de que tienen fuertes implicaciones psicosociales que serán abordadas un poco más adelante. Este hecho convierte el uso de sustancias psicoactivas y particularmente uso del alcohol en un

serio problema de **salud pública**. Los costos generales asociados al consumo de alcohol representan más del 1% del producto nacional bruto en los países de ingresos medios y altos. El consumo de alcohol, junto con el tabaco, representa una carga de enfermedad más alta que cualquier otra droga y su abuso conduce a un número considerable de hospitalizaciones, así como al aumento de los daños sociales e implicaciones para la salud, lo que se traduce en un incremento del gasto económico para las administraciones públicas (Shield et al., 2019; Degenhardt et al., 2018).

Un factor importante a tener en cuenta a la hora de considerar el gasto para los sistemas públicos de salud es la realidad de que la mayor demanda de asistencia, curiosamente, no proviene de aquellas personas que consumen regularmente en exceso o que tienen una dependencia, sino de los que consumen alcohol en exceso de forma esporádica (e.g. *binge drinkers*), que suelen requerir asistencia por lesiones o intoxicación (Monteiro, 2013). De esta forma, se torna una necesidad de primer orden disponer de herramientas que permitan identificar de forma temprana a la población con patrones de consumo de riesgo, para prevenir la dependencia y fomenta la reducción del consumo. Estas medidas ayudarán a reducir la demanda de servicios sanitarios tanto generales como especializados, ayudarán a economizar gastos asociados a problemas de salud, intervenciones policía o de la justicia que con frecuencia son resultado del consumo episódico excesivo. (Monteiro 2009).

Sin embargo, a pesar de las importantes consecuencias relacionadas con el uso del alcohol, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se le sigue dando baja prioridad en los programas nacionales de salud. Por esta razón se torna una necesidad de primer orden profundizar en la recogida de información epidemiológica sobre los patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados y analizar las consecuencias sanitarias y sociales que permitan disminuir el impacto negativo y orientar la prevención.



### 2.1.3. CONSECUENCIAS A NIVEL PSICOSOCIAL

---

Es indiscutible que el alcoholismo dada su relevancia y extensión es un problema de salud a nivel mundial que se expresa tanto con enfermedad como con la propia muerte. Sin embargo, aún resulta controvertido si el alcoholismo es un problema médico que conlleva problemas sociales o si, por el contrario, es un problema social que con frecuencia causa problemas de salud (Chang de la Rosa, 2012). Además de la carga de morbilidad relacionada con el alcohol, encontramos marcadas consecuencias sociales que surgen de su consumo, tales como problemas en las relaciones familiares y personales, violencia, problemas laborales y económicos, maltrato y abandono de niños.

Entre las consecuencias psicosociales más importantes derivadas del consumo de alcohol y otras sustancias destaca el **impacto negativo sobre la familia** del consumidor. Los patrones de comunicación se vuelven defectuosos, aumentando la tensión entre los miembros de la familia y disminuyendo la confianza. A nivel psicológico la preocupación, el estrés, la fatiga, el enojo y la desesperanza asociada al cuidado de un familiar con uso problemático de sustancias con frecuencia suele conducir al desarrollo de psicopatologías como ansiedad o depresión. La economía familiar se puede resentir, ya que el dinero que debería destinarse a los gastos del hogar se utiliza en la adquisición de sustancias o en el pago de tratamientos y cuando el miembro de la familia que consume drogas es el proveedor principal de la familia, puede ser necesario establecer nuevos roles que permitan mantener la estabilidad. A nivel social, también es frecuente que recaiga sobre la familia la responsabilidad de actos cometidos por el familiar bajos los efectos de las sustancias, exponiéndolos a situaciones que les pueden hacer sentir vergüenza. Las **consecuencias sobre los niños** que convivan en este tipo de familias pueden impactar negativamente en el rendimiento académico, además de exponerlos a problemas de ajuste causados por divorcios, ser víctimas de violencia, baja autoestima, depresión, ansiedad y mayor riesgo de consumo de sustancias. También pueden experimentar culpa o responsabilidad por la conducta de consumo del adulto y pueden verse obligados a asumir roles de adulto como el cuidado de hermanos menores. Dicho esto, resulta imperativo que los tratamientos de recuperación incluyan a la familia, para poder crear conciencia sobre este problema y favorecer que puedan recibir validación y apoyo. Es de suma importancia que los familiares busquen ayuda para que aprendan a manejar sus emociones en cuanto

a este problema. Por último, que comprendan que el enojo, la frustración y la tristeza son válidos este proceso.

El alcohol es también un tema relacionado con la **violencia de género**. Existen diferencias conocidas entre hombres y mujeres, siendo el consumo más prevalente e intenso entre los hombres que entre las mujeres en *Las Américas*, diferencias que ya fueron explicadas en la epidemiología. Pero, además las mujeres son más vulnerables a los efectos adversos derivados del consumo de alcohol puesto que tienen más probabilidades que los hombres de sufrir no sólo como consecuencia del consumo, sino también por el consumo de su pareja a causa de violencia doméstica (Llopis Giménez et al., 2014). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que aproximadamente el 40% de las mujeres de la población general adulta fueron agredidas físicamente por sus parejas después de que ellos hubieran consumido alcohol (Monteiro, 2013). Existe una clara asociación entre el consumo episódico excesivo y violencia doméstica, siendo más graves las agresiones físicas después del consumo de alcohol por parte de la pareja masculina (*World Health Organization*, 2018).

El **Bullying** es otra forma de violencia que también ha sido relacionada con el consumo de sustancias y afecta a las pautas de comportamiento y a la forma de relacionarse de los adolescentes. El ámbito escolar es uno de los contextos más importantes para el desarrollo un niño en crecimiento o un adolescente en desarrollo, pero en este espacio educativo no se está exento de sufrir algún tipo de violencia. El bullying hace referencia a la violencia escolar o la intimidación sistemática. Se caracteriza por un desequilibrio de fuerzas entre quien agrede y quien es agredido, así como a una escasez de recursos por parte de la víctima para poder defenderse o evitar la situación. Existe una intención repetitiva y constante de perjudicar y humillar. El bullying directo incluye agresiones físicas y verbales, mientras que el bullying indirecto se caracteriza por la marginación social hacia un compañero y la victimización que se relaciona con acciones agresivas de las cuales los agresores también han sido objeto (Mota et al., 2018). Se sabe que fungir tanto como víctima como como agresor predispone al adolescente para llevar a cabo conductas más peligrosas como el uso de drogas. Las agresiones, la victimización y la percepción del aula como un entorno hostil ejercen una importante influencia en el desarrollo de conductas de riesgo, entre las que destaca el inicio y mantenimiento del consumo de alcohol (Gardea et al., 2016). Además, se ha visto que esta relación entre bullying y consumo de alcohol puede ser bidireccional, de tal forma que tanto los que son agresores

como los que son agredidos tienen altas probabilidades de desarrollar patrones de consumo (Gaete et al., 2017). Así mismo, se ha visto que a medida que aumenta el consumo se incrementa la violencia escolar. Los adolescentes que consumen alcohol tienen en promedio el doble de probabilidades de participar en una pelea que aquellos que no consumen (Beserra et al., 2019) y los adolescentes que consumen alcohol o tabaco incrementan la violencia ejercida a más del doble, en comparación con los que nunca han consumido estas sustancias (Córdova et al., 2012; Aguilera, 2007).

Otra importante consecuencia del consumo de alcohol y otras drogas son los problemas de seguridad vial. La primera causa de muerte en el mundo relacionada con el alcohol son las lesiones causadas por **conducir bajo los efectos del alcohol y otras drogas** (*World Health Organization*, 2018). A pesar del importante número de campañas llevadas a cabo para crear conciencia sobre los peligros de conducir bajo los efectos de alcohol, marihuana y otras drogas ilegales, muchos adultos jóvenes continúan poniéndose en riesgo a sí mismos y a otros al conducir bajo la influencia estas sustancias (Pilatti et al., 2018; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial; 2017; Barlés et al., 2014; Hingson et al., 2017; Adams et al., 2006; Carrasco et al., 2006; Cassola et al., 2005). Sólo en España, la Dirección General de Tráfico estimó en el 2015 que aproximadamente el 12% de las personas que condujeron un turismo habían consumido alguna droga ilegal o alcohol antes de comenzar la conducción (DGT, 2016; ENA, 2018). El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses encontró en los análisis realizados a las personas fallecidas por accidente de tráfico durante el 2015 que de los 900 decesos el 43% presentaban alguna sustancia psicoactiva. El alcohol estaba presente en el 28,8% de los conductores fallecidos, las drogas ilegales en el 13,6% y los psicofármacos en el 11,4%. Además, el 91,6% de los casos fueron hombres (INTCF, 2016).

El peligro asociado a la conducta de conducir bajo el efecto de sustancias se intensifica cuando el conductor consume alcohol y marihuana de manera simultánea. El efecto combinado de ambas sustancias aumenta riesgo de accidente de manera superior a como lo haría cualquiera de estas drogas por separado, lo que puede sugerir la presencia de un efecto sinérgico (Amesty et al., 2019; Yurasek et al., 2017; Dubois et al., 2015; Hartman y Huestis, 2013). Sin embargo, el cannabis es una de las drogas más consumidas entre los conductores (7,5%) seguida de la cocaína (4,7%) (ENA, 2018).

Los consumidores habituales de cannabis suelen conducir de manera regular bajo los efectos de esta sustancia (Fischer et al., 2014) porque creen que fumar marihuana antes de conducir no afecta su capacidad para operar un vehículo (Fischer et al., 2016). Esta creencia de que el efecto de las sustancias no afecta a la capacidad para conducir se ve también en los consumidores de alcohol e incluso en los no consumidores, que con frecuencia piensan que conducir después de haber tomado un par de cervezas no es peligroso (Ponce-Blandón et al., 2016). También tienen baja conciencia del peligro que supone conducir en ese estado (Bergeron et al., 2014) y en esta línea, perciben bajo el riesgo de ser castigados por conducir después de haber consumido (Alonso et al., 2015). Sin embargo, existen estudios que muestran que las alteraciones cognitivas provocadas durante la hora siguiente a haber consumido sustancias disminuyen las habilidades necesarias para conducir correctamente y aumentan la probabilidad de tener un accidente de tránsito (Hartman y Huestis, 2013; Amesty et al., 2019). Y también se sabe que las personas que conducen bajo los efectos de alcohol y otras drogas es más probable que se suban de manera arriesgada a un vehículo conducido por una persona en estado de embriaguez (Amesty et al., 2019; Whitehill et al., 2014).

Otra consecuencia psicosocial vinculada al consumo de alcohol y drogas son los **comportamientos sexuales de riesgo**. El alcohol es una de las sustancias más utilizadas para alterar el comportamiento sexual y suele aumentar la vulnerabilidad provocando que las personas intoxicadas se muestren incapaces de gestionar prácticas sexuales seguras (García et al., 2017). Cuando los jóvenes están bajo los efectos del alcohol, sobre todo cuando han ingerido cantidades significativamente elevadas como ocurre en el caso del brige drinking, tanto hombres como mujeres tienen actitudes más positivas y mayor y más intención de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo (Folgar et al., 2015; Moure-Rodriguez et al., 2016). El consumo nocturno y en ambientes festivos favorece las conductas sexuales de riesgo y disminuye la probabilidad tomar medidas de protección (Folgar et al., 2015), siendo el doble de probable para los hombres que para las mujeres (Moure-Rodriguez et al., 2016). A su vez, este tipo de prácticas sexuales sin protección aumentan el riesgo de **embarazo no deseado**, que por sí mismo ya es un importante problema social en la República Dominicana con una prevalencia en adolescentes por encima del 20% (Dongarwar y Salihu; 2019). Además, de que también aumenta la vulnerabilidad al contagio de **enfermedades de transmisión sexual** (Pilatti et al., 2018; García et al., 2017). También existe evidencia que relaciona el consumo de alcohol y

abuso sexual producido bajo el efecto de drogas facilitadoras, lo que lleva a suponer que el efecto del alcohol predispone positivamente las actitudes de los consumidores para utilizar drogas facilitadoras del asalto sexual en determinados contextos (Folgar et al., 2015).

## 2.2. ANTECEDENTES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

---

El estudio del consumo de alcohol y otras drogas ha dado lugar a una extensa producción de literatura para tratar de identificar las variables tanto predictoras como explicativas de este comportamiento. A lo largo de este apartado se repasarán algunas de las que han sido más ampliamente documentadas y que anteceden a la decisión de los adolescentes de consumir o no.

### 2.2.1. VARIABLES PERSONALES

---

Para abordar los antecedentes personales se repasarán una serie de variables psicológicas de carácter individual que hacen referencia tanto a los factores de riesgo como a los factores de protección que la literatura especializada ha identificado que anteceden a la conducta de consumo de sustancias. Entre otras, algunas de las más estudiadas son la autoestima, la personalidad, la impulsividad la búsqueda de sensaciones, la percepción de riesgo, las creencias y las expectativas, la asertividad y la inteligencia.

La **autoestima**, es un constructo emocional que se hace referencia al aprecio o a la consideración que las personas tienen de sí mismas a través del análisis de la distancia que perciben entre su yo real y su yo ideal. En algunos trabajos se conceptualiza la autoestima desde una perspectiva multidimensional en la que por una parte está la imagen general que la persona construye de sí misma, pero el hecho de que las personas socialicen en diferentes ámbitos hace que desarrolle imágenes específicas de sí mismo en

determinados contextos específicos como la familia, la escuela o la sociedad (Estévez et al., 2006). De esta forma, la autoestima resultaría de la combinación de una imagen general de uno mismo más las imágenes específicas que haya desarrollado en contextos particulares. Inicialmente se consideró que poseer una buena autoestima era un factor de protección que ayudaba a prevenir o a demorar el consumo de sustancias (Telumbre-Terrero et al., 2019; Collison et al., 2016; Liberini, 2016; Lemus Estrada et al., 2013) y algunos modelos explicativos del consumo de sustancias en adolescentes asientan la idea fundamental de su teoría sobre este principio, como es el caso del modelo de Botvin y Wills (1985), que será descrito en el siguiente capítulo, pero esencialmente propone como un elemento fundamental de la prevención la construcción de una autoimagen positiva. Sin embargo, diferentes estudios han puesto en tela de juicio esta información al encontrar evidencia de que personas con alta autoestima muestran prevalencias elevadas de consumo de sustancias (Gámez-Medina et al., 2017; Calero et al., 2016). Es interesante notar que algunos de los trabajos citados fueron llevados a cabo en el mismo contexto y emplearon los mismos instrumentos de evaluación y sin embargo llegaron a conclusiones opuestas. Dos grupos de investigación llevaron a cabo en México un estudio en el que emplearon como instrumentos de medida de consumo de alcohol el AUDIT y como evaluación de la autoestima la escala de Rosenberg, pero mientras Telumbre-Terrero et al., (2019) encontraron que la autoestima operaba en su muestra como un factor de protección, Gámez-Medina et al. (2017), hallaron que la relación entre autoestima y consumo de alcohol no resultó significativa. A estos resultados subyace la posibilidad de que la autoestima está desempeñando algún papel a lo largo del proceso de toma de decisiones para el consumo, pero posiblemente entendido en el contexto de un conjunto más amplio de variables. También se ha sugerido que considerar la naturaleza multidimensional de la autoestima a la hora de examinar su relación con el consumo de drogas podría contribuir a mejorar su comprensión (Romero et al., 1995).

La **personalidad** es otra variable que evidentemente debe ser considerada a la hora de analizar los antecedentes individuales relacionados con el consumo de sustancias. Sin embargo, la personalidad como tal resulta un concepto demasiado abstracto que sería difícil de operativizar, por lo que las investigaciones relacionadas se han enfocado en el análisis de la relación de dimensiones o aspectos concretos de la personalidad relacionados con el consumo. Entre los factores que se han considerado destaca el papel de la **impulsividad** que hace referencia a la incapacidad para autorregular la conducta en



presencia de estímulos que sugieren la aparición de una recompensa o castigo (Woicik et al., 2009), y se considera que es una de las variables que influye de manera más consistente en las distintas fases del proceso adictivo (Pedrero et al., 2011). La impulsividad se relaciona estrechamente con otros constructos psicológicos como la desinhibición, la búsqueda de novedades, la búsqueda de sensaciones, la dificultad para mantener la atención sostenida y con dificultades de planificación y perseverancia. De estos factores uno de los que más ha interesado en relación con la impulsividad para la comprensión del consumo de sustancias es la **búsqueda de sensaciones** que tiene que ver con el deseo de vivir experiencias variadas, intensas, novedosas y complejas, que con frecuencia se asocian con riesgos físicos, sociales, legales o financieros (Zuckerman, 1994). Los estudios de la relación entre estos rasgos han encontrado que las personas que presentan alta impulsividad y alta búsqueda de sensaciones comparten una serie de características cognitivo-conductuales que dan pie a un factor de personalidad llamado búsqueda de sensaciones impulsiva (Fernández-Artamendi et al., 2016; González et al., 2001; Horvath y Zuckerman, 1996; Zuckerman et al., 1993). Estudios longitudinales llevados a cabo para determinar la capacidad predictiva de la impulsividad y la búsqueda de sensaciones en relación con el consumo de sustancias encuentran, igual que en el caso de la autoestima, resultados contradictorios. Por una parte, existen estudios que analizaron longitudinalmente la influencia entre impulsividad y patrones de consumo de alcohol en adolescentes y encuentran la impulsividad puede predecir significativamente mayor frecuencia y cantidad de consumo cuando se evaluaba unos meses más tarde (Pilatti et al., 2017, Fernie et al., 2013). Otro rasgo psicológico de interés y estrechamente relacionado con los dos anteriores es la **toma de riesgos**. La literatura científica informa que cuando se presentan niveles más altos de impulsividad existe una tendencia al incremento del consumo de alcohol, lo que a su vez incrementa la impulsividad y la toma de riesgos (Pilatti, 2017; Pilatti et al., 2016).

Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial (2017) publicaron un trabajo en el que se analizaban las prevalencias de consumo y las prácticas de riesgo asociadas a cada perfil de consumo en una muestra de aproximadamente 140.000 adolescentes con edades comprendidas entre 12 y 18 años. Los resultados de esta investigación muestran que cuando los adolescentes están bajo los efectos del alcohol adoptan más conductas de riesgo como involucrarse en peleas, accidentes o lesiones, problemas con sus padres y con la policía, son víctimas de robos, visitan con más frecuencia las salas de emergencias como

consecuencia del consumo, tienen relaciones sexuales sin protección o relaciones sexuales de las que se arrepienten y se montan en vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol o ellos mismos conducen bajo los efectos de esta sustancia. Resultados que a su vez son congruentes con los de investigaciones previas que también habían encontrado relación entre consumo intensivo de alcohol y mayor probabilidad de peleas (Alderete et al., 2008; Swahn et al., 2004; Wechsler et al., 1994), de problemas con la policía (Alderete et al., 2008), aumento del riesgo de ser robado o atracado o de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo (Singkom et al., 2019; Dormal et al., 2018; Carbia et al., 2018; Moure-Rodríguez et al., 2016a,b; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; DeCamp et al., 2015; Huang et al., 2010). En este estudio los niveles de consumo se clasificaron en tres categorías lo que permitió ver que además de que los adolescentes que consumen se involucran en más prácticas de riesgo, específicamente los que tienen patrones de consumo intensivo son los que se exponen significativamente más a este tipo de comportamientos.

Continuando con el análisis de los riesgos, otra variable bien documentada en relación con los aspectos psicológicos que motivan tanto a adultos como a adolescentes para consumir es la **percepción de riesgo** respecto a esa conducta. La mayoría de personas considera que la ingesta ocasional o tomar 5 o 6 copas todos los fines de semana supone poco o ningún peligro. De entre todas las sustancias, la que se asocia con menor percepción de riesgo es el alcohol, lo que parece favorecer y promover el desarrollo y el mantenimiento de la conducta de consumo (Guerra-Domínguez et al., 2019; Suarez-Relinque et al., 2017; Méndez-Ruiz et al., 2015; Moral y Ovejero, 2011). Paradójicamente, esta baja percepción de riesgo no ocurre por desconocimiento, puesto que diferentes estudios ponen de manifiesto que los adolescentes consideran estar bien informados respecto a las consecuencias asociadas al uso de drogas, incluyendo el alcohol (Suarez-Relinque et al., 2017; Plan Nacional sobre Drogas, 2016; Musitu, 2016). Se ha considerado que las entre las variables explicativas que podrían subyacer a este fenómeno están el consumo de otros miembros de la familia, la conceptualización del alcohol como una droga blanda, la percepción de inmunidad sobre sus efectos nocivos, altas expectativas de gratificación asociadas a la bebida o haber tenido experiencias positivas asociadas a consumos previos (Suárez-Relinque et al., 2017).

Es importante considerar dentro de los factores individuales que anteceden a la conducta de consumo de sustancias el rol de las **expectativas** que tienen los adolescentes respecto



a esta conducta, en tanto que influye de manera importante en la decisión final de consumir o no y en el patrón de consumo que adoptará en caso de optar por consumir (Londoño y Carrasco, 2019). Las expectativas hacia el alcohol son creencias relacionadas con los efectos que la bebida producirá sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones (Pilatti et al., 2005). Estas **creencias** relacionadas con el consumo pueden estar orientadas hacia los beneficios de la ingesta de alcohol como hacia los peligros que supone beber en exceso (Londoño y Carrasco, 2019). La mayoría de los estudios muestran que las personas tienden a sobreestimar las consecuencias positivas y a minimizar los efectos negativos de las sustancias (Londoño y Carrasco, 2019; Cortés et al., 2011). También se sabe que las expectativas positivas, influyen de manera significativa en la edad de inicio de consumo y son un factor mediador y modulador de la relación entre variables disposicionales y la conducta de consumo (Copeland et al., 2014). De esta manera, si un adolescente tiene expectativas positivas sobre el consumo de alcohol su deseo para hacerlo aumentará (Salazar Garza et al., 2018; Boyd et al., 2018) y así mismo, las expectativas son negativas tenderán a restringir el consumo (Pantoja, 2010).

En el estudio de Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial (2017) sobre consumo intensivo de alcohol en adolescentes, se evaluaron entre otras variables asociadas, las creencias relacionadas con el alcohol. Aquellos adolescentes que habían tenido consumo intensivo durante el último año, sobrevaloraban los efectos positivos del alcohol, considerando que les ayudaba a divertirse, a sentirse felices y más sociables y extrovertidos; y al mismo tiempo infravaloraban los efectos negativos, como el riesgo de tener problemas con la policía, no poder parar de beber o enfrentar daños a su salud. Estos resultados son coherentes con los de otros estudios similares donde los adolescentes consideran el alcohol como un facilitador social que además les ayuda a relajarse y fomenta la estimulación sexual, al mismo tiempo entienden que su uso es poco peligroso, no adictivo y fácil de controlar si quisieran dejar de consumir (Acosta Pérez et al., 2019; Ahumada-Cortez, 2018). Esta creencia frecuentemente informada por los adolescentes de que el alcohol facilita las relaciones sociales podría estar dando cuenta de una limitación en las habilidades sociales. Entre estas habilidades, la **asertividad** hace referencia a la capacidad de los individuos para expresar libremente su opinión sin herir o menospreciar los sentimientos o las creencias de los demás. Los resultados de los estudios en esta materia consideran que el consumo de alcohol podría funcionar como un regulador de la asertividad, puesto que se ha visto que los sujetos que tienen baja asertividad la mejoran

después del consumo ético mientras que aquellos con alta asertividad después de ingerir alcohol muestran menor asertividad, aunque también se ha visto que los que tienen mejor asertividad, es más probable que rechacen el consumo (Ramírez Guzmán et al., 2016; Martínez Lorca y Alonso Sanz, 2003). No obstante, igual que ocurre con otras variables psicológicas, al comparar los resultados de diferentes estudios éstos no siempre son consistentes y otros datos muestran que, aunque existe una relación entre la asertividad y el consumo de alcohol no es significativa al hacer comparaciones con los no consumidores (e.g. De Lira Pérez et al., 2016).

En el análisis de la relación entre las creencias y el consumo, considerando también el rol de la impulsividad, los estudios muestran que creencias sobre el alcohol se asocian con más impulsividad cognitiva y motora en relación con el consumo. Es decir que las personas con actitudes más favorables hacia el consumo tienden a pensar menos en las consecuencias negativas y suelen consumir dejándose llevar por la euforia del momento, priorizando la gratificación inmediata, lo que es coherentes con las afirmaciones de que los aspectos afectivos y cognitivos son factores de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes (Horacio, 2017).

Además de los antecedentes psicológicos repasados hasta aquí existen otros conductuales y entre ellos uno de los más destacados y hasta hace poco tiempo poco estudiado es la **edad de inicio de consumo**. Es una realidad que los adolescentes cada vez consumen alcohol y otras sustancias psicoactivas a edades más tempranas. Tradicionalmente se había considerado que la edad de inicio del consumo de alcohol y otras sustancias se situaba en la adolescencia media, en torno a los 14 años tanto en países europeos (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), 2018) como latinoamericanos (Salgueiro et al., 2020; Pilatti et al., 2017; Observatorio Uruguayo de Drogas, 2016; Villarreal-González et al., 2010). En esta línea el Ministerio de Sanidad español, en el marco del Plan Nacional sobre Drogas, llevó a cabo la Encuesta Estatal sobre Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2018-2019), en la que se sitúa la edad de inicio de consumo de alcohol en los adolescentes españoles en los 14 años, ligeramente por debajo de la edad de inicio del consumo de tabaco a los 14.1 años, muy por debajo que la de cannabis (14.9 años), la cocaína (15.1) y las anfetaminas (15.4) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), 2019).

Sin embargo, trabajos recientes que han ampliado el rango de edad de la muestra de estudio incluyendo participantes de 12 y 13 años, han encontrado que la edad promedio a la que los adolescentes comienzan a consumir está por debajo de lo que se conocía, situándose en torno a los 13 años (Rial et al., 2020). Resulta lógico pensar que, si se asume que los adolescentes se inician en el consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas, era necesario ampliar el marco muestral, incorporando a los adolescentes más jóvenes. En este sentido, Rial et al. (2020) realizaron una investigación de estas características en el que se incluyó a estudiantes de 12 y 13 años al estudio. Los resultados de este trabajo en que participaron 3419 adolescentes de la comunidad gallega ( $M=14,57$  y  $DT =1,76$ ) confirmaron que la edad a la que los adolescentes suelen iniciarse en el mundo del alcohol estaba por debajo de lo que se había evidenciado hasta entonces. Mientras que datos como los del ESTUDES 2018-2019, situaban la edad de inicio de consumo de alcohol a los 14 años, el trabajo de Rial et al. (2020) situó el punto de corte en 13.4 años. A pesar de la enorme importancia que se le ha dado al tema, se sigue sabiendo relativamente poco acerca de qué es lo que hace que los adolescentes empiecen a consumir cada vez más temprano. Si bien existe abundante literatura respecto a qué variables podrían estar relacionadas con el consumo de alcohol (Steketee et al., 2013), el *Binge Drinking* (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Motos et al., 2015) o fenómenos sociales como el botellón (Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; González, 2015), son pocos los trabajos que se han centrado específicamente en tratar de explicar la edad de inicio.

En este apartado se han repasado algunas de las variables individuales psicológicas y conductuales que la literatura científica ha relacionado más con la predisposición al consumo de sustancias en general y de alcohol en particular, aunque existen otros muchos que también podrían haber sido considerados pero no es el objetivo de este estudio hacer un análisis pormenorizado de todas las variables psicológicas implicadas en el consumo sino repasar aquellas más estrechamente relacionadas con los objetivos que se van a plantear.

### 2.2.2. VARIABLES FAMILIARES

---

Desde los modelos explicativos más clásicos hasta los más actuales, es ampliamente aceptado el hecho de que la familia juega un rol importante en la decisión de los adolescentes de consumir drogas. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias por parte de los padres repercuten directamente tanto en la salud física y mental de los hijos, como en sus patrones conductuales y en las creencias respecto al consumo (Smith y Wilson, 2016), incluso cuando sólo han sido expuestos a cantidades bajas o moderadas de sustancias durante el embarazo (Gore-Langton y Spear, 2019). Madres consumidoras de sustancias tóxicas durante el embarazo aumentan la vulnerabilidad de sus bebés de nacer con problemas de desarrollo, fallecimiento por muerte súbita del lactante, síndromes como el de alcoholismo fetal o síndrome de abstinencia que podrían comprometer la vida de los bebés (Shmulewitz y Hasin, 2019; Smith y Wilson, 2016). Incluso los bebés que no nacen afectados por estas condiciones son más vulnerables a padecer enfermedades relacionadas con el consumo de sustancias a lo largo de sus vidas.

Muchos estudios informan que los adolescentes hijos de padres con patrones de consumo moderado o de alto riesgo tienen más probabilidades de consumir alcohol que los hijos de quienes no consume o tiene un patrón de consumo más bajo, fenómeno que ocurre también con el consumo de otras sustancias como por ejemplo la nicotina (Mahedy et al., 2018; Wang et al., 2018). En la misma línea, hay evidencia de que el consumo de alcohol en los padres, específicamente en las madres, directa e indirectamente con el consumo de los hijos y se asocia con edades tempranas de consumo en hijos (Mahedy et al., 2018).

Además del riesgo para la salud existen variables psicosociales vinculadas al consumo de los padres, los hermanos y los amigos. El uso de alcohol por parte de los padres afecta al funcionamiento familiar, a la relación entre padres e hijos y a las prácticas de crianza, que a su vez influyen negativamente el desarrollo infantil (*World Health Organization* 2014). No solo hay un impacto negativo en las relaciones intrafamiliares y aumenta la vulnerabilidad genética de los descendientes, sino que además el consumo de sustancias tóxicas por parte de la familia sienta una estructura de enseñanza-aprendizaje tácita en donde se arraigan los cimientos de las creencias que van a tener los hijos respecto a variables críticas como la percepción de riesgo para la salud. A su vez, las actitudes de

los padres hacia el consumo de sustancias tóxicas, así como sus prácticas educativas adentro de la familia, tienen una fuerte influencia en el inicio y la evolución del consumo en los niños (Bailly, 2016). Tanto así, que investigaciones recientes que han analizado la edad de inicio de consumo de padres e hijos, han encontrado que la edad de inicio de consumo de los padres y su actitud hacia el consumo, puede predecir la edad de inicio de consumo de sustancias en sus hijos (Tao y Liu, 2018).

La familia es el núcleo primario de socialización de los jóvenes y que en ella es donde se adquieren los valores y normas que les permitirán relacionarse de manera apropiada en la sociedad. El proceso de construcción de este conocimiento junto con otras variables relacionadas con la familia como el nivel de congruencia entre las recomendaciones parentales y sus conductas, los estilos parentales o hasta el dinero disponible se ha visto que influyen en la aparición de conductas de riesgo durante la adolescencia, entre ellas el consumo de drogas.

En el apartado anterior se analizaba el papel de la autoestima como variable individual en relación con el consumo de sustancias y se mostraba como los resultados de los trabajos son contradictorios al intentar catalogarla como un factor de protección. Sin embargo, algunos estudios han considerado el papel de la autoestima desde un punto de vista diferente y en lugar de plantearlo como un elemento que influye directamente sobre la probabilidad de consumo, lo proponen como un mediador que ejerce su impacto a través de otras variables como la familia. Algunos estudios muestran como el tipo de clima familiar, en términos de cohesión, expresividad y conflicto, potencia o inhibe la autoestima del adolescente en los distintos dominios relevantes de su vida, como pueden ser el autoconcepto, la familia, la escuela o la sociedad en general, lo que influirá en que decida o no consumir sustancias (Jiménez, 2011; Jiménez et al., 2008; Musitu et al., 2007). Así pues, la autoestima que procede del ámbito familiar, igual que la procedente del ámbito académico, opera como factor protector del consumo de alcohol (Jiménez et al., 2008).

Además de su contribución al proceso de construcción de la autoestima, existen otros aspectos relacionados con la familia que se sabe que repercuten sobre la conducta de consumo de sustancias. Entre estos elementos está la calidad en los patrones de **comunicación**, teniendo en cuenta que una comunicación abierta y positiva, con sólidos vínculos emocionales, actuará como un factor de protección disminuyendo la

probabilidad de consumo de alcohol y drogas (Musitu et al., 2014; Buelga y Pons, 2004; Cava et al., 2008). Lo que a su vez se enlaza con los **estilos parentales**. Se ha encontrado que los adolescentes hijos de padres más autoritarios y negligentes tienden a presentar más consumo abusivo de alcohol que los hijos de padres permisivos e indulgentes (Martínez-Álvarez et al., 2003).

También la carencia de **afecto**, la percepción de falta de aceptación y apoyo (Buelga y Musitu, 2006), la insatisfacción respecto al **sistema familiar** y la frustración con el tipo de **regulación impuesta por los padres**, son variables que se relacionan con edades tempranas de inicio de consumo (Musitu et al., 2015; Musitu et al., 2014; Musitu y Pons, 2010). Así mismo, hay evidencia de que la **cohesión familiar** y la consistencia entre los padres con respecto a la educación de los hijos actúan como factores protectores que sobrepasan la influencia social al promover en los hijos niveles de autoestima adecuados para resistir a la presión de grupo (Martínez-Álvarez et al., 2003).

Otra variable importante en relación con la familia es el **modelado por parte de los padres**. La evidencia sostiene que cuanto mayor es el consumo de alcohol entre los padres, más probable es que los hijos tengan patrones abusivos de consumo de alcohol (Elzo, 2014) porque el consumo por parte de los padres promueve en los hijos una actitud favorable hacia esta conducta, aun cuando los padres verbalicen expresamente que desapruaban el uso de esta sustancia. Cuando el mensaje verbal y el conductual son contradictorios el modelado del comportamiento parental tiene mayor efecto sobre la conducta de los hijos que las verbalizaciones. Así mismo, se ha visto que cuando los hermanos consumen alcohol las prevalencias de consumo intensivo de alcohol entre los adolescentes se incrementa (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017).

Entre las variables menos estudiadas en la literatura pero que recientemente se ha demostrado que se relacionan con el consumo de sustancias en población adolescente son la hora de llegada (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019; Vázquez et al., 2014) y la cantidad de dinero disponible (Varela et al., 2013). Respecto a la **hora de llegada** los datos más recientes de la encuesta ESTSUDES (2018) muestran que los adolescentes que llegan a casa después de las 8 de la mañana, ingieren casi el doble de alcohol que los que regresan a casa antes de las 12 de la noche y además consumen cinco veces más drogas ilegales. Igualmente se ha visto que el **dinero disponible** es otro elemento que se relaciona significativamente con la probabilidad y el

patrón de consumo. Varela et al (2013) estudiaron la influencia del dinero disponible en relación con el consumo de diferentes sustancias en una muestra de 477 adolescentes y encontraron que la cantidad de dinero disponible era un predictor directo y significativo de consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Además, vieron que esta variable junto con la actitud hacia las drogas y la orientación comportamental hacia la salud podían explicar el 74% de la varianza del consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Tanto la hora de llegada a casa como el dinero disponible no sólo se relacionan con la conducta de consumo de alcohol sino con patrones de consumo intensivo (Rial et al, 2020; Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2018).

En definitiva, los factores familiares de protección tienen el potencial para limitar y, en ocasiones, bloquean el efecto de los factores de riesgo procedentes de otros entornos, como la presión del grupo de iguales o los modelos mediáticos. Pero así mismo, cuando la familia no es capaz de construir este clima de confianza y establecer principios y modelos claros respecto al uso y las consecuencias de las drogas, pueden convertirse en un factor de riesgo para el adolescente.

### **2.2.3. VARIABLES CONTEXTUALES**

---

Los antecedentes contextuales hacen referencia a las variables del ambiente que se relacionan con el uso de sustancias psicoactivas. Es bien sabido que las personas no se involucran en el consumo de sustancias solo por razones personales o cognitivas, sino que se ven influenciados por factores ambientales (Rial et al., 2020; Burkhart, 2011). Como se verá en el capítulo siguiente muchos modelos explicativos tradicionales han considerado la influencia de esta variable, pero en la mayoría de los casos se centra en el análisis de las interacciones sociales. Numerosos estudios resaltan la importancia del consumo entre iguales y cómo la presión social para ser aceptado como parte de un grupo puede ser un factor de riesgo para consumir (Flórez y Trujillo, 2013). Relacionarse con compañeros o amigos que beben o consumen otras drogas aumentan la probabilidad de consumo en los momentos sociales que comparten (Mahedy et al., 2018; Pilatti et al., 2011). Así mismo, las expectativas de los amigos y otros pares sobre el consumo influyen



en las individuales. Estudios recientes consideran como predictores confiables de consumo de alcohol la asociación entre expectativas positivas sobre esta droga y la asociación con compañeros que comparten estas creencias (Boyd et al., 2018; Stamatides et al., 2016).

Sin embargo, el riesgo de consumir sustancias tóxicas durante la adolescencia no viene determinado únicamente por la influencia de los amigos, la percepción acerca de las sustancias y sus efectos o las actitudes hacia el consumo. Es un fenómeno mucho más amplio y complejo, en que la influencia de los pares no es importante sólo porque puedan servir de modelo o influencia para incitar al consumo de sustancias, sino que poseer creencias o valores diferentes a los de los compañeros de la misma franja de edad con respecto a este tema también puede aumentar la probabilidad de consumo (Thrash y Warner, 2019).

Desde el punto de vista de la prevención ambiental, se ha considerado la existencia de múltiples factores del medio ambiente, como las normas, las acciones que son permitidas o la facilidad de acceso a la sustancia, que interactúan con las variables personales y el funcionamiento cognitivo de los individuos para favorecer la predisposición hacia el consumo (Burkhart, 2011). El modelo de prevención ambiental hace hincapié en la naturaleza automática o impulsiva de la conducta humana que choca con la visión racional tradicional. Parte del hecho de que la mayoría de las leyes establecidas para la regulación del consumo apelan a la responsabilidad y al uso moderado de las sustancias. Sin embargo, la realidad es que las ciencias de la conducta ya han establecido la naturaleza impulsiva o automática y poco racional del ser humano, que en muchas ocasiones busca los motivos racionales para su conducta después de haberla llevado a cabo. Señalan que además cuando el individuo se ha expuesto varias veces a un estímulo, aunque sea nocivo, como ocurre con el caso de las drogas, se desarrolla un sesgo que favorece la predisposición a prestar más atención a dicho estímulo. Esto implica que la presencia de dichos estímulos en el ambiente va a favorecer la conducta automática de desearlos, incluso de manera inconsciente, lo que explicaría el efecto de la publicidad sobre el consumo. Este planteamiento pone de manifiesto la relación entre los factores ambientales y los procesos automáticos, lo que supone un riesgo para el consumo de sustancias. El peligro viene asociado al hecho de que en un contexto social determinado la tendencia es a percibir lo que las personas hacen, interiorizarlo y ajustar la conducta de tal forma que sea similar o coherente con la de los demás, particularmente cuando se



percibe que dicho comportamiento es aceptado o permitido (Burkhart, 2019). El planteamiento de Burkhart sobre la influencia del contexto y cómo los individuos lo interiorizan y modifican su conducta de acuerdo a la estimulación recibida resulta interesante porque podría dar cuenta de los resultados contradictorios hallados en los estudios conductuales centrados en el análisis de las características psicológicas de los individuos que consumen. Por tanto, el abordaje del problema del consumo de sustancias requiere de un enfoque multifactorial que considere tanto las variables individuales como ambientales para una comprensión profunda del fenómeno.

En términos de prevención, el modelo plantea que el control de medidas regulatorias, físicas y económicas, sobre el contexto que podrían ayudar a cambiar los estímulos automáticos para guiar el comportamiento. Las medidas regulatorias de prevención ambiental están orientadas al cambio de leyes o normas para prohibir o restringir conductas poco saludables. Por ejemplo, prohibir la venta de alcohol a menores, regular el consumo en la calle o establecer horarios para la comercialización y el consumo de bebida alcohólicas; medidas que por otra parte, ya han mostrado ser eficaces en términos de prevención (Calafat, 2002). Los cambios en el entorno físico hacen referencia a cambios en las propiedades o la ubicación de los objetos o estímulos para fomentar cambios de comportamientos relacionados con la salud. Por ejemplo, vasos más altos y estrechos, con menos volumen. Y, por último, los cambios económicos se refieren a modificaciones en los precios que favorezcan la adopción de conductas más saludables. Por ejemplo, aumentar los impuestos sobre las bebidas alcohólicas o disminuir los precios de las bebidas no alcohólicas en los entornos recreativos (Burkhart, 2019; 2011).

Este planteamiento teórico está alineado con los llamamientos que se han estado haciendo desde la OMS a través de la Organización Panamericana de la Salud durante las dos últimas décadas en relación al problema del uso nocivo del alcohol y otras drogas en todo el mundo y en particular en la región de *Las Américas*. En el año 2005 se celebró en Brasilia la Primera Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas en Alcohol en la que el uso nocivo del alcohol se destacaba como el factor de riesgo más importante susceptible de enfermar a las personas en el tercer mundo. En ese entonces se destacaron las consecuencias derivadas de las conductas llevadas a cabo bajo la influencia de esta droga en personas que no cumplen criterios para ser diagnosticados de alcohólicos y se concluyó que el consumo de alcohol era una prioridad de salud pública en toda la región. Los países participantes en esta reunión, entre los que se encontraba la República

Dominicana acordaron fortalecer la investigación y la promoción de políticas públicas eficaces y libres de intereses comerciales para reducir el consumo nocivo del alcohol. De nuevo en el año 2010 y en el 2011 la Organización Panamericana de la Salud reúne a sus miembros para enfatizar la prioridad de este problema.

Con el tiempo algunos países han avanzado en políticas de control de precios, como Surinam y Venezuela. Otros han trabajado en las restricciones en los horarios de venta de bebidas alcohólicas como en algunos lugares de Brasil, Perú, Lima o en algunas fechas señaladas también en la República Dominicana. Algunos también han establecido límites de 0.05 g/L de alcohol en sangre para los conductores en algunos países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Perú y Surinam. Sin embargo, la inspección por parte de la ley para el cumplimiento de estas políticas es todavía débil, lo que favorece el incumplimiento de las mismas por parte de sus sociedades. Otras políticas efectivas como la regulación de la disponibilidad del alcohol, el incremento de su precio mediante impuestos o la regulación de su publicidad y comercialización siguen siendo acciones poco populares y menos adoptadas en la población general que las ve como controles a su libertad individual, sin tener en cuenta las consecuencias personales y sociales asociadas a su uso nocivo. Sin embargo, la regulación de la venta y el incremento de los precios de las bebidas alcohólicas son medidas que constituyen herramientas potentes para los gobiernos puesto que permiten generar más ingresos derivados de los impuestos al tiempo que promueven la disminución del consumo y favorecen la reducción del gasto en salud pública y seguridad social. La comercialización de bebidas alcohólicas no cuenta prácticamente con ninguna regulación gubernamental y la que hay no está sometida a vigilancia de cumplimiento (Monteiro, 2013). En teoría, según las disposiciones legales, a los menores no se les puede vender alcohol o tabaco, pero en la realidad, incluso los niños consideran que son productos de fácil acceso (World Health Organization, 2018).

El interés fundamental las empresas es incrementar las ventas, pero en el caso de la comercialización del alcohol y otras sustancias los intereses comerciales chocan con la protección de la salud pública. Por esta razón los gobiernos deberían ser los responsables de implementar restricciones al comercio sobre los productos que atentan contra la salud, sin cometer una violación de las reglas de comercio nacional o internacional. Es decir, los países deben hacer uso de la autonomía que tienen para decidir el futuro de la salud de su población y equilibrar los distintos intereses en juego para llegar a una política

integral que beneficie al mayor número de personas, pero especialmente a los más vulnerables.

Otras variables contextuales que se sabe que guardan relación con el consumo de sustancias son el estatus socio-económico y el nivel educativo. Muchos estudios han encontrado evidencia que relaciona el estatus socioeconómico en el consumo de alcohol (Huckle et al., 2018; Peña et al., 2017; Katikireddi et al., 2017; Dzúrová et al., 2010). En la mayoría de los casos los resultados apuntan que los países con un perfil socioeconómico más alto consumen alcohol con más frecuencia, mientras que, en aquellos con un perfil socioeconómico menos favorecido, el consumo es menos frecuente, pero más intenso (Huckle et al., 2018; Grittner et al., 2012). Además, los consumidores de alcohol con perfiles socioeconómicos más altos suelen consumir de forma más peligrosa, mientras que los bebedores de perfiles socioeconómicos más bajos suelen ser más vulnerables a los problemas relacionados con el alcohol (Grittner et al., 2012). En un análisis de las variables que podrían estar relacionadas con estos factores se ha encontrado que el género o el nivel educativo también desempeñan un papel modulador en este fenómeno. Por ejemplo, en los países más desarrollados socioeconómicamente las personas con un bajo nivel educativo o de género femenino (independientemente del nivel educativo) suelen mostrar niveles más altos de consumo (Huckle et al., 2018). En el estudio de Grittner et al. (2012) entrevistaron a 42,665 sujetos de 25 países con ingresos altos, medios y bajos, para analizar la relación entre el perfil socioeconómico del país y el género, la cultura y el alcohol. Encontraron que tanto los hombres como las mujeres de los países con ingresos más bajos era más probable que informaran de problemas sociales relacionados con el consumo de alcohol. Así mismo, los hombres y mujeres con nivel educativo más bajo, independientemente del estatus socioeconómico, también eran más vulnerables a las consecuencias derivadas del consumo.

Parece evidente que tanto el estatus socioeconómico como el nivel educativo son variables relacionadas tanto con el consumo de alcohol como con las consecuencias derivadas del consumo. Aunque no está del todo clara la relación entre estos factores, se sabe que la vulnerabilidad es potencialmente mayor entre los grupos con estatus socioeconómico más bajo debido a que tienen menos capacidad para evitar las consecuencias adversas debido a la falta de recursos. En este sentido, se entiende que personas con mejor estatus socioeconómico tienen la posibilidad de elegir entornos más

seguros para beber o tener más fácil acceso a servicios de atención médica de calidad (*World Health Organization*, 2014).

Un último elemento relacionado con los factores contextuales vinculados al consumo de sustancias en general y de alcohol en particular es el entorno en sí mismo. Durante las dos últimas décadas numerosos estudios han centrado su trabajo en explorar los contextos de consumo y los elementos relacionados con él (Pilatti y Brussino, 2009; Clapp et al., 2000; Clapp y Shillington, 2001; O'Hare y Sherrer, 2005; Thombs y Beck, 1994). A pesar del interés que ha suscitado, no existe una definición de consenso para esta variable (Pilatti y Brussino, 2009). Algunos autores entienden que los contextos de consumo de sustancias los conforman el lugar en el que se lleva a cabo la conducta, el momento en que tiene lugar y las personas con las que se comparte la experiencia (Clapp et al., 2000; Clapp y Shillington, 2001; O'Hare y Sherrer, 2005). Otros autores, sin embargo, también incluyen en el estudio de esta variable aspectos motivacionales relacionados con el consumo (Thombs y Beck, 1994; Treiman y Beck, 1996).

Centrándose específicamente en la primera definición, se sabe que cuando los consumos ocurren en contextos sociales como los bares usualmente la ingesta de alcohol es más elevada y las conductas de riesgo como las peleas son más frecuentes que cuando el consumo es grupal, pero en espacios domésticos (Nyaronga et al., 2009). Alguno de los lugares más comunes de consumo en el contexto del Caribe y de algunas regiones latinoamericanas, además de las discotecas, son los "Colmadones" y los "Drinks". Ambos son espacios de comercialización de bebidas alcohólicas que además de estar orientados a la comercialización del producto, favorecen el consumo creando espacios de ocio y entretenimiento. Los Colmadones son locales parcialmente abiertos y espaciosos donde, aunque se comercializan algunos productos de alimentación y bebida, lo que los caracteriza realmente es la presencia de juegos recreativos como villares, futbolines y mesas de dominó, música con un volumen particularmente elevado y espacios más o menos amplios para permitir el baile y la interacción social particularmente en horas de la tarde-noche. Los Drinks, por su parte, son establecimientos cerrados destinados exclusivamente a la venta de bebidas alcohólicas. Pueden tener pequeñas áreas para consumir adentro del local y puede o no haber música, pero lo habitual es que en estos lugares se adquiera la bebida y el consumo y la interacción social ocurra en el aparcamiento del establecimiento llegando a juntarse grandes grupos de gente.

Respecto a con quién ocurre el consumo, está ampliamente documentada en la literatura la importancia y la influencia de los padres y los pares (Jones et al., 2008; McBride et al., 2003; Simmons-Morton, 2006; 2004; Truong y Sturm, 2009). La forma en la que estas figuras influyen sobre los consumidores está aún poco definida. Por una parte, se ha visto que los jóvenes con amigos que no consumen o que tienen pocos amigos consumidores tienden a consumir menos. Sin embargo, respecto a los que consumen y se relacionan con otros consumidores, no está tan claro si estas relaciones emergen como producto de mecanismos de selección donde los individuos escogen a otros iguales que acepten y apoyen su conducta o si el consumo ocurre a propósito del mismo proceso de socialización (Simons-Morton y Chen, 2005). Con respecto a al consumo de los padres, también se ha visto que los adolescentes que perciben que el consumo de sus padres es alto, también tienden a presentar patrones de consumo más elevados (Kuendig y Kuntsche, 2006).

En definitiva, disponer de información más precisa sobre los antecedentes y consecuentes del consumo de sustancias y la relación entre las variables implicadas ayudará a poder diseñar programas de prevención y tratamiento más eficaces, enfocados no sólo en la educación respecto al consumo y sus consecuencias, sino centrados también en reducir las influencias negativas de las personas y el ambiente que rodean al adolescente.



### **3. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS**





Este trabajo comenzó con un repaso de la epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas a nivel mundial y se fue estrechando el cerco de análisis hasta la República Dominicana.

En el segundo capítulo se repasaron tanto los consecuentes como los antecedentes que más se han estudiado en relación al fenómeno del consumo de sustancias. Se comentaron una amplia cantidad de variables tanto biológicas, como psicológicas y sociales que se sabe que están relacionadas con las drogodependencias en general para tratar de explicar este fenómeno. A lo largo del siguiente capítulo se repasan los modelos teóricos clásicos y algunos más recientes para ofrecer una visión integradora del comportamiento de las variables descritas en el capítulo 2.

Para facilitar la lectura se organizaron los distintos modelos en tres grandes bloques. En el primero se abarcan las *Teorías parciales*, basadas por lo general en un número reducido de componentes que, aunque son propuestas valiosas, se limitan a la explicación de una o pocas variables. El segundo bloque recoge las llamadas *Teorías de estadios y/o evolutivas* que consideran varias fases durante el proceso de adquisición y mantenimiento de la conducta. Por último, las teorías más recientes son las *integrativas, integradoras y/o comprensivas*, que surgen fundamentalmente de la combinación de hallazgos previos planteados desde teorías clásicas. Tienen su foco en las relaciones que se establecen entre los factores parciales en cada fase del proceso y a lo largo del desarrollo del individuo. En general, son teorías complejas, ya que consideran una amplia gama de factores relacionados, desde un enfoque *biopsicosocial*.

### 3.1. TEORÍAS PARCIALES

Las teorías parciales o basadas en pocos componentes hacen referencia a un conjunto de postulados que han tratado de explicar el abuso de sustancias tomando en cuenta algunos de los elementos implicados en la conducta. Sin embargo, el abordaje de estos planteamientos es, como su propio nombre indica, parcial y en cierta forma reduccionista. En su medida han logrado explicar una parte del problema y por esta razón merecen ser considerados dentro de la epistemología de estas conductas.

Uno de estos planteamientos es el del **modelo moral**, que se fundamenta en el principio de la moralidad cristiana donde se entiende que los individuos consumen porque no son capaces de resistir su tentación debido a su falta de moralidad y por esta razón es considerado negativamente como un ser vicioso y despreciable. Quizás si este proyecto se hubiera desarrollado en otro contexto este modelo podría ser obviado, pero por llevarse a cabo en la República Dominicana debe ser incluido. En este país la sociedad está fuertemente condicionada por la espiritualidad y la religión católica marca no sólo los límites de la moralidad sino también de ciertas políticas y tendencias. Por ejemplo, en lo relacionado con la influencia que puede tener la religión sobre el consumo, los practicantes de la religión cristiana evangélica no pueden consumir alcohol, pero sí pueden consumir vino.

Uno de los primeros postulados para explicar el fenómeno de la drogodependencia, fue el **modelo biológico** que propone que algunas personas consumen drogas o se vuelven dependientes de éstas con más facilidad que otras porque tienen una vulnerabilidad biológica para que eso ocurra. Algunos estudios han encontrado evidencia de que esto podría ser así, pues está ampliamente documentado que los hijos de familias con alcoholismo tienden a tener edades de inicio de consumo más tempranas, patrones de consumo más dañinos, mayor riesgo de desarrollar adicción y cuando esto ocurre, suelen presentar peor respuesta al tratamiento. Y esta vulnerabilidad de los hijos de las familias con problemas de alcoholismo se mantenía incluso cuando los hijos crecían con familias adoptadas (Becoña Iglesias, 2002). La importancia de este modelo radica en que, si

efectivamente existe una base biológica modulada por factores neuroquímicos susceptibles de ser identificados, es posible diseñar estrategias farmacológicas apropiadas para controlar el efecto de las drogas sobre el cerebro (Becoña, 2008). Sin embargo, el fenómeno del consumo y la adicción es demasiado complejo para poder ser explicado de una manera tan reduccionista. Existe mucha evidencia que permite dar cabida al postulado del modelo biológico, pero por sí mismo solo puede explicar un porcentaje muy pequeño de los casos y esto se debe a que el ambiente juega un rol determinante en la exposición a las sustancias. Así pues, la adicción posiblemente sea el resultado del producto de la vulnerabilidad más la exposición, viniendo la primera determinada por factores genéticos y la segunda por factores ambientales.

Dentro de este mismo paradigma surge la **hipótesis de la automedicación** propuesta por Khantzian en 1985, plantea que el motivo por el que algunas personas desarrollan problemas de adicción es porque padecen una enfermedad biológica que los lleva a recurrir al consumo de sustancias psicoactivas para automedicarse en busca de alivio a su malestar. Inicialmente podrían sentir que obtienen cierto grado de beneficio, pero no están considerando que a medio y a largo plazo el uso de esas sustancias los está predisponiendo para padecer un trastorno por dependencia. Esta hipótesis se fundamenta en el descubrimiento de ciertos receptores específicos para diferentes moléculas psicoactivas. Para los efectos de la acción de las drogas, este hallazgo supondría que el consumo de determinadas sustancias estaría actuando repetidamente sobre puntos específicos del sistema nervioso central, que con el tiempo acabarían modificándolo tanto estructural como funcionalmente, lo que contribuiría a que personas sanas pasaran a ser dependientes (Becoña, 2008).

Otra teoría parcial es el **modelo de salud adaptado a las drogodependencias** fue propuesto por Bukoski (1995) y resulta de la adaptación del modelo de salud pública para las enfermedades infecciosas. Según esta propuesta los factores implicados en el desarrollo de la adicción son el individuo, la sustancia y el entorno. El objetivo es aumentar la resistencia del individuo hacia el agente y para ello se proponen diferentes acciones como entrenar a los individuos para resistir mejor la presión social para consumir, protegerlos del efecto del agente a través de programas de sensibilización, aislar a los sujetos de la sustancia creando espacios libres de drogas o modificando la sustancia para disminuir su daño, por ejemplo con cigarrillos bajos en nicotina, bebidas

alcohólicas con baja graduación o sin alcohol o facilitando jeringuillas para evitar compartirlas.

El modelo de salud pública para las enfermedades infecciosas también sirvió de sustrato para la elaboración de otra propuesta conocida como el **modelo de creencias de salud** (Becker y Maiman, 1975). Este planteamiento tiene como elementos fundamentales la susceptibilidad percibida, que hace referencia a la percepción individual de vulnerabilidad; la severidad percibida, que hace referencia a la intensidad de dicha vulnerabilidad; los beneficios percibidos y las barreras percibidas. La susceptibilidad y la intensidad percibidas determinarán la probabilidad de que el individuo decida o no consumir. Pero si decide hacerlo, para llevar a cabo un proceso de modificación de esta conducta, como dejar de consumir, considerará la relación costos - beneficios percibidos asociados al cambio. Para que una conducta sea modificada con éxito, la persona debe sentirse amenazada por dicha conducta (susceptibilidad percibida y severidad) y creer que el cambio será beneficioso y, además, debe sentirse competente para realizar dicho cambio (Rosenstock et al., 1994).

También Costa y López (1989) plantean un enfoque, llamado **modelo de competencias** que tiene dos objetivos fundamentales. Por una parte, promover las competencias individuales y por otra, desarrollar comunidades y organizaciones competentes. Este modelo adapta el planteamiento de Rhodes y Janson (1988) y propone que el riesgo de consumir drogas vendrá determinado por la relación entre el estrés del individuo y el producto del apego, las habilidades de afrontamiento y los recursos disponibles.

Las **teorías del aprendizaje** por su parte, suponen un importante cuerpo teórico para explicar la conducta de consumo de sustancias y se fundamentan en las leyes del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje social. Los tres paradigmas han aportado al conocimiento epistemológico del fenómeno de la drogadicción, pero en la actualidad el aprendizaje social es el que ha conseguido explicar de un modo más comprensivo esta conducta, sobre todo en lo relacionado con el inicio del consumo (Becoña, 2007; 2008). Desde el *condicionamiento clásico* se plantea que el principio de asociación de estímulos puede explicar la adquisición y el mantenimiento del consumo de sustancias. En este caso, la respuesta incondicionada serían el alcohol, el tabaco o cualquier otra droga que por sí mismas provocan una respuesta incondicionada de placer, deseo o abstinencia. El condicionamiento clásico plantea que la asociación de

estos estímulos incondicionados con otros que inicialmente son neutros (e.g. bares, papelines, jeringuillas, papel de liar) a través de los emparejamientos repetidos pasarán a adquirir su valor condicionado dando lugar a una respuesta condicionada (e.g. placer, deseo o abstinencia condicionada). De esta forma, en un momento dado, la presencia del estímulo condicionado tendrá poder suficiente para despertar la respuesta condicionada. Este proceso se complementa con el del *condicionamiento operante* que plantea que las drogas actúan como un potente reforzador positivo, lo que explica por qué las personas las consumen, lo hacen porque su efecto les resulta agradable, lo que a su vez incrementa la probabilidad de que se vuelva a repetir, favoreciendo que se asiente rápidamente el hábito del consumo y que sea difícil de extinguir. Por su parte, la teoría del *aprendizaje social* de Bandura resulta de una combinación de los principios del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario, por lo que será comentada más adelante adentro de los modelos integradores.

Otro grupo de teorías psicológicas que ofrecen una explicación parcial del abuso de sustancias son las llamadas **teorías actitud-conducta**, que asumen que la conducta humana es voluntaria y se guía de acuerdo a un proceso de toma de decisiones que considera la información disponible y las consecuencias. Tanto la *teoría de la acción razonada* de Fishbein y Ajzen (1975) como la *teoría de la conducta planificada* de Ajzen (1988) tratan de hacer predicciones sobre la conducta de los individuos a partir de una serie de elementos previos de origen tanto psicológico como social. La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) plantea que lo que determina que una conducta sea o no llevada a cabo es la intención de realizarla y que esta intención vendrá determinada por una combinación de las expectativas y creencias del sujeto hacia la conducta a realizar (factores psicológicos) y por su sistema de normas individuales que emergen del contexto que le rodea (factores sociales). La teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988) parte de este mismo supuesto, pero agrega un nuevo elemento. Propone que la intención de llevar a cabo una conducta no depende sólo de las expectativas y creencias y de las normas, sino también del control conductual percibido del sujeto, es decir de su capacidad para autorregular su propia conducta. La evaluación de estos tres elementos determinará el grado de intención y la probabilidad de ocurrencia de la conducta.

Por otra parte, están las **teorías basadas en causas intrapersonales**, donde destacan las de Kaplan y las de Pandina. Kaplan (1986) propuso el llamado *modelo de mejora de la estima*, que gira en torno a la idea de que los adolescentes tienen la necesidad de que su

conducta sea aceptada por los adultos que son significativos para ellos, por ejemplo, padres o profesores. La pérdida de esa aprobación puede generar sentimientos negativos en el joven que afectarán a su autoestima. Una posibilidad es que la estima se restablezca con el cumplimiento de normas o sanciones que la sociedad o el adulto pautan para el comportamiento desaprobado. Sin embargo, también puede ocurrir que el adolescente perciba que el cambio de opinión del adulto no depende directamente de los cambios que él pueda hacer en su conducta, por lo que en estos casos se incrementa la probabilidad de que el adolescente persevere en su conducta desadaptativa y tienda a buscar aprobación en un grupo de iguales que apoyen estos comportamientos. Posteriormente Kaplan (1996) realiza una actualización de su propio planteamiento definiendo lo que se conoce como *teoría integrativa de la conducta desviada* que parte del principio de la necesidad de aceptación social de la conducta de los adolescentes y propone que todas las conductas, incluso las desviadas, resultan de alguna forma adaptativas para individuo o para las expectativas de su grupo de referencia. El eje fundamental de ambas propuestas de Kaplan radica en la importancia que tiene para la persona poder valorarse positivamente y esto va a depender de que su entorno social lo valore de esa misma forma, y si eso no se puede lograr a través de los comportamientos convencionales socialmente establecidos, recurrirá a comportamientos desviados que pueden incluir actos ilegales. Estos comportamientos aumentarán su probabilidad de ocurrencia por dos vías, primero por la obtención de refuerzos positivos por parte de los pares que también las llevan a cabo y en segundo lugar, por el debilitamiento del sistema de disuasión para dichas conductas desviadas que había sido instaurado por los adultos significativos (Becoña, 1999).

Un segundo autor destacado en el planteamiento de teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales es el *Modelo basado en la afectividad* de Pandina et al. (1992). Este postulado se fundamenta en el papel del afecto como mecanismo determinante de la conducta planteando que el consumo de sustancias emerge de la combinación de afecto negativo y arousal o activación elevada junto con una vulnerabilidad al abuso de sustancias. Su hipótesis plantea que aquellos individuos con elevado afecto negativo que disfrutaban de una sensación de activación elevada son más propensos al consumo de drogas puesto que las sustancias pueden contribuir a incrementar los niveles de activación que a su vez disminuirán los estados de ánimo negativos, al menos temporalmente. Dado que el consumo tiene un efecto de alivio en el individuo, se espera que una vez iniciado el

consumo vuelva a repetirse y con el tiempo favorezcan la aparición de patrones de abuso y dependencia.

Por otra parte, los *modelos de familia* derivados del enfoque sistémico ven el problema de las drogas como una conducta desadaptada de uno o varios de los miembros de la familia que causa una disfunción los demás miembros de la familia. Desde este enfoque la adicción sería un síntoma con una función que contribuye a regular el equilibrio adentro del sistema familiar. Propone que algunos individuos podrían iniciar el consumo de sustancias como consecuencia de disfunciones en la familia, pero incluir este nuevo elemento en el sistema familiar contribuye a que la atención se desvíe hacia el individuo con la adicción y se evite que los otros problemas afloren. De esta forma, la adicción se mantendría por servir como elemento estabilizador de la dinámica familiar (Noone y Redding, 1976).

El **modelo social** de Peele (1985) propone que el consumo parte de una incapacidad del individuo para resolver las situaciones de su vida que le resultan difíciles o le causan malestar. De esta manera, el consumo comenzaría con el propósito de aliviar este malestar que puede ser físico o emocional. Como sin la droga el sujeto experimenta emociones o sensaciones negativas, como dolor o ansiedad, aumenta la probabilidad de seguir consumiendo y de volverse dependiente. Para Peele, la clave de por qué algunas personas se vuelven adictas y otras no reside en la capacidad del individuo para controlar el consumo e introducirlo y acomodarlo en su ritmo de vida. Desde esta perspectiva, el problema de las adicciones no se vincula tanto al tipo de sustancia o a sus efectos sino a una variable personal donde el sujeto decide recurrir a las drogas como un estilo de afrontamiento para las demandas de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva el pronóstico de recuperación es relativamente independiente del tipo de tratamiento puesto que el éxito radica en la decisión de la persona de empezar a relacionarse consigo mismo y con el mundo de una manera diferente (Becoña, 2008).

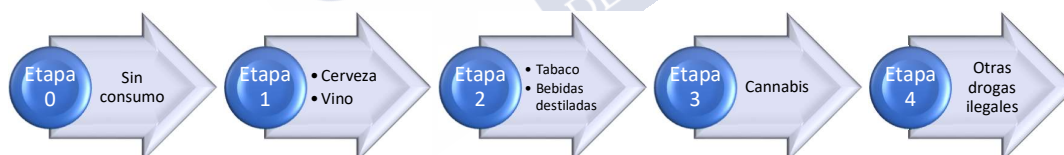


### 3.2. TEORÍAS EVOLUTIVAS

Las teorías de estadios y/o evolutivas implican, por lo general, modelos más complejos que los anteriores. Implican diferentes etapas y en ocasiones esas etapas no sólo abarcan una fase del proceso, sino también un estadio evolutivo del individuo. En esta línea Kandel (1975) propone un modelo evolutivo que plantea que el consumo de sustancias sigue un proceso secuencial de progresión en el que a medida que el individuo aumenta de edad va experimentando con nuevas sustancias con efectos más potentes y de acción inmediata más dañina. Plantea que el consumo comienza a edades tempranas durante la adolescencia con el consumo de sustancias legales como el alcohol y el tabaco para ir evolucionando a medida que aumenta la edad inicialmente hacia sustancias como el cannabis y finalmente llegar al consumo de drogas ilegales.

**Figura 9**

Fases del modelo evolutivo de Kandel. Fuente (Adaptado de Kandel 1975).



Este modelo no sólo plantea la secuencialidad del consumo, sino que sugiere que la combinación de alcohol, cigarrillos y marihuana en personas que iniciaron el consumo a edades tempranas y con patrones bien instaurados de uso nocivo de estas sustancias tienen alta probabilidad de evolucionar hacia el consumo de otras drogas más peligrosas, siendo el alcohol y el tabaco las sustancias que desempeñarían el rol de drogas de acceso. Este planteamiento es lo que se conoce como *Hipótesis de la puerta de acceso* (Kandel et al., 2006) y puede predecir elevados índices de dependencia con sus consecuentes problemas sociales y de salud asociados.



Por otra parte, el **modelo de etapas motivacionales multicomponente** de Werch y DiClemente (1994) se basa en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983). Para Werch y DiClemente la adicción ocurre como consecuencia de unos estadios previos y secuenciales tanto para la adquisición de la conducta como para el cese del consumo. Según esta teoría el individuo pasa por cinco etapas o estadios que son en primer lugar la precontemplación, que establece el principio del proceso y ocurre cuando el individuo aún no considera el uso de ninguna sustancia o cuando la usa y no piensa en dejar de hacerlo. El segundo estadio es la contemplación, donde ya considera seriamente la posibilidad de iniciar el consumo o en su caso dejar de consumir. El tercer estadio es la preparación, donde se pretende iniciar el consumo en el futuro inmediato o dejar de consumir de inmediato. El estadio cuatro es el de la acción, donde se inicia el consumo o donde se deja de consumir. Y finalmente ocurre el mantenimiento, que implica un uso continuado de la sustancia o la adquisición de nuevo hábito de vida sin drogas. Este modelo implica que la adquisición de la dependencia ocurre no sólo de manera secuencial, sino cíclica por resultar la última etapa de la adquisición del hábito de consumo la predecesora de la primera del proceso para dejar de consumir. Este modelo tiene fuertes implicaciones desde el punto de vista de la prevención por considerar el emparejamiento de distintas etapas del proceso con diferentes niveles de prevención. De tal modo que los estadios iniciales se podrán abordar desde la prevención primaria para prevenir el daño, el estadio cuatro desde la prevención secundaria para intervenir las consecuencias derivadas del consumo y el quinto estadio desde la prevención terciaria para reducir el daño.

El **modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes** de Kim et al. (1998) se fundamenta en el conocimiento actual sobre los factores de riesgo y protección vinculados al fenómeno de la drogadicción. A diferencia de otros planteamientos este postulado no pretende explicar cómo sanar a las personas sino como construir personas sanas. Estos autores plantean que existen una serie de elementos que por su propia naturaleza pueden ayudar a los individuos decisiones más responsables respecto al hecho de consumir drogas o no. El rol más importante en este modelo lo desempeña la familia por servir no sólo como red de apoyo de los jóvenes sino como elemento de socialización de los valores dominantes en la sociedad. Pero además de la familia, es importante que los adolescentes se desarrollen con una adecuada red de apoyo tanto social como de los adultos significativos para ellos, que tengan la oportunidad de aprender habilidades que les

permitan desarrollarse exitosamente como miembros necesarios y útiles para sus escuelas, comunidades y gobiernos rodeados de personas capaces de reforzar los logros alcanzados. La integración de estos elementos favorece el establecimiento de relaciones más positivas entre los adolescentes y los grupos de iguales, así como con los adultos.

La **teoría de la madurez sobre el consumo de drogas** de Labouvie (1996) plantea que existe una tendencia natural hacia la autorregulación en el consumo de sustancias a medida que los individuos se van desarrollando. El consumo de drogas tiende disminuir con el paso del tiempo, posiblemente debido a procesos de madurez del individuo. De esta forma, cuando las personas eligen comenzar a desarrollar su carrera profesional o formar su propia familia tienden a disminuir y eliminar las conductas excesivas por considerarlas incompatibles con sus objetivos a largo plazo.

La **teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz** de Newcomb (1996) propone que la adolescencia es una etapa del desarrollo madurativo del individuo particularmente crítica que lo vuelve más vulnerable a las conductas de riesgo como el consumo de sustancias. Tener que hacer frente en relativamente pocos años a dos transiciones generacionales con roles claramente diferenciados hace que el proceso de asimilación de los roles propios de cada etapa en ocasiones pueda ser difícil porque los cambios fisiológicos pueden no venir acompañados por el necesario apoyo psicológico. El primer salto generacional importante que afrontan los adolescentes es pasar de la infancia a la adolescencia y el segundo es pasar de la adolescencia a la adultez. Esta teoría propone que asumir los roles propios de una etapa antes de haberla alcanzado evolutivamente va a limitar el correcto aprendizaje de dichos roles durante la etapa que le corresponden, lo que podría originar una brecha que aumentaría el riesgo de consumo de sustancias. Por ejemplo, el mismo autor en una serie de estudios previos al planteamiento de su teoría encontró que asumir roles de adulto como casarse, tener un empleo o abandonar el rol de estudiante, se asociaba no sólo con el consumo de drogas, sino con más dificultades con los roles de adulto que se veían reflejados en mayores tasas de divorcio, problemas familiares, inestabilidad laboral y malestar emocional (Newcomb y Bentler 1986, 1988a, 1988b).

Glantz (1992), por su parte, propone el **modelo psicopatológico del desarrollo** para explicar el abuso de drogas fundamentado en los factores de riesgo genético, social, psicológico o ambiental entre otros, que se sabe que están asociados con la etiología del

abuso de sustancias y los relaciona con los principios básicos del desarrollo y de la psicopatología del desarrollo. Para cada etapa del desarrollo, desde el nacimiento del bebé, el autor identifica y describe una serie de características que determinarán el nivel de vulnerabilidad del niño. Específicamente para la etapa de la adolescencia plantea que los niños con más riesgo serán los que tengan peor autoestima, mayor afecto negativo, relaciones emocionales más disfuncionales con los padres, mayor número de conductas desviadas, mayor dificultad de regulación de la conducta y del afecto, peor manejo de las habilidades sociales y dificultades en el uso de estrategias de afrontamiento eficaces. No obstante, como el propio autor indica, presentar estas características no aboca al consumo, sino que el hecho de que se torne como un sujeto más vulnerable sugiere la necesidad de facilitar más estrategias orientadas a la prevención (Isorna, 2005; Becoña, 2002).

El **modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas** de Chatlos (1996) parte de una conceptualización biopsicosocial y también hace referencia a la influencia de los factores de riesgo que ya se conocen en relación con la drogadicción. Plantea que existen individuos más vulnerables que otros que en combinación con la influencia del entorno pueden iniciarse en el consumo de sustancias. Una vez iniciado el consumo el sujeto continúa con una progresión producida en parte por el refuerzo positivo que le causa el efecto de la sustancia y en parte por el efecto del refuerzo negativo que causa la presencia de los síntomas de abstinencia todo esto en combinación con factores genéticos bioquímicos y de personalidad. El modelo plantea que la progresión ocurre a lo largo de cuatro etapas donde la persona evoluciona desde un consumo para sentirse bien, que en algunos casos puede ser producto de la influencia o la presión del círculo social hasta un mayor uso de la sustancia que puede terminar en un problema de adicción. La primera etapa sería, pues, de experimentación y aprendizaje del cambio de humor o del estado de ánimo. La segunda sería de uso regular para provocar dicho cambio de humor o de estado de ánimo. La tercera sería de abuso de la sustancia, donde comenzarían a presentarse las consecuencias negativas derivadas de la exposición repetida. Y por último aparecería la dependencia con un uso compulsivo de la sustancia. Finalmente, el autor indica que el mantenimiento de la conducta se produce porque el consumo ocurre en un sistema que lo permite. Incluyendo en dicho sistema a las personas, los lugares y las situaciones en las que ocurre usualmente el consumo.

Por otra parte, Oetting con su **teoría de la socialización primaria** pone énfasis en la socialización como proceso mediante el cual los individuos aprenden e interiorizan las

normas y valores de una sociedad o cultura, que servirán a su vez para guiar las pautas de comportamiento de lo que es considerado como normativo o desviado dentro de cada contexto. Este concepto de socialización resulta el eje fundamental de la teoría de Oetting y sus colaboradores (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998a; 1998b; 1998c) que consideran que las teorías postuladas hasta entonces para explicar el fenómeno del consumo de sustancias estaban incompleta porque o bien se centraban en un solo aspecto causal, ya fuera biológico, psicológico o social, y en los casos que se consideraba más de un factor no se explicaba claramente el proceso de relación factorial. Para estos autores el nexo de unión entre todos esos elementos es precisamente la socialización. Ellos parten de la premisa de que más allá de la vulnerabilidad genética que pueda tener un individuo, todos los comportamientos desviados, entre los que citan el uso de drogas, la violencia o el crimen, son conductas sociales aprendidas. Todas las sociedades disponen de los canales necesarios para favorecer el aprendizaje de normas sociales tanto prosociales como desviadas. La familia, la escuela y los pares son los agentes más importantes en este proceso de socialización y por tal razón se catalogan como componentes de socialización primaria. Usualmente la familia es el lugar donde los niños aprenden las normas y valores, pero cuando la familia participa de conductas desviadas de las normas sociales aumenta la probabilidad de que los hijos imiten esos patrones. Lo mismo pasa con la escuela. Por lo general, debe ser un contexto adecuado para la transmisión de normas prosociales y buenos valores, pero cuando las circunstancias propician que esto no sea así, por ejemplo, porque los profesores o las políticas del centro no promueven estas normas, también se incrementa la probabilidad de aprender conductas desviadas. Por último, dentro de los grupos de iguales se van a diferenciar dos subtipos, por una parte estarían aquellos que están apegados a las conductas prosociales y por otro los que se rigen por las normas desviadas. La tendencia será a juntarse con quienes exhiban conductas, intereses y preferencias más afines a uno, pero puede ocurrir que adolescentes educados en valores y conductas prosociales estrechen sus relaciones con otros con conductas desviadas, principalmente cuando los vínculos con la familia y la escuela sean débiles. Así pues, las características físicas, emocionales y sociales de los adolescentes son las que determinarán que las fuentes de socialización primaria se conviertan en factores de riesgo o de protección (Oetting et al., 1998a). Finalmente, las fuentes de socialización secundaria son las que van a aumentar o disminuir las oportunidades para que la socialización primaria ocurra en beneficio de una conducta prosocial y apegada a las normas y valores o que por el contrario se convierta en disruptiva para el individuo y

para la sociedad. Entre las fuentes de socialización secundaria destacan las características de la comunidad, como el tipo de vecindario, tamaño de la población, nivel de urbanización (rural o urbana), distribución de edad de los miembros de la comunidad, etc. También son fuente de socialización secundaria otros miembros de la familia distintos de los padres, como tíos, abuelos, hermanos... que pueden ayudar a transmitir las normas y valores. Así mismo forman parte de esta categoría el ambiente de los grupos de iguales, los medios de comunicación o la religión. Un último elemento analizado en esta teoría es el rol de la cultura, que es la que determina el tipo de normas que se van a transmitir en el proceso de socialización y que a vez evoluciona de acuerdo al proceso de ajuste de dichas normas. Un factor de riesgo en este nivel son las subculturas que adoptan normas desviadas de las de la cultura predominante y favorecen las conductas relacionadas con abuso de sustancias (Becoña, 1999; 2002; Isorna, 2005).

### **3.3. TEORÍAS INTEGRADORAS**

Por último, las teorías integradoras y/o comprensivas del uso de las drogas son un conjunto de modelos que tratan de abarcar el fenómeno desde una perspectiva multifactorial. En este punto es necesario comenzar por el **modelo de promoción de la salud** auspiciado por la Organización Mundial de la Salud en la 1ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud es uno de los modelos de salud pública más comprensivos del modelo médico (Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, 1986). Da gran relevancia a la necesidad de mejorar la asistencia sanitaria y los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia. Pretende ser un modelo universal por lo que propone un enfoque holístico de la salud, considerándola como un derecho humano fundamental que emerge del planteamiento de la OMS de salud para todos al reconocer en la Declaración de Yakarta (Organización Mundial de la Salud, 1997) que la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. Este modelo considera que son requisitos para la salud la paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la

alimentación, los ingresos, el control sobre las decisiones y las acciones que afectan a la salud de la mujer, el ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto a los derechos humanos, la equidad y considera la pobreza como la mayor amenaza para la salud. Es un modelo interesante, pero más utópico que realista porque las posibilidades de implementación varían dependiendo de los recursos de cada país siendo los países pobres o en vías de desarrollo los que encuentran más limitaciones en el proceso. Además, es difícil de llevar desde lo general hasta la aplicación específica en el consumo de sustancias y las consecuencias asociadas.

Por otra parte, uno de los modelos que más aceptación ha tenido es la teoría del aprendizaje social, actualmente llamada **teoría cognitiva social** de Bandura (1977), todavía hoy sigue siendo una de las más aceptadas para explicar tanto el origen como el mantenimiento y el abandono del consumo de sustancias por ser un planteamiento integrador de los fundamentos del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario. Bandura propone que las conductas adictivas ocurren por proceso de condicionamiento clásico, que ya han sido descritas, y son reforzadas mediante condicionamiento operante. Pero el elemento diferenciador de su teoría hace referencia los procesos cognitivos del individuo que actuarían como mediadores que regularán la influencia del medio determinando cuáles estímulos son más relevantes y cómo influyen éstos en la conducta futura (Becoña, 2002; 2008). Es decir, aunque las conductas que hayan obtenido recompensas positivas son las que tendrán más posibilidades de ser repetidas, variables personales como la motivación o las emociones influirán en el proceso de reflexión sobre la pertinencia de la conducta y determinarán la probabilidad de que sea repetida nuevamente. Por otra parte, la capacidad de autorregulación, que vendrá determinada por el autocontrol del individuo, determinará la probabilidad de éxito en el control de la conducta y sobre todo la capacidad para autocorregirse cuando la misma resulte desadaptativa o genere consecuencias negativas para él o para los demás.

El **modelo de desarrollo social**, elaborado por Catalano et al. (1996), es una teoría generalizada de la conducta humana que explica el comportamiento antisocial a través de predicciones específicas que influyen en el inicio, desarrollo y abandono de dicho comportamiento, haciendo hincapié en los factores de riesgo y protección. Este modelo propone que el proceso de desarrollo de la conducta antisocial es similar al de la conducta prosocial y surge de la integración de otras teorías previas como la teoría del aprendizaje

social, la teoría de la asociación diferencial y la teoría del control. Se parte de la idea de que el ser humano orienta su conducta hacia la búsqueda de experiencias gratificantes y para ello se implicará a través de los modelos del proceso de socialización (padres, escuela o amigos) en acciones o relaciones en la medida en que prevea que le pueden satisfacer ya sea para favorecer una conducta prosocial o antisocial. Esta idea emerge de la teoría del aprendizaje social; y de acuerdo a los principios de la teoría de la asociación diferencial, la probabilidad de que dichas conductas se repitan en el futuro dependerá de las consecuencias experimentadas con anterioridad. Por su parte, de la teoría del control social emerge la idea de que la conducta adoptada por el individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las normas y valores que éste haya interiorizado a partir de la interacción con los actores socializadores primarios que son la familia, la escuela y los amigos. En resumen, el modelo propone que la conducta antisocial tendrá mayor probabilidad de ocurrencia cuando ocurra una de estas tres situaciones: Primera, que a la persona se le niegue la oportunidad de participar en la vida prosocial, ya sea por falta de oportunidades o porque no posee las habilidades necesarias para ellos. Segunda situación, que en una relación costos-beneficios el individuo obtenga mayores beneficios asociados a la conducta antisocial. Y la tercera situación facilitadora de conductas antisociales es que los círculos de socialización primaria (familia, escuela o amigos) practiquen o promuevan valores y creencias antisociales (Becoña, 1999; 2002).

La **teoría interaccional** de Thornberry (1996) fue planteada inicialmente para explicar la delincuencia y posteriormente adaptada para el consumo de drogas. Para este autor las conductas antisociales se van desarrollando a lo largo de la vida y los factores de riesgo que favorecen la aparición de dichas conductas no tienen el mismo valor en todas las etapas. Propone que tanto las conductas delictivas como las de consumo de drogas ocurrirán con mayor probabilidad en las siguientes tres etapas: la adolescencia temprana (12-13 años), adolescencia media (16-17 años) y adolescencia tardía (en torno a los 20 años) correspondiéndose respectivamente con el inicio, el mantenimiento y la extinción de la conducta desviada. De modo similar a la propuesta de formación de las conductas prosociales planteado en el modelo de Catalano et al. (1996), Thornberry (1996) propone que el tipo de apego con los padres, la creencia en valores convencionales y el compromiso con la escuela, junto con la utilización o no de drogas por parte de los iguales, y consumir o no drogas, determina la probabilidad de asociación con las drogas utilizadas por los iguales y la implicación con el uso de drogas. El elemento diferenciador



de esta teoría es que los iguales que consumen drogas incrementan la probabilidad de que el individuo también las utilice evitando las asociaciones disonantes y favoreciendo la interacción mutua entre iguales y la persona, lo que afectaría no sólo a la conducta de consumo, sino al sistema de creencias sobre el consumo a través de procesos de consistencia cognitiva (Becoña, 1999).

Por otra parte, a finales de los años 70 Jessor y Jessor (1977) plantean la **teoría de la conducta problema**. Inicialmente fue propuesta para explicar el problema de abuso de alcohol, aunque después se reformuló para explicar el comportamiento de las adicciones en general. Parten del concepto de conducta problema entendida como aquellos comportamientos apartados de la norma socialmente aceptada y que requieren de algún tipo de respuesta de control social como rechazo social, problemas con la justicia o encarcelamiento entre otros. En contraposición a estas conductas estarían las convencionales que son aquellas socialmente aprobadas y deseables. La teoría de la conducta problema sugiere que las conductas emergen de la interacción de distintos aspectos cognitivos relacionados con la personalidad del individuo, como sus creencias, propósitos, expectativas, valores, actitudes o autocontrol que resultan de la relación con el ambiente que rodea individuo como apoyos, influencias, controles, modelos o expectativas de otros. Las conductas problema tendrán mayor o menor probabilidad de ocurrencia dependiendo de las combinaciones de estos elementos (Jessor y Jessor, 1977) en el contexto de dos tipos fundamentales de antecedentes: las características demográficas y los procesos de socialización. Dentro de las primeras estarían fundamentalmente variables relacionadas con la familia, como la formación y ocupación de los padres, la religión de éstos o la estructura familiar. Mientras los procesos de socialización abarcarían elementos como ideología o permisividad parental para la desviación de la conducta, clima familiar, grado de control o interacción afectiva con la madre, así como la influencia del grupo de iguales o de los medios de comunicación. Que la conducta problema sea o no llevada a cabo vendrá determinado por el equilibrio o desequilibrio entre los elementos instigadores de la conducta desviada y la capacidad del individuo para controlarse (Isorna, 2005; Becoña, 1999; 2002).

En una reformulación de la teoría de la conducta problema Jessor (1991) plantea la **teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes** para explicar el fenómeno del abuso de sustancias. Es un modelo integrador que considera las conductas de riesgo como el resultado de una combinación de factores de riesgo y factores de protección tanto del



individuo como del ambiente. Entre los factores de riesgo destacan los genéticos y biológicos, el medio social y la percepción del entorno, características del individuo y su conducta. Estas variables influyen recíprocamente en la aparición de conductas de riesgo, entendidas como conductas problema, conductas relacionadas con la salud y conductas escolares que se relacionan con el estilo de vida del adolescente. A su vez, estas conductas de riesgo influirán y serán influidas por el compromiso con la salud y con la vida que tenga el individuo. El modelo asume que el mayor riesgo para los adolescentes radica en la desigualdad, la discriminación y la pobreza. También proponen que conocer como las conductas de riesgo actúan como factores de riesgo per se, sus antecedentes y sus consecuentes es la clave para evitar la morbilidad y la mortalidad asociada.

Botvin (1999), por su parte, propone un **modelo integrado general de la conducta de uso de drogas** que parte de varias aproximaciones teóricas como la teoría del aprendizaje social y la teoría de la conducta problema y la mejora de la competencia y las integra con los resultados de la evaluación empírica de los programas preventivos de drogodependencias con el propósito de poder describir estas conductas y fundamentar un programa preventivo. Este modelo plantea que el consumo de drogas ocurre como una consecuencia de factores contextuales, personales y sociales. Dentro de los primeros influyen los factores sociodemográficos como edad, sexo, clase social o raza que interactúan con variables psicológicas como búsqueda de sensaciones, disposición, temperamento o estado de salud; con variables relacionadas con la identidad cultural, como la socialización, la identidad étnica o las creencias religiosas; y con el entorno social, incluyendo estresores ambientales, apoyo social, conflictividad social o disponibilidad de drogas. Dentro de los factores sociales que interactúan para favorecer en el consumo de drogas destacan variables relacionadas con la familia, como la estructura familiar, el tipo de comunicación, vinculación con la familia, creencias y grado de permisividad de éstos respecto al uso de sustancias. También existe influencia de variables relacionadas con la escuela, como el fracaso escolar, vinculación con el centro, autoconcepto académico y clima escolar. Otro elemento social que influye en el consumo de drogas es si los compañeros y amigos consumen o no y las creencias que tienen respecto al consumo. Y un último elemento social relacionado con el consumo es la publicidad que en ocasiones puede favorecer la imagen positiva del consumo a través de la publicidad y del modelado de esta conducta. Y por último, dentro de los factores psicológicos que interactúan para influir en el consumo de drogas según la teoría de

Botvin están las creencias, expectativas y actitudes, las habilidades de afrontamiento y autocontrol, las habilidades sociales y otras variables personales como la autoeficacia, la autoestima, el autoconcepto, la impulsividad, el ajuste psicológico, el estrés o las oportunidades percibidas.

En los años 90 Calafat et al. (1992) proponen el **modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan** que surge en el marco del programa “Tú decides”, que fue una de las herramientas de prevención más utilizadas en España durante muchos años. El modelo plantea que la prevención debe orientarse al control de los factores de riesgo y protección del individuo más que a las propiedades de la sustancia. Consideran que las dinámicas personales y sociales anteriores al uso de la droga son las que facilitan el consumo. De hecho, consideran que esas interacciones son un factor de más riesgo incluso que la propia droga en sí. Para estos autores, el elemento principal que subyace al problema de las adicciones es la dependencia psíquica que ocurre como resultado del consumo y este elemento es fundamentalmente de carácter psicológico. Esto no quiere decir que no se consideren en el modelo otras variables de carácter físico, biológico o social, pero entienden que los componentes psíquicos, especialmente la depresión y los estados depresivos están estrechamente vinculado con el consumo. Se sabe que la depresión puede ser consecuencia de las drogas, pero también hay evidencia de que sus síntomas pueden favorecer el uso de sustancias para aliviar o controlar aquellos problemas o situaciones que le causan malestar al individuo. Para los autores, estos cuadros depresivos surgen a partir de la dificultad para relacionarse apropiadamente con los padres, lo que favorece la permeabilidad a las influencias de los pares y un aumento de las posibilidades de inicio de consumo. Las características depresivas del individuo asociadas con otras variables de personalidad llevarán a cambios en las actitudes y en el estilo de vida de la persona que reforzarán la conducta de consumo. Así pues, el ambiente familiar y las características de personalidad del individuo son determinantes para la aparición o no de problemas con las drogas.

Otro modelo que surge prácticamente en la misma época es la **teoría de la influencia triádica** (Flay y Petraitis, 1994). Es un modelo integrador de otras propuestas parciales previas, muchas de las cuales ya han sido comentadas aquí, como la teoría cognitiva social de Bandura o la teoría de la conducta planificada de Ajzen. La teoría de la influencia triádica contempla existencia de tres grupos de influencia que son la cultura, que actúa sobre las actitudinales; los vínculos sociales, que influyen sobre las creencias; y los

factores intrapersonales extraídos del modelo de cinco factores de la personalidad que hacen referencia al control personal, control emocional, intraversión-extraversión, sociabilidad e inteligencia y que influyen sobre la autoeficacia. Estos grupos de influencia se mueven a su vez a lo largo de tres niveles de influencia que son los próximos, distales y últimos. El nivel de influencia próximo se refiere por ejemplo a la toma de decisiones, se centran en los aspectos concretos de la conducta, aunque no da mucho peso a las explicaciones de por qué la persona ha actuado de ese modo concreto. El nivel de influencia distal hace referencia por ejemplo al sistema de valores del individuo y está muy relacionado con el nivel de influencia último. Este nivel de influencia último abarca por ejemplo la situación social, el ambiente cultural, la biología o la personalidad, y aunque resultan determinantes para la conducta, en realidad están fuera del control inmediato del individuo. Todos estos elementos articulan la teoría de la influencia triádica que en definitiva sostiene que la habilidad para controlar las acciones y el estado de ánimo contribuyen a desarrollar una buena autoestima y un autoconcepto más coherente o lo que es lo mismo, un buen conocimiento de uno mismo (*self*) y una buena competencia social general. Ambos elementos favorecen una mayor autodeterminación y autoeficacia que unidas a un buen manejo de las habilidades sociales contribuirán a la elección de conductas de promoción de la salud. Si por el contrario las personas tienen una imagen desfavorable o incoherente de sí mismas es más probable que opten por más conductas de riesgo, actúen impulsivamente y sean menos conscientes de las consecuencias de sus actos. Un último elemento que destaca en esta teoría es la toma de decisiones que se entiende como un proceso dinámico en el que la retroalimentación de la decisión inicial y las experiencias con las conductas relacionadas con la salud influirán en la probabilidad de optar por la misma decisión en el futuro (Becoña 1999).

Santacreu et al., (1991, 1992a), Santacreu y Froján (1992) y Santacreu et al., (1992b) elaboraron y probaron un **modelo de enfoque biopsicosocial** para explicar la génesis y el mantenimiento del consumo de drogas a partir del autocontrol (Santacreu et al, 1992b). Para estos autores es importante diferenciar entre el proceso de formación de la conducta de consumo y el proceso de mantenimiento de la conducta, puesto que según los principios de la teoría del aprendizaje una conducta será mantenida en función de sus consecuencias y éstas pueden ir variando con el tiempo. Santacreu y colaboradores entienden que el origen de la conducta de consumo de sustancias se relaciona con la capacidad de autocontrol del individuo. Entienden que la adolescencia es una etapa crítica

del desarrollo en la que los jóvenes deben comenzar a ganar autonomía a través del uso de los valores y las normas que fueron adquiriendo en el proceso de socialización. Esta independencia ocurre en paralelo a un proceso de desvanecimiento del control parental que hasta ese momento constituía una de las fuentes principales de refuerzo de la conducta. Por esta razón, el adolescente tenderá a buscar refuerzos alternativos y en esa búsqueda es donde el autocontrol juega un papel determinante. Santacreu et al. (1991) definen el autocontrol como el esfuerzo consciente para ejecutar una respuesta deseable o inhibir una indeseable, siendo capaces de renunciar a un refuerzo positivo inmediato o de someterse a una consecuencia aversiva para conseguir una recompensa a largo plazo. La respuesta que lleva a la obtención del refuerzo demorado se llama Respuesta de Control y para poder ser ejecutada el sujeto necesitará hacer uso de otras respuestas llamadas Autocontroladoras, que pueden implicar control de estímulos antecedentes, respuestas mediadoras cognitivas como la valoración de las consecuencias de la conducta o los autorrefuerzos parciales. El proceso de autocontrol implica la capacidad de autoobservación y autoevaluación de la conducta y la reevaluación del proceso, valorando en retrospectiva los pasos seguidos hasta obtener o no la recompensa final.

Becoña (1999) explica el consumo de drogas en adolescentes a partir de un **modelo comprensivo y secuencia** que consta de seis fases que abarcan desde la predisposición hasta la recaída, pasando por el conocimiento, la experimentación, la consolidación y el abandono. Se sabe que hay una serie de factores de predisposición que van a aumentar la probabilidad de consumo en unas personas más que en otras y a motivar un mayor consumo en aquellas personas que reúnen ciertas características. La *fase previa o de predisposición* hace referencia precisamente a la interacción de diferentes factores de índole socio-cultural, biológica y psicológica. Entre los factores socio-cultuales que se destacan en el modelo están los avances tecnológicos que han contribuido en a facilitar tanto la producción como la distribución de las sustancias, y la evolución de las creencias sociales respecto al consumo de algunas sustancias que con el tiempo se ha convertido en un imperativo cultural, por lo que el nivel de restricción ha disminuido. Esto es algo que se puede observar claramente con la popularización del consumo de alcohol y tabaco y está en el punto de mira si es la pauta que se seguirá con el uso del cannabis. Los factores biológicos que se encuentran en el proceso de interacción para la predisposición al uso de sustancias hacen referencia a la vulnerabilidad genética heredada por el individuo, que, aunque tiene su importancia, es una de las variables menos explicativas del fenómeno del

consumo y la adicción a las drogas. Y el tercer elemento de interacción en la predisposición son las características psicológicas, entre las que destaca el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia del adolescente que influyen significativamente en la probabilidad de que un individuo decida o no consumir. La *fase de conocimiento* hace alusión a los elementos implicados en el acercamiento a las diferentes sustancias. Alrededor del mundo existen una amplia variedad de sustancias que son frecuente estar alrededor de los adolescentes, pero esto no implica que tengan contacto directo con ellas. En la actualidad, la información disponible respecto a los diferentes tipos de sustancias y sus efectos es de dominio público y son los padres, profesores, compañeros y medios de comunicación los principales transmisores de dicha información. Ahí es donde entran al modelo otras variables explicativas del consumo. Dependiendo del ambiente que rodee al adolescente, del tipo de procesos de socialización a los que esté expuesto y los aprendizajes pueda hacer respecto a los beneficios o los perjuicios asociados al uso de cada sustancia, se generarán diferentes expectativas que influirán en la decisión final de experimentar con las drogas o no. La tercera fase de este modelo es la de *experimentación e inicio* en el consumo en la que interactúan una amplia cantidad de factores que van a influir en la consolidación de esta etapa. Por una parte, están los factores de riesgo y protección, también la disponibilidad de la sustancia, el acceso a la misma y el precio, la peligrosidad asociada a la sustancia y las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones del individuo, así como su estado emocional, las habilidades de afrontamiento disponibles y, de nuevo, la influencia recibida por parte de la familia, los pares, la escuela y los medios de comunicación. La fase de consolidación explica la transición desde el uso, al abuso y a la dependencia de la sustancia. Las consecuencias positivas o negativas experimentadas durante y después del uso de la droga van a determinar la probabilidad de ocurrencia de un nuevo consumo. Así mismo, la aceptación o el castigo de la conducta por parte de los iguales, va a tener un peso importante para mantener el uso de la sustancia. También cobra importancia en este punto la interacción con el consumo de otras sustancias y con otras adicciones sin sustancias. El estado emocional del individuo también va a influir significativamente en que se produzca o no un incremento en el uso de la sustancia, pasando del uso al abuso y a la dependencia. La siguiente etapa es la fase de abandono o mantenimiento. Como ocurre con cualquier conducta, ésta puede ser temporal o definitiva. Igual que ocurría en la etapa anterior, esto dependerá de diferentes elementos, entre los que destacan principalmente las consecuencias experimentadas. Los motivos para optar por el abandono del consumo

pueden atender tanto a causas externas al individuo como a factores internos. Entre los primeros destacan la presión familiar y de los amigos, la pareja o la sociedad en general, problemas con la policía o presión sanitaria. Entre los internos destacan los problemas asociados al consumo tanto de tipo personal como físico, afectivo, familiar o social. Cuando la adicción está bien consolidada, puede darse la aparición de una última etapa que es la fase de recaída. Cuando el uso de una sustancia ha evolucionado hasta la dependencia es porque ese comportamiento aprendido está bien arraigado y puede resultar difícil de extinguir. Es habitual en las personas que consumen durante varios años que a lo largo del proceso de rehabilitación pasen por varias recaídas antes de lograr la abstinencia permanente. En la figura 10 se puede apreciar cómo interactúan todos los elementos desde la primera hasta la última fase para determinar la probabilidad de que el adolescente llegue a desarrollar o no una adicción.

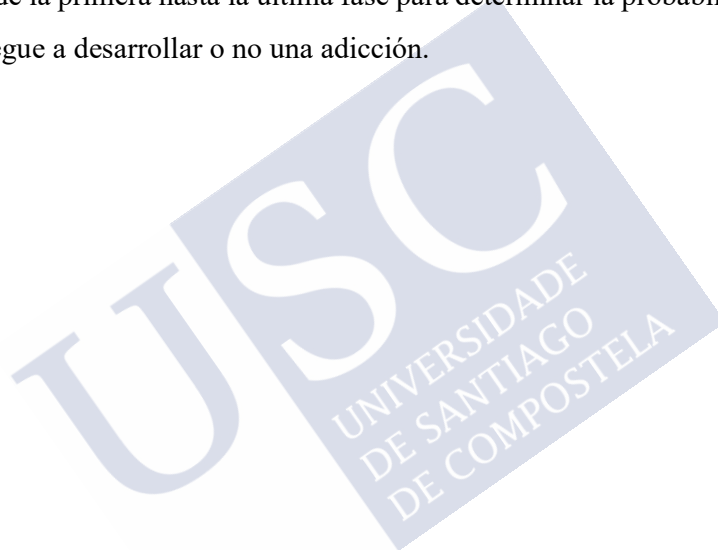
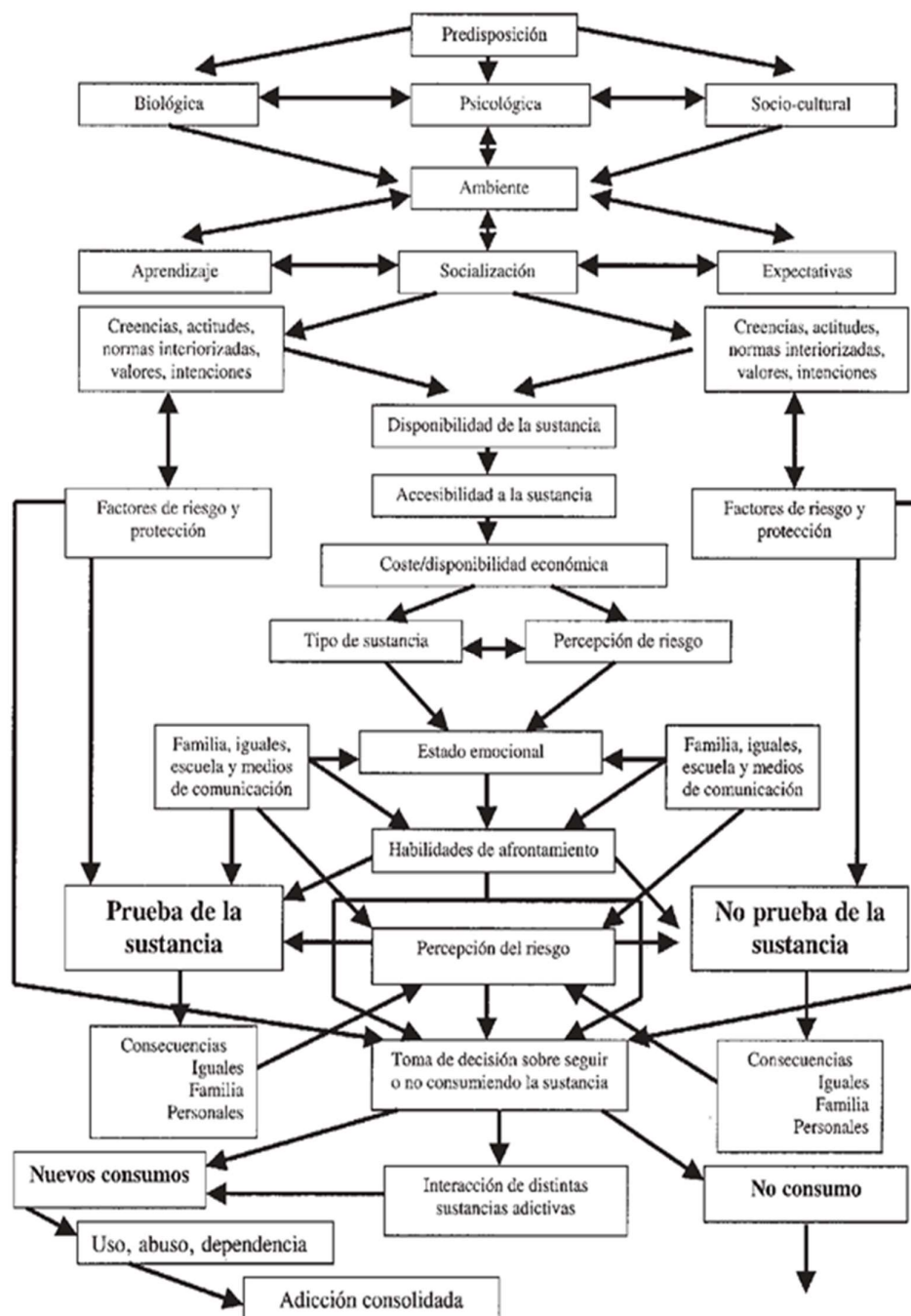


Figura 10

Modelo comprensivo y secuencial de las fases del consumo de drogas en adolescentes (Becoña, 2000).





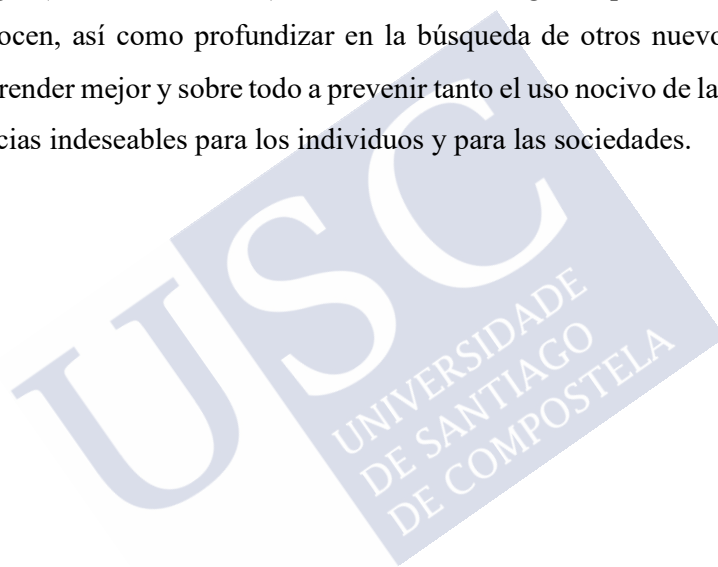
En una línea de trabajo mucho más reciente surge el **modelo de prevención ambiental**. Partiendo del hecho de que el fenómeno del uso y abuso de sustancias no puede entenderse exclusivamente desde el análisis de variables individuales o relacionadas con el funcionamiento cognitivo Gregor Burkhardt (2011) propone que además de estos elementos, existen una serie de factores ambientales que interrelacionan con los personales y del producto de estas interacciones resultará la probabilidad de optar por el consumo de sustancias o no. Burkhardt (2011) recupera la estructura del enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1979) y propone una serie de acciones tres ecosistemas que ayudarían a prevenir y reducir el consumo de alcohol y tabaco y recientemente se ha propuesto para controlar el consumo del cannabis (Burkhardt, 2019). El modelo de prevención ambiental propone que desde el *macrosistema* deberían intervenir los gobiernos aplicando regulaciones relacionadas con restricciones en las ventas, subidas de impuestos para las sustancias perjudiciales para la salud y disminución de los gravámenes para incentivar el consumo de sustancias más saludables, obligatoriedad de uso de etiquetados neutros que disminuyan el atractivo de los licores o las cajetillas de cigarrillos, controles en la edad para comprar y regulación de la publicidad que incentiva al consumo de sustancias entre otras medidas. Desde el *mesosistema* se deberían establecer pautas orientadas a restringir la disponibilidad de las sustancias para reducir el daño. El autor pone como ejemplos el establecimiento de políticas municipales para reducir las molestias públicas, políticas escolares sobre el uso de drogas, vigilancia policial selectiva, uso de licencias selectivas para eventos y multas al incumplimiento de las normas establecidas entre otras medidas a tomar. Por su parte, el *microsistema* centraría sus esfuerzos en los entornos familiares a través de normas familiares y estilos educativos centrados en la promoción de hábitos de vida saludables. En definitiva, la propuesta de este modelo gira en torno a la necesidad de producir cambios en el entorno social, económico y físico de las personas para reducir el consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo que suelen ocurrir en estos espacios y que interfieren con la convivencia responsable en las comunidades (Burkhardt, 2011; Miller et al., 2009).

Prácticamente en la misma época, también comienza a explorarse con más detalle el rol de algunas variables que hasta entonces habían sido poco consideradas en la literatura de las drogas. Así, en un planteamiento mucho más actual Varela et al. (2013) proponen un modelo teórico ecléctico, práctico y parsimonioso que describe cómo influyen las actitudes hacia las drogas, la orientación comportamental hacia la salud y el dinero



disponible en las prácticas de consumo de lo que los autores llaman drogas blandas que englobaría el consumo de alcohol, el tabaco y la marihuana. Su modelo se apoya en la evidencia empírica que muestra que las personas con actitudes más favorables, menor orientación comportamental hacia la salud y mayor cantidad de dinero disponible son el perfil de adolescentes que tenderá a consumir más alcohol, tabaco y marihuana.

A modo de resumen, cabe decir que, aunque a lo largo de este capítulo se han presentado una importante cantidad de modelos y teorías, algunos de los cuales integran y combinan una amplia gama de variables, aún hoy no se dispone de un modelo de consenso internacional de profesionales e investigadores que pueda explicar y predecir el fenómeno del uso de drogas (Varela et al., 2013). Parece necesario seguir explorando los elementos que ya se conocen, así como profundizar en la búsqueda de otros nuevos que puedan ayudar a comprender mejor y sobre todo a prevenir tanto el uso nocivo de las drogas como sus consecuencias indeseables para los individuos y para las sociedades.





## PARTE EMPÍRICA





## 4. JUSTIFICACIÓN





En Galicia, en España y en Europa, al igual que en el resto del mundo, existe contrastada evidencia del problema que supone a diferentes niveles el consumo de alcohol entre los adolescentes. Se trata de un problema tan serio que compromete no sólo la salud física, sino también mental y emocional tanto de los propios jóvenes, como de las personas que los rodean. Es bien sabido que el consumo alcohol y otras sustancias perjudica gravemente la salud en cualquier franja de edad, siendo causa de infinidad de enfermedades agudas y crónicas y empeorando el pronóstico de otras muchas. Desde la salud mental, una de las consecuencias más graves es que altera el desarrollo madurativo del cerebro, por lo que los procesos cognitivos y conductuales pueden verse seriamente afectados. A su vez, estos problemas de conducta dificultan la correcta adaptación de los individuos a su medio, acompañándose habitualmente de conflictos intra e interpersonales que se ven reflejados en los centros educativos, en los hogares y en la sociedad en general. Patrones desadaptativos de consumo de sustancias hacen aumentar el riesgo de marginación social, delincuencia, violencia y enfermedad, limitando el desarrollo no sólo de los individuos que consumen sino de las sociedades a las que pertenecen.

A pesar de que este fenómeno ha sido ampliamente documentado en todo del mundo, en la República Dominicana desgraciadamente existe poca evidencia científica al respecto. Sin embargo, cuando nos encontramos ante una situación que afecta a todas las sociedades tanto de oriente como de occidente, es lógico pensar que la falta de evidencia no puede ser sinónimo de ausencia del problema. En la República Dominicana se puede observar a simple vista que el consumo de alcohol es un fenómeno social que afecta a diferentes generaciones, lo cual contrasta con la falta de información periódica y actualizada que permitan conocer oportunamente la situación, analice el papel de posibles variables relacionadas y mida el impacto de sus consecuencias. Todo ello en el contexto de una sociedad que cuenta apenas con media docena de dispositivos de atención y tratamiento integral de pacientes con adicción, de los cuales la mayoría son de gestión privada y de alto coste económico; donde además no existe tradición en el uso de instrumentos de cribado y detección precoz, que puedan ser utilizadas como herramientas de evaluación de las políticas de salud pública, que menudo brillan también por su

ausencia. Es de este contexto del que se deriva la necesidad de este estudio; un trabajo científico que ayude a conocer mejor el problema, a entenderlo y a prevenirlo. Este trabajo supone una oportunidad, a la par que un reto, no sólo desde un punto de vista científico, sino también desde un punto de vista social y comunitario. La ejecución de este proyecto se lleva a cabo en el marco de una sociedad con altos índices de delincuencia y criminalidad lo que, durante algunas fases del proceso, como la recogida de datos, en ocasiones compromete la integridad física del investigador impidiendo o dificultando acceder a la población diana. Por esta razón algunos apartados de este trabajo deben ser considerados desde un alcance exploratorio y, por tanto, sus resultados deben interpretarse con cautela.





## 5. OBJETIVOS





El **objetivo general** de este trabajo no es otro que intentar aportar nueva evidencia empírica que permita tener un mejor conocimiento del problema que supone el consumo de alcohol entre los adolescentes dominicanos. Dichas evidencias están relacionadas tanto con las consecuencias e implicaciones del consumo, como con posibles factores explicativos y/o moduladores, de interés para el trabajo a realizar a nivel de prevención. Se espera, con todo ello, contribuir no solo a describir y comprender mejor el problema, poniéndole cifras a sus diferentes vertientes y particularidades, sino también a fomentar una mayor sensibilidad social, a nivel familiar e institucional y, particularmente, entre los responsables de la Administración Pública.

Dicho objetivo general se concreta en tres **objetivos específicos**:

1. Estimar las tasas de consumo de alcohol y de otras sustancias, entre la población adolescente dominicana, así como del posible consumo de riesgo y el consumo intensivo (CIA) o *Binge Drinking*.
2. Obtener nuevas evidencias acerca de las consecuencias asociadas al consumo de alcohol en dicha población.
3. Analizar el papel de posibles variables moduladoras, que sirvan para orientar de manera oportuna la labor de prevención.



## 6. MÉTODO





## 6.1. PARTICIPANTES

Para dar cuenta de los objetivos planteados se ha recurrido a una metodología selectiva o correlacional, materializada en la realización de una encuesta entre los estudiantes del último curso de Primaria (8º curso) y los cuatro cursos de Secundaria (Bachillerato) de Santo Domingo y el Distrito Nacional (República Dominicana), lo que supone una población estimada o universo de referencia de aproximadamente 947.000 individuos). Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico en dos etapas: por conglomerados para la selección de las unidades de primero nivel (centros educativos) y por Cuotas (según Sexo y Edad), para la selección de las unidades de segundo nivel (individuos). Participaron en el estudio 10 centros educativos de titularidad privada, ubicados en los cuatro principales distritos que conforman la capital dominicana: Distrito Nacional, Santo Domingo Norte, Santo Domingo Este y Santo Domingo Oeste.

La muestra estuvo compuesta por un total de 2.011 adolescentes residentes en Santo Domingo y el Distrito Nacional (39% hombres y 61% mujeres), de edades comprendidas entre los 13 y los 17 años (Media= 15,15 y Desviación Típica= 1,27). El 12,3% estaba cursando 8º curso de Primaria, el 19,5% 1º de Secundaria, el 27,2% 2º, el 23,5% 3º y el 17,6% restante 4º curso de Secundaria. Además, el 93,3% de los participantes había nacido en la República Dominicana (y contaba con nacionalidad dominicana) y el 6,7% eran de otras nacionalidades (fundamentalmente franceses, estadounidense y españoles). El 5,9% había repetido curso en alguna ocasión, siendo la calificación media en el curso anterior de un 84,14 (Desv. Típica= 8,49). El 5,3% formaba parte de una familia monoparental, el 43,1% de una familia de 3-4 miembros, el 45,4% de 5-6 miembros y el 6,2% restante de 7 o más. El 25,2% de los participantes residía en el Distrito Nacional, el 34,5% en Santo Domingo Norte, el 34% en Santo Domingo Este y el 6,3% restante en Santo Domingo Oeste.

## 6.2. INSTRUMENTOS

Para la recogida de datos se elaboró un cuestionario *ad hoc* en el que se incluían preguntas extraídas de la *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES) y del *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), junto a ítems extraídos de la *Adolescent Diagnostic Interview* (ADI; Winters y Henly, 1993), además de preguntas utilizadas en trabajos previos realizados por nuestro grupo de investigación en la comunidad gallega. Se incluyeron también dos instrumentos de screening para el consumo de riesgo del alcohol entre adolescentes: el *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) y una adaptación del *Substance Abuse Screening Test* (CRAFT). Un ejemplar del cuestionario utilizado puede consultarse en el Anexo.

El **CRAFT** Substance Abuse Screening Test (Knight et al., 1999) es una de las herramientas más utilizadas para el screening del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas en adolescentes (Mitchell et al., 2014). Tanto es así que su uso es recomendado por la guía “Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: Practitioner’s Guide” (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2011) y por la American Academy of Pediatrics en su Policy Statement: “Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians” (Committee on Substance Abuse, 2011). Se trata de un instrumento de rápida y sencilla aplicación que fue desarrollado en Boston, por el *Center for Adolescent Substance Abuse Research* (CeASAR) (Knight et al., 1999), con el objetivo de identificar de manera temprana a niños y jóvenes con un alto riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol u otras drogas. Está constituido por 6 ítems de respuesta dicotómica (sí/no), precedidos de 3 ítems adicionales que actúan de filtro, que son puntuados con un 1 o un 0 en función de si el adolescente responde afirmativamente o no. La puntuación teórica de la escala oscila entre 0 y 12, siendo “2” el punto de corte establecido por sus autores originales (Knight, et al., 1999) para hablar de un consumo de riesgo.



El CRAFFT cuenta con algunas “bondades” que la convierten en una herramienta especialmente útil en este contexto. En primer lugar, se trata de un instrumento muy fácil de aplicar habida cuenta el reducido número de ítems que lo componen. En segundo lugar, cuenta con un alto grado de implantación a nivel internacional y una amplia tradición de estudios de validación en diferentes países, contextos y poblaciones. Es además un instrumento que tiene una vinculación directa con los planes y estrategias existentes a nivel de prevención, en la medida en que ha sido implantado en programas de detección precoz e intervención breve (SBIRT, Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) (Committee on Substance Abuse, 2011; Harris et al., 2014; Pilowsky y Wu, 2013).

Desde su publicación, ha sido objeto de muchas traducciones y validaciones en diferentes países, poblaciones y contextos. A nivel de consistencia interna, la revisión de numerosos trabajos revela unos valores más bien discretos con índices  $\alpha$  de Cronbach que en algunos casos no llegan al 0.70 (Bertini et al., 2015; Knight et al., 2002; Skogen et al., 2013; Wartberg et al., 2016). En cuanto a su capacidad de cribado, es posible señalar que el CRAFFT posee unas propiedades psicométricas adecuadas (Dhalla et al., 2011) con unos índices de sensibilidad y especificidad, por lo general, elevados (Gryczynski et al., 2015; Kandemir et al., 2015; Knight et al., 2003; Perreira et al., 2016). En cuanto a las versiones existentes de la escala en español, se pueden encontrar hasta tres versiones diferentes cuyos ítems están redactados en español de Latinoamérica. En una versión más reciente elaborada por investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela, en colaboración con los autores originales (Rial et al., 2019), el CRAFFT fue validado en España, dando muestras de su buen comportamiento psicométrico, con un  $\alpha$  de Cronbach satisfactorio (0,74) y una sensibilidad y especificidad del 74,4% y el 86,4% respectivamente y un área bajo la curva COR de 0,96.

Para el presente trabajo, en un intento por seguir conociendo la versatilidad de este instrumento, se tomó como referencia la validación de Rial et al. (2019) y se llevó a cabo una adaptación en la redacción de los ítems para emplearlo específicamente para el cribado del consumo de alcohol y no de consumo de drogas en general. Los resultados muestran que la consistencia interna mostrada por la escala en el presente estudio ha sido más baja de lo deseado (0,59).

Por su parte, el **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*; Babor et al., 1993) es posiblemente la herramienta de cribado de consumo de riesgo de alcohol más utilizada a nivel internacional por clínicos e investigadores (Gundersen et al., 2013; Pradhan et al., 2012). Este instrumento, de rápida y sencilla aplicación, está basado en los criterios diagnósticos para el síndrome de dependencia del alcohol de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992) y fue elaborado por la OMS a finales de los 80 como parte de un estudio multicéntrico internacional.

El AUDIT consta de 10 ítems que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo (ítems 1-3), los posibles síntomas de dependencia (ítems 4-6) y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (ítems 7-10). La puntuación final permite identificar, en función del punto de corte establecido, la existencia de un posible consumo de riesgo. En su formulación original (Saunders et al., 1993), una puntuación entre 8 y 15 indicaría un consumo de riesgo, entre 16 y 19 un consumo perjudicial y, finalmente, puntuaciones iguales o superiores a 20 revelarían una posible dependencia del alcohol. No obstante, existen trabajos que señalan la conveniencia de rebajar el punto de corte a 4 (Chung, et al., 2000), a 3 (Santis et al., 2009) e, incluso a 2 (Knight et al., 2003) para hablar de consumo de riesgo cuando se utiliza con adolescentes, sin que exista un acuerdo unánime respecto a esta cuestión en las publicaciones previas. Cuenta además con numerosos estudios de validación en diferentes países, poblaciones y contextos (Cremonte et al., 2010; Li et al., 2011), entre ellas Galicia (Varela et al., 2006), aunque la mayor parte de estos trabajos han sido realizados con población adulta. El comportamiento psicométrico del AUDIT ha sido, por lo general, muy satisfactorio tanto en términos de consistencia interna, como de sensibilidad y especificidad.

En España, al igual que en otros países, los diferentes estudios de validación del AUDIT se han centrado por lo general en el contexto de los servicios de Atención Primaria (Martínez, 1996; Pérula et al., 2005; Rubio et al., 1998), aunque recientemente se ha desarrollado alguno con población universitaria (García et al., 2016) y en la comunidad gallega en población general. Hasta hace muy poco tiempo no existían estudios de validación realizados con adolescentes que hubieran informado de las propiedades psicométricas de la escala y avalasen los posibles puntos de corte a adoptar. Es en el trabajo desarrollado por Rial et al. (2017) donde se prueba el buen comportamiento psicométrico del AUDIT cuando se aplica a adolescentes, tanto en términos de

consistencia interna ( $\alpha = 0,82$ ), como de sensibilidad (86,4%) y especificidad (89,8%), confirmando diferentes puntos de corte, en función del sexo y la edad. En el presente estudio la consistencia interna mostrada por la escala ha sido muy similar a la obtenida en los trabajos originales ( $\alpha=0,79$ ). El punto de corte utilizado, siguiendo la recomendación de Rial et al. (2017), ha sido “4”.

Por último, se ha utilizado también una variante del AUDIT para su uso específico con adolescentes. Siguiendo la recomendación de Donovan (2009), se ha utilizado como indicador de consumo intensivo (ítem 3) la *ingesta de 3 o más bebidas alcohólicas en un solo día*, en lugar de 6 o más. En el presente trabajo dicha versión (que denominamos AUDIT-ad) presentó un  $\alpha$  de 0,80.

### 6.3. PROCEDIMIENTO

Los datos se recogieron en su totalidad por la doctoranda en las propias aulas de los centros colaboradores, en grupos de entre 15 y 20 estudiantes. A cada estudiante se le entregó un cuestionario que debía cumplimentar de manera individual. En la primera página se recogía la información sobre la finalidad del estudio, se informaba sobre la confidencialidad y anonimato de las respuestas y se solicitaba la participación voluntaria. Para ello, una vez entregados los cuestionarios, la entrevistadora leía en voz alta la primera página y ofrecía la posibilidad de abandonar el aula a quienes no estuvieran interesados en participar. El tiempo de cumplimentación del cuestionario fue de aproximadamente 40 minutos. En todo momento, la entrevistadora estaba presente en el aula para responder las posibles dudas. Antes de la realización del trabajo de campo de forma extensiva, se llevó a cabo un pilotaje del cuestionario con una muestra de 20 sujetos de uno de los centros seleccionados, lo que permitió garantizar la correcta comprensión del mismo.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre septiembre y noviembre de 2017, contando siempre con la colaboración de los equipos directivos de cada centro, que se hicieron responsables de hacer extensiva la solicitud de colaboración a los padres de los estudiantes.

## 6.4. ANÁLISIS DE DATOS

A pesar de que inicialmente se recogieron un total de 2.106 cuestionarios, fueron eliminados 95 tras la depuración de la base de datos, bien por presentar un volumen excesivo de valores ausentes, un patrón incoherente de respuesta o por encontrarse fuera del rango de edad objeto de estudio (13-17 años).

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado, completado con una tabulación bivariada, con la aplicación de los contrastes estadísticos oportunos en función de la naturaleza de las variables: pruebas *t de Student* y Análisis de Varianza de una Vía para la comparación de medias en variables cuantitativas, así como contrastes Chi-cuadrado para la comparación de porcentajes en el caso de variables cualitativas. Los análisis fueron realizados con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 22.

## 7. RESULTADOS





## 7.1. TASAS Y HÁBITOS DE CONSUMO

Con el objetivo de realizar un análisis lo más detallado posible del consumo de alcohol y otras sustancias entre los adolescentes se muestran, en primer lugar, los datos referidos a las tasas y hábitos de consumo, tanto a nivel general como por segmentos sociodemográficos. En la tabla 3 se detallan los porcentajes de consumo autoinformado realizado *Alguna vez en la Vida*, en el *Último Año* y en el *Último Mes*.

**Tabla 3**

*Tasas de consumo de las diferentes sustancias*

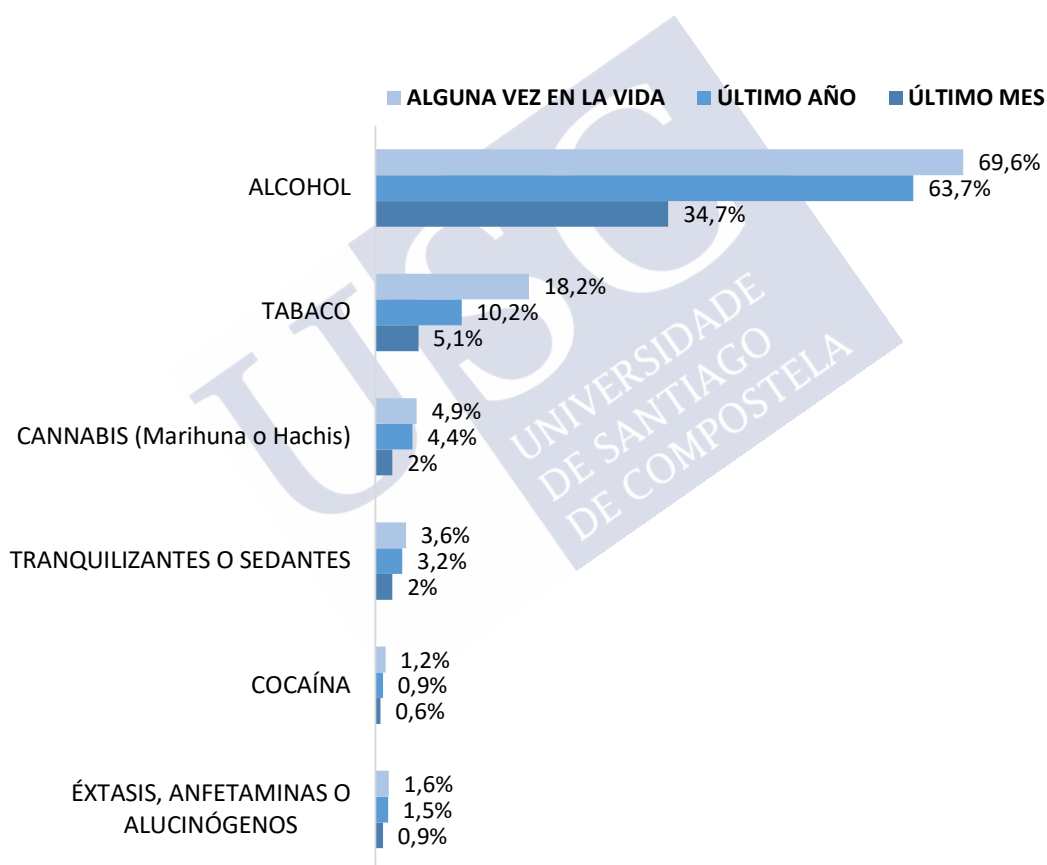
	Alguna vez en la vida (%)	Último año (%)	Último mes (%)
¿Has bebido <b>alcohol</b> ?	69,6	63,7	34,7
¿Consumiste <b>tabaco</b> ?	18,2	10,2	5,1
¿Consumiste <b>cannabis</b> (Marihuana o Hachís)?	4,9	4,4	2
¿Consumiste <b>tranquilizantes o sedantes</b> sin receta?	3,6	3,2	2
¿Consumiste <b>cocaína</b> ?	1,2	0,9	0,6
¿Consumiste <b>éxtasis, anfetaminas o alucinógenos</b> ?	1,6	1,5	0,9

Tal y como se deriva de la tabla anterior, los adolescentes dominicanos no son ajenos al consumo de alcohol, siendo la sustancia psicoactiva claramente más consumida. Un 69,6% manifestaron haber consumido alcohol *alguna vez en la vida*, un 63,7% en el transcurso del *último año* y un 34,7% en el *último mes*. La segunda sustancia más consumida es, ya a mucha distancia, el tabaco. Casi 1 de cada 5 adolescentes (18,2%) informan haber fumado tabaco alguna vez en su vida, un 10,2% lo consumieron en el último año y un 5,1% en el último mes. El consumo del resto de sustancias (marihuana, tranquilizantes y/o sedantes, cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos) es sensiblemente inferior, con tasas inferiores al 5%.

En la Figura 11 podemos ver esta misma información de manera gráfica. Por un lado, se puede observar que la sustancia más consumida entre los adolescentes dominicanos es, sin lugar a duda, el alcohol. El tabaco, por su parte, aun siendo la segunda sustancia más consumida, presenta una tasa de consumo 6-7 veces menor que el alcohol (tanto en el último año, como en el último mes). El consumo del resto de sustancias es claramente minoritario.

**Figura 11**

*Tasas de consumo de las diferentes sustancias*



Al realizar un análisis diferencial por *Sexo*, se obtienen por lo general tasas de consumo mayores entre los hombres, aunque las diferencias son sólo significativas en el caso del tabaco. La única sustancia en la que los porcentajes de consumo son claramente mayores entre las chicas son las referidas al consumo de tranquilizantes o sedantes sin receta, duplicando al encontrado entre los chicos (4,1% vs. 1,8%).



**Tabla 4***Tasas de consumo según el Sexo (último año)*

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Has bebido <b>alcohol</b> ?	64,1	63,5	0,04	0,842
¿Consumiste <b>tabaco</b> ?	12,5	8,7	7,02	<b>0,008</b>
¿Consumiste <b>cannabis</b> (Marihuana o Hachís)?	5,4	3,8	2,54	0,111
¿Consumiste <b>tranquilizantes o sedantes</b> sin receta?	1,8	4,1	7,44	<b>0,006</b>
¿Consumiste <b>cocaína</b> ?	0,8	1	0,06	0,798
¿Consumiste <b>éxtasis, anfetaminas o alucinógenos</b> ?	1,7	1,4	0,09	0,769

**Tabla 5***Tasas de consumo según el Sexo (último mes)*

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Has bebido <b>alcohol</b> ?	34,1	35,2	,22	0,637
¿Consumiste <b>tabaco</b> ?	5,9	4,7	1,20	0,274
¿Consumiste <b>cannabis</b> (Marihuana o Hachís)?	2,4	1,8	0,65	0,421
¿Consumiste <b>tranquilizantes o sedantes</b> sin receta?	1,3	2,4	2,81	0,094
¿Consumiste <b>cocaína</b> ?	0,6	0,7	0,01	1
¿Consumiste <b>éxtasis, anfetaminas o alucinógenos</b> ?	1,1	0,7	0,51	0,474

Cuando se analizan las tasas de consumo por *Edad*, tanto en el *Último Año* como en el *Último Mes*, se aprecian también diferencias significativas, evidenciándose el aumento de los porcentajes a medida que aumenta la edad. Cabe apreciar también las tasas de consumo preocupantes, como sucede en el caso del alcohol, a edades muy tempranas. Así, por ejemplo, 1 de cada 3 de los adolescentes con 13 años (32,3%) reconocen haber consumido alcohol en el último año; tasa que supera el 50% a los 14 años (53,9%). Llama la atención también que para casi todas las sustancias y/o conductas analizadas los porcentajes se multiplican por 2 o por 3 entre 13 y los 15 años y en el caso del cannabis por 8.

Tabla 6

Tasas de consumo según la Edad (último año)

	EDAD (%)					$\chi^2$	p
	13	14	15	16	17		
¿Has bebido <b>alcohol</b> ?	32,3	53,9	67,3	73	78,9	181,10	<0,001
¿Consumiste <b>tabaco</b> ?	4,3	6,5	9,1	12,7	16,6	35,44	<0,001
¿Consumiste <b>cannabis</b> (Marihuana o Hachís)?	0,4	1,8	3,4	6,4	8,7	37,53	<0,001
¿Consumiste <b>tranquilizantes</b> o <b>sedantes</b> sin receta?	2	2,6	3,6	3,5	3,7	2,35	0,671
¿Consumiste <b>cocaína</b> ?	0,4	0,5	0,9	1,6	0,6	4,86	0,302
¿Consumiste <b>éxtasis</b> , <b>anfetaminas</b> o <b>alucinógenos</b> ?	0,4	1,3	1,3	2,3	1,7	4,34	0,361

Tabla 7

Tasas de consumo según la Edad (último mes)

	EDAD (%)					$\chi^2$	p
	13	14	15	16	17		
¿Has bebido <b>alcohol</b> ?	14,6	24,2	35,8	40,2	51,5	115,63	<0,001
¿Consumiste <b>tabaco</b> ?	2	3,6	4,3	5,3	9,9	24,20	<0,001
¿Consumiste <b>cannabis</b> (Marihuana o Hachís)?	0,4	0,5	2,3	3,1	3,1	12,66	0,013
¿Consumiste <b>tranquilizantes</b> o <b>sedantes</b> sin receta?	1,2	1,3	2,3	2,7	2	3,18	0,529
¿Consumiste <b>cocaína</b> ?	0,4	0,3	0,6	1,4	0,3	6,68	0,154
¿Consumiste <b>éxtasis</b> , <b>anfetaminas</b> o <b>alucinógenos</b> ?	0,4	0,3	0,6	1,8	1,1	8,32	0,080

Si el análisis se realiza por áreas geográficas o Distritos, es posible apreciar también diferencias significativas, en este caso aún más notorias. En general los datos recogidos muestran mayores tasas de consumo de alcohol, tanto en el *Último Año* como en el *Último Mes*, en Santo Domingo Oeste y en el Distrito Nacional, sobre todo si se comparan con Santo Domingo Este. En el resto de las sustancias, el mayor volumen de consumidores se encuentra en el Distrito Nacional, constatando diferencias significativas respecto a los

demás distritos en el consumo de tabaco y cannabis, tanto para para el *Último Año*, como para el *Último Mes*. Por último, el éxtasis, las anfetaminas o alucinógenos también presentaron diferencias significativas, pero solo en lo referido al consumo en el *Último Año*.

**Tabla 8**

Tasas de consumo según el Distrito (último año)

	Distrito nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Has bebido <b>alcohol</b> ?	67,6	70	52,8	73,2	55,64	<0,001
¿Consumiste <b>tabaco</b> ?	22,4	6,1	6,1	6,3	109,20	<0,001
¿Consumiste <b>cannabis</b> (Marihuana o Hachís)?	12,3	2,2	1,2	2,4	101,12	<0,001
¿Consumiste <b>tranquilizantes o sedantes</b> sin receta?	3,8	3,5	2,6	2,4	1,65	0,647
¿Consumiste <b>cocaína</b> ?	1,6	1	0,3	0,8	5,60	0,133
¿Consumiste <b>éxtasis, anfetaminas o alucinógenos</b> ?	3	1,2	0,7	1,6	10,73	0,013

**Tabla 9**

Tasas de consumo según el Distrito (último mes)

	Distrito nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Has bebido <b>alcohol</b> ?	46,4	34	25,3	43,3	61,79	<0,001
¿Consumiste <b>tabaco</b> ?	13,2	2,5	2,2	3,1	91,85	<0,001
¿Consumiste <b>cannabis</b> (Marihuana o Hachís)?	4,9	1,3	0,6	2,4	30,53	<0,001
¿Consumiste <b>tranquilizantes o sedantes</b> sin receta?	2,2	2,2	1,8	1,6	0,50	0,918
¿Consumiste <b>cocaína</b> ?	1,2	0,7	0,1	0,8	5,05	0,168
¿Consumiste <b>éxtasis, anfetaminas o alucinógenos</b> ?	1,8	0,9	0,3	0,8	7,28	0,064

Más allá de conocer las tasas de consumo de alcohol y otras sustancias este trabajo constituía una oportunidad para profundizar en los hábitos de consumo de los adolescentes dominicanos. Tal y como se recoge en la figura 12, 1 de cada 4 adolescentes (24,7%) reconoce haber consumido alcohol en alguna ocasión a pesar de que había pensado no hacerlo, dejando entrever el peso que factores grupales y/o contextuales pueden tener a la hora de *activar* la conducta de consumo. Cabe destacar además que un 7,2% reconoce haber consumido alcohol en el colegio o en el trabajo, e incluso un 4,5% revela haber ido a clase o a trabajar bajo los efectos del alcohol. Otro dato de interés es que un 6,3% de los adolescentes encuestados reconoce haber intentado sin éxito reducir o incluso dejar de consumir alcohol.

**Figura 12**

*Hábitos de consumo de alcohol*



Al realizar un análisis diferencial por Sexo no se han encontrado grandes diferencias.

**Tabla 10**

*Hábitos de consumo de alcohol según el Sexo*

<b>ALGUNA VEZ...</b>	<b>Chicos (%)</b>	<b>Chicas (%)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
...has bebido alcohol a pesar de que habías pensado no hacerlo?	24,5	24,9	0,025	0,873
...has consumido alcohol en el colegio o en el trabajo?	6,5	7,6	0,698	0,404
...has intentado reducir tu consumo o dejar de consumir alcohol, pero sin éxito?	6,2	6,3	0,001	1
...has ido al colegio o trabajo bajo los efectos del alcohol?	4,1	4,8	0,442	0,506
...has experimentado confusión o desconcierto grave al dejar de beber o reducir tu consumo de alcohol?	3,4	4,5	1,086	0,297
...has bebido alcohol para aliviar o reducir la sensación de resaca o los síntomas de abstinencia?	3,2	3,2	0,001	1
...has intentado reducir o controlar tu consumo de alcohol reemplazándolo por otra droga?	1,9	1,6	0,086	0,770
... has prescindido de cosas importantes que querías o necesitabas para conseguir o comprar alcohol?	1,9	1,2	1,106	0,293
...algún médico te ha dicho que tu consumo de alcohol te ha causado una discapacidad física o un problema de salud?	1,7	0,7	2,956	0,086

Sin embargo, por Edad sí se han encontrado importantes diferencias. Por un lado, el 10,4% de los adolescentes de 17 años (y un alarmante 6,2% de 14 años) reconoce haber consumido alcohol en el colegio o en el trabajo y el 8,7% reconoce haber ido bajo los efectos del alcohol.

Tabla 11

*Hábitos de consumo de alcohol según la Edad*

<b>ALGUNA VEZ...</b>	<b>13 (%)</b>	<b>14 (%)</b>	<b>15 (%)</b>	<b>16 (%)</b>	<b>17 (%)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
...has bebido alcohol a pesar de que habías pensado no hacerlo?	10,6	17,4	25,3	30,2	34,4	64,024	0,000
...has consumido alcohol en el colegio o en el trabajo?	1,2	6,2	7,9	7,8	10,4	20,644	0,000
...has intentado reducir tu consumo o dejar de consumir alcohol, pero sin éxito?	3,1	4,9	6,4	8,8	6,2	10,863	0,028
...has ido al colegio o trabajo bajo los efectos del alcohol?	0,8	3,1	3,8	5,3	8,7	25,975	0,000
...has experimentado confusión o desconcierto grave al dejar de beber o reducir tu consumo de alcohol?	2,4	1	4,2	4,7	7,6	22,864	0,000
...has bebido alcohol para aliviar o reducir la sensación de resaca o los síntomas de abstinencia?	2	1	2,5	4,5	5,6	17,628	0,001
...has intentado reducir o controlar tu consumo de alcohol reemplazándolo por otra droga?	0,8	1	1,7	2,7	2	5,042	0,283
... has prescindido de cosas importantes que querías o necesitabas para conseguir o comprar alcohol?	0,4	1	1,9	2,1	1,4	4,263	0,372
...algún médico te ha dicho que tu consumo de alcohol te ha causado una discapacidad física o un problema de salud?	1,2	1	0,9	1,2	1,1	0,227	0,994

Finalmente, por Distrito vuelven a constatarse interesantes diferencias, encontrándose por lo general los porcentajes más elevados en Santo Domingo Oeste y los más bajos en Santo Domingo Este.

Tabla 12

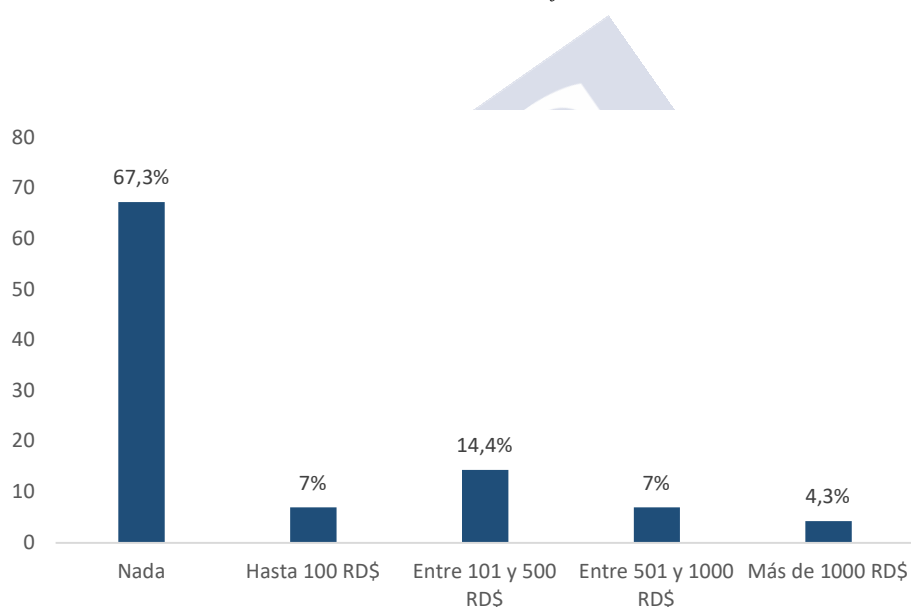
Hábitos de consumo de alcohol según el Distrito

ALGUNA VEZ...	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
...has bebido alcohol a pesar de que habías pensado no hacerlo?	33,6	21,3	21,1	27,6	31,221	0,000
...has consumido alcohol en el colegio o en el trabajo?	6,1	8,4	5,8	11,8	8,213	0,042
...has intentado reducir tu consumo o dejar de consumir alcohol, pero sin éxito?	6,3	6,6	4,4	14,2	17,795	0,000
...has ido al colegio o trabajo bajo los efectos del alcohol?	4,9	5,6	2,6	7,1	9,732	0,021
...has experimentado confusión o desconcierto grave al dejar de beber o reducir tu consumo de alcohol?	8,1	1,6	2,6	9,4	45,008	0,000
...has bebido alcohol para aliviar o reducir la sensación de resaca o los síntomas de abstinencia?	4	4,3	1,3	3,9	11,873	0,008
...has intentado reducir o controlar tu consumo de alcohol reemplazándolo por otra droga?	2,8	2	0,6	2,4	9,057	0,029
... has prescindido de cosas importantes que querías o necesitabas para conseguir o comprar alcohol?	2,2	1,2	0,9	3,9	9,070	0,028
...algún médico te ha dicho que tu consumo de alcohol te ha causado una discapacidad física o un problema de salud?	1	1,2	0,7	3,1	5,867	0,118

Para terminar este primer apartado de carácter descriptivo, referido a los hábitos de consumo, se ha analizado el gasto que los/as adolescentes dominicanos suelen hacer en bebidas alcohólicas cuando salen de fiesta con sus amigos/as. Como se puede comprobar en la figura 13 aproximadamente 2 de cada 3 (67,3%) no gasta nada en alcohol y el 7% gasta menos de 100 RD\$. El 14,4% gastan entre 101 y 500 RD\$ y hay un 4,3% que suele invertir en alcohol más de 1.000 RD\$.

**Figura 13**

*Dinero invertido habitualmente en alcohol cuando se sale de fiesta*



Si llevamos a cabo una comparación por Sexo (tabla 13) se puede comprobar que los chicos invierten significativamente una mayor cantidad de dinero en alcohol cuando salen. Tal y como cabía esperar, la inversión en alcohol aumenta también de manera significativa con la edad, hasta tal punto que el 12% de los/as adolescentes de 16 años y casi uno de cada cuatro de los de 17 años (23.3%) cuando salen gastan en alcohol más de 500 RD\$. Por último, se observa que en Santo Domingo Oeste y en el Distrito Nacional dicho gasto es significativamente mayor.



Tabla 13

Dinero invertido en alcohol cuando se sale de fiesta según el Sexo

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Nada	61,5	71		
Hasta 100 RD\$	6,8	7,1		
Entre 101 y 500 RD\$	17,7	7,2	25,022	<0,001
Entre 501 y 1000 RD\$	9,1	5,7		
Más de 1000 RD\$	5	3,9		

Tabla 14

Dinero invertido en alcohol cuando se sale de fiesta según la Edad

	13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	17 (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Nada	88,5	78,9	68,4	59,6	48,5		
Hasta 100 RD\$	3,2	7	6,5	9,5	7		
Entre 101 y 500 RD\$	5,6	7,8	14,6	19	21,1	173,231	<0,001
Entre 501 y 1000 RD\$	1,6	3,9	7	6,8	14,6		
Más de 1000 RD\$	1,2	2,3	3,4	5,2	8,7		

Tabla 15

Dinero invertido en alcohol cuando se sale de fiesta según el Distrito

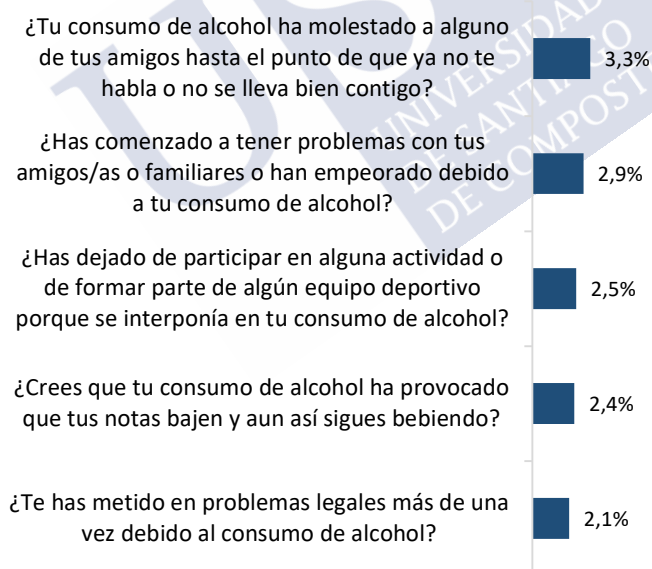
	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Nada	59,2	67,3	75,4	55,1		
Hasta 100 RD\$	5	9,6	5,4	9,4		
Entre 101 y 500 RD\$	19,8	12,4	11,5	18,9	69,708	<0,001
Entre 501 y 1000 RD\$	10,3	5,8	5,3	10,2		
Más de 1000 RD\$	5,7	4,8	2,3	6,3		

## 7.2. CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO

En la siguiente Figura se puede advertir que, por lo general, la percepción que los adolescentes tienen del impacto del consumo de alcohol a diferentes niveles es muy realmente baja. Apenas el 3,3% reconoce que el consumo de alcohol les ha supuesto una importante interferencia a nivel social o familiar y sólo el 2,4% reconoce que haya podido afectar a su rendimiento académico.

**Figura 14**

*Impacto percibido del consumo de alcohol a nivel académico, social y familiar*



No obstante, cuando se pregunta directamente por consecuencias concretas asociadas *al consumo de alcohol* (“¿con qué frecuencia te has visto en alguna de estas situaciones como consecuencia de beber alcohol?”), los resultados son diferentes. Lo más destacable son las conductas asociadas a la seguridad vial. Casi la mitad de la muestra reconoce haber subido, al menos una vez en el transcurso del último año, a un vehículo conducido

por alguien bajo los efectos del alcohol (47,9%) y un 6,2% dicen haber conducido ellos mismos bajo los efectos del alcohol. Por otra parte, un 7,5% afirma haber tenido problemas serios con sus padres, un 5,6% haberse visto involucrados en peleas y un 4,4% haber sufrido accidentes o lesiones. Además, un 3,9% admite haber tenido relaciones sexuales sin protección y un 2,8% relaciones sexuales de las que luego se arrepintieron.

**Figura 15**

*Prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol*



En definitiva, no parece haber una percepción clara por parte de los adolescentes del impacto que el consumo de alcohol puede tener en su día a día, a pesar de que a nivel conductual pudiera pensarse lo contrario.

Cuando se comparan las respuestas de chicos y chicas, se puede comprobar que más del doble de chicos informan haber dejado de participar en alguna actividad deportiva o de formar parte de algún equipo deportivo (3,8% vs 1,5%). Asimismo, se encontrado una tasa hasta 4 veces mayor de chicos (3,6% vs 0,9%) que se han metido en problemas

legales por haber consumido alcohol y casi el doble de chicos que reconocen haber conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol (8,3% vs. 4,9%). Por otra parte, los chicos muestran también una mayor tendencia a presentar más prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol que las chicas, siendo estadísticamente significativas en tres casos: rendimiento en el colegio o en el trabajo, relaciones sexuales sin protección y relaciones sexuales de las que luego se arrepintieron.

**Tabla 16**

*Impacto percibido a nivel académico, social y familiar según el Sexo*

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Tu consumo de alcohol ha molestado a alguno de tus amigos hasta el punto de que ya no te habla o no se lleva bien contigo?	3,4	3,3	0,001	1
¿Has comenzado a tener problemas con tus amigos/as o familiares o han empeorado debido a tu consumo de alcohol?	3,8	2,3	1,677	0,195
¿Has dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en tu consumo de alcohol?	3,8	1,5	4,9420	0,016
¿Crees que tu consumo de alcohol ha provocado que tus notas bajen y aun así sigues bebiendo?	3,2	1,9	1,503	0,220
¿Te has metido en problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol?	3,6	0,9	8,459	0,004

Tabla 17

Prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol según el Sexo

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Has ido en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol?	47,4	48,1	0,061	0,805
¿Has tenido problemas serios con tus padres?	7,5	7,5	0,000	1
¿Has conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol?	8,3	4,9	8,761	0,003
¿Te has visto involucrado en peleas?	6,8	4,8	3,063	0,080
¿Has sufrido accidentes o lesiones?	4,6	4,2	0,066	0,797
¿Has tenido relaciones sexuales sin protección?	6,2	2,4	18,265	0,000
¿Has tenido relaciones sexuales de las que luego te arrepentiste?	3,9	2	5,762	0,016
¿Has experimentado un peor rendimiento en el colegio o en el trabajo?	3,6	1,8	5,491	0,019
¿Has sido víctima de atracos o robos?	2,7	2,1	0,425	0,515
¿Has tenido que acudir a urgencias o ser hospitalizado?	2,2	1,9	0,084	0,772
¿Has tenido problemas con la policía?	2	1,3	1,208	0,272

La Edad no parece ser, en este caso, una variable excesivamente relevante, al menos en lo que se refiere a las percepciones, ya que a ese nivel las diferencias detectadas no resultan significativas. Sí lo son en lo tocante a algunas conductas de riesgo. Así el porcentaje de adolescentes que reconoce haber sufrido accidentes o lesiones casi se triplica con la edad (2% a los 13 años y 5,6% a los 17), al igual que el que admite haber tenido problemas serios con sus padres (3,1% a los 13 años y 10,1% a los 17). Algo similar sucede con las conductas relacionadas con la seguridad vial. Cabe destacar, no obstante, las cifras preocupantes que se obtienen tanto para el funcionamiento social como familiar a los 13.

**Tabla 18**

*Impacto percibido a nivel académico, social y familiar según la Edad*

	<b>13 (%)</b>	<b>14 (%)</b>	<b>15 (%)</b>	<b>16 (%)</b>	<b>17 (%)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Tu consumo de alcohol ha molestado a alguno de tus amigos hasta el punto de que ya no te habla o no se lleva bien contigo?	5,3	1,6	2,7	4,2	3,5	3,747	0,441
¿Has comenzado a tener problemas con tus amigos/as o familiares o han empeorado debido a tu consumo de alcohol?	5,3	2,7	4,1	2,6	1,6	4,712	0,318
¿Has dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en tu consumo de alcohol?	4	0,5	2,4	2,9	3,1	5,380	0,382
¿Crees que tu consumo de alcohol ha provocado que tus notas bajen y aun así sigues bebiendo?	2,6	2,2	1,7	3,9	1,6	4,0111	0,405
¿Te has metido en problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol?	2,6	1,1	1,4	2,3	3,1	3,155	0,532

Tabla 19

Prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol según la Edad

	13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	17 (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Has ido en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol?	36,8	43,4	50	50,5	53,8	22,959	<0,001
¿Has tenido problemas serios con tus padres?	3,1	3,6	7	11,5	10,1	30,233	0,000
¿Has conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol?	2,8	5,5	6,5	5,6	10,1	15,203	0,004
¿Te has visto involucrado en peleas?	5,1	4,1	5,3	6,6	6,5	3,151	0,533
¿Has sufrido accidentes o lesiones?	2	2,3	4,7	6	5,6	11,772	0,019
¿Has tenido relaciones sexuales sin protección?	2,4	2,8	2,5	6	5,4	13,017	0,011
¿Has tenido relaciones sexuales de las que luego te arrepentiste?	0,8	2,6	1,3	4,5	4,2	17,331	0,002
¿Has experimentado un peor rendimiento en el colegio o en el trabajo?	2,8	1	2,6	3,1	2,8	4,348	0,361
¿Has sido víctima de atracos o robos?	0,4	1,8	2,5	3,1	3,1	6,780	0,148
¿Has tenido que acudir a urgencias o ser hospitalizado?	0,8	1	1,5	3,1	3,1	9,511	0,050
¿Has tenido problemas con la policía?	0,4	1	2,1	2,1	1,7	4,577	0,334

Cuando el análisis se lleva a cabo por Distritos volvemos a encontrarnos con diferencias significativas, correspondiendo por lo general los peores resultados a Santo Domingo Oeste y al Distrito Nacional. Tal vez el dato más relevante es que en ambos casos se han encontrado tasas 4 veces mayores de abandono de la práctica de deporte que en el resto (4,8 y 4,7% vs 1,2% y 1,1%).

**Tabla 20**

*Impacto percibido a nivel académico, social y familiar según el Distrito*

	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Tu consumo de alcohol ha molestado a alguno de tus amigos hasta el punto de que ya no te habla o no se lleva bien contigo?	4,8	2,9	2,5	2,8	2,905	0,406
¿Has comenzado a tener problemas con tus amigos/as o familiares o han empeorado debido a tu consumo de alcohol?	2,6	1,9	3,2	7,5	7,549	0,056
¿Has dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en tu consumo de alcohol?	4,8	1,2	1,1	4,7	13,822	0,002
¿Crees que tu consumo de alcohol ha provocado que tus notas bajen y aun así sigues bebiendo?	3,2	1,7	1,8	4,7	4,265	0,234
¿Te has metido en problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol?	3,5	1,4	0,7	3,8	8,348	0,039

En el caso de las conductas de riesgo asociadas al consumo, los resultados siguen por lo general la misma pauta, con mayores porcentajes en Santo Domingo Oeste y el Distrito Nacional. Un dato que cabe destacar es que en ambos casos 1 de cada 10 adolescentes (10,5% y 10,2% respectivamente) se han visto involucrados en peleas como consecuencia de haber bebido alcohol. Asimismo, el 7,1% de los adolescentes de Santo Domingo Oeste



reconoce haber tenido sexo sin protección, tasa significativamente mayor que en cualquier otro distrito. El único dato que rompe la tendencia habitual es el 51,8% de menores residentes en Santo Domingo Este, que reconocen haberse subido en un coche o en una moto con alguien bajo los efectos del alcohol y que en este caso es el porcentaje mayor de los cuatro distritos.

**Tabla 21**

*Prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol según el Distrito*

	Sí				$\chi^2$	p
	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)		
¿Has ido en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol?	48,7	44,1	51,8	43,7	9,033	0,029
¿Has tenido problemas serios con tus padres?	9,3	8,4	5,3	7,9	8,018	0,046
¿Has conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol?	6,3	7	3,7	15,9	28,395	<0,001
¿Te has visto involucrado en peleas?	10,5	3,6	3,1	10,2	41,636	0,000
¿Has sufrido accidentes o lesiones?	7,7	3,2	2,5	7,9	25,390	0,000
¿Has tenido relaciones sexuales sin protección?	4,7	4,6	1,9	7,1	12,697	0,005
¿Has tenido relaciones sexuales de las que luego te arrepentiste?	4,9	2,6	1,2	3,9	15,996	0,001
¿Has experimentado un peor rendimiento en el colegio o en el trabajo?	4,3	1,7	1,6	3,9	12,151	0,007
¿Has sido víctima de atracos o robos?	3	3	0,9	3,9	10,126	0,018
¿Has tenido que acudir a urgencias o ser hospitalizado?	3	1,6	1,3	3,9	7,113	0,068
¿Has tenido problemas con la policía?	3	1,3	0,6	3,1	12,871	0,005

Se compararon también las percepciones y conductas de aquellos que se emborracharon en el transcurso del último mes y aquellos que no lo hicieron. Las diferencias son significativas, multiplicándose por 4 o por 5 (incluso por 10) las tasas de algunas conductas de riesgo.

**Tabla 22**

*Impacto percibido a nivel académico, social y familiar según "Borracheras" Último mes*

	Se emborracharon último mes		$\chi^2$	p
	NO (%)	SÍ (%)		
¿Tu consumo de alcohol ha molestado a alguno de tus amigos hasta el punto de que ya no te habla o no se lleva bien contigo?	2,8	8,2	7,390	0,007
¿Has comenzado a tener problemas con tus amigos/as o familiares o han empeorado debido a tu consumo de alcohol?	2	11,8	30,180	<0,001
¿Has dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en tu consumo de alcohol?	1,5	11,8	38,915	<0,001
¿Crees que tu consumo de alcohol ha provocado que tus notas bajen y aun así sigues bebiendo?	1,5	10,9	33,416	<0,001
¿Te has metido en problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol?	1,2	10,1	34,401	<0,001

Figura 16

Impacto percibido a nivel académico, social y familiar según "Borracheras" Último mes

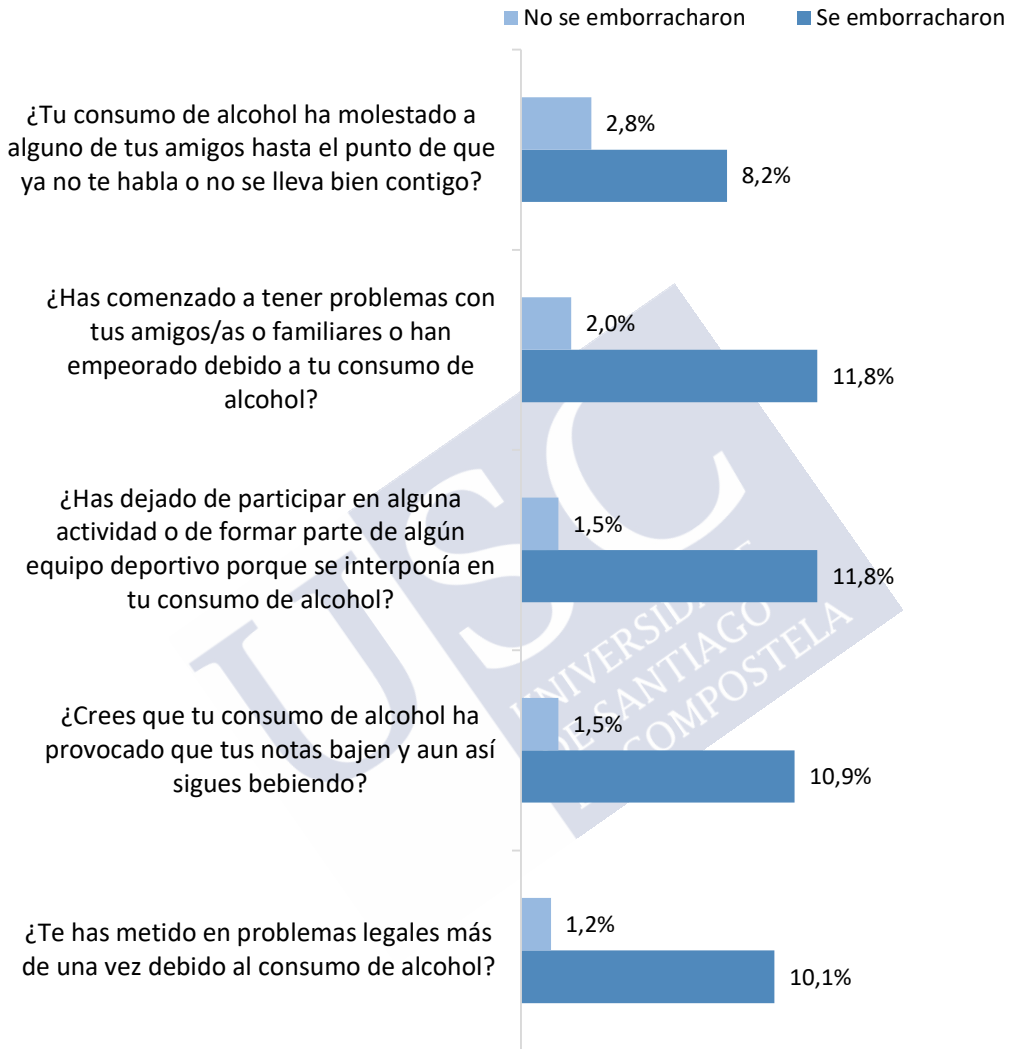


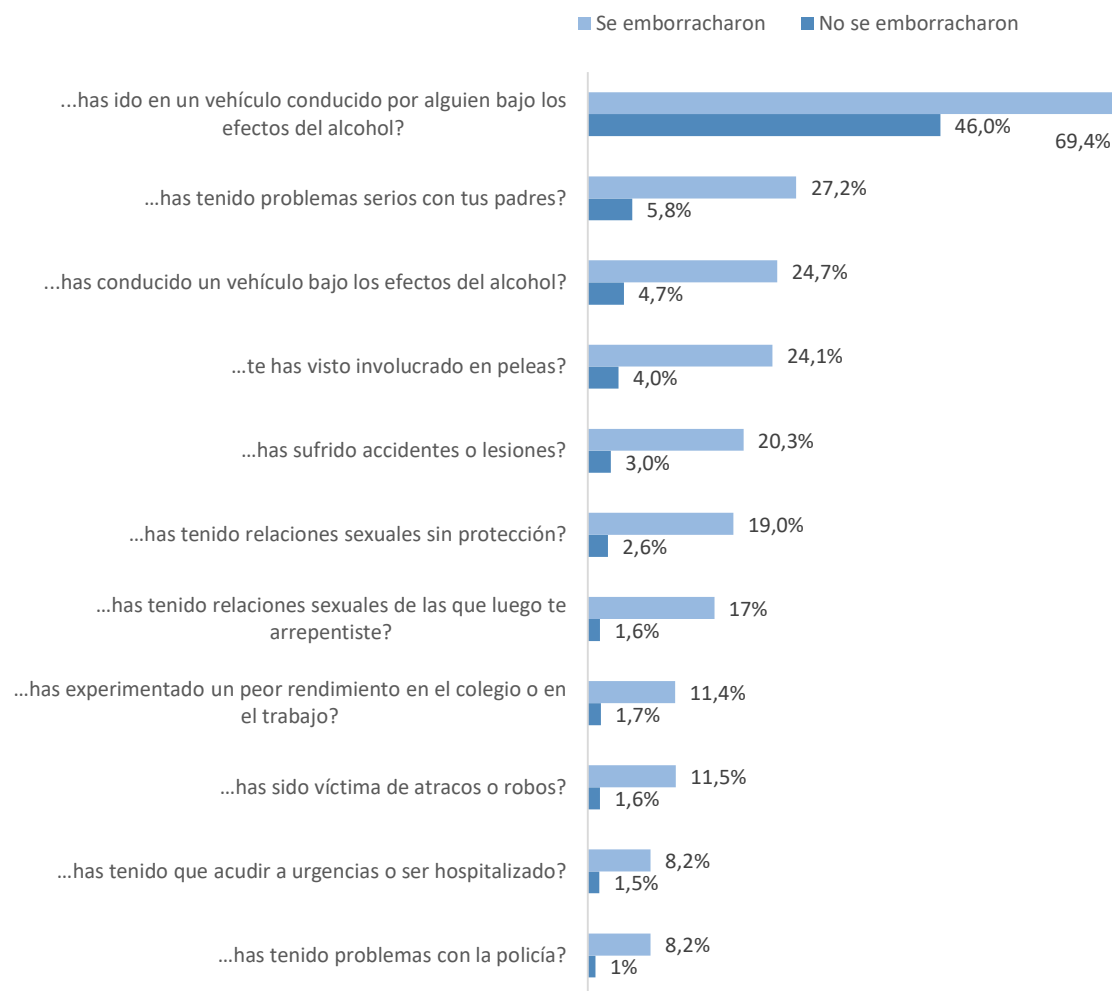
Tabla 23

Prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol según "Borracheras" Último mes

	Se emborracharon último mes		$\chi^2$	p
	NO (%)	SÍ (%)		
¿Has ido en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol?	46	69,4	30,846	<0,001
¿Has tenido problemas serios con tus padres?	5,8	27,2	92,532	<0,001
¿Has conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol?	4,7	24,7	96,026	<0,001
¿Te has visto involucrado en peleas?	4	24,1	107,031	<0,001
¿Has sufrido accidentes o lesiones?	3	20,3	98,942	<0,001
¿Has tenido relaciones sexuales sin protección?	2,6	19	100,357	<0,001
¿Has tenido relaciones sexuales de las que luego te arrepentiste?	1,6	16,5	112,599	<0,001
¿Has experimentado un peor rendimiento en el colegio o en el trabajo?	1,7	11,4	51,953	<0,001
¿Has sido víctima de atracos o robos?	1,6	11,5	57,654	<0,001
¿Has tenido que acudir a urgencias o ser hospitalizado?	1,5	8,2	30,730	<0,001
¿Has tenido problemas con la policía?	1	8,2	43,618	<0,001

**Figura 17**

*Prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol según “Borracheras” Último mes*



Para cerrar este apartado se preguntó directamente a los adolescentes si *alguna vez habían tenido problemas por el consumo abusivo de alcohol u otras drogas*, o si *alguna vez habían recibido tratamiento por ello*. La respuesta fue afirmativa en el primer caso para un 2,3% de los participantes en el estudio y en el segundo caso para un 0,8%. Al tratarse de porcentajes tan reducidos no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas por segmentos sociodemográficos.

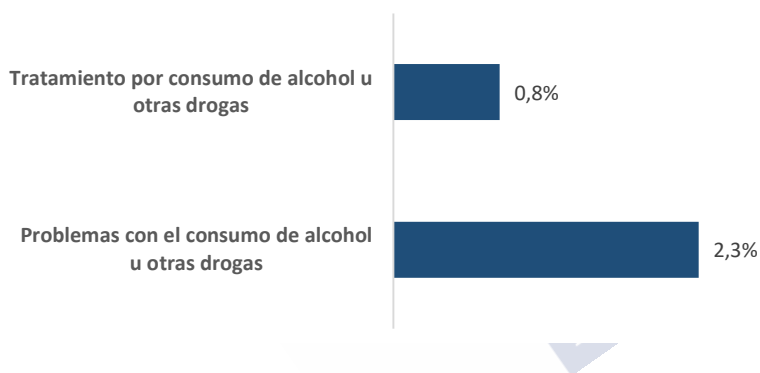
**Tabla 24**

*Problemas por consumo de alcohol u otras drogas y demanda de tratamiento*

	NO (%)	SÍ, POR DROGAS (%)	SÍ, POR ALCOHOL (%)	SÍ, POR AMBAS (%)
¿Alguna vez has tenido problemas por el consumo de alcohol u otras drogas?	97,7	0,8	1,3	0,2
¿Alguna vez has recibido tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas?	99,2	0,4	0,4	---

**Figura 18**

*Problemas por consumo de alcohol o drogas por parte de familiares*



### 7.3. EDAD DE INICIO DE CONSUMO

Otro de los objetivos de este trabajo era aportar información acerca de la edad a la que los adolescentes dominicanos suelen iniciarse en el consumo de cada una de las sustancias psicoactivas, especialmente del alcohol. Como ya se ha señalado, el inicio temprano del consumo de sustancias posee importantes implicaciones, no sólo por las consecuencias que pueda tener en un cerebro en pleno proceso de maduración, sino por la mayor probabilidad de desarrollar una adicción a medio plazo. En este caso como se recoge en la tabla 25, el análisis de los datos disponibles revela que el consumo de todas las sustancias se establece, de manera general, en una franja crítica que va desde los 13 a los 15 años, si bien se encuentran diferencias estadísticamente en la edad de inicio asociada a cada una de ellas ( $F=2,72$ ;  $p<0,05$ ).

Tabla 25

*Descriptivos para la Edad de inicio de consumo de las diferentes sustancias*

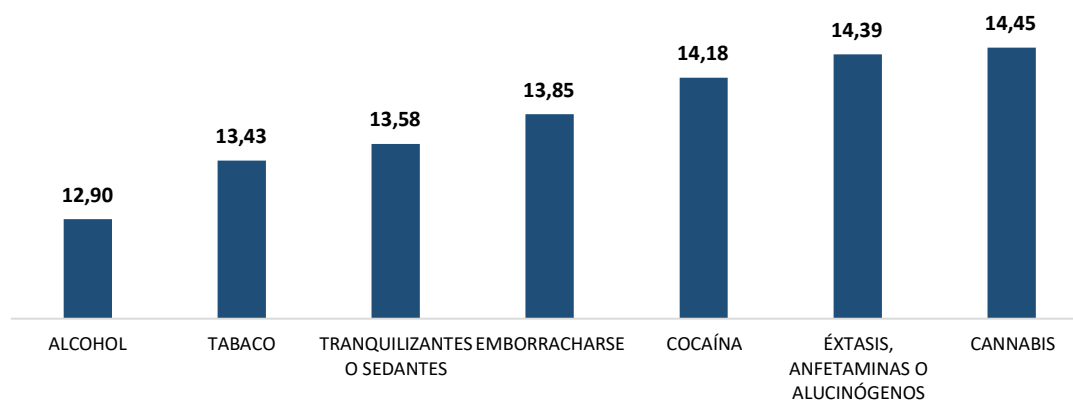
	Media	Mediana	Moda	D.T.	n
<b>ALCOHOL</b>	12,90	<b>13</b>	14	2,01	1392
<b>Emborracharse</b>	13,85	<b>14</b>	14	1,74	470
<b>TABACO</b>	13,43	<b>14</b>	14	1,99	365
<b>CANNABIS</b>	14,45	<b>14</b>	14	1,45	98
<b>TRANQUILIZANTES o SEDANTES sin receta</b>	13,58	<b>14</b>	15	2,55	72
<b>COCAÍNA</b>	14,18	<b>15</b>	15	2,27	17
<b>ÉXTASIS, ANFETAMINAS o ALUCINÓGENOS</b>	14,39	<b>15</b>	15	2,25	23

A tenor de los resultados obtenidos, la primera sustancia psicoactiva consumida por los adolescentes dominicanos es el *alcohol*, en cuyo consumo se inician antes de los 13 años (12,90). Aproximadamente medio año después se inician en la segunda sustancia, el *tabaco* (a los 13,43 años). Desde esa edad y hasta casi los 15 años continúan explorando nuevas sustancias y se inician también las conductas de Consumo Intensivo de Alcohol

(CIA) o *Binge Drinking*, situándose cronológicamente la *primera borrachera* en torno a los 13,85 años. Al alcohol y al tabaco le seguirían los tranquilizantes o sedantes, la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas y alucinógenos y por último el cannabis (marihuana o hachís), cuya edad promedio de inicio se establece a los 14,45 años.

**Figura 19**

*Edad de inicio del consumo de las diferentes sustancias*



No obstante, los resultados deben ser interpretados con cierta cautela, especialmente los referidos a sustancias con tasas de consumo relativamente bajas. Si tomamos como referencia las medianas, en lugar de las medias, constatamos quizás con mayor claridad cómo es la progresión en el consumo, que abarca una franja crítica muy estrecha que va de los 13 a los 15 años y en la que sería posible distinguir *tres grandes momentos*: (1) los 13 años, en los que tiene lugar el primer contacto con el alcohol; (2) los 14 años, cuando tiene lugar la primera borrachera, se inicia el consumo de tabaco, cannabis y tranquilizantes y sedantes sin receta; y por último (3), los 15 años, donde se inicia el consumo del resto de sustancias, como es el caso de la cocaína o el éxtasis.

Como se puede apreciar en la tabla 26, es posible establecer diferencias estadísticamente significativas atendiendo al Sexo, aunque sólo en el caso del consumo de alcohol y tabaco. En ambos casos, los hombres entran en contacto con estas sustancias antes que las mujeres. Y a pesar de que las diferencias no son estadísticamente significativas, cabe destacar que los tranquilizantes y sedantes son la única sustancia en la que las mujeres se inician antes que los hombres.



Tabla 26

Edad de inicio del consumo de las diferentes sustancias según el Sexo

	Chicos ( $\bar{X}$ )	Chicas ( $\bar{X}$ )	<i>t</i>	<i>p</i>
ALCOHOL	12,64	13,07	-3,997	<0,001
TABACO	13,17	13,63	-2,109	0,042
TRANQUILIZANTES o SEDANTES	14,17	13,39	1,123	0,265
EMBORRACHARSE	13,77	13,90	-0,803	0,422
COCAÍNA	14	14,38	-0,33	0,746
ÉXTASIS, ANFETAMINAS o ALUCINÓGENOS	13,80	14,85	-1,008	0,334
MARIHUANA o HACHÍS	14,41	14,49	-0,262	0,794

Cuando la segmentación es geográfica (tabla 27), es posible encontrar diferencias significativas en el caso del tabaco, de la primera borrachera o del éxtasis y los alucinógenos. No obstante, los reducidos niveles de consumo encontrados y, por tanto, los exiguos tamaños muestrales con los que trabajamos, hacen que sea difícil encontrar una pauta interpretativa clara a este nivel. Aun así, sería posible señalar a Santo Domingo Oeste y el Distrito Nacional, como los más problemáticos en cuanto al inicio temprano de consumo.

Tabla 27

Edad de inicio del consumo de las diferentes sustancias según el Distrito

	Distrito Nacional ( $\bar{X}$ )	Santo Domingo Norte ( $\bar{X}$ )	Santo Domingo Este ( $\bar{X}$ )	Santo Domingo Oeste ( $\bar{X}$ )	<i>F</i>	<i>p</i>
ALCOHOL	12,88	12,84	13,04	12,72	1,120	0,340
TABACO	13,56	13,02	13,75	12,33	4,061	0,007
TRANQUILIZANTES o SEDANTES	13,77	12,46	14,27	15,5	3,150	0,030
EMBORRACHARSE	13,94	13,54	14,42	13,18	8,466	<0,001
COCAÍNA	15,11	12,40	15	14	1,819	0,193
ÉXTASIS, ANFETAMINAS o ALUCINÓGENOS	15	11,50	15,33	14	3,801	0,027
MARIHUANA o HACHÍS	14,63	13,79	14,46	13,75	1,819	0,193

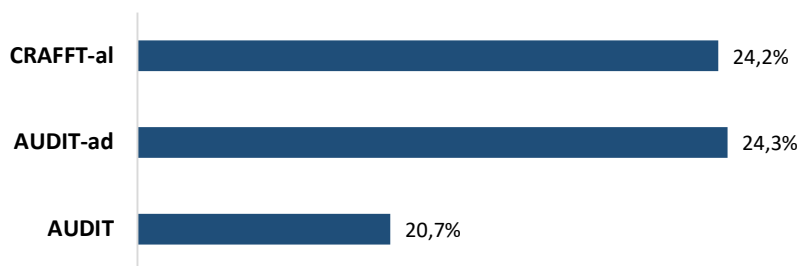
## 7.4. CONSUMO DE RIESGO Y CONSUMO INTENSIVO

A la hora de evaluar el consumo de sustancias que realizan los adolescentes dominicanos no basta únicamente con informar de tasas de consumo de cada de ellas, sino que es importante informar de los posibles consumos considerados “de riesgo”. La utilización de escalas específicas de cribado debidamente validadas y adaptadas a los adolescentes permite dar cuenta de ello. En el presente trabajo se ha utilizado el AUDIT (y su variante para adolescentes AUDIT-ad) y el CRAFFT-al, versión del instrumento desarrollado originalmente por Knight et al. (1999) y validado con adolescentes españoles por Rial et al. (2019), adaptada en esta ocasión para el cribado de consumo de riesgo de alcohol exclusivamente. Tal y como se señaló en el epígrafe de *Metodología*, las dos primeras escalas presentaron una consistencia interna elevada ( $\alpha= 0,79$  y  $\alpha= 0,80$ ), mientras que el CRAFFT-al presentó un comportamiento más discreto ( $\alpha= 0,59$ ). Siguiendo las indicaciones de los autores, en los dos primeros casos se utilizó la puntuación de corte “4” para determinar un consumo de riesgo (Rial et al., 2017) y en el caso del CRAFFT una puntuación de “2” (Rial et al., 2019).

Las prevalencias obtenidas oscilaron entre un 20% y un 25%, lo cual permite establecer que entre 1 de cada 4 y 1 de cada 5 adolescentes dominicanos estaría desarrollando un consumo de alcohol que podría ser considerado “de riesgo”. En ese sentido, el hecho de utilizar en el AUDIT el ítem 3 referido a “3 o más consumiciones” y no “6 o más consumiciones” hace incrementar la prevalencia estimada en un 3,6%, resultado prácticamente igual al que se obtiene utilizando la versión del CRAFFT específica de alcohol. Cabe añadir además que se ha encontrado una correlación casi perfecta entre las dos versiones del AUDIT ( $r=0,988$ ;  $p<0,001$ ) y elevada entra cada una de ellas y la adaptación del CRAFFT para alcohol ( $r=0,61$ ;  $p<0,001$  para el AUDIT original; y  $r=0,62$ ;  $p<0,001$ , para el AUDIT-ad).

Figura 20

Prevalencias estimadas del consumo de riesgo (AUDIT, AUDIT-ad y CRAFFT-al)



Como se puede observar en las siguientes tablas, existen diferencias importantes al segmentar los resultados según Sexo, Edad y Distrito. Respecto al Sexo, las prevalencias estimadas son ligeramente mayores en el caso de los chicos, aunque la significatividad estadística depende del instrumento que se utilice. No sucede lo mismo con la Edad y el Distrito, donde en todos los casos las diferencias son estadísticamente significativas. En el caso de la Edad, se observa que en el tránsito de los 13 a los 15 años la tasa de positivos en el AUDIT se triplica. Por Distritos la pauta es la misma detectada previamente: los peores resultados corresponden siempre a Santo Domingo Oeste y al Distrito Nacional.

Tabla 28

Positivos en el AUDIT por segmentos

		AUDIT+ (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>GLOBAL= 20,7%</b>				
<b>SEXO</b>	<b>HOMBRE</b>	22,9	3,555	0,059
	<b>MUJER</b>	19,3		
<b>EDAD</b>	<b>13 AÑOS</b>	6,3	94,459	<b>0,000</b>
	<b>14 AÑOS</b>	13,2		
	<b>15 AÑOS</b>	20,2		
	<b>16 AÑOS</b>	24,2		
	<b>17 AÑOS</b>	35,2		
<b>DISTRITOS</b>	<b>DISTRITO NACIONAL</b>	29,4	68,927	<b>0,000</b>
	<b>SANTO DOMINGO NORTE</b>	21,3		
	<b>SANTO DOMINGO ESTE</b>	11,5		
	<b>SANTO DOMINGO OESTE</b>	32,3		

Tabla 29

Positivos en el AUDIT-ad por segmentos

		AUDIT-ad (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
GLOBAL= 24,3%				
GÉNERO	HOMBRE	26,9	4,370	0,037
	MUJER	22,7		
EDAD	13 AÑOS	7,5	100,754	0,000
	14 AÑOS	17,1		
	15 AÑOS	23,4		
	16 AÑOS	28,5		
	17 AÑOS	39,7		
DISTRITOS	DISTRITO NACIONAL	33,2	64,123	0,000
	SANTO DOMINGO NORTE	24,2		
	SANTO DOMINGO ESTE	15,4		
	SANTO DOMINGO OESTE	37,8		

Tabla 30

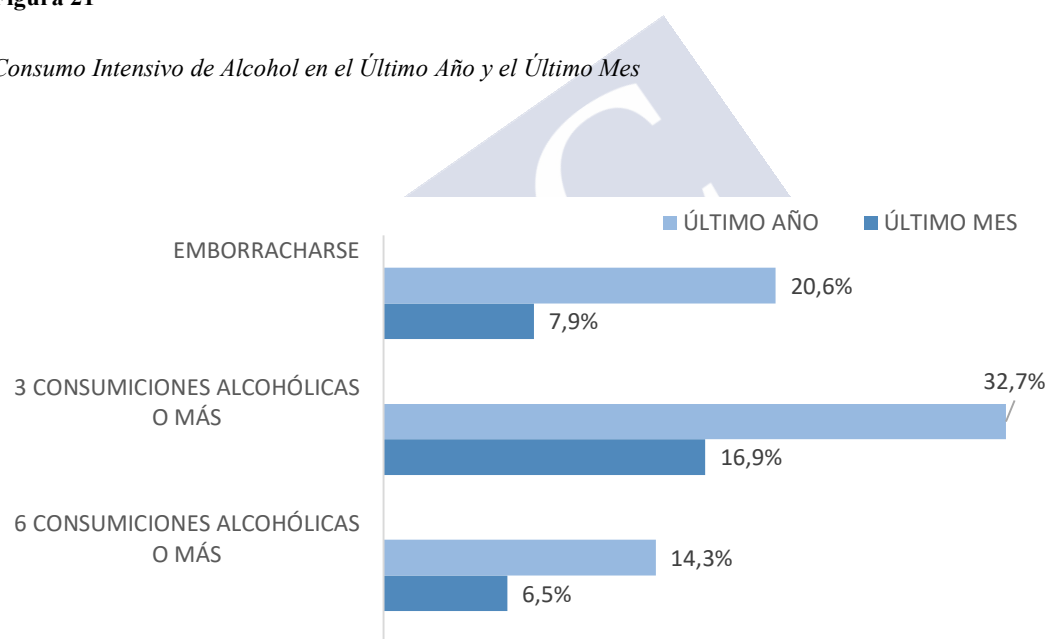
Positivos en el CRAFFT-al por segmentos

		CRAFFT-al+ (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
GLOBAL= 24,2%				
SEXO	HOMBRE	24,8	0,261	0,609
	MUJER	23,7		
EDAD	13 AÑOS	8,3	94,806	0,000
	14 AÑOS	16,6		
	15 AÑOS	22,5		
	16 AÑOS	30,2		
	17 AÑOS	38		
DISTRITOS	DISTRITO NACIONAL	28,9	22,548	0,000
	SANTO DOMINGO NORTE	22		
	SANTO DOMINGO ESTE	20,6		
	SANTO DOMINGO OESTE	36,2		

Por lo que se refiere al consumo intensivo de alcohol (CIA) o *Binge Drinking*, un primer indicador nos permite conocer que casi 1 de cada 3 adolescentes (el 32,7%) reconocen haber tomado 3 consumiciones o más en un mismo episodio de consumo y un 14,3% consumieron 6 consumiciones o más, al menos en una ocasión en el transcurso del último año. A ello cabe añadir que aproximadamente 1 de cada 5 (20,6%) de los encuestados informa de haberse emborrachado alguna vez en el último año, e incluso un 7,9% reconoce haberlo hecho en el último mes.

**Figura 21**

*Consumo Intensivo de Alcohol en el Último Año y el Último Mes*



**Tabla 31**

*Consumo Intensivo de Alcohol según el Sexo*

ÚLTIMO AÑO	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿3 consumiciones en un mismo día?	36,6	30,3	8,27	<b>0,004</b>
¿6 consumiciones en un mismo día?	15,8	13,4	2,14	0,144
¿Emborrachado?	23	19,2	3,97	<b>0,046</b>
ÚLTIMO MES	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿3 consumiciones en un mismo día?	18,1	16,2	1,17	0,280
¿6 consumiciones en un mismo día?	7,2	6,1	0,67	0,413
¿Emborrachado?	9,7	6,7	5,48	<b>0,019</b>

Al realizar un análisis diferencial por Sexo, si nos referimos al consumo del Último Año se aprecian diferencias significativas en dos de los tres indicadores utilizados (3 o más consumiciones o si se han emborrachado). En ambos casos las tasas son mayores entre los chicos. La pauta encontrada cuando se analiza el consumo en el Último Mes es similar, si bien las diferencias son menores. Tan sólo resultan significativas en el comportamiento de haberse emborrachado.

Tabla 32

Consumo Intensivo de Alcohol según la Edad

ÚLTIMO AÑO	EDAD (%)					$\chi^2$	p
	13	14	15	16	17		
¿3 consumiciones en un mismo día?	14,2	21,5	33,6	38,5	49	112,06	<0,001
¿6 consumiciones en un mismo día?	5,5	9,6	13,2	17,5	23,2	46,96	<0,001
¿Emborrachado?	6,3	11,9	20	27,5	31,9	91,47	<0,001
ÚLTIMO MES	EDAD (%)					$\chi^2$	p
	13	14	15	16	17		
¿3 consumiciones en un mismo día?	7,5	11,1	16,9	17,8	29	62,40	<0,001
¿6 consumiciones en un mismo día?	2,4	4,4	6,8	7,2	10,5	19,39	0,001
¿Emborrachado?	2	3,4	7,8	9,9	14,4	46,08	<0,001

Por Edad, tanto en el *Último Año* como en el *Último Mes*, se aprecian diferencias significativas, evidenciándose el aumento de los porcentajes a medida que aumenta la edad. Llama la atención el hecho de que prácticamente 1 de cada 3 adolescentes de 17 años se haya emborrachado en el transcurso del último año (31,9%), siendo este porcentaje un 6,3% con tan sólo 13 años.

Si el análisis se realiza por Distritos vuelven a apreciarse diferencias significativas, con mayores tasas de CIA tanto en el *Último Año* como en el *Último Mes* en Santo Domingo Oeste y en el Distrito Nacional. En ambos casos, 1 de cada 4 adolescentes reconoce haber ingerido 3 o más consumiciones alcohólicas en una misma ocasión durante el *Último Mes* y en torno a un 15% haberse emborrachado.

Tabla 33

Consumo Intensivo de Alcohol según el Distrito

ÚLTIMO AÑO	Distrito nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	$p$
¿3 consumiciones en un mismo día?	42,5	30	26,5	42,5	41,94	<0,001
¿6 consumiciones en un mismo día?	24	12,6	8,8	15,7	57,20	<0,001
¿Emborrachado?	30,2	18,9	13,8	29,1	55,07	<0,001
ÚLTIMO MES	Distrito nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	$p$
¿3 consumiciones en un mismo día?	26,7	14,9	10,4	24,4	61,97	<0,001
¿6 consumiciones en un mismo día?	12,7	5,1	2,6	11	54,93	<0,001
¿Emborrachado?	15,1	6,2	2,9	15	70,87	<0,001

A continuación, para entender las implicaciones que puede tener el consumo de riesgo, se ha comparado en diferentes conductas relacionadas con el consumo a aquellos que superan el punto de corte establecido en el AUDIT (4), con aquellos que no lo superan.

**Tabla 34**

*Impacto percibido del consumo de alcohol a nivel académico, social y familiar y comportamiento en el AUDIT*

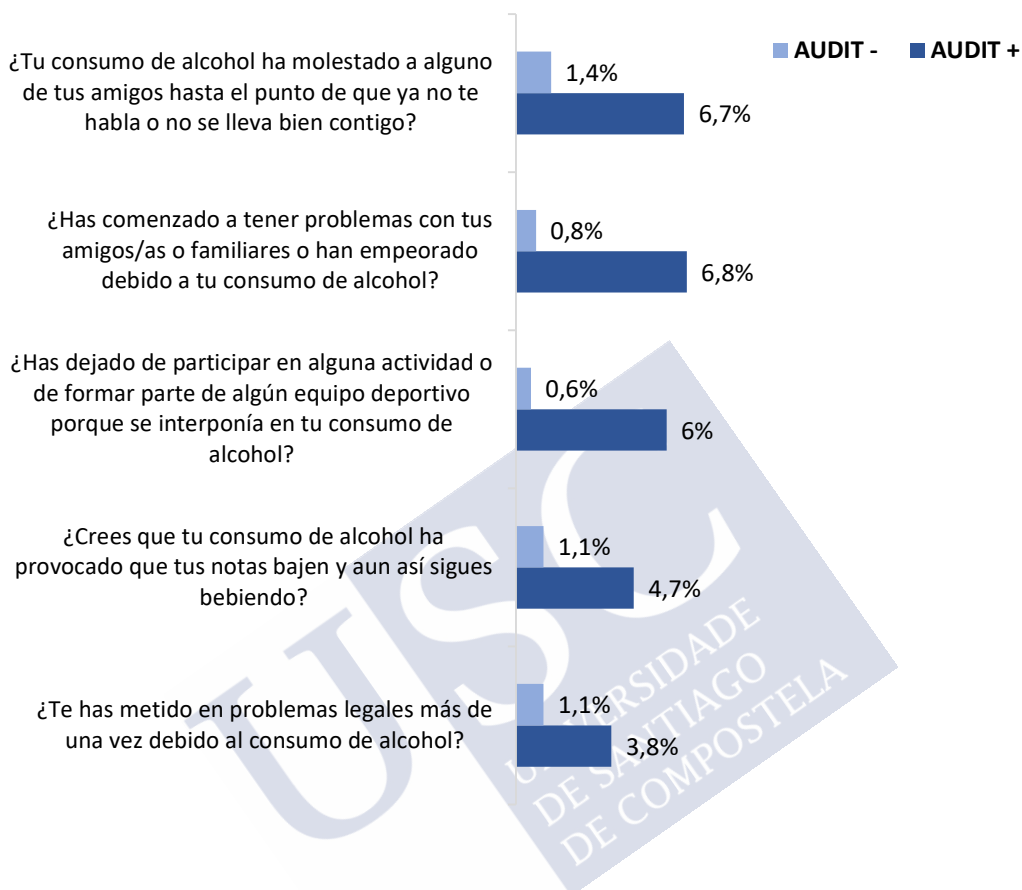
	AUDIT (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Has dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en tu consumo de alcohol?	-	0,6	28,880 <0,001
	+	6	
¿Crees que tu consumo de alcohol ha provocado que tus notas bajen y aun así sigues bebiendo?	-	1,1	12,829 <0,001
	+	4,7	
¿Tu consumo de alcohol ha molestado a alguno de tus amigos hasta el punto de que ya no te habla o no se lleva bien contigo?	-	1,4	21,182 <0,001
	+	6,7	
¿Has comenzado a tener problemas con tus amigos/as o familiares o han empeorado debido a tu consumo de alcohol?	-	0,8	29,701 <0,001
	+	6,8	
¿Te has metido en problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol?	-	1,1	7,660 0,006
	+	3,8	

La tabla anterior muestra como presentar un consumo de riesgo incrementa significativamente la “percepción” que los propios adolescentes tienen del impacto del consumo a nivel académico, social y familiar. Sin embargo, posiblemente la lectura más interesante que se pueda hacer es que más del 90% de los y las adolescentes que dan positivo en el AUDIT no son conscientes de que su consumo pueda tener repercusiones a nivel académico, social y familiar. La siguiente figura lo ilustra con más claridad.



**Figura 22**

*Impacto percibido a nivel académico, social y familiar según AUDIT*



Por otra parte, se puede comprobar también cómo el hecho de presentar un consumo de riesgo, implica que las tasas de determinadas conductas de riesgo (sexo no deseado, sexo sin protección etc.), llegan incluso a multiplicarse por 10.

Tabla 35

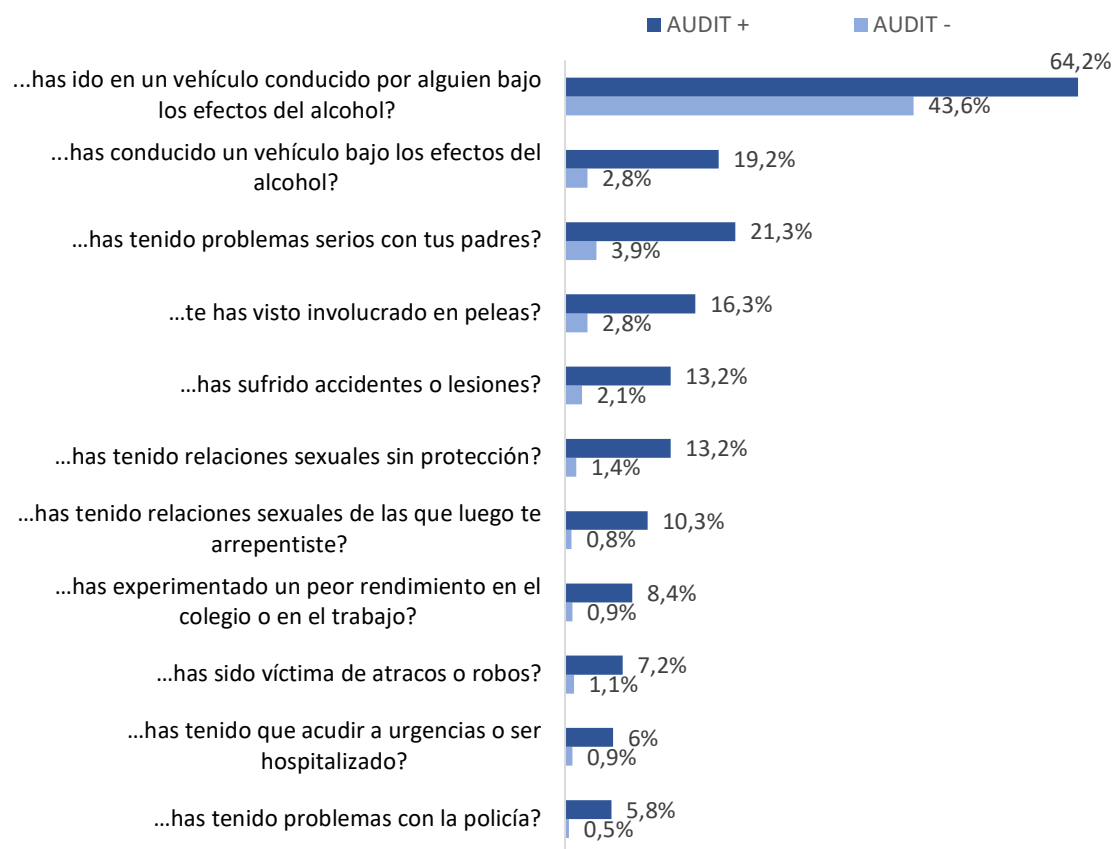
Impacto del consumo de alcohol a nivel académico, social y familiar y comportamiento en el AUDIT

	AUDIT (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
¿Te has visto involucrado en peleas?	- 2,8	112,481	<0,001
	+ 16,3		
¿Has sufrido accidentes o lesiones?	- 2,1	95,022	<0,001
	+ 13,2		
¿Has tenido problemas serios con tus padres?	- 3,9	142,476	<0,001
	+ 21,3		
¿Has experimentado un peor rendimiento en el colegio o en el trabajo?	- 0,9	72,556	<0,001
	+ 8,4		
¿Has sido víctima de atracos o robos?	- 1,1	52,066	<0,001
	+ 7,2		
¿Has tenido problemas con la policía?	- 0,5	54,949	<0,001
	+ 5,8		
¿Has tenido que acudir a urgencias o ser hospitalizado?	- 0,9	40,721	<0,001
	+ 6		
¿Has tenido relaciones sexuales sin protección?	- 1,4	119,199	<0,001
	+ 13,2		
¿Has tenido relaciones sexuales de las que luego te arrepentiste?	- 0,8	106,546	<0,001
	+ 10,3		
¿Has conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol?	- 43,6	55,238	<0,001
	+ 64,2		
¿Has ido en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol?	- 2,8	148,630	<0,001
	+ 19,2		

En la Figura 23 se puede ver con más claridad la diferencia en la prevalencia de prácticas de riesgo entre los adolescentes que puntúan por debajo de 4 en el AUDIT y los que lo superan, que son el grupo considerado con consumo de riesgo.

**Figura 23**

*Prácticas de riesgo asociadas al consumo de alcohol según AUDIT*



Por último, se ha relacionado el consumo de riesgo con el Consumo Intensivo de Alcohol (CIA), utilizando para ello los tres indicadores disponibles: (1) consumo de 3 o más consumiciones en un mismo episodio de consumo; (2) consumo de 6 o más consumiciones en un mismo episodio de consumo; y (3) haberse emborrachado. Para los tres elementos se ha utilizado la información referida tanto al Último Año, como al Último Mes. Los resultados obtenidos además de constituir nuevas evidencias relacionadas con las implicaciones o consecuencias asociadas al consumo de riesgo, constituyen en cierta medida, evidencias de la validez discriminante del AUDIT y del punto de corte utilizado. Como se puede constatar, aquellos adolescentes que dan positivo en el AUDIT llegan a presentar tasas hasta 15 veces mayores en algunos indicadores de CIA.

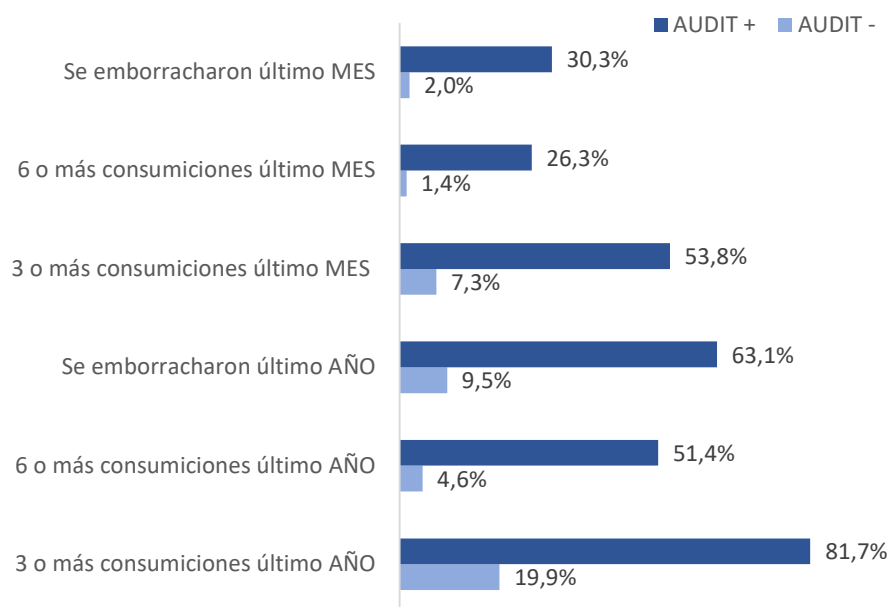
**Tabla 36**

*Consumo Intensivo de Alcohol y comportamiento en el AUDIT*

	AUDIT (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
3 o más consumiciones último AÑO	- 19,9	569,051	<0,001
	+ 81,7		
6 o más consumiciones último AÑO	- 4,6	584,039	<0,001
	+ 51,4		
Se emborracharon último AÑO	- 9,5	574,698	<0,001
	+ 63,1		
3 o más consumiciones último MES	- 7,3	504,659	<0,001
	+ 53,8		
6 o más consumiciones último MES	- 1,4	330,229	<0,001
	+ 26,3		
Se emborracharon último MES	- 2	359,682	<0,001
	+ 30,3		

**Figura 24**

*Consumo intensivo de alcohol según AUDIT*



## 7.5. CONTEXTOS DE CONSUMO

Otro de los aspectos de interés del presente trabajo era analizar algunos contextos de consumo “a priori” de interés, por la popularidad o aceptación que pudieran tener o, si se prefiere, por su posible impacto a nivel de consumo. Es el caso de los denominados “Colmadones”, los “Drinks” y las Discotecas. En la figura 25, se observa como asistir a Discotecas, Drinks y Colmadones, es relativamente frecuente entre los adolescentes dominicanos. Aproximadamente 1 de cada 5 ha acudido a un Colmadón al menos en una ocasión en el transcurso del último mes (19,2%), un 17,5% a Drinks y un 22,4% a Discotecas. Tal y como se recoge en las siguientes tablas se aprecian diferencias estadísticamente significativas por segmentos sociodemográficos. Los Colmadones son más frecuentados por varones y en el municipio de Santo Domingo Oeste. Las diferencias por Edad, si bien son significativas, no reflejan una pauta clara.

**Figura 25**

*Frecuentación de Contextos de Consumo*



Tabla 37

Frecuentación de Colmadones por segmentos

		Al menos una vez al mes	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>GLOBAL</b>		<b>19,2%</b>		
<b>SEXO</b>	<b>HOMBRE</b>	22,3%	7,89	0,005
	<b>MUJER</b>	17,1%		
<b>EDAD</b>	<b>13 AÑOS</b>	16,1%	10,57	0,032
	<b>14 AÑOS</b>	24%		
	<b>15 AÑOS</b>	16,4%		
	<b>16 AÑOS</b>	18,6%		
	<b>17 AÑOS</b>	21%		
<b>DISTRITOS</b>	<b>DISTRITO NACIONAL</b>	19,6%	36,97	<0,001
	<b>SANTO DOMINGO NORTE</b>	20,1%		
	<b>SANTO DOMINGO ESTE</b>	14,5%		
	<b>SANTO DOMINGO OESTE</b>	37,3%		

Los Drinks, por su parte, son frecuentados tanto por chicos como por chicas, a medida que aumenta la edad y de nuevo en Santo Domingo Oeste. Por último, a las Discotecas acuden más los chicos, los adolescentes de mayor edad y los residentes en el Distrito Nacional y en Santo Domingo Oeste.

Tabla 38

Frecuentación de Drinks por segmentos

		Al menos una vez al mes	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>GLOBAL</b>		<b>17,5%</b>		
<b>SEXO</b>	<b>HOMBRE</b>	18,2%	0,46	0,49
	<b>MUJER</b>	17%		
<b>EDAD</b>	<b>13 AÑOS</b>	7,5%	43,56	<0,001
	<b>14 AÑOS</b>	14,8%		
	<b>15 AÑOS</b>	15,3%		
	<b>16 AÑOS</b>	20,8%		
	<b>17 AÑOS</b>	26,2%		
<b>DISTRITOS</b>	<b>DISTRITO NACIONAL</b>	18,4%	62,56	<0,001
	<b>SANTO DOMINGO NORTE</b>	20%		
	<b>SANTO DOMINGO ESTE</b>	10,5%		
	<b>SANTO DOMINGO OESTE</b>	37,8%		

Tabla 39

Frecuentación de Discotecas por segmentos

		Al menos una vez al mes	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>GLOBAL</b>		<b>22,4%</b>		
<b>SEXO</b>	<b>HOMBRE</b>	24,6%	3,47	0,06
	<b>MUJER</b>	20,9%		
<b>EDAD</b>	<b>13 AÑOS</b>	7,1%	112,40	<0,001
	<b>14 AÑOS</b>	13,8%		
	<b>15 AÑOS</b>	21,4%		
	<b>16 AÑOS</b>	26,5%		
	<b>17 AÑOS</b>	38,3%		
<b>DISTRITOS</b>	<b>DISTRITO NACIONAL</b>	35,4%		<0,001
	<b>SANTO DOMINGO NORTE</b>	20,1%		
	<b>SANTO DOMINGO ESTE</b>	13,3%		
	<b>SANTO DOMINGO OESTE</b>	31,5%		

Por último, se compararon las prevalencias de Consumo de Riesgo (positivos en el AUDIT) y de Consumo Intensivo de Alcohol (CIA) en función de la frecuentación de *Colmadones*, *Drinks* y *Discotecas*. Como se recoge en la siguiente tabla, las diferencias son estadísticamente significativas en todos los casos, lo que permite constatar que frecuentar cualquiera de los tres contextos de consumo supone un claro factor de riesgo, independientemente de la Edad del individuo. Se llevaron a cabo análisis particulares para 13, 14, 15, 16 y 17 años y en los cinco casos la pauta de resultados fue la misma. De forma complementaria se llevó a cabo un Análisis de Covarianza, utilizando como Variables Independientes la frecuentación a cada uno de los contextos de consumo considerados (*Colmadones*, *Drinks* y *Discotecas*), como Variable Dependiente la puntuación en el AUDIT y como covariable a controlar estadísticamente la Edad. Como resultado se obtuvo un efecto significativo tanto de los *Colmadones* ( $F=12,22$ ;  $p<0,001$ ) y de los *Drinks* ( $82,23$ ;  $p<0,001$ ), como de las *Discotecas* ( $F=90,96$ ;  $p<0,001$ ), así como también de la Edad ( $F=36,36$ ;  $p<0,001$ ). Comparativamente, el mayor tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) correspondería a las *Discotecas* ( $\eta^2=0,044$ ), seguido de los *Drinks* ( $\eta^2=0,040$ ) y los *Colmadones* ( $\eta^2=0,006$ ).

Tabla 40

Consumo de Riesgo y CIA según la frecuentación de *Colmadones*, *Drinks* y *Discotecas*

		ACUDEN A COLMADONES		$\chi^2$	$p$
		NO (%)	SI (%)		
<b>AUDIT+</b>		15,9	41,1	118,65	<0,001
	3 o más consumiciones	13,1	32,8	84,40	<0,001
<b>CIA</b>	6 o más consumiciones	5,1	12,8	29,01	<0,001
	Emborracharse	6,1	15,4	35,18	<0,001
		ACUDEN A DRINKS		$\chi^2$	$p$
		NO (%)	SI (%)		
<b>AUDIT+</b>		13,1	57	335,77	<0,001
	3 o más consumiciones	10,2	48,4	299,19	<0,001
<b>CIA</b>	6 o más consumiciones	3,6	20,3	129,02	<0,001
	Emborracharse	4,4	24,6	159,55	<0,001
		ACUDEN A DISCOTECAS		$\chi^2$	$p$
		NO (%)	SI (%)		
<b>AUDIT+</b>		11	54,6	398,86	<0,001
	3 o más consumiciones	8	47,7	386,36	<0,001
<b>CIA</b>	6 o más consumiciones	2,6	20,4	171,12	<0,001
	Emborracharse	3,3	23,6	194,20	<0,001



## 7.6. POSIBLES VARIABLES MODULADORAS

### 7.6.1. PERCEPCIÓN DE RIESGO

Una vez analizados los hábitos de consumo, consumo de riesgo, contextos... y posibles implicaciones o consecuencias asociadas, se ha intentado explorar los posibles factores subyacentes o variables moduladoras del consumo. Para ello se ha analizado, en primer lugar, la percepción de riesgo que tienen los adolescentes respecto a diferentes conductas, hábitos o patrones de consumo. Como se puede observar en la tabla 41, en términos globales los adolescentes son relativamente conscientes del riesgo que supone consumir alcohol. Sin embargo, para el 44,8% tomar 1 o 2 consumiciones casi todos los días supone “Poco” o “Ningún” riesgo y tan sólo para el 62,2% supondría un riesgo “Alto” tomar 6 o más consumiciones cada fin de semana.

**Tabla 41**

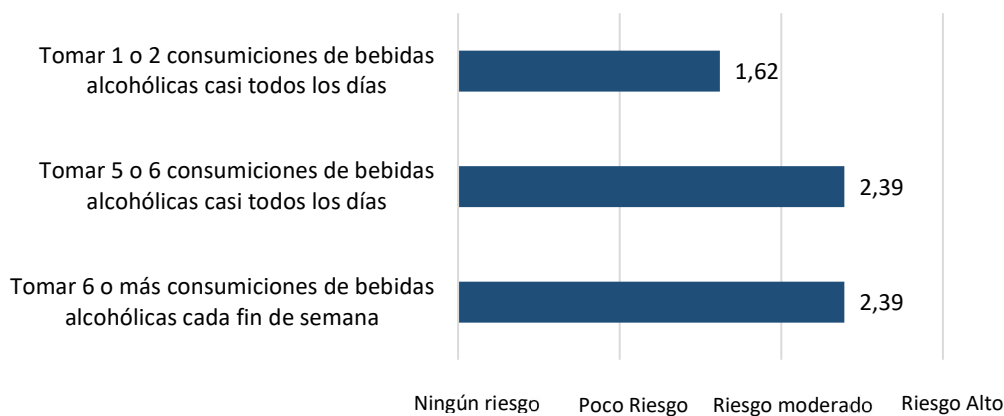
*En qué medida supone un riesgo para ti...*

	Ningún riesgo	Poco riesgo	Riesgo moderado	Riesgo alto
Tomar 1 o 2 consumiciones de bebidas alcohólicas casi todos los días	15,1%	29,7%	33,1%	22,1%
Tomar 5 o 6 consumiciones de bebidas alcohólicas casi todos los días	7,8%	5,9%	26,2%	60,1%
Tomar 6 o más consumiciones de bebidas alcohólicas cada fin de semana	7,8%	7,4%	22,6%	62,2%

Los resultados, en la medida en que los datos fueron obtenidos a través de una escala tipo Likert de 4 puntos (desde 0 “Ningún Riesgo” a 3 “Riesgo Alto”), podrían ser expresados también en términos de promedios, tal y como se recoge en la siguiente figura.

**Figura 26**

*En qué medida supone un riesgo para ti...*



Comparativamente las chicas tienen una mayor percepción de riesgo, obteniéndose diferencias estadísticamente significativas en las tres conductas analizadas. No sucede lo mismo con la Edad, que no parece implicar grandes diferencias a este nivel. La pauta encontrada en cualquier caso mostraría una relación en forma de “U” invertida.

**Tabla 42**

*Percepción de Riesgo según el Sexo*

	Chicos	Chicas	t	p
<b>1 o 2 consumiciones casi todos los días</b>	1,50	1,70	-4,594	<0,001
<b>5 o 6 consumiciones casi todos los días</b>	2,29	2,45	-3,802	<0,001
<b>6 o más cada fin de semana</b>	2,31	2,45	-3,234	<0,001

**Tabla 43**

*Percepción de Riesgo según la Edad*

	13	14	15	16	17	F	p
<b>1 o 2 consumiciones casi todos los días</b>	1,47	1,63	1,72	1,64	1,55	3,156	0,013
<b>5 o 6 consumiciones casi todos los días</b>	2,32	2,34	2,48	2,36	2,39	2,214	0,065
<b>6 o más cada fin de semana</b>	2,36	2,34	2,46	2,31	2,35	1,368	0,242

En lo que respecta a las diferencias entre Distritos, de manera muy notoria, los residentes en Santo Domingo Oeste presentan una percepción de riesgo significativamente menor que los del resto de distritos.

**Tabla 44**

Percepción de Riesgo según el Distrito

	<b>Distrito Nacional</b>	<b>Santo Domingo Norte</b>	<b>Santo Domingo Este</b>	<b>Santo Domingo Oeste</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>1 o 2 consumiciones casi todos los días</b>	1,58	1,79	1,56	1,16	17,957	<0,001
<b>5 o 6 consumiciones casi todos los días</b>	2,48	2,44	2,42	1,60	36,460	<0,001
<b>6 o más cada fin de semana</b>	2,40	2,46	2,48	1,54	42,083	<0,001

Por último, se ha comparado la percepción de riesgo de aquellos que presentan un consumo de riesgo, con la de aquellos cuyo consumo es “normal” (*Positivos vs. Negativos* en el AUDIT). El resultado permite constatar la existencia de diferencias significativas entre unos y otros, lo que hace pensar que ello puede estar en la base del consumo.

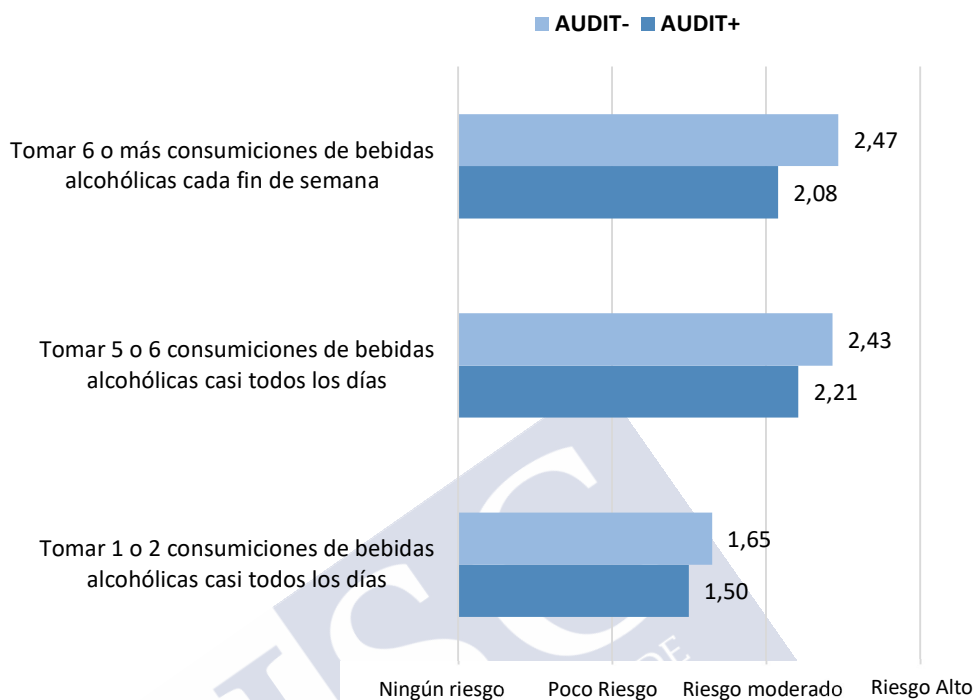
**Tabla 45**

Percepción de Riesgo según el AUDIT

	<b>AUDIT-</b>	<b>AUDIT+</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>1 o 2 consumiciones casi todos los días</b>	1,65	1,50	2,746	0,004
<b>5 o 6 consumiciones casi todos los días</b>	2,43	2,21	4,090	<0,001
<b>6 o más cada fin de semana</b>	2,47	2,08	7,230	<0,001

Figura 27

Percepción de Riesgo según el AUDIT



## 7.6.2. CREENCIAS Y EXPECTATIVAS

A continuación, se han analizado las creencias y expectativas relacionadas con el consumo de alcohol. Se recogen en la tabla 46 las atribuciones que los adolescentes hacen de determinadas casuísticas o situaciones que podrían asociarse al consumo, algunas de ellas positivas y otras negativas, utilizando una escala tipo Likert de probabilidad de 5 puntos.

**Tabla 46**

*En qué medida crees que si bebes alcohol es probable...*

	Muy improbable (%)	Improbable (%)	No estoy seguro/a (%)	Probable (%)	Muy probable (%)
<b>CREENCIAS POSITIVAS</b>					
Que me divierta mucho	15,1	11,7	23,6	<b>26,5</b>	<b>23,1</b>
Que me sienta más sociable y extrovertido	17,4	13,5	22	<b>26</b>	<b>21,2</b>
Que olvide mis problemas	22,2	17,2	22,5	21,8	16,3
Que me sienta feliz	18,6	15,8	25,2	23,9	16,5
Que me sienta relajada/o	18,8	15,9	28,4	20,6	16,3
<b>CREENCIAS NEGATIVAS</b>					
Que me encuentre mal	21,5	18,4	20,6	17,5	22
Que haga algo de lo que pueda arrepentirme	23,5	16,9	17,9	17,5	24,1
Que tenga resaca	19	14,6	16	<b>22,8</b>	<b>27,6</b>
Que no sea capaz de parar de beber	34,8	22,3	19,3	11,1	12,6
Que perjudique mi salud	18,4	13,2	11,7	<b>20,9</b>	<b>35,8</b>
Que tenga problemas con la policía	32,7	19,4	15,8	16,1	15,9

Llama la atención, en primer lugar, que las situaciones a las que atribuyen una probabilidad mayor sean de “signo” opuesto. Por un lado, el 56,7% de los adolescentes tienen claro que es “Probable” o “Muy probable” que el consumo de alcohol perjudique a su salud y el 50,4% que puede “provocar resaca”. Por contra, el 49,6% comparte la idea de que bebiendo alcohol es relativamente probable que se puedan “divertir mucho” y el 47,2% que “se sientan más sociables”. Estos resultados, en la medida en que los datos fueron obtenidos a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 0 “Muy improbable” a 4 “Muy probable”), podrían ser expresados de nuevo en términos de promedios, tal y como se recoge en la siguiente figura. Como se puede comprobar, existen 4 creencias con un promedio claramente superior a 2, dos de ellas negativas (“Que perjudique a mi salud” y “Que tenga resaca”) y otras dos positivas (“Que me divierta mucho” y “Que me sienta más sociable y extrovertido”).

**Figura 28**

*Creencias y expectativas asociadas al consumo de alcohol*



Si se comparan las respuestas de chicas y chicos, se comprueba que las chicas muestran puntuaciones superiores en prácticamente todos los casos, especialmente cuando se trata de creencias o expectativas negativas. En tres casos concretos las diferencias son estadísticamente significativas: “que perjudique mi salud”, “que tenga resaca” y “que me encuentre mal”. Se constata, por tanto, que las chicas son más conscientes que los chicos de las consecuencias negativas del consumo de alcohol.

**Tabla 47**

*Creencias y expectativas asociadas al consumo de alcohol según el Sexo*

	Chicos	Chicas	t	p
<b>CREENCIAS POSITIVAS</b>				
Que me divierta mucho	2,27	2,33	-1,112	0,266
Que me sienta más sociable y extrovertido	2,14	2,24	-1,650	0,099
Que olvide mis problemas	1,87	1,96	-1,445	0,149
Que me sienta feliz	2,04	2,04	-0,040	0,968
Que me sienta relajado	2,04	1,97	1,200	0,230
<b>CREENCIAS NEGATIVAS</b>				
Que me encuentre mal	1,90	2,07	-2,560	<b>0,011</b>
Que haga algo de lo que pueda arrepentirme	1,98	2,04	-0,923	0,356
Que tenga resaca	2,12	2,34	-3,399	<b>0,001</b>
Que no sea capaz de parar de beber	1,39	1,47	-1,266	0,206
Que perjudique mi salud	2,33	2,49	-2,363	<b>0,018</b>
Que tenga problemas con la policía	1,55	1,68	-1,918	0,055

Cuando la comparación se lleva a cabo en función de la Edad, se constata una tendencia clara a sobreestimar las consecuencias positivas y subestimar las negativas, a medida que se incrementa la edad.

Tabla 48

Creencias y expectativas asociadas al consumo de alcohol según la Edad

	13	14	15	16	17	F	p
<b>CREENCIAS POSITIVAS</b>							
Que me divierta mucho	1,99	2,24	2,29	2,33	2,61	8,369	<b>0,003</b>
Que me sienta más sociable y extrovertido	1,85	2,1	2,23	2,24	2,46	8,028	<b>0,000</b>
Que olvide mis problemas	1,81	1,95	1,92	1,85	2,1	2,221	0,064
Que me sienta feliz	1,66	1,93	2,09	2,07	2,3	9,486	<b>0,000</b>
Que me sienta relajado	1,59	1,9	2,03	2,01	2,31	11,680	<b>0,000</b>
<b>CREENCIAS NEGATIVAS</b>							
Que me encuentre mal	2,17	2,09	2,05	1,96	1,76	3,987	<b>0,000</b>
Que haga algo de lo que pueda arrepentirme	2,14	2,06	2,12	1,92	1,88	2,316	0,055
Que tenga resaca	2,31	2,3	2,37	2,11	2,19	2,264	0,064
Que no sea capaz de parar de beber	1,76	1,56	1,48	1,31	1,21	7,524	<b>0,000</b>
Que perjudique mi salud	2,47	2,45	2,53	2,36	2,3	1,520	0,194
Que tenga problemas con la policía	1,90	1,67	1,69	1,56	1,40	4,879	<b>0,001</b>



Por Distritos, por lo general los adolescentes del Distrito Nacional, y en cierta medida también los de Santo Domingo Oeste, tienden a sobreestimar las consecuencias positivas asociadas al consumo de alcohol. Con las negativas sucede lo contrario, aunque en este caso el patrón no resulta tan evidente.

**Tabla 49**

*Creencias y expectativas asociadas al consumo de alcohol según el Distrito*

	<b>Distrito Nacional</b>	<b>Santo Domingo Norte</b>	<b>Santo Domingo Este</b>	<b>Santo Domingo Oeste</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>CREENCIAS POSITIVAS</b>						
Que me divierta mucho	2,59	2,22	2,19	2,27	10,500	<b>0,000</b>
Que me sienta más sociable y extrovertido	2,47	2,06	2,17	2,05	9,799	<b>0,000</b>
Que olvide mis problemas	2,21	1,73	1,92	1,94	11,846	<b>0,000</b>
Que me sienta feliz	2,33	1,88	1,95	2,25	13,255	<b>0,000</b>
Que me sienta relajado	2,26	1,82	1,94	2,16	11,905	<b>0,000</b>
<b>CREENCIAS NEGATIVAS</b>						
Que me encuentre mal	2	1,92	2,17	1,54	8,450	<b>0,000</b>
Que haga algo de lo que pueda arrepentirme	2,12	1,89	2,15	1,59	7,991	<b>0,000</b>
Que tenga resaca	2,22	2,26	2,36	1,79	5,442	<b>0,001</b>
Que no sea capaz de parar de beber	1,4	1,43	1,49	1,39	0,501	0,682
Que perjudique mi salud	2,41	2,39	2,57	1,88	7,743	<b>0,000</b>
Que tenga problemas con la policía	1,54	1,62	1,75	1,41	3,205	<b>0,022</b>

Por último, se han comparado las creencias y expectativas de aquellos que presentan un consumo de riesgo, con las de aquellos cuyo consumo es “normal”, atendiendo a la puntuación obtenida en el AUDIT. El resultado permite interpretar que, en buena medida, en la base del consumo hay también implícitas diferentes creencias o percepciones, en especial en lo tocante a los supuestos “beneficios” asociados al consumo de alcohol, que son maximizados por aquellos que presentan un consumo considerado potencialmente de riesgo.

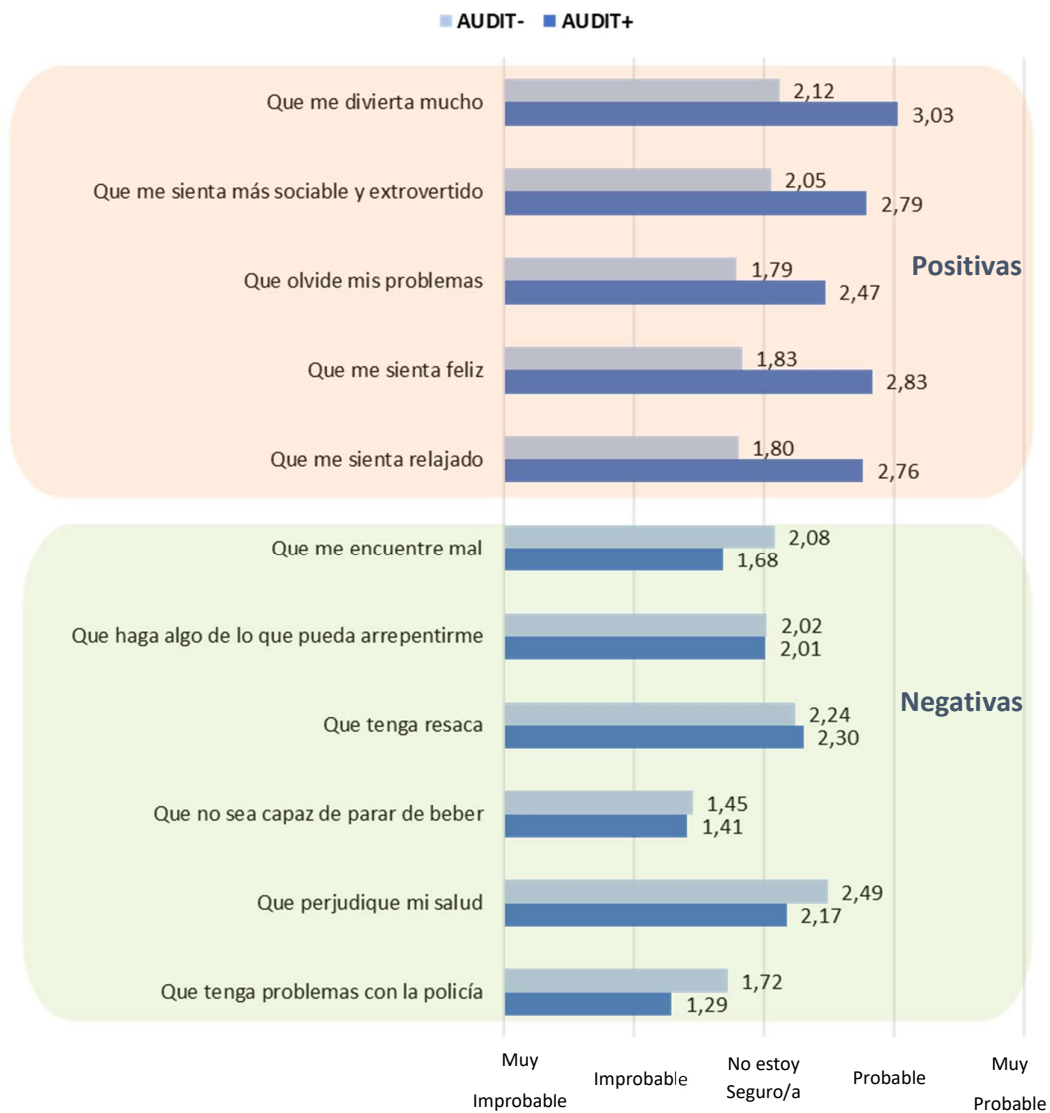
**Tabla 50**

*Creencias y expectativas asociadas al consumo de alcohol según el AUDIT*

	AUDIT-	AUDIT+	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>CREENCIAS POSITIVAS</b>				
Que me divierta mucho	2,12	3,03	-13,782	<b>0,000</b>
Que me sienta más sociable y extrovertido	2,05	2,79	-10,066	<b>0,000</b>
Que olvide mis problemas	1,79	2,47	-9,110	<b>0,000</b>
Que me sienta feliz	1,83	2,83	-14,937	<b>0,000</b>
Que me sienta relajado	1,80	2,76	-13,704	<b>0,000</b>
<b>CREENCIAS NEGATIVAS</b>				
Que me encuentre mal	2,08	1,68	5,517	<b>0,000</b>
Que haga algo de lo que pueda arrepentirme	2,02	2,01	0,198	0,843
Que tenga resaca	2,24	2,30	-0,689	0,491
Que no sea capaz de parar de beber	1,45	1,41	0,518	0,604
Que perjudique mi salud	2,49	2,17	4,124	<b>0,000</b>
Que tenga problemas con la policía	1,72	1,29	5,491	<b>0,000</b>

**Figura 29**

Creencias y expectativas asociadas al consumo de alcohol según el AUDIT



### 7.6.3. CONSUMO DE PARES

Otra variable de interés como indicador del grado de normalización del consumo de alcohol entre los adolescentes dominicanos, al mismo tiempo que por su papel modulador del consumo, es el *consumo entre los pares*. Los porcentajes que se recogen en la siguiente tabla resultan en buena medida coherentes con las tasas de consumo recogidas en el epígrafe 4.1. El alcohol es la sustancia cuyo consumo se encuentra más normalizado entre los adolescentes dominicanos. El 70,2% refiere que al menos alguno de sus amigos bebe alcohol, e incluso un 37,3% consideran que lo hacen *la mayoría o todos*.

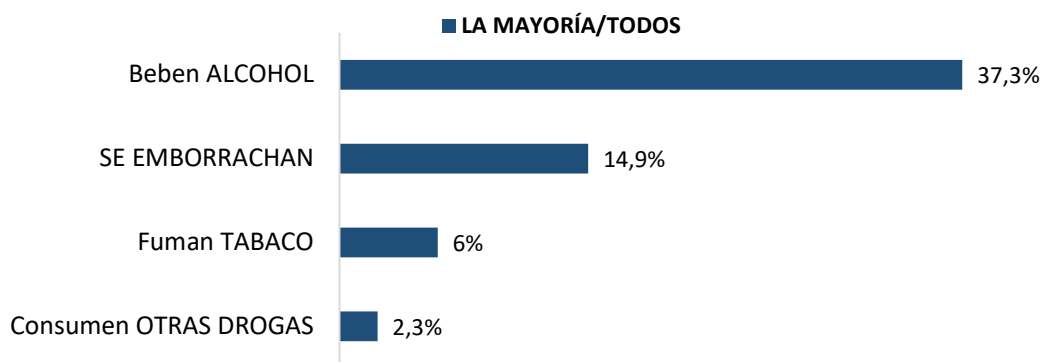
**Tabla 51**

*Consumo de alcohol y otras sustancias entre los pares*

<i>¿Cuántos de tus amigos...</i>	Ninguno (%)	Pocos (%)	Algunos (%)	La Mayoría (%)	Todos (%)
<b>...beben ALCOHOL?</b>	10,5	19,2	32,9	30,6	6,7
<b>...se EMBORRACHAN?</b>	27,4	30,3	27,4	12,5	2,4
<b>...fuman TABACO?</b>	61,4	19,5	13,1	5,1	0,8
<b>...consumen OTRAS DROGAS?</b>	79,3	13,4	4,9	1,7	0,6

**Figura 30**

*Consumo de alcohol y otras sustancias entre los pares*



No se aprecian grandes diferencias en función del Sexo, salvo en el caso de las borracheras, siendo mayor el porcentaje obtenido en esta ocasión para las chicas, aunque se trata de apenas tres puntos porcentuales (16,2% vs 12,9%). Podría interpretarse también que las chicas son, en cierta medida, más conscientes del consumo de alcohol en su entorno.

**Tabla 52**

*Consumo de pares (Mayoría/Todos) según el Sexo*

	<b>Chicos (%)</b>	<b>Chicas (%)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Beben Alcohol</b>	35,9	38,3	1,014	0,314
<b>Se Emborrachan</b>	12,9	16,2	3,851	<b>0,049</b>
<b>Fuman Tabaco</b>	6,1	5,9	0,014	0,906
<b>Consumen Otras Drogas</b>	2,7	2,1	0,414	0,520

Sí que se aprecian diferencias significativas en función de la Edad, constatándose un salto cualitativo (con el incremento mayor) en el tránsito de los 13 a los 14 años. Otro dato interesante es que con 17 años más de la mitad (57,2%) de los adolescentes señala que la mayoría o todos sus amigos beben alcohol e incluso casi 1 de cada 4 (23,7%) que se emborrachan.

**Tabla 53**

*Consumo de los pares (Mayoría/Todos) según la Edad*

	<b>13 (%)</b>	<b>14 (%)</b>	<b>15 (%)</b>	<b>16 (%)</b>	<b>17 (%)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b><i>p</i></b>
<b>Beben Alcohol</b>	10,2	25,6	39,5	43,9	57,2	172,174	<b>0,000</b>
<b>Se Emborrachan</b>	2,8	13,2	13,4	17,7	23,7	55,781	<b>0,000</b>
<b>Fuman Tabaco</b>	2	4,2	6	7	9,3	17,405	<b>0,002</b>
<b>Consumen Otras Drogas</b>	1,6	2,1	2,3	2,5	3,1	1,702	0,790

También se aprecian diferencias significativas por Distritos, volviendo a encontrarse los porcentajes más elevados en el Distrito Nacional y en Santo Domingo Oeste.

**Tabla 54**

*Consumo de los pares (Mayoría/Todos) según el Distrito*

	<b>Distrito Nacional (%)</b>	<b>Santo Domingo Norte (%)</b>	<b>Santo Domingo Este (%)</b>	<b>Santo Domingo Oeste (%)</b>	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Beben Alcohol</b>	49,6	35,4	28,1	48,8	65,864	<b>0,000</b>
<b>Se Emborrachan</b>	21,1	14	8,3	29,9	61,958	<b>0,000</b>
<b>Fuman Tabaco</b>	13	3,2	3,4	7,1	63,236	<b>0,000</b>
<b>Consumen Otras Drogas</b>	4,2	1,6	1,5	3,9	12,734	<b>0,005</b>

Para intentar analizar el papel que el consumo entre los pares puede tener en el consumo de riesgo de los adolescentes, se llevaron a cabo una vez más diferentes comparaciones respecto al comportamiento en el AUDIT. Tal y como se recoge en la tabla 55, el hecho de que la mayoría o todos los pares consuman alcohol o se emborrachen hace que se multiplique por 3 o por 4 la tasa de positivos.

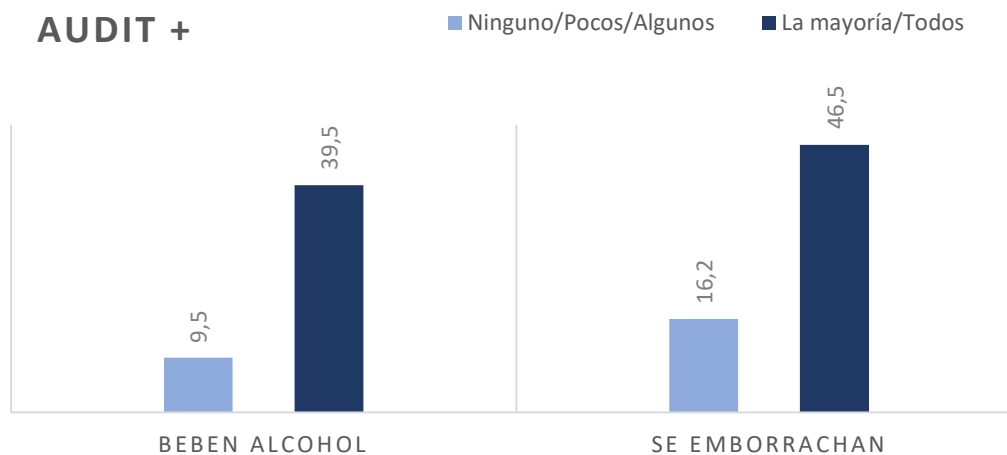
**Tabla 55**

*Consumo de Riesgo según Consumo de Pares*

<b>Consumen alcohol</b>			
	Nada/Pocos/Algunos (%)	La Mayoría/Todas Consumen Alcohol (%)	$\chi^2$
<b>AUDIT+</b>	9,5	39,5	256,236
			<i>p</i>
			<b>0,000</b>
<b>Se emborrachan</b>			
	Nada/Pocos/Algunos (%)	La Mayoría/Todas Consumen Alcohol (%)	$\chi^2$
<b>AUDIT+</b>	16,2	46,5	139,728
			<i>p</i>
			<b>0,000</b>

Figura 31

Consumo de Riesgo según Consumo de Pares



#### 7.6.4. CONSUMO FAMILIAR

En el siguiente apartado se analiza el consumo por parte de los progenitores y hermanos/as. Como se puede comprobar, el consumo de alcohol en el entorno familiar es un hecho constatable en un porcentaje nada despreciable de casos, especialmente por parte de la figura paterna. El 27% de los adolescentes refiere que su padre consume alcohol al menos alguna vez por semana (el 4,9% todos o casi todos los días). Estos porcentajes alcanzan el 15,5% y el 2,5% en el caso de los hermanos.

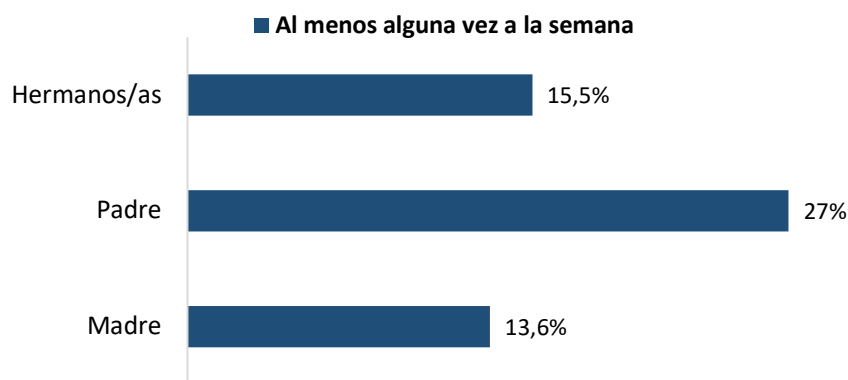
Tabla 56

Consumo de alcohol por parte de progenitores y hermanos

	Nunca/Casi Nunca (%)	Alguna vez al mes (%)	Alguna vez a la semana (%)	Todos/Casi todos los días (%)
Madre bebe alcohol	50,8	35,6	12,4	1,2
Padre bebe alcohol	33,5	39,6	22,1	4,9
Hermanos/as beben alcohol	58,6	25,8	13	2,5

Figura 32

Consumo de alcohol por parte de progenitores y hermanos



Para completar la información anterior se preguntó también si “¿Alguna vez alguien de tu familia ha tenido problemas por el consumo de alcohol u otras drogas?”, o si “¿Alguna vez alguien de tu familia ha recibido tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas o ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos?”. La respuesta fue afirmativa en el primer caso para un 29,3% de los participantes en el estudio y en el segundo caso para un 10%. Ambos datos complementan la información presentada hasta aquí y revelan la existencia de una preocupante normalización del consumo en la República Dominicana.

Tabla 57

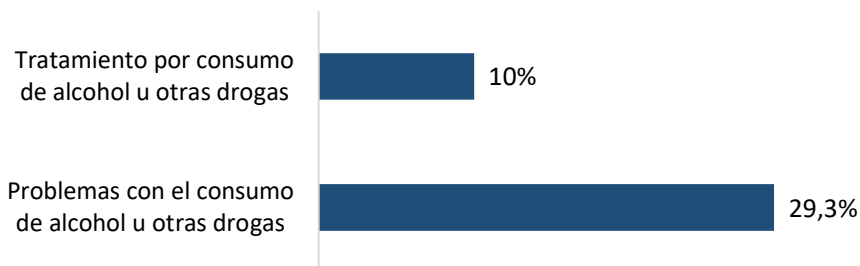
Problemas por consumo de alcohol o drogas por parte de familiares

¿Alguna vez alguien de tu familia...	NO (%)	SÍ, POR DROGAS (%)	SÍ, POR ALCOHOL (%)	SÍ, POR AMBAS (%)
... ha tenido problemas por el consumo de alcohol u otras drogas?	70,7	4	23,1	2,2
... ha recibido tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas o ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos?	90	3,2	5,9	0,9



**Figura 33**

*Problemas por consumo de alcohol o drogas por parte de familiares*



No se aprecian grandes diferencias en función del Sexo, salvo en el caso de la “sensibilidad” que chicas y chicos tienen respecto a la presencia de miembros de la unidad familiar con problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas, significativamente mayor en el caso de ellas (32,1% vs. 25%).

**Tabla 58**

*Consumo de alcohol en la familia (al menos alguna vez a la semana), Problemas y Tratamiento según el Sexo*

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Consumo madre</b>	12,5	14,3	1,145	0,255
<b>Consumo padre</b>	26,7	27	0,009	0,923
<b>Consumo hermanos/as</b>	14,2	16,4	1,562	0,211
<b>Problemas por consumo de alcohol u otras drogas</b>	25	32,1	11,501	<b>0,001</b>
<b>Tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas</b>	10,3	9,7	0,131	0,717

La Edad que implica ciertas diferencias, especialmente en el caso del consumo por parte de los hermanos, más habitual a medida que aumenta la edad, al igual que en la presencia de problemas de consumo y en la necesidad de tratamiento por parte de algún miembro de la familia.

Tabla 59

Consumo de alcohol en la familia, Problemas y Tratamiento según la Edad

	13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	17 (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Consumo madre</b>	9,6	12,8	16,9	12,3	14	9,325	0,053
<b>Consumo padre</b>	27	25,5	29,3	23,9	29	4,843	0,304
<b>Consumo hermanos</b>	14,3	13,9	14,7	13	22,9	17,054	<b>0,002</b>
<b>Problemas por consumo de alcohol u otras drogas</b>	22,4	24	29,3	31,7	36,9	22,282	<b>&lt;0,001</b>
<b>Tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas</b>	9,5	7	9,3	9,7	14,9	13,830	<b>0,008</b>

También se aprecian diferencias por Distritos. Aunque en esta ocasión la pauta no resulte tan clara, por lo general los porcentajes más altos se detectan en el Distrito Nacional.

Tabla 60

Consumo de alcohol en la familia, Problemas y Tratamiento según el Distrito

	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Consumo madre</b>	17,4	12	11,6	17,6	11,658	0,009
<b>Consumo padre</b>	32,7	20,7	29,1	25,8	22,930	<0,001
<b>Consumo hermanos/as</b>	22,4	11,4	13,4	23	32,921	<0,001
<b>Problemas por consumo alcohol u otras drogas</b>	28,3	29,8	30,1	26,8	0,962	0,810
<b>Tratamiento por consumo alcohol u otras drogas</b>	15	7,8	9,2	5,5	21,169	<0,001

Para intentar analizar el papel modulador que el consumo familiar puede tener en el consumo de riesgo de los adolescentes, se llevaron a cabo diferentes comparaciones respecto al comportamiento en el AUDIT. Se ha podido comprobar que efectivamente la familia posee una influencia significativa, especialmente el consumo por parte de los hermanos. Cuando estos consumen alcohol de manera habitual la tasa de positivos en el AUDIT se duplica.

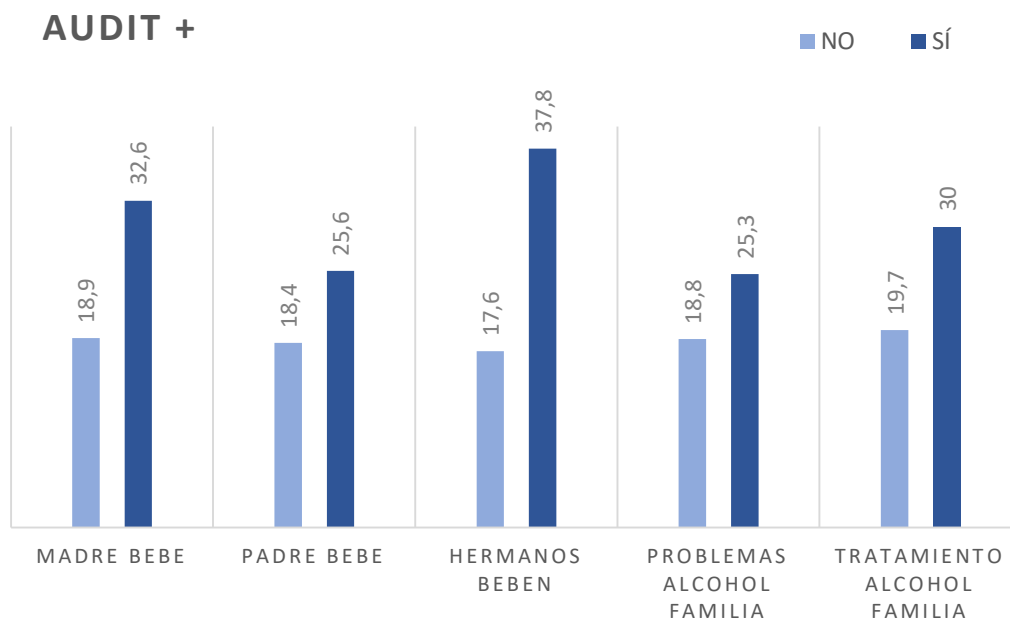
**Tabla 61**

Consumo de Riesgo según Consumo de alcohol en la familia, Problemas y Tratamiento

<b>Madre consume alcohol</b>				
	Nunca-Ocasionalmente	Al menos semanalmente	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>AUDIT+</b>	18,9%	32,6%	25,741	<0,001
<b>Padre consume alcohol</b>				
	Nunca-Ocasionalmente	Al menos semanalmente	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>AUDIT+</b>	18,4%	25,6%	11,966	0,001
<b>Hermanos/as consumen alcohol</b>				
	Nunca-Ocasionalmente	Al menos semanalmente	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>AUDIT+</b>	17,6%	37,8%	60,091	<0,001
<b>Familia con problemas alcohol/drogas</b>				
	NO	SÍ	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>AUDIT+</b>	18,8%	25,3%	10,253	0,001
<b>Familia tratamiento por alcohol/drogas</b>				
	NO	SÍ	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>AUDIT+</b>	19,7%	30%	11,005	0,001

**Figura 34**

Consumo de Riesgo según Consumo de alcohol en la familia, Problemas y Tratamiento

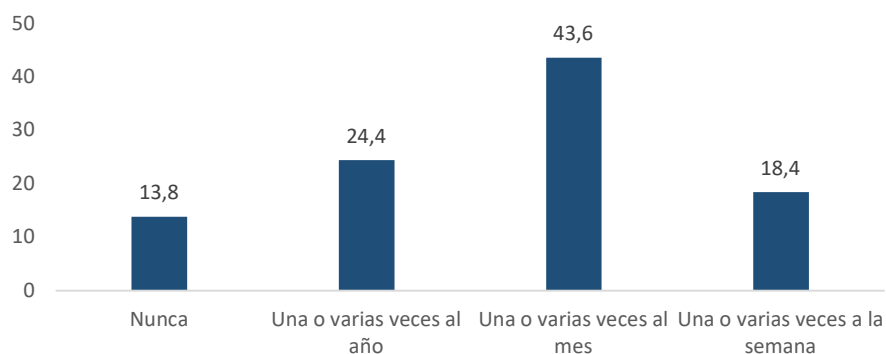


### 7.6.5. OTRAS VARIABLES

En el siguiente epígrafe se abordan otros tres aspectos señalados en la literatura como variables moduladoras del consumo de sustancias: (1) la frecuencia con la que los adolescentes salen a divertirse, (2) la hora de llegada a casa y (3) el dinero disponible. Como se puede ver en la figura 35, casi la mitad de los adolescentes dominicanos acostumbra a salir a divertirse una o varias veces al mes (43,6%), e incluso un 18,4% suele salir uno o varios días en la misma semana.

**Figura 35**

*Frecuencia con la que los adolescentes salen a divertirse*



No se aprecian diferencias significativas en función del Sexo, pero sí de la Edad y del Distrito. Es concretamente en el Distrito Nacional donde los adolescentes salen a divertirse con mayor frecuencia.

**Tabla 62**

*Frecuencia con la que los adolescentes salen a divertirse según el Sexo*

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Nunca</b>	14	13,6	3,743	0,291
<b>Una o varias veces al año</b>	23,9	24,6		
<b>Una o varias veces al mes</b>	41,8	44,7		
<b>Una o varias veces a la semana</b>	20,3	17		

**Tabla 63**

*Frecuencia con la que los adolescentes salen a divertirse según la Edad*

	13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	17 (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Nunca</b>	27,2	22,5	8,5	10,5	7	137,286	<0,001
<b>Una/varias veces al año</b>	27,6	27,7	25,3	21,8	20,6		
<b>Una/varias veces al mes</b>	37,8	36,3	47,8	46,8	44,8		
<b>Una/varias a la semana</b>	7,5	13,5	18,3	20,9	27,6		

**Tabla 64**

*Frecuencia con la que los adolescentes salen a divertirse según el Distrito*

	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Nunca</b>	10,1	17,7	9,9	27,6	134,172	<0,001
<b>Una/varias al año</b>	21,5	29,9	21,2	27,6		
<b>Una/varias al mes</b>	38,7	40,2	54,2	23,6		
<b>Una/varias a la semana</b>	29,6	13,1	14,6	21,3		

Por lo que se refiere a la *Hora de Llegada a Casa*, la mayoría acostumbra a llegar antes de las 12h, 1 de cada 3 entre las 12h y las 2 de la madrugada y sólo 1 de cada 10 a partir de esa hora. Los chicos, acostumbran a llegar un poco más tarde que las chicas.

**Figura 36**

*Hora habitual de llegada a casa cuando los adolescentes salen a divertirse*

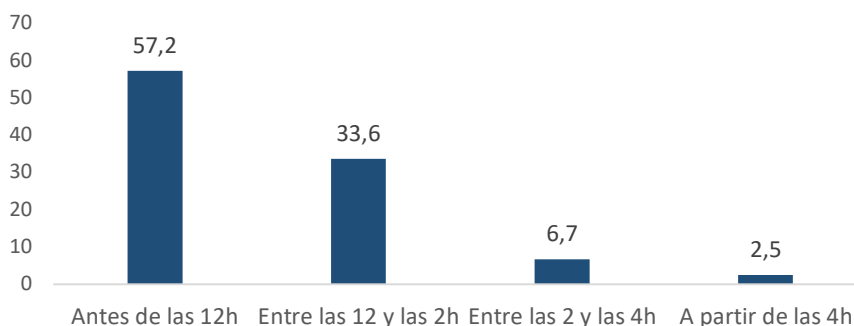


Tabla 65

*Hora de llegada a casa según el Sexo*

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Antes de las 12h	52,5	60,1		
Entre las 12 y las 2h	36,3	31,9	13,654	0,003
Entre las 2 y las 4h	8,7	5,5		
A partir de las 4h	2,5	2,5		

Al observar la tabla 66 se hace evidente que la hora de llegada a casas se retrasa significativamente con la edad.

Tabla 66

*Hora de llegada a casa por Edad*

	13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	17 (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Antes de las 12h	82,7	70,7	49,7	56,9	38,9		
Entre las 12 y las 2h	14,5	23,5	41,1	33,3	45	152,796	<0,001
Entre las 2 y las 4h	1,4	3,8	7,8	6,9	11,1		
A partir de las 4h	1,4	2	1,4	2,8	5		

Con respecto a la hora de llegada a casa por distritos, si bien el patrón no resulta tan claro, comparativamente los adolescentes del Distrito Nacional son los que suelen llegar más tarde a casa, sobre todo si se compara con los de Santo Domingo Este.

Tabla 67

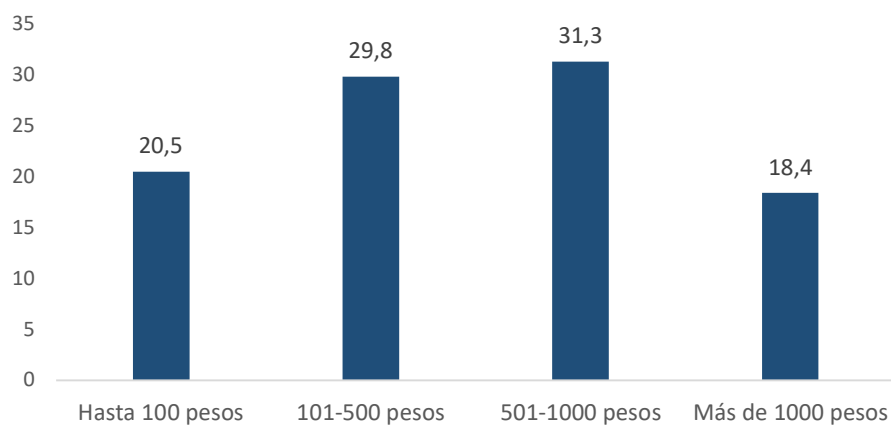
*Hora de llegada a casa según el Distrito*

	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
Antes de las 12h	38,8	70,7	54,6	72,8		
Entre las 12 y las 2h	44,6	22,6	39,6	15,8	166,936	<0,001
Entre las 2 y las 4h	13,3	3,4	4,9	7,9		
A partir de las 4h	3,3	3,3	0,9	3,5		

En cuanto al *Dinero disponible para salir*, la heterogeneidad es manifiesta. Si bien 1 de cada 5 suele contar con menos de 100 pesos, otro 1 de cada 5 dispone de más de 1000. Se han detectado de nuevo diferencias significativas entre chicos y chicas, siendo los chicos los que disponen de más dinero para salir.

**Figura 37**

*Dinero disponible para salir*



**Tabla 68**

*Dinero disponible para salir según el Sexo*

	Chicos (%)	Chicas (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Hasta 100 pesos</b>	20	20,9	51,621	<0,001
<b>101-500 pesos</b>	22,8	34,2		
<b>501-1000 pesos</b>	32,1	30,8		
<b>Más de 1000 pesos</b>	25	14,2		

Son evidentes de nuevo las diferencias tanto por edad como por distritos. La disponibilidad es significativamente mayor a medida que aumenta la edad y en el Distrito Nacional. La menor disponibilidad económica se detecta en Santo Domingo Oeste.

Tabla 69

*Dinero disponible para salir según la Edad*

	13 (%)	14 (%)	15 (%)	16 (%)	17 (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Hasta 100 pesos</b>	39,5	29,2	16,7	13,6	13	171,981	<0,001
<b>101-500 pesos</b>	31,6	35,4	32,8	28	20,3		
<b>501-1000 pesos</b>	17,4	25,5	31,4	36,6	40		
<b>Más de 1000 pesos</b>	11,5	9,9	19,1	21,8	26,8		

Tabla 70

*Dinero disponible para salir según el Distrito*

	Distrito Nacional (%)	Santo Domingo Norte (%)	Santo Domingo Este (%)	Santo Domingo Oeste (%)	$\chi^2$	<i>p</i>
<b>Hasta 100 pesos</b>	16,7	25,6	15,4	36,2	91,129	<0,001
<b>101-500 pesos</b>	21,8	34,8	30,5	29,8		
<b>501-1000 pesos</b>	38,3	25,1	34,8	18,1		
<b>Más de 1000 pesos</b>	23,2	14,5	19,3	15,7		

Para terminar, al igual que en apartados anteriores, se llevaron a cabo diferentes comparaciones respecto al comportamiento en el AUDIT. Se ha podido constatar que las tres variables (Frecuencia de salida, Hora de llegada y Dinero disponible) tienen un papel modulador importante del consumo de riesgo. Así, por ejemplo, la tasa de positivos de aquellos que salen de fiesta una o varias veces a la semana es 4 veces mayor que las que salen sólo una o varias veces al año. La tasa de positivos entre los que suelen llegar a partir de las 4 de la madrugada a casa es 5 veces mayor que la de aquellos que llegan antes de las 12 de la noche. Y la tasa de positivos entre los que disponen de más de 1000 pesos para salir es más de 3 veces superior a la de aquellos que cuentan con menos de 100 pesos.

Si combinamos las tres variables, podríamos añadir que el porcentaje de positivos en el AUDIT entre aquellos adolescentes que salen una o varias veces a la semana, acostumbran a llegar a casa a partir de las 4 de la madrugada y disponen de más de 1.000 pesos para salir asciende al 90%. De igual modo, el porcentaje de aquellos que, en el transcurso del último mes, consumieron 3 o más bebidas alcohólicas en una misma noche



(primer indicador de CIA) asciende al 60%; el de los que consumieron 6 o más bebidas alcohólicas en una misma noche (segundo indicador de CIA) asciende a un 35%; y el de los que reconocen haberse emborrachado en el último mes al 40%.

**Tabla 71**

*Consumo de Riesgo según Frecuencia de salida, Hora de llegada y Dinero disponible*

<b>Frecuencia salir de fiesta</b>						
	Nunca	Anual	Mensual	Semanal	$\chi^2$	$p$
<b>AUDIT+</b>	5,8%	11,4%	19,7%	46,7%	215,452	<0,001
<b>Hora de llegada</b>						
	Antes 12	Entre 12 y 2h	Entre 2h y 4h	A partir 4h	$\chi^2$	$p$
<b>AUDIT+</b>	12,3%	27,6%	61,1%	66%	234,546	<0,001
<b>Dinero disponible para salir</b>						
	Hasta 100RD\$	Entre 101 y 500RD\$	Entre 501y 1000RD\$	Más de 1000RD\$	$\chi^2$	$p$
<b>AUDIT+</b>	11,4%	14,7	21,5%	39,8%	60,091	<0,001



## 8. DISCUSIÓN





## 8.1. TASAS Y HÁBITOS DE CONSUMO

Es bien sabido que el uso de sustancias psicoactivas en general y de alcohol particular representa un serio problema de salud a nivel mundial. Tanto así, que los informes internacionales más actuales contemplan que sólo en la región de *Las Américas* más de 300.000 muertes estuvieron relacionadas con el alcohol y en 80.000 de esos casos el alcohol fue la causa determinante (CICAD, 2019). En este sentido, conocer las **tasas de consumo de alcohol**, así como los hábitos y las variables relacionadas con el mismo suponen un potente y confiable indicador de severidad del problema. Sin embargo, en la República Dominicana este fenómeno no había sido monitoreado adecuadamente desde hace más de dos décadas, a pesar de que tanto las costumbres de la vida diaria de su gente, como la demanda de atención sanitaria, médica y psicológica, por efectos vinculados al uso nocivo del alcohol hacen suponer que la sociedad dominicana puede estar enfrentando un problema multidimensional y multigeneracional relacionado con el consumo de esta sustancia. El foco de atención recae especialmente sobre los adolescentes por ser la población más vulnerable al impacto de los efectos adversos de las drogas en general. Por esa razón, en este estudio se consideró pertinente profundizar en el conocimiento de los patrones y hábitos de consumo de este segmento de la población.

Los resultados hallados son congruentes con la hipótesis de partida y muestran que actualmente en la República Dominicana el 69,6% de los jóvenes con edades comprendidas entre los 13 y los 17 años autoinforman haber consumido alcohol *alguna vez en la vida*. Cuando se publicó la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas llevada a cabo por el Consejo Nacional de Drogas de la República Dominicana en el año 2008 se hablaba de una tendencia a la disminución en el consumo de sustancias legales. En ese momento, los datos identificaban un 3,17% menos de adolescentes consumidores de alcohol comparado con los datos del 2004 donde se estimó una tasa de consumo del 66,97% (Consejo Nacional de Drogas, 2009). Sin más datos conocidos desde esa fecha hasta la realización de este estudio, los resultados actuales muestran que durante las últimas décadas la tasa de consumo ha seguido creciendo en el país con un 5,8% más de menores que han consumido alcohol alguna vez en la vida.

La interpretación de los resultados de este trabajo con respecto a los llevados a cabo en otros contextos internacionales debe ser hecha con cautela, debido a que las franjas de edad varían de unos estudios a otros. Por ejemplo, los estudios de la OMS proporcionan información sólo de adolescentes de entre 15 y 19 años, por lo que no pueden arrojar luz sobre el consumo de los menores de esta franja de edad a pesar de que es bien sabido que desde los 13 años los adolescentes de otros países ya han informado de consumos de alcohol (Rial et al., 2020). Sin embargo, al margen de estas limitaciones, los datos resultan orientativos e interesantes puesto que la tasa de consumo de la República Dominicana se sitúa significativamente por encima de la del resto de Latinoamérica y el Caribe, que según los datos más actuales de la OMS se sitúa en un 49,3% (*World Health Organization*, 2018). Las elevadas tasas de consumo en la República Dominicana son congruentes con el planteamiento de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de que los niveles de consumo varían ampliamente entre los países de la región, sabiendo que existen algunos países en Latinoamérica y el Caribe con prevalencias de hasta el 75% (CICAD, 2019). Los datos indican que la República Dominicana se encuentra entre los países con más consumidores menores de edad de la región y posiblemente del mundo. De hecho, si comparamos su tasa de consumo en adolescentes con la de Europa, que es la región que tiene la prevalencia más alta del mundo con un 51.2% en población de 15 a 19 años (*World Health Organization*, 2018), se puede ver que la prevalencia de la República Dominicana aún se sitúa por encima. No obstante, en Europa también existe un consumo desigual entre los países de la región y en términos de similitudes culturales, la comparación más equivalente sería específicamente con las tasas de consumo de España, por ser el único país latino de la región europea. Desde esta perspectiva, se puede ver que con una tasa de consumo del 77,9%, la proporción de adolescentes españoles consumidores sí se sitúa por encima de la proporción de adolescentes dominicanos consumidores de alcohol (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019). Sin embargo, teniendo en cuenta el incremento en la tasa de consumo de los dominicanos en los últimos años, cabe suponer que en un espacio previsiblemente corto de tiempo los adolescentes dominicanos igualen o incluso superen los índices de consumo de España.

En un análisis más minucioso, atendiendo a indicadores de tiempo más específicos, se puede ver que el 63,7% de adolescentes han tomado alcohol durante el último año. Así mismo, este indicador también informa de un incremento con respecto al último estudio

llevado a cabo en el país. La tasa de consumo durante el último año hallada en el estudio llevado a cabo durante el año 2008 informaba de una prevalencia del 48,6% (Consejo Nacional de Drogas, 2009), lo que supone, considerando los datos actuales, un incremento del 15,1%.

Sin embargo, el problema más preocupante no es sólo el hecho de que más la mitad de los menores de edad dominicanos hayan consumido alcohol durante el último año o que casi tres de cada cuatro lo hayan tomado alguna vez en su vida. Una cuestión aún más preocupante es el patrón de crecimiento que tiene la tasa de consumo en las primeras edades de la adolescencia, donde uno de cada tres niños de 13 años ha consumido alcohol durante el último año, a los 14 ya lo hicieron más de la mitad y a los 15 el consumo alcohol parece haberse consolidado ya como una práctica frecuente donde una importante mayoría, que se acerca a las tres cuartas partes de los adolescentes, ya lo han consumido. En particular, en Santo Domingo Oeste y en Santo Domingo Norte casi las tres cuartas partes de sus jóvenes han consumido alcohol durante el último año. Y en el Distrito Nacional y en Santo Domingo Este también lo hicieron más de la mitad. Y no solo han consumido, sino que en muchos casos hacen un consumo intensivo de alcohol. Por ejemplo, en el Distrito Nacional casi las tres cuartas partes de los adolescentes tomaron 6 o más consumiciones o llegaron a emborracharse y la misma cantidad de adolescentes de Santo Domingo Oeste también informan haberse embriagado durante el último año.

Estas tasas de consumo tan elevadas a edades tan tempranas permiten suponer que variables de tipo social relacionadas con una visión positiva hacia el consumo y la aceptación social, y posiblemente familiar, podrían estar desempeñando un papel esencial tanto en la edad de inicio como en el rápido crecimiento de la tasa de consumo en los primeros años de la adolescencia. Esta hipótesis es congruente con diversos modelos teóricos como la *teoría de la acción razonada* de Fishbein y Ajzen (1975) o la *teoría de la conducta problema* de Jessor y Jessor (1977) donde las creencias y las expectativas determinan la posibilidad de llevar a cabo la conducta de consumo; la *teoría integrativa de la conducta desviada* de Kaplan (1996), que parte del principio de la necesidad de aceptación social, donde la aprobación de la conducta por parte de personas significativas para el individuo aumentan la probabilidad de que ésta se mantenga o la *teoría de la socialización primaria* de Oetting y Donnermeyer, (1998), donde las conductas llevadas a cabo por la familia o los pares aumentan la probabilidad de que el individuo las imite por considerarlas parte de las normas sociales.

Por otra parte, con respecto a los demás países de la región la tasa de consumo de alcohol en población adolescente de la República Dominicana se sitúa a la cabeza. Los datos internacionales más actuales informan que Antigua y Barbuda, Argentina, Barbados, Chile, Colombia, Dominica, Granada, Paraguay, San Vicente y *Las Granadinas*, Santa Lucía, Surinam y Uruguay son los países de la región con mayor tasa de consumo de alcohol durante el último año en población adolescente con una proporción de alrededor del 50%. Otros países caribeños como Bahamas, *Belize*, Jamaica, San Kitts & Nevis y Trinidad y Tobago, también registran índices de prevalencia similares, que oscilan entre el 40% y 50% (CICAD, 2019). La República Dominicana con una tasa de consumo del 63,7% tiene una proporción de adolescentes que ha consumido alcohol durante el último año superior al promedio de todos ellos. No obstante, tomando los datos de la región en conjunto, se aprecia que las prevalencias del Caribe son elevadas para prácticamente todos los países, lo que permite inferir que, independientemente del rol de otros factores, deben existir variables culturales vinculadas al consumo de alcohol.

Así mismo, La República Dominicana tiene una tasa de consumo bastante similar a la de España. Aunque la prevalencia de República Dominicana es más baja que la hallada en algunos estudios como la Encuesta EDADES (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019) otros trabajos que incluyen en su muestra participantes más jóvenes encuentran prevalencias similares entre ambos países (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). Además, igual que ocurre en España, existe un período crítico entre los 14 y los 15 años en donde la tasa de consumo se intensifica con respecto a las edades superiores. En población dominicana este punto crítico se inicia a los 13 años y se mantiene durante los 14 años también, convirtiéndose en el período crítico de más vulnerabilidad en relación con el consumo de alcohol.

Continuando con el análisis de la tasa de consumo de alcohol atendiendo a indicadores de tiempo, el consumo del *último mes* de los adolescentes dominicanos se sitúa en el 34,7%. Con respecto a los datos conocidos, la proporción de estudiantes que informó consumo actual prácticamente se ha mantenido estable durante los últimos años, puesto que en el estudio del 2008 se situaba en un 31,4% (Consejo Nacional de Drogas, 2009). Sin embargo, igual que ocurría con los consumos del último año, la principal preocupación gira en torno a las tasas de consumo por edades. Casi el 15% de los niños de 13 años han consumido alcohol durante los 30 días previos a la recogida de datos de este estudio. Pero a los 15 años ese porcentaje es más del doble (35,8%) y a los 17 años



más de la mitad de los adolescentes (51,5%) ya han consumido alcohol durante los últimos 30 días. Estos datos implican, no sólo que las tasas de consumo son elevadas independientemente de la franja de tiempo en la que se quieran medir, sino que el consumo de alcohol inicia en edades tempranas y con prevalencias que se multiplican exponencialmente en un período corto de tiempo.

Claramente Santo Domingo Oeste sigue siendo el municipio que presenta la mayor proporción de jóvenes consumidores de alcohol y el Distrito Nacional se sitúa en segundo lugar con una prevalencia muy similar, próxima al 50%. Por su parte, Santo Domingo Norte, que en la tasa de consumo del último año tenía la segunda más alta, en el consumo del último mes tiene la más baja de todos los Distritos. Lo que permanece igual en ambos marcos temporales (último mes y último año) es la prevalencia de consumos intensivos de alcohol, donde el Distrito Nacional se sitúa por delante, aunque relativamente cerca de la prevalencia de Santo Domingo Oeste.

Con respecto a los demás países de la región, la tasa de consumo del último mes de la República Dominicana se mantiene dentro del promedio. Tanto países de Centroamérica y Sudamérica (México, *Belice*, Chile, Surinam y Uruguay) como específicamente del Caribe (Antigua y Barbuda, Barbados, Dominica y Granada) sitúan su tasa de consumo del último mes entre el 30 y el 40% en estudiantes de secundaria (CIDAD, 2019). Sin embargo, más allá del indicador general de prevalencia del último mes, el consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanza secundaria en Latinoamérica y el Caribe aumenta rápidamente a medida que aumenta la edad. Para todos los países de la región de los que se tienen datos, existe un salto muy marcado en las tasas de consumo entre los 13 y los 15 años pasando en casi todos los casos a duplicarse en ese intervalo de tiempo (CICAD). Este patrón es coherente con los resultados obtenidos en la República Dominicana y confirma que entre los 13 y los 15 años existe un punto crítico que debe ser tomado en cuenta de cara a la intervención preventiva y a la promoción de la salud.

En resumen, se puede concluir que la tasa de consumo de alcohol en la población adolescente dominicana es considerablemente elevada entre los estudiantes más jóvenes, y muy preocupante entre los que se acercan a la adultez. No sólo por la prevalencia existente, sino por el patrón de crecimiento que ha experimentado la tasa de consumo durante los últimos años. Además, se ha podido evidenciar que algunos municipios de

Santo Domingo, como Santo Domingo Oeste y el Distrito Nacional, son los más vulnerables.

Los datos muestran que el alcohol es, sin duda, la sustancia psicoactiva preferida por los adolescentes dominicanos, pero no es la única que consumen. Durante las últimas décadas el consumo de **tabaco** se ha ido incrementando hasta ocupar la segunda posición en el ranking de las sustancias más consumidas, seguido por el cannabis y desplazando a los sedantes de la segunda a la cuarta posición con respecto a los estudios anteriores. Las tasas de consumo actuales, donde la mayor prevalencia recae sobre el alcohol, a la que le siguen en este mismo orden el tabaco, el cannabis, los sedantes y por último las demás sustancias es coherente con la tasa de consumo informada en la gran mayoría de los países del panorama internacional (Rial et al., 2020; CIDAD, 2019; Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019; Singkom et al., 2019; Do et al., 2018; *World Health Organization*, 2018, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2018).

Si bien es cierto que existe una distancia grande entre la tasa de consumo de alcohol y la de tabaco, el 18,2% de consumidores identificado en este estudio, indican que aproximadamente uno de cada cinco adolescentes en edad escolar ha consumido tabaco *alguna vez en la vida*, el 10,2% lo hicieron durante el *último año* y el 5,1% en el *último mes*. Es importante notar que, igual que ocurre con la tasa de consumo de alcohol, también el consumo de esta sustancia en el país ha experimentado un importante crecimiento entre la población en edad escolar. En el estudio llevado a cabo por el Consejo Nacional de Drogas en el 2008 se informaba que el 10,9% de los estudiantes entrevistados habían fumado alguna vez en su vida, el 3,8% lo habían hecho durante el último año y el 1,9% durante el último mes (Consejo Nacional de Drogas, 2009). La tasa general de consumo se ha incrementado en más de un 7% en estas dos últimas décadas. Si bien es importante señalar que estos datos hacen referencia exclusivamente al uso de tabaco y no se han explorado en este estudio otros usos de la nicotina, por lo que estas prevalencias podrían ser incluso más elevadas. Las tasas de consumo por edades durante el *último año* muestran que con cada año que se incrementa la edad también aumenta el consumo de tabaco, aunque no de una manera tan intensa como ocurría con el alcohol. En el caso del alcohol las prevalencias aumentaban de manera más acentuada entre los 13 y los 15 años, mientras que en el tabaco el intervalo de crecimiento más crítico se sitúa entre los 15 y los 17 años. Además, los saltos en la tasa de consumo en el tabaco son más moderados que en el caso del alcohol entre las diferentes edades. Si la tasa de consumo de una edad a la siguiente,

en el caso del alcohol, podía incrementarse hasta más de un 20%, como ocurría entre los 13 y los 14 años, en el caso del tabaco el incremento es más moderado, en torno al 4% entre las edades que aumenta más, que son de los 15 a los 16 y de los 16 a los 17 años. Respecto al consumo de tabaco del *último mes* por edades, destaca la importante diferencia en la tasa de consumo a los 17 años con respecto a las demás edades, siendo más los adolescentes fumadores de 17 años que los de 15 y 16 juntos. Los datos también muestran que la tasa más alta de consumidores de esta sustancia se concentra en el Distrito Nacional cuya prevalencia está por encima del doble que la de todos los demás municipios juntos, tanto para los consumos del último año como para los del último mes. Respecto a Latinoamérica y el Caribe los países caribeños son los que registran las tasas de consumo más bajas. Atendiendo al consumo del *último mes*, los países con mayor tasa de adolescentes fumadores del Caribe son Dominica y Trinidad y Tobago y registran 7,4%. Con tasas en torno al 5%, que es en donde se sitúa actualmente la República Dominicana, están San Vicente y *Las Granadinas*, Granada y Haití (CICAD, 2019). Es importante notar, que en este informe la Comisión Interamericana situaba a la República Dominicana como el segundo país con la tasa de consumo más baja no solo del Caribe, sino de todos los países del continente americano que habían reportado estadísticas al respecto, al tomar en cuenta para su informe los datos obtenidos por el Consejo Nacional de Drogas de la República Dominicana en su estudio efectuado en el año 2008. Este crecimiento ocurrido durante las dos últimas décadas en la tasa de consumo del último mes, que apenas es de un 3% más, está trasladando al país de una posición de consumo mínimo a un lugar de consumo cercano al promedio con respecto a la región. El uso del tabaco ha sido tradicionalmente mal visto en la mayoría de las sociedades del Caribe, pero los datos están mostrando nuevos patrones que podrían sugerir que se está produciendo un cambio en el sistema de creencias de su población con respecto al uso de la sustancia, lo que se estarían viendo reflejados en las nuevas prevalencias. Con respecto al continente europeo, las tasas de España, con una prevalencia general del 41,3% superan con un amplio margen el 18,2% de adolescentes dominicanos fumadores. Esa misma distancia se ve en la tasa de consumo del último año con un 35% vs. 10,2% y en la del último mes 26,7% vs. 5,2%. Respecto a la tasa de consumo por edades, el pico más alto de crecimiento en el consumo de tabaco en adolescentes españoles ocurre entre los 15 y los 16 años, mientras que en la República Dominicana ocurre ligeramente más tarde, entre los 16 y los 17 años (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

El **cannabis** en la República Dominicana tiene la misma consideración legal y social que las demás drogas ilegales. A diferencia de otros países del Caribe, como Jamaica donde su cultivo y consumo en pequeñas cantidades es legal, en la República Dominicana es ilegal tanto el tráfico como la posesión o el consumo y es penado por la ley. Sin embargo, el uso del cannabis en esta población también ha seguido una marcada línea de crecimiento en las últimas décadas, pasando de una tasa de consumo de *alguna vez en la vida* del 1,7% al 4,9%. El consumo durante el *último año* también creció de un 1% a un 4,4% y el del *último mes* de un 0,4% a un 2% (Consejo Nacional de Drogas, 2009). El hecho de que el consumo de marihuana no sea socialmente aceptado y las personas que usan esta sustancia reciban la misma consideración y tratamiento social, clínico y legal que las que consumen otro tipo de sustancias ilegales podría explicar que la prevalencia se mantenga dentro de límites relativamente bajos en comparación con otros países en los que existe mayor tolerancia al consumo de esta sustancia. Aunque la línea de crecimiento de jóvenes consumidores podría estar indicando un cambio en la percepción social del uso de la marihuana. La tasa de consumo por edades muestra que, al principio de la adolescencia, a los 13 años, las tasas de consumo tanto del último año como del último mes son igual de bajas que para las demás drogas ilegales (0,4%). Pero de los 14 a los 15 años la tasa de consumo de marihuana se duplica y de nuevo de los 15 a los 16 y continúa creciendo, aunque más moderadamente, a los 17 años, dejando como resultado prevalencias que se alejan de las de las demás drogas ilegales. Los rápidos patrones de crecimiento en la tasa de consumo podrían estar alertando de nuevas creencias más positivas con respecto al uso de la marihuana. Además, el análisis por indicadores geográficos revela que en el Distrito Nacional la tasa de consumo es particularmente alta, sobre todo durante el último año, cuya prevalencia es diez veces superior a la de los demás municipios. En la prevalencia del último mes, el Distrito Nacional duplica la tasa de consumo de Santo Domingo Oeste, triplica a la de Santo Domingo Norte y es cuatro veces superior a la de Santo Domingo Este. Respecto a la tendencia de la región en el consumo durante el último año, la República Dominicana es el segundo país del Caribe con menor tasa de consumo de cannabis. Ligeramente por delante de Haití y junto con Honduras en Centroamérica y Venezuela en América del Sur son los que registran la menor prevalencia de adolescentes consumidores de marihuana durante el último año, con una incidencia por debajo del 3%. Si bien es importante apreciar que, aunque la información correspondiente a Honduras y Venezuela fue publicada recientemente (CIDAD, 2019), proviene de insumos recogidos en los años 2005 y 2009 para cada país respectivamente.

Esto plantea la duda de si al actualizar los datos, la tendencia en el consumo se aproximaría a la de los demás países de la región que registran prevalencias considerablemente superiores. En cualquier caso, aunque las tasas de consumo de esta sustancia son relativamente bajas, sobre todo en comparación con la comunidad europea, es importante destacar el hecho de que se está incrementando su uso, por lo que la implementación inmediata de acciones preventivas ayudaría a frenar esta tendencia para evitar alcanzar cifras como las de España, donde el 33% de la población adolescente ha consumido cannabis *alguna vez en la vida*, según datos del 2018, un 27,5% durante el *último año* y un 19,3% en el *último mes* (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019). Las tasas de consumo por edades no son comparables, puesto que, en España, para todas las edades el consumo es muy superior. Sin embargo, aunque las tasas de consumo son diferentes, en las tasas de consumo por edades sí existen patrones similares entre ambos países. En ambos casos, la franja de edad entre los 14 y los 15 años representa el punto de inflexión en el inicio del crecimiento de la prevalencia de consumidores de cannabis. La diferencia es que en la República Dominicana arranca con un crecimiento más moderado que se duplica entre los 15 y los 16 años y en España la tasa de prevalencia comienza a crecer con fuerza desde los 14 años y se mantiene a ese ritmo hasta los 16. En ambos países, después de los 16 la tasa de consumo sigue creciendo después de esta edad, pero a un ritmo más moderado. Por último, repasando las edades críticas identificadas hasta este momento, queda establecido que entre los 13 y los 14 años existe un punto crítico para el consumo de alcohol. Después de este momento, las tasas de consumo del tabaco comienzan a crecer antes o al mismo tiempo que las del cannabis, como ocurre por ejemplo en España (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019), sin embargo, en este trabajo se encontró que, aunque la prevalencia es más alta para el consumo del tabaco que de cannabis en todas las edades, el crecimiento en la tasa de consumo ocurre antes para el cannabis que para el tabaco. Es decir, el salto más grande en la cantidad de fumadores ocurre entre los 16 y los 17 años, mientras que en el consumo de cannabis ocurre más temprano, entre los 15 y los 16 años.

Por su parte, los **sedantes** han sido tradicionalmente una de las sustancias preferidas no sólo por los dominicanos de todas las edades, sino que su uso está ampliamente extendido en la población general de todo Latinoamérica y de forma particular entre los adolescentes. En el año 2004 la tasa general de consumo de esta sustancia alcanzaba el 15,16% y aunque en el 2008 había disminuido aún se situaba en el 12,8%. En ese

momento era la segunda sustancia más consumida por los menores, después del alcohol (Consejo Nacional de Drogas, 2009). Las tasas de prevalencia de entonces situaban a la República Dominicana, junto con Haití como los países con las tasas de consumo de sedantes más elevadas del Caribe y junto con Chile, Bolivia y Surinam, las más elevadas de todo el continente americano (CICAD, 2019). En la actualidad esas prevalencias han disminuido de manera importante, pero aún el 3,6% de adolescentes informan haberlos consumido *alguna vez en su vida*, un 3,2% que los consumió en el *último año* y un 2% lo hizo en el *último mes*. Estas nuevas tasas de consumo suponen una importante mejora con respecto a la situación presente años atrás, pero aún dejan al país dentro del consumo promedio de la región americana. En el contexto del panorama local, el Distrito Nacional vuelve a ser el municipio que registra la tasa de consumo más elevada tanto para el último año como para el último mes. Las tasas de consumo por edades del último año se establecen en el 2% para los estudiantes de 13 años y se mantienen casi constantes hasta los 17 años, con pequeñas modificaciones que van incrementando la prevalencia con el aumento de la edad. El comportamiento de las prevalencias durante el último mes por edades es prácticamente igual, con unas tasas de consumo muy similares a las del último año. Durante los primeros años de la adolescencia, la tasa de prevalencia es más baja que la de las otras drogas legales, pero es más alta que la de las drogas ilegales, lo que podría sugerir un cierto grado de permisividad social o familiar relacionado con su consumo. La prevalencia general se mantiene por debajo de la de España, puesto que el 8,6% de los adolescentes españoles informa haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida y el 6,1% lo ha hecho durante el último año (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019) y esta diferencia se mantiene también en la tasa de consumo por edades. Sin embargo, el consumo durante el último mes es muy similar con un 2,9% en españoles vs. 2% en dominicanos.

También es importante notar, que mientras que la tasa de consumo de sedantes ha disminuido durante las últimas décadas de una manera muy acentuada, la tasa de consumo del cannabis ha aumentado. Y, por otra parte, aunque la tasa de consumo del cannabis a los 13 y los 14 años es inferior a la de los sedantes, a los 15 años las prevalencias se igualan y en las edades siguientes mientras la tasa de consumo de sedantes se queda relativamente estable, la de cannabis continúa creciendo de manera significativa. Esta información podría sugerir que se está produciendo un efecto de sustitución de las sustancias, donde el cannabis se está convirtiendo en el nuevo sedante de la población



adolescente. De ser así, su uso podría estar tan relacionado con estrategias poco saludables para mitigar estados psicológicos perturbadores como con el uso recreativo. Esta idea es coherente con la teoría de la automedicación de Khantzian (1985) del modelo biológico según la cual los individuos empiezan a consumir porque obtienen cierto grado de beneficio, sin tomar en cuenta que a medio y a largo plazo el uso de esas sustancias los está predisponiendo para desarrollar una adicción y con el modelo de Peele (1985) que propone que el consumo podría comenzar con el propósito de aliviar este malestar físico o emocional. Independientemente de que la tasa de consumo sea más o menos alta existe algunos aspectos que preocupan respecto a esta sustancia. El primero está relacionado con la facilidad de acceso a la misma. El artículo 31 de la Ley 50-88 sobre Drogas y Sustancias Controladas exige que estas sustancias sólo puedan ser expedidas por comercios autorizados, mediante receta médica en formularios diseñados por la Dirección Nacional de Control de Drogas. Sin embargo, la realidad es que esta disposición no se respeta estrictamente y son medicamentos de fácil adquisición en cualquier farmacia, independientemente de que no se disponga de la correspondiente receta médica. Y la siguiente preocupación gira en torno al poder adictivo de esta sustancia y a las consecuencias a largo plazo. En la práctica clínica es frecuente recibir pacientes por adicción a sedantes. Después de las personas que solicitan rehabilitación por consumo de alcohol, los que consumen sedantes, o una combinación de alcohol y sedantes, son el grupo que más requieren tratamiento, debido a la enorme dificultad y el peligro para su salud que representa para ellos abandonar el consumo por su cuenta, a pesar de las dificultades psicosociales que les causa. En el caso de esta sustancia en particular, una correcta supervisión de la regulación legal podría ayudar significativamente a reducir la oferta, contribuyendo a la prevención de la dependencia y a la promoción de la salud.

En otro orden de cosas, igual que ocurre en las tendencias del resto del mundo, la cocaína y las drogas emergentes de origen sintético manejan unas cifras de consumo muy inferiores a las del alcohol, el tabaco, el cannabis o los sedantes. Sin embargo, el monitoreo de estas sustancias es de vital importancia. Tanto la cocaína como otras drogas ilegales como el éxtasis, las anfetaminas o los alucinógenos tienen un marcado potencial de letalidad asociado a diferentes factores. En primer lugar, son drogas cuya ingesta, incluso en cantidades relativamente bajas, puede causar una fuerte intoxicación o incluso la muerte. Por otra parte, el patrón de consumo resulta particularmente peligroso, dado que con frecuencia se ingieren acompañadas de otras sustancias como alcohol, tabaco,

cannabis o sedantes, cuya combinación puede resultar letal, tanto como causa directa de la ingesta, por ejemplo, por una parada cardiorrespiratoria; como por consecuencias derivadas del consumo, como accidentes de viales.

La **cocaína** es según los resultados, la sustancia que consumen menos adolescentes dominicanos, con una prevalencia del 1,2% que la usaron *alguna vez en la vida*, menos del 1% (0,9%) que la utilizaron durante el *último año* y un 0,6% durante el *último mes*. La tendencia parece haberse mantenido relativamente estable a lo largo de las últimas décadas puesto que las cifras son apenas medio punto superiores a los obtenidos en la Encuesta Nacional del 2008. Entonces, el 0,8% de la población estudiantil entrevistada decía haber consumido alguna vez en su vida, el 0,5% lo había hecho en el último año y el 0,2% durante los últimos 30 días (Consejo Nacional de Drogas, 2009). Sin embargo, aunque la tasa de crecimiento ha sido moderada, sí se mantiene una tendencia en aumento. Los datos de la Encuesta Nacional del año 2004 hablaban de una prevalencia general del 0,47%, que subió hasta 0,8% en los cuatro años siguientes (Consejo Nacional de Drogas, 2009) y que actualmente se sitúa en 1,2%. Interpretando los datos en conjunto y considerando la peligrosidad de la sustancia los futuros programas de prevención deberían incluir acciones encaminadas a interrumpir esta tendencia de crecimiento del consumo de cocaína, más allá de considerar que su tasa de prevalencia es significativamente más baja que la de otras sustancias. La tasa de consumo de cocaína se mantiene relativamente baja en todas las edades estudiadas. Sin embargo, a los 16 años, como en ocurría con el cannabis, se hace un pico que prácticamente duplica el consumo de las otras edades, tanto durante el último mes como durante el último año. La diferencia entre ambas sustancias es que mientras la tasa de consumo del cannabis sigue creciendo, la de la cocaína se revierte nuevamente a los 17 años. Un crecimiento tan localizado en la tasa de consumo podría estar relacionado con la búsqueda de sensaciones, cuya relación con el consumo de sustancias ya ha sido descrita en la literatura (Pilatti et al., 2016, Fernie et al., 2013) y con la influencia de los pares, que también se ha establecido que juega un papel influyente en el consumo (Kaplan, 1996; 1986). De nuevo, la tasa de consumo en el Distrito Nacional supera a la de los demás municipios tanto para las prevalencias del último año como para las del último mes. Así mismo, destaca el bajo consumo de esta sustancia en Santo Domingo Este donde apenas registran un 0,3% durante el último año y un 0,1% durante el último mes. En el Caribe las tasas de consumo de cocaína del último año se sitúan de promedio entre el 1% y el 2%, excepto Granada que es el único país que



supera el 2% (CIDAD, 2019). Así pues, las cifras de la República Dominicana se sitúan dentro del promedio de la región. Respecto al resto de Latinoamérica, se mantienen los mismos rangos de consumo, excepto para Chile que supera el 4% y Colombia que casi alcanza el 3%. Surinam y Venezuela son los países con menor tasa de consumo de todo el continente americano, con un 0,2% y el 0,3% respectivamente, aunque los datos reportados corresponden a levantamientos de información llevados a cabo en los años 2006 y 2009 respectivamente, por lo que resultan más bien orientativos (CIDAD, 2019). La República Dominicana tiene prácticamente la mitad menos de adolescentes que han consumido cocaína que España, tanto en la prevalencia de alguna vez en la vida, como del último año y el último mes o en la tasa de consumo por edades. Sin embargo, mientras que en España la tendencia ha ido en constante descenso desde el año 2006 (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019), en la República Dominicana prácticamente desde la misma época se ha mantenido en constante crecimiento (Consejo Nacional de Drogas, 2009).

Por su parte, la evaluación del consumo de **drogas estimulantes** también arrojó tasas de prevalencia relativamente bajas. En este estudio se exploró el uso de estas sustancias de una manera general, preguntando indistintamente por el consumo de éxtasis, anfetaminas o alucinógenos en un solo ítem. El 1,6% de los entrevistados informaron haber consumido alguna de estas sustancias *alguna vez en la vida*, de los cuales el 1,5% las usaron durante el *último año* y el 0,9% durante el *último mes*. Igual que en otros estudios, la tasa de consumo es superior a la de la cocaína (Rial et al., 2020). No obstante, haber evaluado en conjunto varias sustancias como si se tratase de una sola podría haber sobrevalorado la tasa de consumo con respecto a la de las demás sustancias evaluadas. Es posible asumir que las personas que informan consumir una de las sustancias no tienen por qué ser los mismos que consumen alguna de las otras dos, lo que crearía un sumatorio de consumidores que contribuiría a elevar la tasa de consumo de drogas estimulantes situándola por encima de la prevalencia de otras sustancias como la cocaína. Además, esta hipótesis también explicaría la diferencia tan marcada con los resultados encontrados en la Encuesta Nacional del 2008. Según este trabajo, en el año 2004 la prevalencia de consumo ocurrida alguna vez en la vida era de 0,33% para el Éxtasis, del 0,08% para las Anfetaminas y del 0,04% para los Alucinógenos, y en el estudio del 2008 se habrían incrementado hasta el 0,50%, 0,60% y 0,20% respectivamente (Consejo Nacional de Drogas, 2009). Los resultados de este trabajo encuentran que la prevalencia actual supera

los datos conocidos incluso si se suman las prevalencias obtenidas para cada una de las tres sustancias evaluadas de manera independiente en los estudios anteriores llevados a cabo por el Consejo Nacional de Drogas (2009). Por lo que, independientemente de que las sustancias se exploren por separado o en conjunto, los datos parecen sugerir, igual que en el caso de las demás sustancias, una tendencia de crecimiento en la tasa de consumo. La tasa de consumo por edades también arroja información interesante. De nuevo, igual que en el caso de la cocaína, se ve como las tasas de consumo durante el último año, a los 13 años son muy bajas, pero a los 14 años se triplican. Y aunque a los 15 años la prevalencia se mantiene estable, a los 16 nuevamente se duplican. Y no es hasta los 17 cuando comienzan a disminuir. En el caso del consumo por edades durante el último mes la situación es más o menos similar. A los 15 años se duplica la prevalencia con respecto a las edades anteriores, a los 16 años se triplica con respecto a los 15 años y a partir de los 17 comienza a descender. La *teoría cognitivo social* de Bandura (1977) podría explicar el patrón que siguen las tasas de consumo por edad halladas tanto de la cocaína como de las drogas estimulantes en la etapa entre los 14 y los 17 años. Los adolescentes podrían entrar en contacto con estas sustancias en torno a los 14 años por una combinación de variables personales como la toma de riesgos o la búsqueda de sensaciones. Los efectos de la sustancia, a través de un proceso de condicionamiento clásico, y la influencia de los pares, a través de refuerzos positivos de la conducta, aumentarían la probabilidad de que ésta se repita, contribuyendo a que las tasas de consumo se mantengan en crecimiento hasta los 16 años. En una última fase, en torno a los 17 años, en donde la capacidad de juicio de los adolescentes debe haber comenzado a madurar, las tasas de prevalencia empiezan a disminuir eliminando del consumo a aquellos sujetos que han sido capaces de identificar las consecuencias adversas asociadas al uso de estas sustancias. En la tasa de consumo *durante el último mes*, a los 14 años no existe ese crecimiento tan marcado con respecto a la tasa de consumidores de 13 años como ocurre con las prevalencias del último año, donde se triplican las cifras. De hecho, en el consumo durante el último mes, a los 14 años la prevalencia es incluso discretamente inferior a la de 13 años. Considerando que estas sustancias suelen consumirse en eventos sociales como fiestas o espectáculos, cabe suponer que existan algún o algunos eventos de esta naturaleza a lo largo del año que podría facilitar el consumo en poblaciones más jóvenes específicamente en esa situación, lo que daría como resultado prevalencias altas para el consumo del último año, pero no necesariamente para el último mes.

El **éxtasis** es uno de los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) más consumidos en los países de América Latina, aunque su uso está circunscrito a poblaciones muy específicas, por lo que se hace difícil determinar su prevalencia en encuestas tradicionales, como las de población general (CICAD, 2019). En ese sentido, este estudio identificó que de los cuatro municipios que componen la capital dominicana, el Distrito Nacional es el que registra la mayor tasa de prevalencia. Su tasa de consumo es dos veces superior a la de Santo Domingo Oeste y Santo Domingo Norte tanto para las prevalencias del último año como del último mes. Respecto a la posición que ocupa la tasa de consumo de drogas sintéticas en la República Dominicana con a la comunidad latina, tanto del continente americano como europeo, es difícil de discutir. En primer lugar, por el hecho de haberlas evaluado en conjunto y después porque los países del Caribe no han compartido informado sobre el consumo de estas sustancias. En Latinoamérica, en general, a excepción de Chile que prácticamente triplica las prevalencias, la tasa de consumo de éxtasis durante el último año y de anfetaminas alguna vez en la vida se mantiene alrededor del 1% (CICAD, 2019), que está dentro del promedio de las obtenidas en este trabajo. De nuevo, igual que ocurría en con la tasa de consumo de cocaína, la importancia de estas cifras no radica en el porcentaje obtenido sino en la peligrosidad de las sustancias en sí mismas y en el riesgo asociado al consumo de diferentes sustancias simultáneamente. Como para las demás drogas, las tasas de consumo de la República Dominicana, tanto para el último año como para el último mes, está por debajo de las de España según los datos más actuales del ESTUDES (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019). Sin embargo, el patrón de la tasa de consumo por edades sí muestra algunas diferencias. En la tasa de consumo durante el último año de España, también existe una línea de crecimiento que va aumentando a medida que crece la edad. Sin embargo, el patrón de crecimiento es progresivo y no se hacen picos de incremento exponencial entre las edades como ocurre en el caso de la República Dominicana. Otra diferencia es que, en los jóvenes dominicanos, a los 17 años se observa una disminución en el consumo, que en los españoles no ocurre, de hecho, sus tasas de consumo siguen incrementándose a los 17 y a los 18 años también.

En resumen, la tasa de consumo para todas las sustancias, excepto las de los sedantes, se ha incrementado en la población adolescente dominicana en las últimas dos décadas. El crecimiento más importante está ocurriendo con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Además, se ha visto que como predecía el modelo evolutivo de Kandel (1975)

el consumo de sustancias sigue un proceso secuencial de progresión en el que a medida que el individuo aumenta de edad va experimentando con nuevas sustancias con efectos más potentes. También se ha podido evidenciar que existen franjas de edad críticas en el crecimiento de la tasa de consumo que se sitúan entre los 13 y los 14 años para el alcohol y en la etapa siguiente, en torno a los 15 para todas las demás sustancias, excepto el tabaco, cuya tasa de consumo crece de manera más importante al final de la adolescencia. Estos datos facilitan la implementación de programas de prevención en el momento oportuno para aumentar su eficiencia y su eficacia. Y un último dato importante que se puede concluir es que en el Distrito Nacional existe un serio problema con el consumo de drogas en población adolescente, tanto de sustancias legales como ilegales. Si bien su tasa de consumo de alcohol no es la más alta, los patrones de consumo intensivo que registran los convierte en consumidores de riesgo, y es aún más preocupante el hecho de que para todas las demás sustancias también son el Distrito que concentra las mayores prevalencias de consumo. Es importante tener presente que la República Dominicana es un país en vías de desarrollo y que en estos países las desigualdades socioeconómicas son muy acentuadas entre la población. De todos los municipios entrevistados, el Distrito Nacional es, por mucho, el más próspero con un nivel de vida muy similar al de los países desarrollados. Su población, y por extensión sus adolescentes, en general tienen mejor acceso a recursos que les ofrecen más calidad de vida. Viven en hogares donde los recursos básicos como abastecimiento de luz o agua están siempre disponibles, pueden hacer todas las comidas de una dieta balanceada, tienen facilidades para recibir asistencia sanitaria de calidad y se escolarizan en centros educativos de alto perfil académico. Sin embargo, parece que tener cubiertas las necesidades de la vida diaria y acceso a una buena educación pueden resultar apoyos importantes de cara a la prevención; pero no parecen resultar por sí mismos un factor de protección. No son una garantía de ausencia de consumo y ni siquiera de consumo responsable.

De los cuatro municipios Santo Domingo Oeste es el más distal con respecto al Distrito Nacional desde un punto de vista del desarrollo, siendo una de las poblaciones más marginales del país. Pero, sin embargo, es la localidad con tasas de consumo más similares a las del Distrito Nacional. Cabe suponer que otras variables comunes a ambas poblaciones como la necesidad de aceptación por parte del grupo de iguales (Kaplan, 1996; 1986), la influencia de la familia (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998a; 1998b; 1998c) o con la disponibilidad económica (Varela et al., 2013) puedan

tener un poder predictivo y explicativo destacado de cara a la prevención. No obstante, que la disponibilidad de recursos para garantizar la calidad de vida óptima del adolescente o un sistema educativo de calidad no resulten factores protectores, no implica que las variables opuestas, como la pobreza o la falta de educación no sean un importante factor de riesgo (OMS, 1986). Haciendo a un lado las tasas de consumo del Distrito Nacional, Santo Domingo Oeste y las de Santo Domingo Norte, que se corresponden por ese mismo orden con los dos sectores más desfavorecidos de los cuatro que componen la capital dominicana, son también los que tienen las tasas de consumo más altas.

Toda esta información tiene, de entrada, dos implicaciones importantes. Por una parte, ponen sobre la mesa la posibilidad de que los programas de prevención no estén alineados con los hábitos de consumo, puesto que el análisis de las prevalencias habla de elevadas tasas que se han incrementado en las últimas décadas. Estos datos permiten concluir que los organismos encargados del control de drogas en el país no han alcanzado la meta de reducir la demanda, que es uno de los objetivos planteados en la Evaluación sobre el Control de las Drogas de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Y, por otra parte, se pone de manifiesto la falta de adhesión por parte de los consumidores al cumplimiento de las disposiciones legales nacionales respecto al consumo y a la comercialización de bebidas alcohólicas y tabaco, así como la limitada supervisión por parte de las autoridades. La República Dominicana no está exenta de un marco legal regulatorio para el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los menores. Sin embargo, a pesar de las directrices de leyes como el Código de Protección al Menor 136-03, en sus artículos del 21 al 23, que prohíbe expresamente tanto el consumo como la venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores de edad, los datos muestran que el consumo existe, tanto de estas sustancias como de otras.

Para una adecuada prevención del uso de sustancias psicoactivas y una mejor promoción de la salud no es suficiente disponer de datos actualizados sobre las tasas de consumo de cada sustancia, sino que es necesario conocer cómo se comportan otros factores relacionados con esta problemática. Las **diferencias por sexo en relación con el consumo de sustancias** son una variable de sumo interés, que necesariamente debe ser considerada. Tanto la conducta de consumir como los predictores del consumo o los factores moduladores del mismo son diferentes en hombres y en mujeres. En este sentido, la tasa de consumo de ambos grupos en general, muy similar. Para todas las sustancias, excepto para los sedantes, los hombres registran mayor prevalencia de consumo que las

mujeres. Sin embargo, las diferencias entre ambos grupos en la mayoría de los casos no son significativas. De hecho, la prevalencia de consumo del *último mes* no presenta diferencias significativas para ninguna sustancia. Revisando la tasa de consumo del último año sí se encuentran algunas diferencias. Por ejemplo, aunque la proporción de consumidores de alcohol es, igual que en la mayoría de países de Latinoamérica y el Caribe (CIDAD, 2019), similar para ambos sexos, la prevalencia de los chicos que toman 3 o más consumiciones en un solo día y los que se emborrachan es significativamente superior a la de las chicas. Y también ellos son los que registran mayor prevalencia de consumo de tabaco.

La diferencia más importante entre ambos sexos recae sobre el uso de los sedantes. Es la única sustancia en la que la prevalencia de mujeres es superior, tanto durante el último mes como durante el último año. Es importante notar que la tasa de consumo de cannabis de los varones es igual a la de sedantes en las mujeres durante el último mes. Considerando la disminución registrada en las tasas de consumo de los sedantes en las últimas décadas y a su vez el crecimiento en la tasa de consumo de cannabis (Consejo nacional de drogas, 2009), una explicación lógica podría atender a cambios en los patrones de consumo por sexos. Si la prevalencia de chicos consumidores de sedantes disminuyó porque comenzaron a buscar el efecto sedante en el cannabis, explicaría por qué de manera general la tasa de sedantes disminuye y se incrementa la de cannabis hasta quedar prácticamente igualadas.

Las tasas de consumo son un sólido indicador del problema que representa el alcohol para una población, permitiendo identificar a los grupos más vulnerables o de más riesgo. Sin embargo, disponer de información precisa sobre los hábitos de consumo permite profundizar en el conocimiento sobre la severidad que supone la conducta de consumo. Por esta razón, en este estudio se planteó la necesidad de identificar dichos hábitos en los adolescentes dominicanos de entre 13 y 17 años.

De todos los indicadores propuestos los resultados más preocupantes son, sin duda, los relacionados con el **consumo de alcohol cuando la persona se había propuesto no hacerlo**. Prácticamente uno de cada cuatro adolescentes, tanto chicos como chicas, tomó alcohol a pesar de que pensaba no hacerlo. A medida que aumenta la edad se ve cómo crece la dificultad para mantenerse firme con este propósito. Además, los datos muestran que en torno a los 14 años es cuando más adolescentes consumen a pesar de que no se lo



habían propuesto. Estos resultados están alineados con las tasas de consumo halladas, donde se identificó esa edad como el período crítico con el crecimiento más acentuado de las prevalencias de consumo de alcohol de toda la adolescencia. Sólo en el Distrito Nacional un tercio de los jóvenes informan haber consumido a pesar de haberse propuesto no hacerlo y en Santo Domingo Oeste las cifras son muy similares. Además, en Santo Domingo Norte y Santo Domingo Este ocurre lo mismo con uno de cada cinco adolescentes. Posiblemente factores relacionados con la influencia de los pares y los modelos parentales a los que se exponen estos adolescentes estén relacionados tanto con la tasa de consumo como con la incapacidad para controlarlo.

Otra conducta explorada cuyos resultados resultan sumamente preocupantes tiene que ver con el **consumo en el colegio o en el trabajo**. Durante el último año, el 7,2% de los estudiantes entrevistados consumieron alcohol en su centro de estudios o en su lugar de trabajo y el 4,5% **acudieron al colegio o al trabajo bajo los efectos de esta sustancia**. Aunque las diferencias no son significativas, los resultados muestran que esta práctica es más habitual entre las chicas que entre los chicos y que se vuelve más frecuente a medida que aumenta la edad. De nuevo a los 14 años aparece el punto crítico donde la proporción de adolescentes que consumieron alcohol en el colegio o en el trabajo es seis veces más que a los 13 años y los que acuden a estos lugares bajo los efectos del alcohol es tres veces más a los 14 años que a los 13 años. También a los 17 años existe otro punto crítico en el que la proporción de jóvenes de esta edad que van al colegio bajo los efectos del alcohol es superior a la de los adolescentes de 15 y 16 años juntos. La cantidad de estudiantes que han consumido alcohol en las instalaciones del colegio o del trabajo, o que han llegado a estos lugares bajo los efectos de haber bebido, es preocupante en todos los distritos. Aunque en algunos el problema es particularmente notable, como Santo Domingo Oeste cuya incidencia es superior a la de los otros municipios y, de hecho, hasta dos veces mayor que en Santo Domingo Este. La *teoría de la pseudomadurez* o del desarrollo precoz (Newcomb, 1996), plantea una hipótesis plausible para explicar parte de estos resultados. Este autor propone que asumir los roles propios de una etapa antes de haberla alcanzado evolutivamente va a limitar el correcto aprendizaje de los mismos y aumentar el riesgo del consumo de sustancias. Debido al nivel de desarrollo económico del país, es frecuente que muchos menores pertenecientes a sectores en situación marginal trabajen desde niños como empleados informales, usualmente con sus familiares o personas allegadas para ayudarles a generar ingresos. Esto los expone desde temprano a

contextos en los que el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias son habituales y se asume tácitamente, tanto por parte de los adultos como de los menores que, si son lo suficientemente mayores como para trabajar, también lo son para poder beber. En este contexto de permisividad los jóvenes no necesitan comprar bebida, pero sí tienen la oportunidad de consumirla en las reuniones sociales, fiestas u otros espacios de socialización en los que puedan participar. El estudio del consumo de los padres y hermanos, así como de los pares ayudará a arrojar más luz sobre esta hipótesis. Sin embargo, ayuda a explicar por qué una parte de los estudiantes informan haber consumido alcohol en el trabajo o por qué llegan bajo los efectos del mismo a clase, especialmente cuando estudian en tandas vespertinas. Nótese que la prevalencia más elevada de este hábito ocurre en el municipio más desfavorecido económicamente (Santo Domingo Oeste) donde es más frecuente que los niños y adolescentes hagan trabajos informales antes, después o de camino al colegio y por otro lado son, con una prevalencia del 11,8%, el grupo con una proporción mayor de jóvenes que ha consumido alcohol en el colegio o en el trabajo y el 7,1% ha llegado a estos lugares bajo los efectos del alcohol. Los resultados del Distrito Nacional, sin embargo, son más difíciles de comprender. Debido a la delincuencia, el traslado de los estudiantes a los colegios o lugares de trabajo, sobre todo en esta zona de la capital dominicana, es un recorrido que se hace habitualmente bajo ciertas prácticas de seguridad. Usualmente son los padres o los chóferes de la familia los que llevan a los jóvenes estos lugares y en su defecto hacen sus traslados con alguna persona de confianza para la familia. Por lo general, los jóvenes no se desplazan solos por la calle, lo que no facilita la posibilidad de desviarse del camino para consumir alcohol antes de llegar al lugar de estudios o trabajo. Y aunque así fuera, cuando llegan a su destino, tanto en los colegios como en la gran mayoría de las empresas formalmente constituidas existe personal contratado para la seguridad del lugar que recibe a todos los que llegan a las instalaciones. Y por supuesto, además de los vigilantes de seguridad, en el colegio los profesores y en el trabajo los supervisores, tienen la responsabilidad de velar por el cuidado de los menores mientras están a su cargo. Sin embargo, a pesar de esta cadena de vigilancia que debería servir como medida de prevención, o al menos de contención del consumo, casi el 5% de los jóvenes (4,9%) ha llegado bajo los efectos del alcohol y más del 6% lo consumió en el colegio y en trabajo a pesar de la presencia de estas autoridades. Los datos, de nuevo, ponen de manifiesto la existencia de un cierto margen de permisividad o flexibilidad con el consumo de alcohol por parte de los menores



y evidencian la falta de conciencia respecto a las graves consecuencias que pueden tener para su salud.

Por otro lado, alrededor del 6%, tanto de chicos como de chicas, afirman que **han intentado dejar el alcohol**, aunque no han tenido éxito. A medida que aumenta la edad, también aumenta la proporción de jóvenes que han fracasado en el propósito de abandonar el consumo, excepto a los 17 años donde esta prevalencia desciende ligeramente. Es bien sabido que una de las razones por las que muchas personas de todas las edades fracasan en el intento de abandonar el consumo es por el malestar que les causa el síndrome de abstinencia. Cuando se preguntó a la muestra entrevistada respecto a esta cuestión, el 4,1% informaron haber experimentado **confusión o desconcierto grave al dejar de beber o al disminuir el consumo**, lo que podría explicar por qué no tuvieron éxito al tratar de dejar de beber. Cuando estos síntomas aparecen, es frecuente ver cómo las personas buscan estrategias para mitigarlos y en esa línea se pudo identificar que el 3,2% de la muestra **bebió alcohol para aliviar o reducir la sensación de resaca o los síntomas de abstinencia** y el 1,7% intentó **reducir o controlar el consumo de alcohol reemplazándolo por otra droga**. Todas estas conductas son llevadas a cabo prácticamente por igual en chicos y chicas. Aunque son ellas las que informan haber experimentado más estados confusionales asociados con la abstinencia. La prevalencia de síntomas de malestar y la práctica de volver a beber para atenuarlos va creciendo de manera significativa a medida que aumenta la edad. Sin embargo, la conducta de controlar el consumo de alcohol sustituyéndolo por otra droga, no arroja diferencias significativas entre las distintas edades, aunque se aprecia una prevalencia ligeramente inferior en los adolescentes más jóvenes (13 y 14 años) mientras que los de 16 años son los que más tratan de controlar el consumo de alcohol con el uso de otras sustancias. Esto tiene sentido en el marco de las prevalencias de consumo obtenidas para el consumo de sustancias distintas del alcohol. A los 15 años es cuando aumentan las tasas de consumo de todas las drogas ilegales, por lo que a los 16 años muchos adolescentes ya pueden tener el conocimiento y la experiencia de los efectos que causa cada sustancia, y disponen de más referencias para buscar efectos de sustitución entre las diferentes drogas. Santo Domingo Oeste es el municipio que tiene la tasa de consumo más elevada, y así mismo es el que registra mayores prevalencias relacionadas con hábitos negativos asociados al consumo de alcohol. El 14,2% de los jóvenes de este municipio trataron de abandonar el consumo, aunque no tuvieron éxito. Esta cifra es dos veces mayor que la proporción de adolescentes

del Distrito Nacional y Santo Domingo Norte y está tres veces por encima de la de Santo Domingo Este. Así mismo, los jóvenes de este distrito son los que informan haber experimentado más estados confusionales asociados a la reducción de la ingesta o de la abstinencia. Además, con frecuencia recurren al alcohol para aliviar o reducir la sensación de resaca o los síntomas de abstinencia (3,9%) o al uso de otras drogas (2,4%) para no seguir bebiendo. Aunque los adolescentes del Distrito Nacional y Santo Domingo Norte también recurren a estas prácticas para controlar el consumo de alcohol con tanta frecuencia como los de Santo Domingo Oeste. De hecho, Santo Domingo Norte tiene una prevalencia de adolescentes que consumen alcohol para aliviar los síntomas de abstinencia superior a la de todos los demás municipios. También en este caso cabe pensar que los pares y la familia estén jugando un rol influyente como factor modulador de todos estos comportamientos. Ambos grupos de referencia podrían estar influyendo en la incapacidad para controlar el consumo y/o motivando el uso de estrategias de compensación inapropiadas para tratar de controlar las consecuencias derivadas del mismo. Esta motivación no tendría por qué ocurrir necesariamente de manera explícita, pero podrían existir influencias negativas subyacentes causadas por procesos de modelado, como plantea la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977).

También en esta etapa de la adolescencia, durante los 15 y los 16 años empiezan a aparecer otras prácticas como **prescindir de cosas importantes o necesarias para poder conseguir o comprar alcohol**. Y aunque esto ocurre en relativamente pocos casos (1,5%) es un indicador de la importancia que va ganando el alcohol en la vida de los jóvenes, puesto que durante los primeros años de la adolescencia son conductas prácticamente inexistentes. A los 13 y los 14 años estos comportamientos se sitúan en el 0,4% y 1% respectivamente, pero a los 15 y los 16 años la prevalencia de jóvenes que han optado por el alcohol en lugar de por otras cosas importantes para ellos es del doble. El análisis por municipios revela que esta práctica es más frecuente en Santo Domingo Oeste, incluso casi igual que en todos los demás distritos juntos. Considerando las diferencias de contexto cabe suponer que la disposición de menos recursos económicos entre los jóvenes de este municipio pueda influir en la necesidad de decidir si optan por el alcohol o por otras cosas.

Otro indicador explorado que también da cuenta de los hábitos de consumo de alcohol es el resultado de consecuencias para la salud derivadas de su ingesta. Al 1,1% de los jóvenes entrevistados, de ambos sexos, **el médico les informó que su consumo de alcohol les**

**había causado algún tipo de discapacidad física o un problema de salud**, con una prevalencia ligeramente superior en los chicos. El análisis según la edad revela que no hay diferencias entre los grupos, lo que confirma que incluso desde las edades más tempranas el consumo de alcohol tiene fuertes implicaciones para la salud, tal y como ha sido documentado en la literatura especializada (*World Health Organization*, 2018; Rehm et al., 2018). Específicamente en Santo Domingo Oeste la proporción de adolescentes que han sido informados por su doctor de daños causados por el alcohol es tres veces superior a la de los demás municipios, lo que es congruente con el hecho de que son el municipio con mayores tasas de prevalencia y hábitos más nocivos de consumo.

Por último, pero no menos importante, es importante analizar el **gasto de dinero que hacen en alcohol** los adolescentes cuando salen de fiesta con sus amigos. Lo primero que destaca de los resultados es la paradoja de que la cantidad de adolescentes que informan no gastar nada de dinero en alcohol es prácticamente igual que la tasa de consumo durante el último año (67,3% vs. 63,7% respectivamente). Este patrón ocurre también en el análisis por municipios, de tal forma que todos los grupos manejan cantidades relativamente bajas de dinero, sin embargo, reportan tasas de consumo, en general, altas en todos los casos. Cabría pensar que, en una cantidad importante de los casos, el consumo de los adolescentes fue patrocinado por un tercero puesto que la adquisición de la bebida necesariamente implica un gasto de dinero. Considerando que la mayoría de los adolescentes no han gastado dinero en alcohol y los que lo han hecho gastaron una cantidad relativamente baja no cabe pensar que pudieran haber adquirido bebida para ellos y además para una extensa mayoría que parecen haber bebido “gratis”. Esto deja en el aire la pregunta de si son los adultos los que financian el consumo de alcohol de los adolescentes que informan beber, pero no gastar dinero en comprarlo. Del 32,7% de los adolescentes que informan haber comprado bebida, dos tercios gastan entre 100 y 500 RD\$. Considerando los precios promedio de la bebida en el mercado, ese dinero permite la adquisición de una cantidad importante de alcohol, en particular para ser ingerida por un adolescente. Por ejemplo, las cervezas llamadas en la República Dominicana “jumbo” contienen 1,5 litros y se adquiere en cualquier establecimiento por un valor aproximado de 130 RD\$ o incluso menos. Por lo que una persona con un gasto de entre 100 y 500 RD\$ podría adquirir entre uno y cuatro litros de cerveza. Y una botella de ron de 700 ml, de cualquiera de las marcas reconocidas en el mercado, tiene un precio de entre 400 y 500 RD\$; e incluso la mitad más barato dependiendo de la reputación de la marca en el

mercado. Por lo que, cuando 1 de cada 5 adolescentes (21,4%) informan gastar entre 100 y 500 RD\$ es peligroso suponer que por ser pequeñas cantidades de dinero no pueden facilitar el acceso a cantidades grandes de bebida. Dicho esto, es importante notar que en Santo Domingo Oeste y el Distrito Nacional, que son los municipios donde los jóvenes informan gastar más dinero cuando salen de fiesta con sus amigos, más del 10% de adolescentes gastan entre 500 y 1000 RD\$ en alcohol cada vez que salen y alrededor del 6% gastan incluso más de 1000 RD\$. A pesar de las diferencias en el poder adquisitivo que cabe suponer como consecuencia de la disparidad en el nivel de desarrollo económico del que provienen ambos grupos, paradójicamente manejan la misma disponibilidad dineraria para adquirir alcohol. Aunque independientemente del distrito en el que se haga el gasto en alcohol, lo importante es que sabiendo que pequeñas cantidades de dinero permiten el acceso a grandes cantidades de alcohol, gastar hasta 1000 RD\$ y más, debe entenderse no sólo como un hábito sino como un peligroso factor de riesgo para la salud.

El análisis diferencial por sexos respecto al dinero gastado en alcohol también es revelador. Los resultados muestran que los chicos gastan una cantidad significativamente mayor de dinero que las chicas. La cantidad de chicos que gastan entre 100 y 500 RD\$ es dos veces mayor que la de las chicas que gastan lo mismo. Incluso el porcentaje de chicas que no gastan nada es superior al de los chicos (71% vs. 61,5 respectivamente) Sin embargo, las tasas de consumo informan de que ellas consumen tanto como ellos (63,5% vs 64,1% respectivamente durante el último año) y que incluso más las chicas pueden llegar a consumir más (35,2% ellas vs. 34,1% ellos en la tasa de consumo durante el último mes). Este resultado es coherente con las normas de socialización de la cultura dominicana según las cuales en un contexto en el que hombres y mujeres beben juntos, independientemente de la edad, se asume tácitamente que los hombres proveerán la bebida en la mayoría de los casos. Y como norma de socialización que es, se adquiere desde temprano y los chicos saben que ofrecer o invitar a bebida a las chicas es una forma de cortesía que implica simpatía y agrado e incluso es una forma habitual de insinuar seducción. Respecto al gasto por edades, de nuevo resulta paradójica la relación entre los menores que informan no gastar nada de dinero en comprar alcohol cuando se compara con las tasas de consumo por edad. Quedó establecido en el apartado anterior que desde los 13 años y durante los 14 años existía un punto crítico en el que se registraban las prevalencias de consumo más importantes de toda la adolescencia, tanto por la cantidad de adolescentes que informan haber bebido como por la prevalencia de consumo intensivo

de alcohol en estas edades. El 88,5% de los niños de 13 años dicen que no han gastado nada dinero en alcohol, sin embargo, el 32,3% también informa que ha bebido durante el último año y el 14,6% lo hicieron durante el último mes. Y a los 14 años casi el 80% (78,9%) tampoco ha gastado nada en bebida, pero el 53,9% consumieron alcohol durante el último año y el 24,2% lo hicieron durante el último mes. Este patrón se repite para todas las edades. De hecho, a los 15 años la cantidad de jóvenes que dicen no haber gastado nada en alcohol es casi igual a la tasa de consumo de esa edad durante el último año. El 68,4% dicen que no gastaron en bebida, pero el 67,3% dicen haber bebido durante el último año. Estos datos ponen de manifiesto que no gastar dinero en bebida, no es un indicador confiable de ausencia de consumo. El consumo ocurre con o sin dinero. No obstante, no se cuestiona que el dinero sirva como facilitador del consumo.

Del estudio de los hábitos de consumo explorados se desprende la necesidad de considerar la influencia de otros factores implicados que permitan explicar mejor la relación entre las tasas de consumo y los hábitos identificados. Tal como ha sido ampliamente propuesto en la literatura especializada por los diferentes modelos teóricos, es posible que diferentes elementos relacionados con el proceso de socialización estén impactando de manera influyente en la motivación para consumir (Botvin, 1999; Kim et al., 1998; Oetting y Donnermeyer, 1998; Catalano et al., 1996; Santacreu et al., 1991; 1992a o Jessor y Jessor, 1977).

## **8.2. CONSECUENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO**

El impacto que causa el consumo de alcohol en población adolescente es particularmente peligroso por derivar en consecuencias tanto directas como indirectas para su salud y bienestar. En este sentido, evaluar la percepción que tienen los jóvenes respecto a cómo impacta el consumo de alcohol en su funcionamiento familiar, académico y social, así como las prácticas de riesgo que llevan a cabo bajo los efectos de esta sustancia permiten un acercamiento a la comprensión de las consecuencias asociadas al consumo de alcohol. Esta información no solo permite dar cuenta de la gravedad del problema, sino que ayuda a identificar aspectos clave a ser considerados a la hora de orientar la prevención.

Existen ciertas características psicológicas de naturaleza individual que se sabe que están estrechamente relacionadas tanto con el consumo de sustancias como con las consecuencias asociadas. En este tenor, resultó de interés para este trabajo conocer el **impacto percibido del consumo de alcohol** por parte de los adolescentes en las esferas más relevantes de sus vidas: los iguales, la familia y el colegio entre otros. Cuando se evalúa la percepción de las consecuencias de una manera general, los resultados muestran que los adolescentes tienen un nivel de conciencia relativamente bajo de las implicaciones que tiene el alcohol sobre su funcionamiento cotidiano. Tanto así que el 99,7% de los entrevistados manifiesta explícitamente no haber **tenido problemas por el consumo de alcohol u otras drogas**. Y de los que reconocen haberlos tenido, el 1,3% los tuvo debido al consumo de alcohol y el 0,8% debido al uso de otras drogas, aunque sólo el 0,4% llegaron a recibir tratamiento debido al consumo de estas sustancias.

Así pues, la mayoría de los jóvenes no creen que beber impacte negativamente en sus relaciones familiares o sociales, ni en su rendimiento académico. Solamente, el 3,3% de los chicos y chicas reconocen que su consumo de alcohol **ha molestado a sus amigos, hasta tal punto que ya no se hablan o no se llevan bien**. Además, estudios previos ya habían informado de que es frecuente que el consumo de alcohol entre los adolescentes venga acompañado de problemas con familiares cercanos (Pilatti et al., 2018), lo que es congruente con el 2,9% de jóvenes dominicanos que informan **haber comenzado a tener problemas con sus amigos o familiares o éstos han empeorado con el consumo de alcohol** y aunque no hay diferencias significativas por sexos, ellos registran una proporción ligeramente superior a la de las chicas (3,8% vs. 2,3% respectivamente). Cuando se analizan estas percepciones considerando por separado a los adolescentes que se han emborrachado durante el último mes y a los que no lo hicieron, los resultados muestran que es tres veces mayor la cantidad de adolescentes que han incomodado a sus amigos o han dejado de llevarse bien con ellos debido al consumo (8,2%). Y así mismo, la proporción de jóvenes que han comenzado a tener problemas con sus familiares o amigos, o que ya los tenían y han empeorado con el consumo de alcohol, es casi seis veces mayor entre los que se emborracharon durante el último mes (11,8%) que entre los que no lo hicieron (2%). Por otra parte, las diferencias según la edad no son significativas, los jóvenes de 13 años son los que parecen estar más conscientes del impacto que tiene sobre sus relaciones sociales y familiares el consumo de alcohol (5,3%). En el extremo opuesto están los jóvenes de 14 años, quienes apenas perciben problemas con sus iguales



(1,6%) por esta razón. Considerando esto en conjunto con el hecho de que es a esa edad cuando más crece la tasa de consumo, cabe plantear de nuevo la influencia de los pares entre los factores motivacionales vinculados al uso del alcohol. Cuando se les pregunta si “han comenzado a tener problemas con sus amigos/as o familiares o han empeorado debido a tu consumo de alcohol” aunque las diferencias por edades no son significativas, se aprecia un efecto inversamente proporcional a la edad (5,3% a los 13 años vs. 1.6% a los 17 años), es decir, los adolescentes más mayores perciben menos problemas con sus familiares y amigos que los adolescentes más jóvenes. Estos resultados son coherentes con los de otros trabajos que apuntan que un inicio de consumo temprano acelera las consecuencias asociadas (Rial et al., 2020). El estudio de estas percepciones por municipios tampoco arrojó diferencias significativas. Aunque en el Distrito Nacional la cantidad de adolescentes que perciben haber comprometido sus relaciones con sus amigos como causa de su consumo (4,8%) es casi el doble de lo que informan en los demás distritos. Sin embargo, los jóvenes de Santo Domingo Oeste son los que perciben haber empezado a tener más problemas con sus amigos y familiares debido al consumo (7,5%) con una proporción que es superior a la de todos los demás municipios juntos. Estos resultados concuerdan con el hecho de que también son los que tienen la tasa de consumo de alcohol más elevada. Por otra parte, Santo Domingo Este es el que registra la siguiente prevalencia más alta (3,2%) y aunque se aleja de manera importante de la de Santo Domingo Oeste, resulta interesante considerando que son los que tienen la tasa de consumo más baja. Esto podría sugerir diferencias en el tipo de influencia que ejercen la familia y los iguales con respecto a los demás municipios.

Continuando con el impacto percibido, el 2,5% de los estudiantes entrevistados informan haber **dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en su consumo de alcohol**, lo que ocurrió casi ocho veces más entre los que se emborracharon durante el último mes (11,8% frente al 1,5% que no se emborracharon). En general, esto es algo que ocurre más entre los chicos del Distrito Nacional y Santo Domingo Oeste indistintamente de la edad que tengan. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas a favor de los chicos (3,8% ellos vs. 1,5% ellas). Esto ocurre prácticamente por igual a todas las edades, aunque las cifras muestran un pequeño incremento a principios de la adolescencia, (a los 13 años un 4%) y al final de esta etapa (a los 16 y 17 años un 2,9% y 3,1% respectivamente). La frecuencia es cuatro veces mayor en el Distrito Nacional (4,8%) y en Santo Domingo

Oeste (4,7%) que en los demás municipios, lo que de nuevo es coherente con el hecho de que son los municipios con las tasas de consumo más altas, luego cabe esperar que sean los que tienen mayor impacto percibido asociado al consumo. Esta conducta, como la de renunciar a cosas que desean o incluso que necesitan para poder comprar o conseguir alcohol que se describió en los hábitos de consumo, dan cuenta de cómo el consumo de alcohol va ganando terreno en las prioridades de los adolescentes.

Por otra parte, el rendimiento académico durante la adolescencia es uno de los pilares fundamentales sobre el que se va a sustentar su futuro. A pesar de eso, el 2,4% de los estudiantes entrevistados, tanto chicos como chicas de todas las edades, reconocieron que estaban conscientes de que **el consumo de alcohol había provocado que sus notas bajaran pero que aun así siguieron bebiendo**. Esto ocurrió hasta siete veces más entre los jóvenes que se emborracharon durante el último mes (10,9%) que entre los que no lo hicieron (1,5). Las diferencias no son significativas, pero ocurre más entre los varones (3,2% vs. 1,9% en las chicas) y a los 16 años (3,9%) que en las demás edades. Por localidad geográfica tampoco hay diferencias significativas, pero se observan cifras más elevadas en Santo Domingo Oeste (4,7%) y el Distrito Nacional (3,2%) que son casi el doble que las de Santo Domingo Norte (1,7%) y Santo Domingo Este (1,8%).

Por último, respecto al impacto legal percibido, el 2,1% de los adolescentes entrevistados informan haber tenido **problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol**. De estos jóvenes, los que se emborracharon durante el último mes también son los que se han visto más involucrados en problemas legales (10,1%), mientras que sólo el 1,2% de los que no se emborrachan pasaron por esta situación. Estos problemas son cuatro veces más frecuentes entre los chicos (3,6%) que entre las chicas (0,9%) y sobre todo a los 17 años (3,1%). Aunque las diferencias no son significativas y desde edades tempranas se registran estos inconvenientes. Por ejemplo, el 2,6% de los niños de 13 años ya ha experimentado este tipo de problemas. En Santo Domingo Oeste (3,8%) y el Distrito Nacional (3,5%) los problemas legales debidos al consumo de alcohol son hasta cinco veces más frecuentes entre los adolescentes que en Santo Domingo Este (0,7%) y más del doble que en Santo Domingo Norte (1,4%).

Como se dijo al inicio de este apartado, existe una pobre percepción de las consecuencias asociadas al consumo de alcohol por parte de los adolescentes. Pero para el conjunto de las implicaciones evaluadas, se observa que los varones, sobre todo a edades tempranas



(13 años), de la zona de Santo Domingo Oeste y los del Distrito Nacional parecen ser los más vulnerables a las consecuencias del alcohol.

Las **conductas de riesgo** relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en general y de alcohol en particular son ampliamente documentadas en la literatura especializada tanto desde un punto de vista neurobiológico (Carbia et al., 2018; Kim-Spoon, et al., 2017; Luna et al.; 2015; 2010; Patrick et al., 2008) como conductual (Rial et al., 2020; Beserra et al., 2019; Amesty et al., 2019; García et al., 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Gardea et al., 2016; Li et al., 2016; Yurasek et al., 2015; Hartman y Huestis, 2013; Varela et al., 2013), resultando estas últimas de interés para este estudio.

Los resultados de este trabajo muestran que, con mucha diferencia, las conductas relacionadas con seguridad vial son las más preocupantes entre los adolescentes dominicanos. Durante el último año, casi la mitad de los jóvenes entrevistados (47,9%), de ambos sexos (47,4% de chicos y 48,1% de chicas) **se montaron en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol**. Además, el 6,2% de los entrevistados **condujeron ellos mismos un vehículo motorizado estando bajo los efectos del alcohol**, siendo esta práctica casi dos veces más habitual entre los chicos (8,3%) que entre las chicas (4,9%). Estos resultados son coherentes con los hallados por estudios previos (Rial et al., 2020; Pilatti et al., 2018; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017) en los que también se informa de una tendencia mayor en los chicos que en las chicas a conducir bajo los efectos del alcohol (Barlés et al., 2014). De la misma manera, los datos hallados en este trabajo muestran que la proporción de jóvenes dominicanos que se montaron en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol cuando ellos mismos también se habían emborrachado es muy superior (69,4%) a la de los que lo hicieron sin haberse embriagado (46%). Estos datos concuerdan con los de estudios previos que afirman que las personas que conducen bajo los efectos de alcohol y otras drogas es más probable que se suban de manera arriesgada a un vehículo conducido por una persona en estado de embriaguez (Amesty et al., 2019; Whitehill et al., 2014). Así mismo, es cinco veces mayor la cantidad de adolescentes que condujeron un vehículo estando borrachos (24,7%) que los que lo hicieron sin haberse emborrachado (4,7%). Estos hallazgos no sólo son coherentes con la literatura especializada (Li et al., 2016; Barlés et al., 2014; Hingson et al., 2017; Adams et al., 2006; Carrasco et al., 2006; Cassola et al., 2005), sino que las prevalencias son casi

tres veces superiores a las encontradas en otras poblaciones (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial; 2017). Resulta particularmente alarmante que durante el último mes uno de cada cuatro adolescentes haya conducido un vehículo motorizado estando bajo los efectos del alcohol, no sólo por el grave riesgo que supone para ellos mismos, sino por el peligro que entraña para los demás. Los jóvenes de todas las edades, y con una distribución muy similar por municipios (en torno al 50%), informan haberse subido a vehículos con conductores que se encontraban bajo los efectos del alcohol. A los 13 años, un tercio de los jóvenes informan haberlo hecho (36,8%) y a medida que aumenta la edad, aumenta la proporción de adolescentes que se exponen a este riesgo, hasta el punto de que a los 17 años lo hacen más de la mitad de los adolescentes (53,8%). Otros estudios previos ya habían encontrado esta tendencia a que los muchachos se suban a vehículos conducidos por personas bajo los efectos del alcohol (Rial et al., 2020). Sin embargo, a diferencia de ese estudio, los resultados de este trabajo muestran que el riesgo de subirse con conductores ebrios no disminuye a medida que aumenta la edad. Los estudios especializados muestran que las alteraciones cognitivas provocadas durante la hora siguiente a haber consumido sustancias disminuyen las habilidades necesarias para conducir correctamente y aumentan la probabilidad de tener un accidente de tránsito (Hartman y Huestis, 2013; Amesty et al., 2019). Pero a pesar de la evidencia, la proporción de jóvenes que han conducido bajo los efectos de alcohol se incrementa a medida que aumenta la edad. De hecho, a los 17 años lo hacen alrededor de cinco veces más (10,1%) que a los 13 años (2,8%). Además, sólo en Santo Domingo Oeste ocurre con la misma frecuencia (15,9%) que en todos los demás municipios juntos. En resumen, tanto por su alta prevalencia, como por la estrecha relación que mantienen entre sí estas conductas, así como por la peligrosidad que entrañan tanto para los adolescentes que las llevan a cabo como para la sociedad, no sólo no deben pasar desapercibidas, sino que deben ser trabajadas tanto en los programas de prevención de las drogodependencias como de seguridad vial en el país.

Sin embargo, la seguridad vial no es la única práctica de riesgo en la que incurren los adolescentes dominicanos cuando están bajo los efectos del alcohol. En el apartado anterior se informaba que tan solo el 2,9% de los entrevistados pensaban que habían empezado a tener más problemas con sus familias debido a su consumo de alcohol. Sin embargo, igual que habían encontrado antes otros estudios (Rial et al., 2020; Golpe, Pilatti et al., 2018; Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial,

2017; Alderete et al., 2008), cuando se les preguntó explícitamente si **habían tenido problemas serios con sus padres debido al consumo de alcohol**, la proporción tanto de chicos como de chicas que respondió afirmativamente fue más del doble (7,5%) que los que informaron percibir problemas familiares (2,9%). Además, estos problemas fueron hasta cinco veces más frecuentes entre aquellos que se emborracharon durante el último mes (27,2%) que entre los que no llegaron a embriagarse (5,8%). Y aunque estos resultados son coherentes con los de estudios similares, las prevalencias son incluso dos veces más elevadas que las informadas en trabajos como el de Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial (2017). Otra discrepancia interesante entre las percepciones de los jóvenes y las conductas emitidas está relacionada con la edad. Todos los grupos de edad percibían, sin grandes diferencias entre ellos, que su consumo no afectaba a su funcionamiento familiar. Sin embargo, el análisis de las conductas de riesgo revela que a medida que aumenta la edad en realidad sí aumentan los problemas con los padres y las diferencias entre los grupos de edad no sólo son significativas, sino que a los 16 años la cantidad de adolescentes que dice experimentar estas dificultades familiares es casi cuatro veces superior a la de los jóvenes de 13 años (11,5% vs. 3,1% respectivamente). Estudios previos habían encontrado prevalencias similares, pero en esos trabajos los problemas suelen tener mayor incidencia al principio de la adolescencia y van disminuyendo con la edad (Rial et al., 2020), mientras en este trabajo se observa el fenómeno opuesto. Otra dimensión en la que se observan diferencias importantes entre las percepciones y las conductas relacionadas con el funcionamiento familiar es en el análisis por municipios. La prevalencia de jóvenes que informan haber tenido problemas serios con sus padres a causa de su consumo de alcohol es muy similar en todos los distritos. No obstante, resulta paradójico que en el Distrito Nacional sólo el 2,6% informaban percibir implicaciones familiares relacionadas con su consumo, sin embargo, el 9,3% reconoce haber tenido problemas serios con sus padres por esta causa.

Respecto al funcionamiento social, aproximadamente un 3% de los entrevistados percibían haber tenido problemas con sus amigos debido al consumo de alcohol. Pero al explorar conductas más específicas, el 5,6% de los adolescentes informan **haberse visto involucrados en peleas** y el 4,4% **haber sufrido accidentes o lesiones** estando bajo los efectos del alcohol. Estudios previos muestran que estas conductas no sólo son más habituales entre los adolescentes que beben alcohol (Singkom et al., 2019; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Alderete et al., 2008; Swahn et al., 2004; Wechsler

et al., 1994), sino que lo son aún más entre los que se emborrachan que entre los que no lo hacen (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). De hecho, en este trabajo se encontró que es, aproximadamente, seis veces más probable que los jóvenes que se emborrachan terminen viéndose involucrados en peleas (24,1%) que los que no se emborrachan (4%) y así mismo, terminan sufriendo más accidentes o lesiones (20,3%) que los que no lo hacen (3%). Estos resultados sugieren que, igual en que el caso del ajuste familiar, la percepción que tienen los adolescentes de cómo su consumo de alcohol impacta realmente en su vida social no está muy alineado con la realidad. Pero estas consecuencias no sólo afectan al ajuste social de los adolescentes, sino también a su salud. Tanto así que el 2% informan que tuvieron que **ser hospitalizados o llevados a urgencias**, lo que ocurre hasta cinco veces más entre los jóvenes que se emborrachan que entre los que no lo hacen (8% vs. 1,5% respectivamente), lo que, de nuevo, es congruente con la literatura especializada (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017).

Involucrarse en peleas como resultado del consumo de alcohol es algo que ocurre de manera muy similar entre los chicos y las chicas, pero se aprecia una tendencia ligeramente mayor, aunque no significativa, por parte de los chicos (6,8% vs. 4,8% las chicas). Además, tal como habían informado otros estudios previos (Rial et al., 2020) las peleas, los accidentes, las lesiones y las hospitalizaciones debido al consumo de alcohol aparecen en todas las edades de la adolescencia. Si bien en el trabajo de Rial et al. (2020) se observaba que a medida que aumentaba la edad la prevalencia de jóvenes con estas conductas disminuía, en este trabajo las peleas ocurren prácticamente con la misma frecuencia en todas las edades de la adolescencia (entre un 4,1% y un 6,6%), siendo ligeramente más frecuentes a los 16 y 17 años (6,6% y 6,5%, respectivamente). Ambos grupos informan haber sufrido por igual accidentes o lesiones estando bajo los efectos del alcohol (4,6% los chicos y 4,2% las chicas) y han necesitado asistencia médica debido a su consumo (2,2% los chicos y 1,9% las chicas). Las lesiones y accidentes, así como las visitas a servicios médicos ocurren con una frecuencia casi tres veces mayor a medida que aumenta la edad. Las lesiones y accidentes pasan de una incidencia del 2% a los 13 años a un 5,6% a los 17 años y las hospitalizaciones de un 0,8% a los 13 años a un 3,1% a los 16 y 17 años. Además, se puede apreciar que tanto las peleas como las lesiones o accidentes son significativamente más frecuentes en el Distrito Nacional (10,5% de peleas y 7,7% de lesiones y accidentes) y en Santo Domingo Oeste (10,2% de peleas y 7,9% de lesiones y accidentes) que en Santo Domingo Norte (3,6% de peleas y 3,2% de lesiones

y accidentes) y Santo Domingo Este (3,1% de peleas y 2,5% de lesiones y accidentes). En Santo Domingo Oeste es donde se registra la mayor proporción de adolescentes que informan visitar los servicios de urgencias como consecuencia de su consumo (3,9%); tres veces más que en Santo Domingo Este (1,3%) y más del doble que en Santo Domingo Norte (1,6%). También el Distrito Nacional, con un 3%, registra una prevalencia de adolescentes que requirieron ayuda médica bastante similar a la de Santo Domingo Oeste.

Otro indicador social relevante está relacionado con las prácticas sexuales de riesgo cuando los jóvenes están bajo los efectos del alcohol. El 3,9% de los adolescentes entrevistados informan haber tenido **prácticas sexuales sin protección** estando bajo los efectos del alcohol y el 2,8% tuvo **relaciones sexuales de las que luego se arrepintieron**. A diferencia de otros países de la región, como Argentina, donde las chicas son las que más se arrepienten después de las relaciones sexuales que tienen bajo los efectos del alcohol (Pilatti et al., 2018), en este estudio los resultados muestran que las prácticas sexuales de riesgo evaluadas son claramente más frecuente entre los chicos que entre las chicas, con un 6,2% y 2,4% respectivamente para sexo sin protección y 3,9% y 2% respectivamente para relaciones sexuales de las que se arrepintieron. Como habían encontrado otros trabajos previos (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Moure-Rodríguez et al., 2016<sup>a</sup>; Folgar et al., 2015) los resultados también muestran la ocurrencia de hasta siete veces más relaciones sexuales sin protección cuando los jóvenes se emborrachan que cuando no lo hacen (19% vs. 2,6%) y la probabilidad de tener relaciones sexuales de las que se arrepienten después es hasta diez veces mayor cuando se embriagaron previamente (16,5% vs. 1,6%). Estos resultados están alineados con los de trabajos previos que ya habían establecido una clara relación entre consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo Singkom et al., 2019; Matsushita y Takaki, 2019; Dormal et al., 2018; Carbia et al., 2018; Moure-Rodríguez et al., 2016a, b; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; DeCamp et al., 2015; Folgar et al., 2015; Huang et al., 2010).

Igual que otros estudios recientes, se vio que estas conductas son moduladas con la edad (Rial et al., 2020). Sin embargo, a diferencia del trabajo de Rial et al. (2020) donde el sexo sin protección y las relaciones sexuales de las que luego se arrepienten disminuyen a lo largo de la adolescencia, en este trabajo se encontró el fenómeno opuesto. Ambas prácticas se incrementan significativamente a medida que aumenta la edad. Las prácticas sexuales sin protección son dos veces más frecuentes a los 16 y 17 años que a los 13, los

14 y los 15 años. Así mismo, las relaciones sexuales de las que luego se arrepienten ocurrieron casi cuatro veces más entre los 16 y 17 años que a los 15 años y hasta cinco veces más que a los 13 años. En Santo Domingo Oeste es donde se registra la mayor frecuencia de relaciones sin protección (7,1%) que es casi cuatro veces superior a la Santo Domingo Este (1,9%). Las cifras del Distrito Nacional (4,6%) y de Santo Domingo Norte (4,6%) tampoco pasan desapercibidas dadas las serias implicaciones que tiene esta conducta. También son significativas las diferencias entre todos los municipios en cuanto a las relaciones sexuales de la que luego se arrepintieron. El Distrito Nacional (4,9%) y Santo Domingo Oeste (3,9%) informan de estas prácticas hasta tres y cuatro veces más, respectivamente, que Santo Domingo Este (1,2%). Las prácticas sexuales de riesgo no sólo impactan en la salud de los jóvenes, sino que contribuyen a la elevada tasa de embarazos en adolescentes. El esfuerzo por disminuir los embarazos en este segmento de la población es un reto tanto de Administraciones nacionales como internacionales. Pero estudios recientes aún sitúan esta tasa por encima del 20% (Dongarwar y Salihu; 2019), sin que ningún trabajo hasta la fecha haya informado de la relación entre esta prevalencia y el consumo de sustancias psicoactivas.

Otra dimensión de la vida de los adolescentes que se sabe que no está exenta de las consecuencias del consumo de alcohol es el rendimiento académico, que, por lo general, tiende a empeorar (Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Miller et al., 2007). Anteriormente, en el apartado del impacto percibido, el 2,4% de los adolescentes entrevistados informó considerar que sus notas bajaron como consecuencias del uso de alcohol, pero aun así seguían bebiendo. Y, de hecho, el 2,5% reconocen haber tenido **peor rendimiento en el colegio o en el trabajo** debido al consumo. Esta realidad ocurre significativamente más entre los chicos (3,6%) que entre las chicas (1,8%). Y tal como habían encontrado otros estudios (Rial et al., 2020) el rendimiento académico se relaciona significativamente con el consumo de alcohol durante todas las edades de la adolescencia. Además, los resultados muestran que es hasta siete veces más probable entre los que se han emborrachado durante el último mes (11,4%) que entre los que no lo hicieron (1,7%); lo que también es congruente con los hallazgos previos de Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial (2017). El Distrito Nacional y Santo Domingo Oeste son los municipios que tienen mayor proporción de adolescentes con problemas de rendimiento académico como consecuencia del consumo (4,3% y 3,9% respectivamente), con una incidencia



aproximadamente dos veces superior a la de Santo Domingo Norte (1,7%) y Santo Domingo Este (1,6%).

Una última esfera evaluada con respecto a las conductas de riesgo de los adolescentes cuando están bajo los efectos del alcohol está relacionada con aspectos legales. Estudios previos ya habían informado del aumento de la probabilidad de tener problemas con la policía o del riesgo de ser víctima de robos estando por estar bajo los efectos del alcohol (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; DeCamp et al., 2015; Alderete et al., 2008). En este trabajo, aproximadamente el 2% de los entrevistados (2,1%) reconocieron haber tenido problemas legales más de una vez debido a su consumo y el 1,6% informaron haber tenido **problemas con la policía**. Aunque las diferencias no son significativas, ocurre más entre los chicos (2%) que entre las chicas (1,3%). Igual que han encontrado otros trabajos antes este tipo de conductas son relativamente frecuentes durante toda la adolescencia (Rial et al., 2020). Sin embargo, en trabajos previos como el de Rial et al., (2020) se observa una disminución significativa de estos problemas a medida que los adolescentes van creciendo. Sin embargo, en este trabajo los resultados muestran no sólo que los problemas con la policía están presentes durante toda la adolescencia, sino que la tendencia se incrementa a medida que aumenta la edad. De hecho, a los 15 y 16 años la cantidad de jóvenes que tienen problemas con la policía es hasta cinco veces más que a los 13 años. También, de acuerdo con la literatura previa, los adolescentes que se emborracharon durante el último mes son los que se han visto involucrados en más problemas con la policía (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). De hecho, en este trabajo los datos indican que es hasta ocho veces más probable que los jóvenes que se emborrachan tengan este tipo de altercados en comparación con los que no se emborracharon (8,2% vs. 1% respectivamente). Por último, Santo Domingo Oeste (3,1%) y el Distrito Nacional (3%) son las zonas en las que esto ocurre con más frecuencia. De hecho, ocurre tres veces más que en Santo Domingo Norte (1,3%) y hasta cinco veces más que en Santo Domingo Este (0,6%).

Estar bajo los efectos del alcohol también aumenta la vulnerabilidad a ser víctima de asaltos (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; DeCamp et al., 2015). En este trabajo, el 2,3% informa haber sido **víctima de robos o atracos** estando bajo los efectos del alcohol. Esto le ha ocurrido casi por igual a chicos y chicas de todas las edades, aunque hay una proporción ligeramente superior de chicos (2,7%) que de chicas (2,1%). Los resultados también muestran que, tal como

habían encontrado otros estudios recientes (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017), los jóvenes que se embriagaron durante el último mes fueron robados o atracados con mayor frecuencia (11,5%) que los que no se emborracharon (1,6%) Tal como han publicado otras investigaciones previas la exposición a estos delitos estando bajo el efecto del alcohol ocurre durante toda la adolescencia (Rial et al., 2020) y aunque en este trabajo las diferencias no son significativas, se ve como a medida que aumenta la edad también crece la proporción de víctimas. De hecho, a los 16 y 17 años hay ocho veces más adolescentes que han sido robados o atracados bajo los efectos del alcohol que a los 13 años. La incidencia por localización geográfica es muy similar para Santo Domingo Oeste (3,9%), Distrito Nacional y Santo Domingo Norte (3%) y los tres registran tres veces más casos que Santo Domingo Este (0,9%).

### **8.3. EDAD DE INICIO DE CONSUMO**

El estudio de la edad de inicio de consumo es uno de los factores conductuales relacionados con el uso y abuso de sustancias que ha cobrado más fuerza durante los últimos años por las fuertes implicaciones que tiene. La evidencia actual señala que los adolescentes que comienzan a consumir tanto alcohol como otras drogas tienen un riesgo mayor de sufrir daños cerebrales, así como otras consecuencias a nivel neurocognitivo (Carbia et al., 2018; 2017; Kim-Spoon et al., 2017; McMurray, et al., 2016; Luna et al., 2015; Cadaveira, 2009). Además, también ha sido documentado que la edad de inicio se relaciona directamente con la probabilidad de exponerse a prácticas de riesgo, como las expuestas en el apartado anterior de este texto, y aumenta la probabilidad de desarrollar diferentes enfermedades de salud mental (Pacek et al., 2013) y adicciones tanto químicas (Yan et al., 2019) como conductuales (Marmet et al., 2019; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Golpe, Gómez, Braña, Varela y Rial, 2017). Los datos disponibles para este estudio muestran que los adolescentes dominicanos se inician en el consumo de una amplia variedad de sustancias entre el final de los 13 y los 15 años. Además, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de cada sustancia, lo que indica no solo la presencia de una franja de edad de alta vulnerabilidad, sino que además existen tres momentos críticos que permiten situar una edad localizada para el inicio del consumo de cada una de las sustancias. El alcohol es la primera droga



con la que entran en contacto y lo hacen a una edad muy temprana, situada, en general, antes de los 13 años (12,90 años), siendo los varones los que lo hacen antes (12,64 años de media de edad) y ellas un poco después (13,07 años de media). Estos resultados indican que la edad de inicio de consumo de esta sustancia en la República Dominicana se sitúa por debajo de la media de otros países tanto de la región (Salgueiro et al., 2020) como de Europa (Rial et al., 2020). Argentina (Pilatti et al., 2017), Uruguay (Observatorio Uruguayo de Drogas, 2016) o México (Villarreal-González et al., 2010) ubican el inicio del consumo en torno a los 14 años y en España Rial et al (2020) establecen este punto a los 13,4 años de edad después de analizar una amplia muestra de adolescentes de la comunidad gallega.

El segundo momento crítico en el inicio del consumo de sustancias se sitúa a los 14 años donde tanto chicos como chicas se emborrachan por primera vez. A diferencia de otros trabajos llevados a cabo con población española donde han encontrado diferencias por género significativas según las cuales ellos se emborrachaban a edades más tempranas (Rial et al., 2020), en población dominicana este estudio encontró que no hay diferencias significativas entre ambos grupos. Por otra parte, tal como habían encontrado anteriormente en la Encuesta Nacional Sobre Drogas (Consejo Nacional de Drogas, 2009), también a los 14 años es cuando los jóvenes entran en contacto con el tabaco, el cannabis y los sedantes y tranquilizantes sin prescripción médica. Estos datos, a su vez, son congruentes con los informados por la Comisión Interamericana para el Consumo de Drogas para los demás países de la región (CIDAC, 2019) y por los hallados en diferentes estudios del continente europeo (Rial et al., 2020; Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019). Para todas las sustancias, excepto para los sedantes, ellos inician el consumo antes que las chicas, aunque las diferencias solo son significativas en la edad de inicio de consumo del tabaco que se establece en los 13,17 años para los chicos y en los 13,63 años para las chicas. Aunque no pasa desapercibido el hecho de que ellas se inician antes en el consumo de sedantes (13,39 años mientras que los varones no lo hacen, de media, hasta los 14,17 años), puesto que también es la única sustancia en la que ellas registran tasas de prevalencia más elevadas. Estos datos sugieren que la edad de inicio posiblemente desempeña un papel importante en la posterior extensión del consumo, y aunque este estudio no ha buscado establecer relaciones explicativas entre estos factores, futuros estudios deberían tomarlo en consideración. Finalmente, es importante notar que la edad de 14 años no solo resulta crítica por ser una etapa en la que se experimenta con

una importante cantidad de sustancias nuevas y se consume alcohol hasta el punto de embriagarse, sino que, además, el análisis de las prevalencias indicaba que en este mismo período es cuando más crece la tasa de consumo. Por lo tanto, a los 14 años es cuando más adolescentes consumen alcohol, una parte importante lo hacen hasta el punto de emborracharse y además experimentan con nuevas drogas. Los datos no permiten confirmarlo, porque tampoco estaba entre los objetivos de este trabajo establecer dicha relación, pero cabe suponer que todos estos factores confluyen en un solo momento en el tiempo dando lugar a frecuentes situaciones de consumo simultáneo de múltiples drogas.

El tercer momento crítico identificado respecto al inicio de consumo de sustancias se sitúa en torno a los 15 años, cuando la población entrevistada informa haber consumido por primera vez otras drogas estimulantes como cocaína, éxtasis, anfetaminas o alucinógenos. Otros estudios locales ejecutados previamente habían situado la edad de inicio de consumo de estas sustancias en los 14 años (Consejo Nacional de Drogas, 2009), lo que es congruente con la media obtenida en este trabajo; y al igual que otros trabajos internacionales (Rial et al., 2020) tampoco se han encontrado diferencias por género. Sin embargo, el reducido porcentaje de adolescentes que informaron haber consumido estas drogas invitó a considerar la posibilidad de que otros estadísticos como la mediana o la moda podrían permitir un acercamiento más preciso a la edad real de inicio de consumo, situándola en los 15 años de edad. Esta edad de inicio mejor ajustada es similar a la establecida en estudios con muestra española (Rial et al., 2020; Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

Por último, el análisis de la edad de inicio tomando en consideración cada municipio, muestra que apenas existen diferencias entre los cuatro distritos. En este sentido, sólo Santo Domingo Oeste presenta diferencias significativas con respecto a los demás grupos en la edad de inicio de consumo del tabaco que se establece en los 12,33 años, alrededor de un año antes que Santo Domingo Norte (13,02) y el Distrito Nacional (13,56) y hasta un año y medio antes que Santo Domingo Este (13,75 años). También en Santo Domingo Oeste es donde se sitúa la edad de inicio más baja de la primera borrachera (13,18 años). Ocurre unos meses antes que en Santo Domingo Norte (13,54), pero casi un año antes que en el Distrito Nacional (13,94) y con más de un año de diferencia que en Santo Domingo Este (14,42). De nuevo estos resultados parecen estar alineados con las prevalencias vistas hasta ahora, según las cuales Santo Domingo Oeste es el municipio que, en general, registra las tasas de consumo más elevadas y presenta hábitos de consumo

más nocivos para muchos de los factores evaluados, así como una importante prevalencia de conductas de riesgo.

#### **8.4. CONSUMO DE RIESGO Y CONSUMO INTENSIVO**

Para poder tener una visión más completa del alcance y de los riesgos asociados al consumo de alcohol en los adolescentes no es suficiente con saber qué tanta población juvenil está consumiendo esta sustancia. Identificar los patrones de consumo de riesgo de alcohol en una población antes de que se conviertan en dependientes de esa sustancia facilita la adopción de medidas de actuación tempranas que pueden ayudar a reducir el consumo. Esta información puede, por tanto, resultar una estrategia de prevención útil capaz de reducir la demanda de servicios de salud a corto, medio y largo plazo y ayudar a disminuir la probabilidad de inconvenientes policiales y legales derivados de patrones de consumo de riesgo (Monteniro, 2013). Para comprender este fenómeno en población adolescente dominicana se emplearon tres instrumentos de medida sensibles al consumo de riesgo: La versión española del AUDIT, una versión del mismo instrumento adaptada para adolescentes (Rial et al., 2017) y la versión española del CRAFFT (Rial et al., 2019) adaptada para evaluar específicamente consumo de riesgo de alcohol. Estos instrumentos de cribado debidamente validados y adaptados para la población objeto de estudio permitieron establecer que entre uno de cada cuatro y uno de cada cinco menores ha tenido durante el último año un consumo de alcohol considerado de riesgo. El AUDIT estima que el 20,7% de los adolescentes lleva a cabo consumos este tipo de consumos y los instrumentos específicos para población adolescente aumentan ligeramente esta proporción situando las prevalencias en un 24,3% según el AUDIT-ad y un 24,2% según el CRAFFT-al. El consumo de riesgo es tan frecuente entre los chicos como entre las chicas. A pesar de que la proporción de varones es ligeramente superior, sólo el AUDIT-ad es capaz de establecer diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Estos resultados son coherentes con los de trabajos previos que muestra evidencia que alerta de cambios demográficos en la tendencia de los patrones de consumo de las mujeres y ponen de manifiesto cómo la brecha de género en relación con los problemas asociados

al alcohol parece estrecharse cada vez más (Pilatti et al., 2018; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Keyes et al., 2011; Gruzca et al., 2009).

Independientemente del instrumento de medida que se quiera considerar, todos los empleados en este estudio encuentran diferencias significativas entre los distintos grupos de edad. Los tres instrumentos muestran una marcada línea de crecimiento en la tasa de consumo de riesgo desde el principio de la adolescencia (13 años) hasta el final de esta etapa (17 años). Según el AUDIT y el AUDIT-ad desde los 13 hasta los 17 años los consumos de riesgo aumentan hasta más de cinco veces, pasando del 6,3% a los 13 años a un 35,2% a los 17 años según el AUDIT y del 7,5% a los 13 al 39,7% a los 17 según el AUDIT-ad. El CRAFFT-al, por su parte, ofrece datos muy similares, mostrando que en la misma franja de edad la proporción de consumos de riesgo aumenta hasta cuatro veces, pasando de un 8,3% a los 13 años a un 38% a los 17 años. Los resultados por municipios también indican que la tasa de consumo de riesgo es significativamente diferente entre unos y otros. Independientemente de las diferencias en la medición entre los tres instrumentos empleados, todos coinciden en que en Santo Domingo Oeste aproximadamente un tercio de los adolescentes registran consumos de riesgo. Según el AUDIT la cifra asciende al 32,3%, según el AUDIT-ad se sitúa en el 37,8% y según el CRAFFT en el 36,2%. Las cifras del Distrito Nacional son muy similares; y aunque son ligeramente inferiores, también ahí hay casi un tercio de adolescentes que llevan a cabo consumos de riesgo. Según el AUDIT lo hacen el 29,4%, según el AUDIT-ad un 33,2% y según el CRAFFT-al un 28,9%. En Santo Domingo Norte, aproximadamente uno de cada cinco jóvenes lleva a cabo este tipo de consumos. Los resultados del AUDIT estiman 21,3%, el AUDIT-ad un 24,2% y el CRAFFT-al un 22%. Santo Domingo Este es el municipio que presenta menor tasa de consumos de riesgo, pero, aun así, las cifras oscilan el 11,5% que estima el AUDIT, pasando por el 15,4% que calcula el AUDIT-ad y llegando hasta un 20,6% según el CRAFFT-al.

Las elevadas tasas de consumo registradas por los adolescentes son una preocupación a nivel mundial, pero la forma en la que se consume la bebida aún lo es más. El consumo intensivo de alcohol o *Binge Drinking* es una práctica que ha trascendido en los últimos años no sólo por las implicaciones para la salud (*World Health Organization*, 2018; GBD, 2018; Degenhardt et al., 2018; Rehm et al., 2018), sino también por las consecuencias psicosociales que acarrea (Klingemann y Gmel 2001). Por estas razones y por la alta

probabilidad que supone de desarrollar un trastorno por dependencia se ha etiquetado en la categoría de consumos de riesgo (González, 2016; Parada, 2011).

A pesar de que los conceptos de *Binge Drinking* (BD) y consumo intensivo de alcohol (CIA) están ampliamente extendidos tanto en la clínica como en la investigación, su definición está aún en discusión. Diferentes expertos han sugerido una serie de indicadores para considerar cuándo se produce *Binge Drinking* atendiendo a la *cantidad de alcohol consumida*: 6 o más consumiciones para hombres y 5 o más para mujeres (Parada, 2011) y 3 o más consumiciones para los adolescentes (Donovan, 2009); la *duración del consumo*: una única ocasión; y el *período temporal*: dónde “último año”, “último mes” y “última semana” son algunos de los más utilizados (Cortés y Motos, 2016). Tomando en consideración los criterios señalados, los resultados confirman que del 34,7% de los adolescentes entrevistados que consumieron alcohol durante *el último mes*, el 16,9% había tomado *3 o más consumiciones en un mismo día*. Sin embargo, algunos autores consideran que el indicador del último mes, puede infravalorar la prevalencia de *Binge Drinking* (Cortés y Motos, 2016), por lo que se evaluó también el consumo durante *el último año*. Con esta combinación de criterios, los resultados muestran que del 63,7% de jóvenes entre 13 y 17 años que consumieron alcohol durante *el último año*, el 32,7% hicieron *3 o más consumiciones en un mismo día*. No obstante, otros autores consideran que para establecer un episodio de *Binge Drinking* la cantidad de alcohol consumida debe ser de al menos 6 consumiciones en hombres y 5 en mujeres en una sola ocasión (Parada, 2011). Considerando este esquema la prevalencia, evidentemente, disminuye, pero aún es importante sobre todo considerando las franjas de edad de la población entrevistada. Del 34,7% de los adolescentes entre 13 y 17 años que consumieron alcohol durante *el último mes*, el 6,5% bebieron *6 o más consumiciones en un solo día* y el 63,7% que consumieron bebidas alcohólicas durante *el último año*, el 14,3% tomó *6 o más consumiciones en el mismo día*. Y aunque los consumos intensivos de alcohol no implican por definición la necesidad de alcanzar un estado de embriaguez, es muy posible que éste ocurra como consecuencia. Este trabajo encontró que aproximadamente una cuarta parte de los estudiantes entre 13 y 17 años que consumieron alcohol durante *el último mes* se emborrachó y también uno de cada tres de los que consumieron alcohol alguna vez durante *el último año*. Algunos estudios determinan que estos resultados se deben a que embriagarse es una de las motivaciones de los jóvenes para llevar a cabo la conducta de *Binge Drinking* (Bonar et al., 2012; Cooke et al., 2010).

La prevalencia de *Binge Drinking* entre los 13 y los 17 indica que ésta es una forma de consumo que necesita ser atendida en tanto que los consumos de riesgo, así como las borracheras, aumentan significativamente a medida que aumenta la edad. Aproximadamente la mitad de los niños de 13 años que tomaron alcohol tanto durante el *último mes* como durante el *último año*, ingirió *3 o más consumiciones*, de los cuales casi la mitad llegaron a tomar *6 o más consumiciones* y a *emborracharse*. A los 15 años la prevalencia de los jóvenes que han ingerido *3 o más consumiciones* es más del doble y los que han ingerido *6 o más* y los que se han *emborrachado* son tres veces más que a los 13. Además, del aumento importante en los consumos intensivos de alcohol, el conjunto de las prevalencias muestra que a los 15 años es cuando se produce el punto crítico en el consumo de todas las demás sustancias, duplicándose también el consumo de tabaco, cannabis, sedantes, cocaína y otras drogas estimulantes. Y a los 17 prácticamente un tercio de los adolescentes consumieron *3 o más* bebidas alcohólicas durante el *último mes* de los cuales la mitad llegaron a *embriagarse*. No existen estudios similares llevados a cabo en la República Dominicana que analicen las prevalencias para los tres indicadores de *Binge Drinking* por segmentos de edad por lo que se consideraron los datos obtenidos recientemente por Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial (2017) con población española para que sirvieran como referencia. Se mostró al principio de esta discusión que los resultados de la tasa de consumo de alcohol de los dominicanos durante el *último mes* son inferiores a la de los españoles, aunque la del *último año* es prácticamente similar (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019). Sin embargo, hablando específicamente de *Binge Drinking* los resultados muestran que las prevalencias de los adolescentes dominicanos son, para ambos marcos temporales, inferiores a las de los adolescentes españoles para todos los indicadores (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). Aunque a edades más tempranas las tasas se asemejan más entre ambas poblaciones, a medida que aumenta la edad aumentan las diferencias. Las prevalencias del *último mes* de los dominicanos entre 14 y 15 años, para los tres indicadores, son similares a las de los españoles de la misma edad. La media de dominicanos de 14 años y 15 años que tomaron *3 o más consumiciones* en una sola ocasión durante el *último mes* es del 14%, mientras que la de los españoles es del 14,4%. La media de dominicanos de la misma edad que tomaron *6 o más consumiciones* es ligeramente inferior a la de los españoles (5,6% vs. 6,3% respectivamente) y además los españoles de la misma edad se emborracharon casi el doble según el consumo del *último mes*: 5,6% de borracheras en población dominicana vs. 9,2% en españoles. Además, la prevalencia de *Binge Drinking*



durante el último año de los adolescentes dominicanos de 14 y 15 años también se sitúa por debajo de la de los españoles. Para *3 o más consumiciones* la prevalencia de dominicanos es del 27,5% mientras que la de españoles es del 32,5%; para *6 o más consumiciones* la tasa de dominicanos es un 4,1% más baja (11,4% de dominicanos vs. 15,5% de españoles); y las borracheras ocurren casi un 10% más entre los jóvenes españoles de la misma edad (15,95% de prevalencia en dominicanos vs. 25,4% en españoles).

En la franja de los 16 y los 17 años las cifras de consumo intensivo de alcohol o *Binge Drinking* de los adolescentes españoles prácticamente duplican y en algunos indicadores hasta se triplican con respecto a las cifras de los dominicanos. En relación con los consumos del último mes, hay un 25,3% menos de dominicanos que hicieron *3 o más consumiciones* (23,4% de tasa de consumo de dominicanos vs. 48,7% de tasa de consumo de españoles). Así mismo la prevalencia de adolescentes dominicanos que bebieron *6 o más consumiciones* es casi tres veces inferior a la de los españoles de la misma edad (8,85% vs. 25,4% respectivamente); y aproximadamente por cada dominicano que se embriagó durante el último mes, en el mismo espacio de tiempo lo hicieron 2 españoles (11,85% de dominicanos y 25,4% de españoles). Los datos con respecto al último año son similares a los del último mes. La tasa de *3 o más consumiciones* es un 28,35% más baja en adolescentes dominicanos de 16 y 17 años que en españoles de la misma edad (43,75% de dominicanos vs. 72,1% de españoles). Los resultados para *6 o más consumiciones* son muy similares, con un 25,85% menos de dominicanos que consumieron esa cantidad de alcohol en una sola ocasión durante el último año; mientras la tasa de consumo de *6 o más consumiciones* de dominicanos de 16 y 17 años se sitúa en el 20,35%, la de los españoles fue del 46,2%. E igual que con el consumo del último mes, la prevalencia de borracheras durante el último año es prácticamente de un dominicano por cada dos españoles (29,7% de prevalencia de borrachera durante el último año en dominicanos vs. 61,6% en españoles).

Más allá de las prevalencias, al repasar las tasas de los tres indicadores para todas las edades en ambos países, se aprecia que tanto en la República Dominicana como en España existe un punto crítico en el que la tasa de *Binge Drinking* se dispara. Este fenómeno ocurre antes en la población dominicana, cuyas prevalencias crecen rápidamente llegando a multiplicarse por dos y hasta por tres en torno a los 14 años (finales de los 13 y hasta los 15 años). En población española ocurre un patrón de crecimiento similar, pero es más

tardío, apareciendo alrededor de los 16-17 años (Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías, 2019; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017).

Por otra parte, el análisis por sexos de la prevalencia de *Binge Drinking* en adolescentes dominicanos revela que los chicos tienen una mayor prevalencia de episodios de consumo intensivo de alcohol que las chicas. Aunque, a veces, las diferencias entre ambos sexos son muy sutiles. De los tres indicadores de consumo empleados para detectar *Binge Drinking*, sólo el de haberse *emborrachado* ha mostrado, tanto para el *último mes* como para el *último año*, diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo ellos los que se emborrachan más. Sin embargo, tomando todos los indicadores en conjunto, no se puede subestimar la práctica de consumo de riesgo en las mujeres. Aun cuando las diferencias entre los dos grupos son significativas, casi una de cada cinco chicas se ha *emborrachado* durante el *último año* y una tercera parte de ellas han tomado *3 o más consumiciones* en un solo día. Las prevalencias de *Binge Drinking* del *último mes* son más bajas, pero no por eso menos importantes. El 16,2% de ellas tomó *3 o más consumiciones* en un solo día, el 6,1% tomó *6 o más* y el 6,7% *se embriagaron*. En conjunto, los resultados son coherentes con los resultados de otros países que han visto como las tasas de consumo intensivo de alcohol entre las mujeres han crecido tanto que han roto la brecha de género que había existido tradicionalmente con el consumo de alcohol (Pilatti et al., 2018; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Keyes et al., 2011; Gruzca et al., 2009).

Por último, la prevalencia de *Binge Drinking* según la localización geográfica varía significativamente entre los cuatro municipios que componen la capital dominicana. Las mayores tasas se registran en el Distrito Nacional y en Santo Domingo Oeste que muestran prácticamente las mismas prevalencias para ambos marcos temporales (*último mes* y *último año*) y en los tres indicadores de consumo intensivo de alcohol (*3 o más consumiciones*, *6 o más consumiciones* y haberse *emborrachado*). Estos datos resultan interesantes en el contexto de las características de desarrollo socio-económico de ambos grupos. Los estudiantes del Distrito Nacional, son niños que pertenecen a familias desarrolladas económicamente y se escolarizan en centros educativos con estándares de calidad internacional. Los estudiantes de Santo Domingo Oeste, son el extremo opuesto. La mayoría de los habitantes de esta población viven en condiciones de pobreza, con escaso abastecimiento de servicios básicos como luz o agua, viven más expuestos a la delincuencia y aunque la muestra seleccionada para este estudio estaba escolarizada en



un centro de titularidad privada, los estándares de calidad son claramente inferiores a los del Distrito Nacional. Entendiendo estos dos contextos resulta interesante que tanto las tasas de consumo, como los consumos de riesgo sean tan similares entre ambos grupos. Esto sugiere que el acceso a una educación de calidad, no necesariamente resulta un factor de protección. Pero tal como han señalado otros estudios, variables como la disponibilidad económica (Varela et al., 2013) o la pobreza (OMS, 1986; Jessor, 1991) sí podrían ser factores de riesgo importantes.

Según los resultados obtenidos, la población de más riesgo de consumo intensivo de alcohol que tiene actualmente la capital dominicana son los varones de 15 años, del Distrito Nacional y de Santo Domingo Oeste. Además, a la luz de los resultados, los programas orientados a una prevención eficaz del consumo intensivo de alcohol deberían ser implementados desde el final de la infancia y de manera intensa en los primeros años de la adolescencia, antes de alcanzar el punto crítico que se identifica actualmente en la tasa de consumo, e incluir tanto a chicos como a chicas.

En el apartado de las consecuencias asociadas al consumo de alcohol se discutieron ampliamente los hallazgos respecto a cómo los adolescentes dominicanos perciben que el consumo de alcohol impacta sobre diferentes esferas de sus vidas, específicamente en lo social, lo familiar y lo académico. Quedó establecido que los jóvenes que consumen alcohol perciben más problemas en estas áreas que aquellos que no lo hacen y así mismo, los que se emborrachan perciben significativamente más problemas que los que no consumen. En este contexto parecía lógico asumir que los adolescentes que llevan a cabo consumos de riesgo también pudieran percibir más riesgos asociados a su conducta que los que no tienen estos patrones de consumo. Los resultados muestran que efectivamente los jóvenes con un patrón de consumo de riesgo perciben un impacto significativamente más negativo sobre su funcionamiento social, familiar y académico que los que no hacen consumos de riesgo. De hecho, la esfera social es la que perciben más comprometida, de tal forma que más de un 6% de los entrevistados que llevan a cabo consumos de riesgo *han comenzado a tener problemas con tus amigos/as o familiares o han empeorado debido a su consumo de alcohol (6,8%)* y consideran que *su consumo de alcohol ha molestado a alguno de tus amigos hasta el punto de que ya no te habla o no se lleva bien él (6,7%)*. Además, el 6% *han dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en su consumo de alcohol*. Alrededor del 4% *cree que su consumo de alcohol ha provocado que sus notas bajen y aun así sigue*

bebiendo (4,7%) o *se has metido en problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol* (3,8%). Sin embargo, igual que ocurría con el análisis de las percepciones sobre el consumo en general o sobre las borracheras, lo que más destaca de los datos obtenidos no es el hecho de que el grupo con consumo de riesgo perciba significativamente un peor ajuste social, familiar o académico. El valor está en la cantidad de jóvenes que tienen esta percepción respecto a los que no la tienen. Y es que alrededor del 90% de los adolescentes que consumen alcohol, incluyendo a los que llevan a cabo consumos de riesgo y a los que se emborracharon durante el último mes, no perciben un impacto negativo en sus vidas debido al consumo. Esta información sugiere, como ya se ha planteado en apartados anteriores, un problema de falta de conciencia sobre la realidad de las implicaciones que supone a corto, a medio y a largo plazo el uso de alcohol a estas edades.

Independientemente de la percepción subjetiva que tengan los jóvenes sobre los riesgos asociados a su consumo, ellos mismos son capaces de identificar consecuencias directas derivadas del uso de esta sustancia. En otro apartado de este trabajo ya se estableció que para todas las conductas de riesgo exploradas los jóvenes que bebían y los que se habían emborrachado durante el último mes experimentan más consecuencias negativas que los que no lo hacían, lo que a su vez es similar a los resultados hallados en otros trabajos con muestras latinoamericanas (Moral y Ovejero, 2011). Además, los datos revelan que los adolescentes que llevan a cabo consumos de riesgo también experimentan más consecuencias negativas que los que no tienen este tipo de consumo. Los principales problemas asociados al consumo de riesgo en los adolescentes dominicanos son, por este orden, la seguridad vial, los conflictos familiares y las peleas, accidentes y lesiones. Dos tercios de los adolescentes que llevan a cabo consumos de riesgo (64,2%) *han conducido un vehículo estando bajo los efectos del alcohol* y aproximadamente uno de cada cinco (19,2%) *ha ido en un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del alcohol*, convirtiendo esta práctica en la conducta de riesgo más prevalente entre los jóvenes dominicanos. Así mismo uno de cada cinco adolescentes que llevan a cabo consumo de riesgo (21,3%) ha tenido problemas serios con tus padres y el 8,4% ha tenido peor rendimiento en el colegio o en el trabajo. Los adolescentes que llevan a cabo consumos de riesgo también son más propensos a meterse en peleas (16,3%) y a ser víctimas de accidentes o lesiones (13,2%). Además, el 6% ha tenido que acudir a urgencias o ser hospitalizado y el 5,8% ha tenido problemas con la policía, tal como encontraron otros

trabajos recientemente (Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017). Además, el 13,2% de los adolescentes que llevan a cabo consumos de riesgo han tenido *relaciones sexuales sin protección* y el 10,3% han tenido *relaciones sexuales de las que luego se arrepintieron*, lo que suma evidencia a la amplia cantidad de investigaciones que informan de prácticas sexuales de riesgo cuando los jóvenes llevan a cabo consumos de riesgo (Singkom et al., 2019; Matsushita y Takaki, 2019; Dormal et al., 2018; Carbia et al., 2018; Moure-Rodríguez et al., 2016a,b; Golpe, Isorna, Barreiro, Braña y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Isorna y Rial, 2015; DeCamp et al., 2015; Folgar et al., 2015; Huang et al., 2010).

Finalmente, para cerrar este apartado, era de interés para este trabajo ver cómo se relaciona el consumo de riesgo con el consumo intensivo de alcohol (CIA) o *Binge Drinking* en la población de estudio. Los resultados muestran que los adolescentes que puntúan positivo en el AUDIT, es decir, aquellos con un consumo de riesgo, en general presentan tasas significativamente superiores para todos los indicadores de CIA. Más de las tres cuartas partes (81,7%) de los estudiantes que presentan consumo de riesgo hicieron *3 o más consumiciones* en una sola ocasión *durante el último año* y más de la mitad lo hicieron *durante el último mes* (53,8%). Igualmente, más de la mitad (51,4%) de los que presentan consumo de riesgo según el AUDIT hicieron *6 o más consumiciones* en una sola ocasión *durante el último año* y una cuarta parte (26,3%) tomaron esa cantidad *durante el último mes*. Respecto a la relación entre el consumo de riesgo y las borracheras, la tasa *durante el último año* es más de seis veces mayor para los que puntúan positivo en el AUDIT y hasta 15 veces mayor *durante el último mes*. Estos resultados, además de mostrar una indiscutible relación entre el consumo de riesgo y el consumo intensivo de alcohol, constituyen, en cierta forma, evidencia sobre la validez discriminante del AUDIT y del punto de corte utilizado.

## 8.5. CONTEXTOS DE CONSUMO

Considerando como contextos de consumo los lugares donde se lleva a cabo la conducta, el momento en el que tiene lugar y las personas con las que se comparte la experiencia (Clapp et al., 2000; Clapp y Shillington, 2001; O'Hare y Sherrer, 2005), este trabajo se enfocó en explorar el consumo de los adolescentes en Colmadones, Drinks y Discotecas, por tratarse de lugares orientados fundamentalmente a la comercialización de bebidas alcohólicas en un contexto de socialización capaz de reunir a grandes grupos de personas atraídos tanto por la bebida como por la música y los juegos recreativos. Los resultados hallados muestran que aproximadamente uno de cada cinco adolescentes acudió a Colmadones (19,2%) y a Discotecas (22,4%) y el 17,5% asistió a Drinks al menos una vez al mes durante el último año. Las visitas a estos lugares son tan frecuentes entre los chicos como entre las chicas, con un 18,2% y 17% respectivamente para las visitas a Drinks y 24,6% y 20,9% respectivamente para las discotecas. Sólo a los Colmadones acuden significativamente más varones con una tasa del 22,3% de chicos frente al 17,1% de chicas.

Al estudiar estos contextos de consumo en relación con la edad, se vio que las visitas a los Colmadones no permiten establecer un patrón bien definido. Las diferencias entre todos los grupos de edad son significativas y los resultados indican que con un 16,1% y un 16,4% respectivamente los jóvenes de 13 y 15 años son los que menos visitan estos lugares. En el extremo opuesto están los que más acuden a estos lugares que son los de 14 y 17 años con una prevalencia del 24% y el 21%, respectivamente. El patrón de visitas a Drinks y a Discotecas en relación con la edad sí está bien definido con diferencias significativas entre todos los grupos de edad y una clara tasa de crecimiento a medida que aumenta la edad. A los 14 años la cantidad de jóvenes que acuden a Drinks (14,8%) y a Discotecas (13,8%) es de casi el doble que a los 13 años (7,5% acuden a Drinks y 7,1% a Discotecas). A los 15 años, de nuevo, la cifra se incrementa ligeramente para las visitas a los Drinks (15,3%) pero se multiplica por tres para las Discotecas (21,4%) con respecto a los de 13 años. A los 16 años uno de cada cinco jóvenes acude a Drinks (20,8%) y uno de cada cuatro a Discotecas (26,5%). A los 17 años uno de cada cuatro (26,2%) acuden a Drinks y un tercio de los adolescentes van a discotecas (38,3%).

El análisis de los contextos de consumo por municipios muestra que los Colmadones y los Drinks son los lugares de consumo preferidos por más de un tercio de los adolescentes dominicanos de Santo Domingo Oeste, con un 37,3% que asistieron a Colmadones y un 37,8% a Drinks. Por su parte, las Discotecas son el lugar de consumo preferido por los adolescentes del Distrito Nacional (35,4%), aunque los jóvenes de Santo Domingo Oeste las visitan casi con la misma frecuencia (31,5%). Los jóvenes de Santo Domingo Este son los que menos prefieren los Colmadones (14,5%) y los Drinks (10,5%), y también son los que menos van a Discotecas (13,3%). En Santo Domingo Norte y en el Distrito Nacional los Colmadones y los Drinks son frecuentados aproximadamente por uno de cada cinco jóvenes. El 20,1% de los de Santo Domingo Norte y el 19,6% de los del Distrito Nacional acuden a Colmadones y 20% de los de Santo Domingo Norte y el 18,4% de los del Distrito Nacional acuden a Drinks.

Por otra parte, también resultaba de interés ver cómo se relacionan estos contextos con el consumo de riesgo y con el consumo intensivo de alcohol. Los resultados muestran que tanto los Colmadones como los Drinks o las Discotecas son claros contextos de riesgo. El 41,1% de los jóvenes con consumos de riesgo acuden a Colmadones, el 57% a Drinks y el 54,6% a Discotecas. Respecto a los consumos intensivos de alcohol, ocurren 2,5 veces más entre los que van a Colmadones que entre los que no frecuentan estos lugares, independientemente de que se fije el punto de corte para CIA en *3 o más consumiciones* (32,8% acuden a Colmadones vs. 13,1% que no lo hacen) o *en 6 o más consumiciones* (12,8% acuden a Colmadones vs. 5,1% que no lo hacen), o de que se tomen como referencia la prevalencia de los que se emborrachan (el 15,4% de los que lo hacen acuden a Colmadones frente al 6,1% que no van a estos lugares).

En el caso de los Drinks las prevalencias de CIA también son significativamente más frecuentes entre los que acuden a estos lugares que entre los que no lo hacen. De los jóvenes que toman *3 o más consumiciones en una sola ocasión* es hasta cuatro veces mayor la proporción de los que acuden a Drinks (48,4%) que la de los que no lo hacen (10,2%). Y de los jóvenes que toman *6 o más consumiciones* y que se emborracharon la proporción de los que visitan estos lugares es más de 5,5 mayor que la de los que no los visitan. El 20,3% de los que tomaron *6 o más consumiciones* y el 24,6% de los que se emborracharon acudieron a Drinks, frente a un 3,6% que tomaron *6 o más consumiciones* y un 4,4% que se emborracharon sin visitarlos.

Con las discotecas ocurre algo similar a lo descrito para los demás contextos de consumo evaluados. El consumo intensivo de alcohol es más frecuente entre los que visitaron estos lugares que entre los que no lo hicieron. De los adolescentes que tomaron *3 o más consumiciones* hay una cantidad casi ocho veces mayor que fueron a discotecas (47,7) que de jóvenes que no visitaron estos lugares (8%). Así mismo, de los que tomaron *6 o más consumiciones*, al menos uno de cada cinco acudió a discotecas (20,4%), lo que representa una cantidad casi ocho veces mayor a la de los que no estuvieron en estos lugares (2,6%). De los que se *emborracharon* casi una cuarta parte acudieron a discotecas (23,6%).

En definitiva, los resultados muestran que los contextos de consumo de alcohol considerados a priori como relevantes, efectivamente están relacionados tanto con el consumo en general como con el consumo de riesgo y con el consumo intensivo de alcohol en una parte de los adolescentes dominicanos. Estos hallazgos son congruentes con los resultados de otros trabajos que informan que cuando los consumos ocurren en contextos sociales como los bares, o en este caso Colmadones, Drinks y Discotecas, usualmente la ingesta de alcohol es más elevada que cuando el consumo ocurre en otros contextos (Nyaronga et al., 2009). Sin embargo, aproximadamente el 80% de los estudiantes no visitan ninguno de estos lugares, por lo que futuros trabajos deberían explorar con mayor profundidad esta variable incluyendo posibles contextos alternativos. Si el 63,7% de los estudiantes entrevistados consumieron alcohol durante el último año y sólo alrededor del 20% visitaron Colmadones, Drinks o Discotecas, deben existir otros lugares en los que se lleva a cabo el consumo.

## 8.6. POSIBLES VARIABLES MODULADORAS

Diferentes estudios han informado sobre cómo influye la **percepción de riesgo** sobre el consumo de sustancias (Guerra-Domínguez et al., 2019; Plan Nacional sobre Drogas, 2016; 2018; Suarez-Relinque et al., 2017; Méndez-Ruiz et al., 2015; Moral y Ovejero, 2011). En este sentido, los resultados de este trabajo encuentran que hay una parte de los adolescentes que son conscientes de que existe un riesgo alto asociado al consumo de alcohol. Uno de cada cinco adolescentes (22,1%) considera que es un *riesgo alto* tomar *1*



o 2 bebidas alcohólicas casi todos los días y más de la mitad creen que también implica un riesgo alto tomar 5 o 6 consumiciones de bebidas alcohólicas casi todos los días (60,1%) o tomar más de 6 consumiciones con alcohol cada fin de semana (62,2%). Sin embargo, la preocupación recae sobre el resto de la población entrevistada, en la que casi la mitad de los adolescentes (44,8%) perciben poco o ningún riesgo a la hora de hacer esas consumiciones. De hecho, el 15,1% no considera que haya ningún riesgo en tomar 1 o 2 consumiciones cada día y el 7,8% tampoco ven peligro asociado a tomar 5 o 6 bebidas alcohólicas casi todos los días o cada fin de semana. Casi un tercio de los estudiantes entrevistados (29,7%) creen que hay poco riesgo en tomar 1 o 2 consumiciones con alcohol casi todos los días y otro tercio (33,1%) creen que ese riesgo es moderado. El 5,9% creen que hay poco riesgo en tomar 5 o 6 consumiciones de bebidas alcohólicas casi todos los días y aproximadamente una cuarta parte de los adolescentes entrevistados (26,2%) piensan que tomar esa cantidad de alcohol solo supone un riesgo moderado. Estas percepciones son muy similares para los consumos del fin de semana donde aproximadamente un tercio de los entrevistados (30%) consideran que tomar 6 o más consumiciones de bebidas alcohólicas cada fin de semana supone asumir poco riesgo o un riesgo moderado.

En general, una parte de los adolescentes son conscientes de que existe un riesgo alto asociado al consumo de alcohol. Las chicas son las que tienen una percepción significativamente mayor de dicho riesgo para todas las conductas exploradas. Estas diferencias en las percepciones de ambos sexos resultan interesantes considerándolas en el contexto de las prevalencias de consumo halladas. A pesar de que las chicas parecen ser más conscientes del riesgo asociado al consumo, en realidad consumen prácticamente tanto como los chicos, puesto que no hay diferencias significativas para el consumo general entre ambos grupos ni para el consumo del último año ni durante el último mes. Esta información sugiere que además de la percepción de riesgo, existen otras variables que subyacen a la motivación para activar la conducta de consumo. Sin embargo, la percepción de riesgo parece guardar una relación diferente con el consumo intensivo de alcohol (CIA). En el caso de la tasa de consumo de CIA los resultados mostraban que los chicos, que son los que obtienen las puntuaciones más bajas en percepción de riesgo, también son los que se emborrachan significativamente más tanto en el consumo del último año como en el del último mes y además la cantidad de chicos que han tomado 3 o más consumiciones en una sola ocasión de consumo durante el último año es

significativamente mayor que la de chicas. Estos resultados son coherentes la literatura especializada que señala que la baja percepción de riesgo favorece la conducta de consumo de alcohol en población adolescente (Guerra-Domínguez et al., 2019; Suarez-Relinque et al., 2017; Méndez-Ruiz et al., 2015; Moral y Ovejero, 2011).

La percepción de riesgo varía poco según la edad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas sólo para la percepción del riesgo asociado a tomar una o dos consumiciones casi todos los días. Tomando los datos en conjunto, para todas las conductas exploradas (1 o 2 consumiciones casi todos los días, 5 o 6 consumiciones casi todos los días y 6 o más cada fin de semana) los resultados muestran una relación en forma de “U” invertida, en donde el riesgo más bajo, en todos los casos, ocurre a los 13 y a los 17 años y el pico de mayor percepción de riesgo se registra para todas las conductas a los 15 años. Además, en todas las edades consideran que hay menos riesgo en tomar 1 o 2 consumiciones casi todos los días que en tomar 5 o 6 consumiciones casi todos los días o 6 o más cada fin de semana, lo que es congruente con los hallazgos de estudios similares como el de Rial et al. (2020). Y aunque hay ligeras diferencias según la edad en la percepción del riesgo asociado a las conductas de tomar 5 o 6 consumiciones casi todos los días y 6 o más cada fin de semana, adentro del mismo grupo de edad las percepciones asociadas a estas dos conductas son muy similares, es decir, que ambas les parecen prácticamente igual de peligrosas y, en definitiva, más peligrosas que ingerir 1 o 2 consumiciones casi todos los días.

La percepción de riesgo por Distritos muestra que los adolescentes de todos los municipios consideran que es más arriesgado a tomar 5 o 6 consumiciones casi todos los días o 6 o más cada fin de semana que tomar 1 o 2 consumiciones casi todos los días. Sin embargo, existen diferencias significativas entre los cuatro municipios, y es Santo Domingo Oeste el que registra las percepciones de riesgo claramente más bajas. Estos resultados son coherentes con la hipótesis de que una menor percepción de riesgo puede favorecer el consumo (Guerra-Domínguez et al., 2019; Suarez-Relinque et al., 2017; Méndez-Ruiz et al., 2015; Moral y Ovejero, 2011), puesto que, como se señaló al principio de esta discusión, también es ahí donde se registran las mayores tasas de consumo. También resulta interesante que la percepción de riesgo del Distrito Nacional y la de Santo Domingo Este son muy similares, ya que en términos de consumo el Distrito Nacional está significativamente por encima de Santo Domingo Este, en particular durante el último mes donde la prevalencia de consumo del Distrito Nacional es casi dos



veces superior a la de Santo Domingo Este (46,4% vs. 25,3%). De nuevo los resultados sugieren que, aunque la percepción de riesgo está relacionada con el consumo, deben existir otras variables que moduladoras de la activación de la conducta de consumo.

Por último, era de interés evaluar cómo se relacionaba la percepción de riesgo con las puntuaciones obtenidas en el AUDIT; o lo que es lo mismo, cómo se relacionaba la percepción de riesgo con el consumo de riesgo propiamente dicho. De nuevo, en ambos grupos aumenta la percepción de riesgo ante las conductas de ingerir 5 o 6 consumiciones casi todos los días y 6 o más cada fin de semana. Sin embargo, el grupo de consumidores de riesgo (AUDIT+) presenta puntuaciones significativamente más bajas en percepción de riesgo para todas las conductas exploradas, lo que es congruente con otros trabajos que encuentran una correlación negativa y significativa entre la percepción de riesgo y el consumo de riesgo en el AUDIT (Méndez-Ruiz et al., 2015). Las diferencias en la percepción de riesgo entre el grupo considerado con consumo de riesgo (AUDIT+) y el grupo considerado sin consumo de riesgo (AUDIT-) sugieren que esta relación puede estar en la base del consumo.

Por otra parte, se sabe que las **creencias y expectativas** que tienen los adolescentes respecto al alcohol influyen de manera importante en la decisión final de consumir y en el patrón de consumo que adoptarán cuando opten por hacerlo. Estas creencias relacionadas con el consumo pueden estar orientadas tanto hacia los beneficios de la ingesta de alcohol como hacia los peligros que supone beber en exceso (Londoño y Carrasco, 2019). Por esta razón resultaba de interés para este estudio no sólo investigar la relación entre el consumo de alcohol en adolescentes dominicanos y sus creencias y expectativas, sino dividir éstas en dos grandes grupos que permitieran diferenciar entre creencias positivas, relacionadas con los beneficios de consumir alcohol y creencias negativas que exploran los peligros que supone. Los resultados hallados confirman la presencia de una cantidad importante de creencias positivas hacia el consumo de alcohol, aunque también se observa que algunas creencias negativas son bastante prevalentes. Respecto a las creencias positivas evaluadas, cabe señalar que sólo la relacionada con *olvidar los problemas* no parece una creencia discriminante, puesto que hay un 39,4% que consideran que es “Improbable” o “Muy improbable” que olviden sus problemas consumiendo alcohol, pero también hay un 38,1% que creen que es “Probable” o “Muy probable” que sí los olviden. Para todas las demás creencias positivas evaluadas, la mayoría de los adolescentes entrevistados creen que es “Probable” o “Muy probable” que

se sientan bien después de consumir alcohol. El 49,6% creen que es “Probable” o “Muy probable” que *se diviertan mucho*, el 47,2% cree que se sentirán *más sociables y extrovertidos*, el 40% piensan que *se sentirán más felices* y el 36,9% consideran que se sentirán *más relajados*. Sin embargo, los resultados revelan que algunas creencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol también están ampliamente extendidas entre los adolescentes entrevistados. Por ejemplo, más de la mitad creen que es “Probable” o “Muy probable” que tengan resaca (50,4%) o que *perjudique a su salud* (56,7%). También más de la mitad creen que es “Improbable” o “Muy improbable” que *no sean capaces de parar de beber* (57,1%), lo que sugiere un bajo nivel de conciencia sobre las consecuencias del consumo de alcohol a medio y a largo plazo. Además, creen que es “Improbable” o “Muy improbable” que tengan *problemas con la policía* (52,1%). En definitiva, no parece que ninguna de estas creencias negativas funcione como un factor de protección porque a pesar de su elevada presencia entre los jóvenes, la tasa de consumo prácticamente alcanza los dos tercios de la población entrevistada, con un 69,6% de adolescentes que consumieron alcohol alguna vez en la vida y un 63,7% que lo consumió durante el último año.

En el análisis por sexos, los resultados muestran que hay muy pocas diferencias entre ambos grupos. Respecto a las creencias positivas las puntuaciones son muy similares entre chicos y chicas, sin que para ninguna de las creencias existan diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, tal como habían sugerido algunos autores como Pantoja (2010), las mujeres tienden a puntuar más en las creencias relacionadas con obtención de placer como *divertirse mucho* (2,33% ellas vs. 2,27% ellos), *sentirse más sociables y extrovertidas* (2,24% chicas vs. 2,14% chicos) u *olvidar sus problemas* (1,96% chicas vs. 1,87% chicos); mientras que ellos puntúan más alto en otras creencias como *sentirse más relajado* (2,04% vs. 1,97%). Respecto a las creencias negativas hay puntuaciones significativamente más elevadas en las chicas, específicamente para las creencias de que el consumo de alcohol hará que *se encuentren mal* (2,07% vs. 1,90%), que *tengan resaca* (2,34% vs. 2,12%) y que *perjudique su salud* (2,49% vs. 2,33%). Estos resultados sugieren mayor conciencia por parte de ellas respecto a los riesgos para la salud asociados al consumo de alcohol.

La literatura especializada también informa que a medida que va creciendo la edad tienden a disminuir las creencias negativas relacionadas con el alcohol y suelen ir sustituyéndose por otras más positivas (Pilatti et al., 2011; Pantoja, 2010). Este patrón es

también el que se muestra en los resultados obtenidos en este trabajo. Durante los primeros años de la adolescencia hay una predominancia de las creencias negativas. Alrededor de los 15 años es entonces cuando las consecuencias positivas comienzan a sobreestimarse y las negativas infravalorarse. Pantoja (2010) sugiere que este cambio en las expectativas podría estar relacionado con las experiencias con las sustancias. Esta explicación es congruente con los resultados obtenidos en el análisis de la tasa de consumo, donde aproximadamente a los 15 años no sólo se incrementaba de manera importante el consumo de alcohol, sino que también aumenta el consumo de riesgo, el consumo intensivo de alcohol y prácticamente la cantidad de jóvenes que se emborracha duplica a la de las edades anteriores.

Las creencias sobre el consumo de alcohol entre los adolescentes entrevistados de acuerdo a su municipio muestran que, en general, los jóvenes del Distrito Nacional son los que presentan más creencias positivas relacionadas con el consumo de alcohol. Las creencias de *sentirse más feliz* (2,59%) y la de *sentirse más sociable y extrovertido* (2,47%) son las que más sobreestimadas están en este grupo. Igual que en el trabajo de Cortés et al. (2011), el grupo que tiene más creencias positivas también son los que puntúan más alto en consumo intensivo de alcohol para los tres indicadores explorados, tanto durante el último año como durante el último mes. Lo que parece coherente con la hipótesis de que las creencias positivas respecto al alcohol podrían favorecer una tendencia al consumo intensivo. Sin embargo, los jóvenes de este municipio también puntúan alto en muchas de las creencias negativas exploradas, sobre todo en la creencia de que *perjudique a su salud* (2,41%) y de que *tengan resaca* (2,22%). Como comentan Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial (2017), estos resultados podrían deberse a que los adolescentes no consumen por desconocimiento de las consecuencias negativas asociadas al alcohol, sino porque son más sensibles a la recompensa a corto plazo. Lo que a su vez es coherente con hallazgos obtenidos en estudios longitudinales de neurociencia en los que se observa que el cerebro adolescente es particularmente sensible a la recompensa (Urošević et al., 2012). Los adolescentes de Santo Domingo Oeste también tienden a sobrevalorar los efectos positivos del alcohol. Entre las creencias positivas más frecuentes están la de *divertirse mucho* (2,27%) y la de *sentirse más feliz* (2,25%). Pero lo que caracteriza el patrón de creencias de los adolescentes de este municipio no es sólo la presencia de creencias positivas sobre el consumo, sino que son los que más infravaloran las consecuencias negativas. Considerando que Santo Domingo Oeste es el municipio con mayor tasa de

consumo, donde casi las tres cuartas partes (73,2%) tomaron alcohol durante el último año y el 43,3% lo hizo durante el último mes, el patrón de creencias y expectativas que manifiestan parece coherente con los resultados de trabajos que encuentran que no sólo las creencias positivas influyen en el consumo, sino también las negativas también podrían ser determinantes (Pilatti, Godoy y Brussino, 2011). Pantoja (2010) sugiere que mientras que las creencias positivas actúan como un motivador para el consumo de alcohol, las negativas sirven para inhibir esta conducta. Considerando esto, una combinación de creencias positivas con baja presencia de creencias negativas podría dar lugar a un esquema de pensamiento favorecedor para activar el consumo, lo que a su vez podría explicar los datos de consumo obtenidos en este municipio. Por otra parte, los adolescentes de Santo Domingo Este son los que más creencias negativas tienen respecto a consumir alcohol. Tomando en consideración que también son los que presentan una menor tasa de consumo de los cuatro municipios, los resultados parecen coherentes con la afirmación de otros expertos de que la presencia de creencias negativas podría funcionar como un factor de protección contra el consumo (Pantoja 2010).

Tomando en conjunto los datos tanto por sexos, como por edades y municipios, los resultados parecen alinearse con la afirmación de Londoño y Carrasco (2019) de que las expectativas que tienen los adolescentes respecto al consumo de alcohol influyen de manera importante en la decisión final de consumir o no. Además, tal como se había sugerido en la descripción de la tasa de consumo, los hallazgos sobre las creencias de los adolescentes proporcionan evidencia que respalda los planteamientos de modelos explicativos como el de la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975) o la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977) que consideran que las creencias y las expectativas determinan la posibilidad de llevar a cabo la conducta de consumo.

Sin embargo, las expectativas no sólo son consideradas predictores confiables de consumo de alcohol, sino que también se considera que influyen en que el consumo se convierta en problemático o no (Pantoja, 2010). En este sentido, resultaba de interés para este trabajo examinar las diferencias obtenidas en el conjunto de creencias y expectativas exploradas entre los grupos considerados con y sin consumo de riesgo según la puntuación obtenida en el AUDIT. Los resultados muestran que, para todas las creencias positivas evaluadas, el grupo de consumidores de riesgo (AUDIT+) sobrevalora significativamente los beneficios asociados al consumo de alcohol que el grupo con consumo “normal” (AUDIT-). Además, para muchas de las creencias negativas el grupo

de bajo riesgo de consumo (AUDIT-) es el que puntúa significativamente más alto, mostrando un nivel mayor de conciencia respecto a la posibilidad de que la ingesta de alcohol favorezca que *se encuentre mal, perjudique su salud* o derive en *problemas con la policía*. Estos datos no solo sugieren que diferentes tipos de creencias subyacen a la conducta de consumo, sino que, además, los consumidores potencialmente de riesgo son los que más tienden a maximizar los supuestos “beneficios” asociados al alcohol. Esto, a su vez, es coherente con hallazgos previos que establecen que las creencias positivas son los mejores predictores de consumo de riesgo (Londoño y Carrasco, 2019; Pilatti, Godoy y Brussino, 2011; Pantoja, 2010).

Otro factor que siempre resulta de interés al analizar el consumo de las adolescentes es el **consumo de pares**. A pesar de que la influencia de grupos puede ser positiva, de manera que inhiba el consumo de alcohol o que promueva su uso responsable, esto no suele ser lo común entre los grupos de adolescentes (Pantoja, 2010). En realidad, los estudios previos muestran una asociación positiva entre tener amigos que tomen alcohol con la participación en conductas de consumo (Boyd et al., 2018; Cortés et al., 2011; Pilatti et al., 2011). Tomando esto en consideración, resultó de interés para este estudio evaluar la percepción que tienen los adolescentes sobre el consumo que llevan a cabo sus amigos. Los resultados muestran que el 70,2% tiene al menos algún amigo que bebe alcohol. Esta información es coherente con las tasas de consumo halladas que informan de que el 69,6% de los adolescentes ha consumido alcohol alguna vez en la vida, así como con estudios previos llevados a cabo con muestra latinoamericana que encuentran que los adolescentes tienden a relacionarse con altos porcentajes de iguales que consumen alcohol (Flórez y Trujillo, 2013; Pilatti et al., 2011) y también se ha establecido que estas relaciones predicen un mayor consumo entre los adolescentes (Boyd et al., 2018; Pilatti et al., 2011; Pantoja, 2010) Más de un tercio de los entrevistados (37,3%) consideran que *la mayoría* o *todos* sus amigos consumen alcohol y el 42,3% de ellos se han emborrachado alguna vez. El uso de otras sustancias está menos extendido, pero aun así los estudiantes entrevistados informan de que aproximadamente uno de cada cinco de sus amigos fuma tabaco (19%) y el 7,2% consumen alguna droga ilegal. Aunque las diferencias no son significativas en la mayoría de los casos, en general, las puntuaciones son más elevadas para las chicas. Es decir, ellas son las que parecen tener más amistades que consumen alcohol, tabaco y otras drogas y son las que se rodean significativamente más de pares que se emborrachan. Claro que también cabe la posibilidad de que no sean ellas las que

tienen más pares consumidores, sino que son más conscientes del consumo que ocurre a su alrededor. La edad, por otra parte, resulta una variable interesante, que pone de manifiesto como a medida que crece la edad aumenta significativamente la cantidad de amistades que consumen alcohol y tabaco y que se emborrachan. A los 17 años se rodean de hasta cinco veces más amigos que consumen alcohol (57,2%) que a los 13 años (10,2%), siendo de los 13 a los 14 años cuando ocurre el incremento más grande en la cantidad de amigos que consumen alcohol llegando incluso a duplicarse (10,2% vs. 25,6% respectivamente). Este dato también es congruente con los obtenidos en el análisis de prevalencias donde el mayor incremento en la tasa de consumo ocurre de los 13 a los 14 años. Algo similar ocurre con las borracheras. A los 17 años los pares que se emborrachan (23,7%) es hasta ocho veces más que los que lo hacen a los 13 años (2,8%) y también entre los 13 y los 14 años es cuando más se incrementa la cantidad de amigos que consumen hasta embriagarse, siendo casi cinco veces más a los 14 años (13,2%) que a los 13 años. De nuevo estos resultados coinciden con los obtenidos en el análisis de las tasas de consumo donde las borracheras aumentaban a medida que crecía la edad y el incremento más acentuado ocurría entre los 13 y los 14 años. Para las demás sustancias también se mantiene esta pauta de incremento en el consumo de los pares a medida que aumenta la edad y, aunque las diferencias no son tan marcadas, los iguales que fuman son hasta cuatro veces más al final de la adolescencia que al inicio de esta etapa (2% vs. 9,3%) y los que consumen alguna droga ilegal son aproximadamente el doble (1,6% vs. 3,1%).

Por municipios, se observa que en Santo Domingo Oeste es donde hay mayor proporción de iguales que consumen alcohol y que se emborrachan, lo que también es coherente con el hecho de que es donde los adolescentes registran una mayor tasa de consumo. Los del Distrito Nacional informan de una prevalencia de pares consumidores de alcohol similar a la de Santo Domingo Oeste. Sin embargo, en el Distrito Nacional la prevalencia de iguales que fuman e incluso la de los que consumen alguna droga ilegal es superior a la de los demás municipios. Lo cual, por otra parte, también concuerda con una tasa superior a la de otros municipios en consumo de tabaco y otras drogas. En Santo Domingo Este los pares que consumen alcohol y que se emborrachan es significativamente menor que en otros municipios, igual que también los adolescentes de esta zona son los que menos beben y menos se embriagaban. Sin embargo, respecto a los iguales que fuman o consumen otras drogas las prevalencias de Santo Domingo Este son similares a las de Santo Domingo Norte, aunque inferiores a las de Santo Domingo Oeste y el Distrito



Nacional, sobre todo para el uso del tabaco. Los resultados también muestran que cuando *la mayoría o todos los amigos* beben el consumo de riesgo y las borracheras aumentan de manera significativa. Cuando la mayoría de los amigos beben el consumo de riesgo es hasta cuatro veces superior (39,5%) al de los adolescentes con pocos amigos que beben (9,5%). Así mismo, cuando la mayoría de los amigos se emborrachan, el consumo de riesgo también aumenta casi tres veces más. Estos hallazgos apoyan la evidencia de estudios previos que encuentran que tener más amigos que consumen alcohol sitúa a los adolescentes en las categorías de mayor consumo (Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Braña y Rial, 2017; Pilatti et al., 2011).

En definitiva, los resultados obtenidos respaldan la hipótesis planteada en la descripción de la tasa de consumo, donde se sugería que ciertas variables relacionadas con el proceso de socialización, como la influencia de los pares, podían estar vinculadas a las prevalencias registradas, tal como proponían algunos modelos teóricos como el de la socialización primaria de Oetting, que considera que las conductas llevadas a cabo por los pares aumentan la probabilidad de que el individuo las imite por considerarlas parte de las normas sociales (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting et al., 1998a; 1998b; 1998c).

Por otra parte, diferentes estudios han sugerido que, además de las variables que se han comentado hasta ahora, el **consumo familiar** también podría estar entre las variables moduladoras subyacentes al consumo de alcohol por parte de los adolescentes (Singkom et al., 2019; Suarez-Relinque et al., 2017; Pilatti y Brussino, 2009). Tomando esto en consideración, se estimó pertinente preguntar a los adolescentes por el consumo que creen que llevan a cabo sus padres y hermanos, además de otras cuestiones relacionadas que se consideraron de interés. Los resultados obtenidos muestran que el consumo de alcohol es habitual entre todos los miembros de la familia. Más de la cuarta parte de los estudiantes (27%) informan que su padre consume alcohol *varios días por semana*, de los cuales el 4,9% lo hace *todos o casi todos los días*. Los siguientes que más consumen son los hermanos con un 15,5% que lo hacen *varios días a la semana*, casi igual que las madres (13,6%). Estos datos muestran un aumento importante en el consumo familiar en relación con las estimaciones hechas por la encuesta nacional sobre el consumo de drogas llevada a cabo en el 2008, donde se consideraba que el 4% de los estudiantes afirma convivir con un hermano u otra persona que consumía algún tipo de droga (Consejo Nacional de Drogas, 2009). Por otra parte, casi en un tercio (29,3%) de las familias de los adolescentes

entrevistados *algún miembro ha tenido problemas por consumir alcohol u otras drogas* y el 10% *ha recibido tratamiento* por esta razón o ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos. Tanto chicas como chicos tienen una percepción muy similar del consumo entre los miembros de su familia. Sin embargo, las chicas informan significativamente más de familiares que han tenido problemas derivados del consumo de alcohol u otras drogas (32,1% ellas vs. 25% ellos). A medida que aumenta la edad los adolescentes informan más del consumo de sus familiares, especialmente de los hermanos y de los problemas y el tratamiento por consumo de alcohol u otras drogas.

Analizando esta información por municipios los resultados muestran que los adolescentes del Distrito Nacional (17,4%) y los de Santo Domingo Oeste (17,6%) informan de un consumo significativamente mayor por parte de la madre que en Santo Domingo Norte (12%) y Santo Domingo Este (11,6%). El consumo del padre también varía significativamente de un municipio a otro, los del Distrito Nacional son los que más consumen y lo hacen alrededor de uno de cada tres (32,7%) mientras que los de Santo Domingo Norte son los que menos lo hacen, pero al menos uno de cada cinco bebe alcohol (20,7%). El consumo de los hermanos es el que presenta diferencias más acentuadas entre un municipio y otro. Mientras en Santo Domingo Norte y Santo Domingo Este se sitúa en un 11,4% y un 13,4% respectivamente, en el Distrito Nacional y en Santo Domingo Oeste la cifra se duplica y al menos uno de cada cinco jóvenes en estos municipios tienen hermanos que consumen (22,4% en el Distrito Nacional y 23% en Santo Domingo Oeste). En lo que sí parecen coincidir todos los municipios es que aproximadamente uno de cada tres adolescentes tiene algún miembro de la familia que ha tenido problemas asociados al consumo de alcohol u otras drogas. Resulta interesante que, aunque los adolescentes de Santo Domingo Oeste son los que tienen más padres y hermanos consumidores de alcohol, son los que aparentemente han tenido menos problemas asociados al consumo, aunque, en todo caso, uno de cada cuatro (26,8%) ha experimentado esta consecuencia. Respecto al tratamiento por consumo, también se pueden apreciar diferencias significativas entre los municipios, siendo los del Distrito Nacional los que claramente han recibido más atención especializada (15%), prácticamente tres veces más que en Santo Domingo Oeste (5,5%). Sin embargo, los resultados relacionados con el tratamiento deben ser interpretados con cautela, porque hay factores importantes relacionados que no han sido considerados en esta investigación. Por ejemplo, el hecho de que ni el sistema de sanidad pública nacional dominicano ni las



administradoras de riesgos de salud (ARS), que son las que ofrecen seguros médicos privados, contemplan en sus planes de cobertura la asistencia sanitaria especializada cuando el diagnóstico es por uso o abuso de sustancias. Así pues, el tratamiento sólo es una opción para las personas con poder adquisitivo para costearlo y no necesariamente para los consumidores que en realidad podrían necesitarlo.

Por otra parte, está ampliamente documentado en la literatura que los adolescentes hijos de padres con patrones de consumo moderado o de alto riesgo tienen más probabilidades de consumir alcohol que los hijos de quienes no consumen o tienen un patrón de consumo más bajo (Mahed et al., 2018; Wang et al., 2018; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Braña y Rial; 2017), por lo que se exploró el papel modulador de la familia en el consumo de riesgo de los adolescentes. Los resultados muestran que, efectivamente, la familia influye significativamente en el consumo de los adolescentes. Uno de cada cuatro (25,3%) que lleva a cabo consumo de riesgo convive con padres que consumen alcohol al menos semanalmente. Cuando son las madres las que consumen semanalmente, el consumo de riesgo de los hijos aumenta a uno de cada tres (32,6%), lo que respalda los hallazgos de estudios recientes que destacan una influencia mayor por parte de las madres que de los padres en el consumo de los hijos (Mahedy et al., 2018). Pero, igual que encontraron otros autores previamente (Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Braña y Rial; 2017) estudiando distintas formas peligrosas de consumo de alcohol como el botellón o el consumo intensivo de alcohol, lo que causa un impacto mayor en el consumo de riesgo de los adolescentes en relación con la familia, es la convivencia con hermanos que beben alcohol de manera habitual. En estos casos la tasa de positivos en el AUDIT se multiplica por dos, o lo que es lo mismo, se duplican los consumos de riesgo entre los adolescentes. Los resultados también muestran que los adolescentes con familiares con problemas de alcohol u otras drogas o que han recibido tratamiento por esta razón tienen consumos de riesgo significativamente mayores. En concreto, uno de cada cuatro adolescentes con consumo de riesgo tiene familiares con problemas de alcohol u otras drogas (25,3%) y prácticamente uno de cada tres adolescentes que puntúan positivo en el AUDIT tienen familia que ha sido tratada por consumo de sustancias.

La teoría de la socialización primaria de Oetting et al. (1998), sirve de marco de referencia para explicar la influencia de la familia sobre la conducta de consumo de los adolescentes. Ellos plantean que cuando la familia participa en determinadas conductas desviadas

aumenta la probabilidad de que los hijos imiten esos patrones, posiblemente debido a los efectos que el modelado tiene sobre la conducta (Bandura, 1977). Siguiendo este marco de referencia, los resultados del consumo en la familia obtenidos podrían explicar, al menos parcialmente, las prevalencias registradas en el consumo de alcohol de los adolescentes, tal y como se había sugerido al inicio de esta discusión. Además, tomando en consideración la información hallada sobre sistema de creencias de los jóvenes entrevistados, y a la luz de la tasa de consumo, especialmente de alcohol, la evidencia parece coherente con el planteamiento de Pantoja (2010) de que los niños cuyos padres beben mayores cantidades de alcohol, suelen desarrollar actitudes más positivas hacia esta sustancia; lo que, a su vez, se ve reflejado en elevados niveles de consumo.

Otros factores relacionados con el consumo de alcohol en los adolescentes son la **frecuencia con la que salen a divertirse, la hora de llegada a casa** cuando salen de fiesta y **el dinero disponible** en esas ocasiones. Estas variables son más recientes en la literatura especializada pero diferentes estudios han encontrado evidencia de que causan un impacto sobre el consumo (Varela et al., 2013; Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial, 2017; Golpe, Barreiro, Isorna, Braña y Rial, 2017). En particular en este estudio, se encontró que casi la mitad de los adolescentes dominicanos acostumbra a salir a divertirse *una o varias veces al mes* (43,6%), e incluso un 18,4% suele salir *uno o varios días en la misma semana*. La mayoría suelen llegar a casa *antes de las doce de la noche* (57,2%), aunque uno de cada tres (33,6%) llega *entre las doce y las dos de la mañana* y un 9,4% llegan *entre las dos y las cuatro de la mañana* o incluso *más tarde*. La mayoría de los jóvenes disponen de entre 100 y 1000 RD\$ cuando salen de fiesta (61,1%), pero hay un 18,4% que disponen de incluso más de 1000 RD\$. Tanto chicos como chicas salen a divertirse por igual, aunque ellos llegan a casa significativamente más tarde que las chicas. No obstante, las proporciones se igualan entre los que llegan después de las cuatro de la mañana (2,5% para ambos sexos). Y los chicos son los que disponen significativamente de más dinero cuando salen. Uno de cada tres dispone de entre 500 RD\$ y 1000 RD\$ y uno de cada cuatro dispone incluso de más de 1000 RD\$. Los resultados también muestran que a medida que aumenta la edad tienden a llegar más tarde a casa. Lo primero que destaca es que una cantidad nada despreciable de niños muy jóvenes llegan a casa entre las doce y las dos de la madrugada, concretamente el 14,5% de los de 13 años y el 23,5% de los de 14 años. Y por otra parte, la cantidad de adolescentes que llegan a casa entre las dos y las cuatro de la mañana es hasta ocho veces

más elevada a los 17 años que a los 13 años y son casi cinco veces más los que llegan a casa después de las cuatro de la mañana a los 17 que a los 13 años.

Por municipios se puede ver que son los adolescentes del Distrito Nacional los que llegan significativamente más tarde a su casa y son también los que tienen una mayor disponibilidad económica cuando salen de fiesta. Estos resultados parecen coherentes con el hecho de que es uno de los municipios con una tasa de consumo más elevada y es donde más consumo intensivo de alcohol y más consumo de riesgo se registra. Sin embargo, no pasa desapercibido el hecho de que los de Santo Domingo Este son los siguientes que más tarde llegan y que más disponibilidad económica tienen cuando salen de fiesta, a pesar de que son los que han registrado una menor tasa de consumo, menos consumo intensivo y menor consumo de riesgo. Por otra parte, también llama la atención que los de Santo Domingo Oeste son los que más temprano llegan y también los que tienen menos disponibilidad económica cuando salen. Y, sin embargo, son el municipio que ha mostrado tasas de consumo más elevadas. Es interesante considerar estos resultados en relación con el gasto en alcohol que se describió en los hábitos de consumo, donde se explicaba como el Distrito Nacional y Santo Domingo Oeste son los dos municipios que más dinero invierten en comprar en bebida, mientras que en Santo Domingo Este es donde menos gastan. Esto sugiere que además del dinero disponible, para activar la conducta de gastarlo en alcohol, y por consiguiente de consumir, otras variables como las creencias, la influencia de los pares, el consumo en la familia o incluso otras que no se han explorado aquí deben ejercer su influencia también.

Algunas investigaciones recientes como las de Golpe, Barreiro, Isorna, Varela y Rial (2017) sobre las variables relacionadas con consumo de alcohol de los adolescentes durante el botellón o el de Golpe, Barreiro, Isorna, Braña y Rial (2017) sobre el consumo intensivo de alcohol en esa población han encontrado evidencia que relaciona la hora de llegada a casa y el dinero disponible con formas peligrosas de consumo. Ambos trabajos muestran que los adolescentes que llegan a casa más tarde y que disponen de más dinero son los que más llevan a cabo consumo de riesgo durante sus salidas. La evidencia obtenida en este trabajo con adolescentes dominicanos concuerda con la hallada en los estudios de Golpe y colaboradores con adolescentes españoles. Los hallazgos permiten confirmar que tanto la *frecuencia de salida*, como la *hora de llegada* y el *dinero disponible* tienen un papel modulador importante del consumo de riesgo. Los que presentan más consumo de riesgo son aquellos que suelen salir con más frecuencia

(semanalmente), los que llegan más tarde a casa y los que tienen mayor disponibilidad económica. Estos resultados aportan evidencia al planteamiento de trabajos previos como el de Varela et al. (2013) que sostienen que los jóvenes que cuentan con más dinero son los que muestran una actitud más favorable hacia el consumo.



## 9. CONCLUSIONES





El consumo de sustancias en general y de alcohol en particular constituye un tópico de enorme preocupación, tanto para clínicos como para investigadores de todo el mundo. Las fuertes implicaciones que tiene tanto para la salud como para el ajuste psicosocial de los individuos lo convierten en uno de los problemas de salud pública más importantes del mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que más de 3 millones de personas murieron en el año 2016 como resultado del uso nocivo del alcohol (lo que representa 1 de cada 20 muertes) y sus consecuencias causan más del 5% de la carga mundial de enfermedades (*World Health Organization, 2018*).

Cuanto más temprano se inicia el consumo de alcohol, mayor es el riesgo de que se produzcan consecuencias negativas asociadas. Numerosos trabajos han puesto en evidencia cómo el consumo de alcohol compromete el correcto desarrollo neurológico de los adolescentes dando como resultado alteraciones en los procesos cognitivos relacionados (Cadaveira, 2009; Carbia et al., 2018). Así mismo, es extensa la literatura que evidencia como el consumo de esta sustancia a edades tempranas aumenta la probabilidad de implicarse en diferentes conductas de riesgo como accidentes de tráfico, peleas o prácticas sexuales de riesgo entre otras, además de impactar negativamente en el funcionamiento social, familiar y académico (Rial et al., 2020).

A pesar de esto, los indicadores de consumo de la población adolescente muestran que, en algunos países de América del Sur y el Caribe, más del 75% de los estudiantes de enseñanza secundaria ha consumido alcohol en algún momento de su vida (CICAD, 2019). Resulta paradójico que República Dominicana apenas disponga de datos fiables y actualizados sobre la epidemiología del consumo de alcohol entre sus jóvenes y las posibles variables asociadas. Este hándicap implica un importante escollo de cara a la “desnormalización” del consumo en la sociedad e impide que las administraciones responsables puedan atender el problema en el tiempo y la forma requeridos.

Ante la realidad descrita surge la necesidad de llevar a cabo este estudio, que se plantea con la humilde intención de alcanzar un mejor conocimiento del problema a nivel descriptivo, de aportar nuevas evidencias acerca de sus implicaciones o consecuencias asociadas y, de igual modo, poder explorar posibles variables explicativas o moduladoras. Los resultados obtenidos ponen de relieve una serie de **ideas fuerza**:

1. **El consumo de alcohol** entre los adolescentes dominicanos, tanto entre los chicos como entre las chicas, **está prácticamente normalizado**. No sólo desde un punto de vista del consumo (ya que aproximadamente dos de cada tres menores beben), sino desde una perspectiva conductual más profunda, marcada por la presencia de hábitos donde el consumo trasciende incluso a la voluntad de beber. Considerando la evidencia previa, se puede concluir que la tasa de consumo está creciendo con el paso de los años y, de hecho, según la información disponible, actualmente podrían ser los adolescentes que más consumen de toda la región de Latinoamérica y el Caribe.
2. En general, los jóvenes de ambos sexos y de todas las edades, tienen una **baja percepción de las implicaciones que tiene** sobre sus vidas **el consumo de alcohol**. La bebida deja importantes consecuencias tanto en su vida social, como familiar y académica, aumenta el riesgo de tener problemas de salud y las implicaciones legales, así como el riesgo de ser víctimas de actos delictivos. Lo que ha resultado más alarmante, son las implicaciones para la seguridad vial, no sólo por la elevada prevalencia, sino porque es una consecuencia que compromete la seguridad y la vida del adolescente que decide consumir alcohol, pero también afecta a otras personas. Además, **las consecuencias aumentan de forma alarmante cuando los jóvenes se emborrachan**. Por último, los hallazgos ponen en tela de juicio que los perfiles socioeconómicos más bajos son los más vulnerables a los problemas relacionados con el alcohol, como plantean algunos estudios (Grittner et al., 2012), ya que, al menos en los contextos evaluados en este trabajo, los adolescentes de perfiles socioeconómicos más altos son también claramente vulnerables.
3. La **edad de inicio** de consumo de alcohol se estableció ligeramente antes de los 13 años y entre los 14 y los 15 para el consumo intensivo de alcohol, las primeras borracheras y el consumo de las demás sustancias. Esta información permite establecer la presencia de un *circuito de consumo en tres etapas*, ya planteado previamente en la literatura especializada (Rial et al. 2020). El circuito se abre casi a los 13 años con el consumo de alcohol, que parece funcionar como puerta de entrada al consumo del resto de sustancias. **Entre los 13 y los 14 años** el consumo de alcohol crece de manera significativa, lo que permite identificar esta



franja como un **período crítico en términos de vulnerabilidad**, que da paso a la segunda etapa del circuito de consumo (alrededor de los 14 años), donde se registran las primeras borracheras y experiencias con nuevas drogas, como el tabaco y algunas drogas ilegales como el cannabis, sobre todo en el caso de los chicos, o los sedantes sin receta, más consumidos por las chicas. Durante la última fase del circuito, en torno a los 15 años, una proporción más reducida de jóvenes se adentran en un nuevo nivel en el que exploran el uso de otras drogas estimulantes como la cocaína, el éxtasis, las anfetaminas o los alucinógenos.

4. La utilización de instrumentos de screening específicos permitió evidenciar de forma fiable que el consumo de alcohol no sólo es frecuente entre los adolescentes dominicanos, sino que aproximadamente una cuarta parte de ellos lo consume en cantidades consideradas por los expertos como “de riesgo”. Así mismo, se pudo comprobar que existe un punto crítico, **en torno a los 14 años**, en el que la tasa de ***Binge Drinking* se dispara**. El hecho de que a medida que aumenta la edad, aumente también el número de adolescentes que se suman a estas prácticas, así como que ocurra en todos los municipios, sugiere un bajo nivel de conciencia social respecto al peligro que puede suponer a corto y a medio plazo.
5. Este trabajo también ha servido para identificar **áreas geográficas especialmente críticas desde el punto de vista del consumo**, concretamente **Santo Domingo Oeste** y el **Distrito Nacional**, no sólo por las tasas de consumo que presentan, sino por los hábitos de sus adolescentes, su baja percepción de riesgo, la mayor tasa de consecuencias asociadas y mayor consumo entre pares y en la familia. Así mismo, los **colmados**, los **drinks** y las **discotecas** han resultado ser **contextos de consumo relevantes**, que parecen estar en la base de los consumos de riesgo.
6. Por último, los resultados permitieron confirmar el papel modulador de una serie de variables, algunas ampliamente subrayadas en la literatura como la percepción de riesgo, las creencias y las actitudes o la influencia de los pares y la familia, y otras posiblemente más novedosas como la frecuencia con la que las y los adolescentes salen a divertirse, la hora de llegada a casa y el dinero disponible. El comportamiento de este conjunto de variables, así como el de otras descritas tanto en el marco teórico como en la literatura especializada, aporta evidencia sólida de

que el consumo de alcohol es un problema complejo en el que intervienen múltiples factores. En este sentido, **se hace necesario un abordaje multidimensional**, que involucre tanto a los círculos de socialización primaria (familia, amigos y escuela), como a otros macrosistemas que tengan en cuenta los valores, las costumbres y las propias leyes de cada país o comunidad. La evolución del problema del consumo de alcohol en los menores, y, por consiguiente, el éxito de la prevención dependerá de la capacidad de acción y compromiso tanto individual como grupal para llevar a cabo cambios profundos. Desde un punto de vista subjetivo, optando por decir “no al alcohol” y a las amistades tóxicas, para lo que es necesario trabajar en un cambio en el sistema de creencias. Desde un punto de vista familiar, interviniendo en la desnormalización del consumo de padres, hermanos y otros familiares, que sugieren una actitud de aprobación y supervisando mejor los límites como las compañías de los hijos, la hora de llegada a casa o el dinero disponible. Y desde un punto de vista ambiental, trabajando el estatus social que representa el consumo de alcohol, limitando el acceso a la bebida y diseñando y, sobre todo, supervisando el cumplimiento de políticas de protección al consumo especialmente entre la población más joven. Para lograr esta meta es necesario seguir trabajando en la elaboración de modelos explicativos integradores y parsimoniosos, válidos y fiables, que permitan el abordaje de una prevención integral e inclusiva que involucre a toda la comunidad.

Por último, antes de cerrar este trabajo, es necesario hacer alusión a algunas **limitaciones** identificadas durante el arduo proceso de realización del mismo, que a su vez permitirán sugerir algunas **líneas futuras de investigación**. La primera limitación deriva de la selección de la muestra e incide sobre la validez externa de los resultados obtenidos. A pesar de haber empleado una muestra relativamente amplia, en comparación con la de otros estudios similares, es bien cierto que los resultados sólo representan a escolares de Santo Domingo y específicamente de los colegios privados. Habida cuenta de la importancia que tiene el problema y de los resultados encontrados, lejos de ser un obstáculo es importante que este trabajo sea interpretado en clave de oportunidad y sirva para que, desde las instituciones y especialmente desde la Administración Pública, se inviertan recursos en la realización de estudios más ambiciosos desde el punto de vista

logístico, muestral e incluso metodológico, capaces de realizar un seguimiento preciso y objetivo del mismo.

La segunda limitación tiene que ver con la operativización del concepto de consumo intensivo de alcohol. La dificultad para medir una Unidad de Bebida Estándar (UBE) o la imprecisión del marco temporal que representa “una única ocasión de consumo” dificultan la estandarización de la medida del consumo intensivo de alcohol y por tanto la obtención de resultados fehacientes, además de limitar la comparación entre diferentes estudios y entre diferentes países. Queda pendiente como uno de los grandes retos actuales de la investigación en este campo la elaboración y validación de un instrumento de medida breve para evaluar el CIA, capaz de incorporar tanto una perspectiva objetiva del consumo como una percepción subjetiva de la experiencia.

De igual modo, está pendiente también la incorporación de un Enfoque de Género a este tipo de trabajos. Muchos estudios, incluido este, han servido para aportar algunas evidencias de las diferencias en el consumo entre chicos y chicas. Sin embargo, es necesario profundizar más en el verdadero impacto del Género en relación con este fenómeno.

Una última limitación tiene que ver con ciertos aspectos metodológicos del estudio. Por una parte, el hecho de que todas las medidas sean autoinformadas puede constituir una crítica. A pesar de que algunos autores han señalado que este tipo de información puede llegar a ser tan fiable como otras medidas a la hora de evaluar el consumo (Babor et al., 1989; Winters et al., 1990), es necesario apelar a la prudencia a la hora de interpretar los resultados, en tanto que no es posible conocer con certeza en qué medida los adolescentes pueden haber infraestimado o sobrevalorado sus niveles de consumo. Por otra parte, somos conscientes de que el tratamiento de toda la información recogida, que engloba un amplio número de variables, puede haberse quedado en un plano excesivamente superficial o descriptivo, lo que evidencia la necesidad de un tratamiento multivariado o multidimensional de la gran cantidad de datos disponible, a través de la utilización de diferentes técnicas multivariantes, como es el caso de la regresión logística, el *Cluster Analysis* o incluso el uso de Ecuaciones Estructurales (SEM). No obstante, es honesto afirmar que seguramente en ese caso el planteamiento inicial debiera haber sido otro, haciendo una revisión mucho más profunda de las variables que subyacen al consumo y explicitando el o los modelos teóricos de partida.



## 10. REFERENCIAS





## REFERENCIAS

---

- Acosta Pérez, C., Jiménez Sánchez, A., & Barba Guzmán, C. (2019). Expectativas hacia el alcohol en jóvenes universitarios y propuestas comunicacionales. *Mediciencias UTA*, 3(2), 33 - 44. doi:10.31243/mdc.uta.v3i2.157.2019
- Adams, T. B., Evans, D. R., Shreffler, R. M., & Beam, K. J. (2006). Development and evaluation of theory-based alcohol education programs. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 50, 21-30.
- Aguilera, A. M. (2007). *Disciplina Violencia y Consumo de Sustancias Nocivas a la Salud en Escuelas Primarias y Secundarias de México*. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE), México.
- Ahumada-Cortez, J. G., Villar-Luis, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Armendáriz-García, N. A., & Gámez-Medina, M. E. (2018). Expectativas hacia el consumo de alcohol y conducta de consumo en adolescentes de nivel medio. *Health and Addictions*, 18(2), 49-57.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Dorsey Press.
- Alavi, M., Janjua, N., Chong, M., Grebely, J., Aspinall, E., Innes, H., . . . Dore, G. (2018). The contribution of alcohol use disorder to decompensated cirrhosis among people with hepatitis C: An international study. *Journal of Hepatology*, 68(3), 393-401.
- Alavi, M., Law, M. G., Valerio, H., Grebely, J., Amin, J., Hajarizadeh, B., . . . Dore, G. H. (2019). Declining hepatitis C virus-related liver disease burden in the direct-acting antiviral therapy era in New South Wales, Australia. *Journal of hepatology*, 71(2), 281-288. doi:10.1016/j.jhep.2019.04.014
- Albertella, L., Le Pelley, M. E., Yücel, M., & Copeland, J. (2018). Age moderates the association between frequent cannabis use and negative schizotypy over time. *Addictive Behaviors*, 87, 183-189. doi:10.1016/j.addbeh.2018.07.016
- Aldarete, E., Kaplan, C. P., Nah, G., & Pérez-Stable, E. J. (2008). Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública de México*, 50(4), 300-307. doi:10.1590/S0036-36342008000400008
- Alimujiang, A., & Colditz, G. (2019). What can we learn from the association between adolescent alcohol consumption and breast cancer risk? *Expert Review of Anticancer Therapy*, 19(4), 287-289. doi:10.1080/14737140.2019.1586538
- Allom, V., Mullan, B., & Hagger, M. (2015). Does inhibitory control training improve health behaviour? A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 10, 1-19. doi: 10.1080/17437199.2015.1051078
- Alonso, F., Pastor, J., Montoro, L., & Esteban, C. (2015). Driving under the influence of alcohol: frequency, reasons, perceived risk and punishment. *substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 11.
- Amesty, Elvia, E., Agic, B., & Hamilton, H. (2019). Percepción de riesgo y comportamientos asociados a la conducta bajo los efectos del alcohol y marihuana en estudiantes universitarios de Venezuela. *Enfermagem*, 28. doi:10.1590/1980-265x-tce-cicad-22-26

- Arias, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 19(2), 191-204. doi:10.20882/adicciones.316
- Aron, A., Robbins, T., & Poldrack, R. (2014). Inhibition and the right inferior frontal cortex: One decade on. *Trends in Cognitive Sciences*, 18, 177-185. doi:10.1016/j.tics.2013.12.003
- Babor, T. F., De La Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. (1989). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care*. . Ginebra: World Health Organization.
- Bailly, D. (2016). Alcohol use in children: An unrecognized fact. *Archives of Pediatrics*, 23, 549-553.
- Bally, N., Zullino, D., & Aubry, J. M. (2014). Cannabis use and first manic episode. *Journal of Affective Disorders*, 165, 103-108. doi:10.1016/j.jad.2014.04.038
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. doi:10.1037/0033-295X.84.2.191
- Barbosa, A., Costa, A., Fontes, F., Dias, T., Pereira, S., & Lunet, N. (2019). Changes in health behaviours and body mass index after a breast cancer diagnosis: Results from a prospective cohort study. *European Journal of Cancer Prevention*, 28(4), 330-337. doi:10.1097/CEJ.0000000000000469
- Barlés, M. J., Escario, J. J., & Galbe, J. (2014). Predictors of driving under the influence of alcohol among Spanish adolescents. *Adicciones*, 26(2), 96-105. doi:10.20882/adicciones.11
- Becker, M., & Mainan, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de Psicopatología. Edición Revisada* (1 ed., Vol. 1, págs. 375-402). Madrid, España: McGraw-Hill.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas para la prevención de las drogodependencias. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. . Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Bergeron, J., Langlois, J., & Cheang, H. (31 de May de 2014). An examination of the relationships between cannabis use, driving under the influence of cannabis and risk-taking on the road. *European Review of Applied Psychology*, 64(3), 101-109.
- Bertini, M., Busaniche, J., Baquero, F., Eymann, A., Krauss, M., & Paz, M. (2015). Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes argentinos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 113(2), 114-118.
- Beserra, M., Carlos, D., Leitão, M., & Ferriani, M. (2019). Prevalencia de violencia escolar y uso de alcohol y otras drogas en adolescentes. *Revista Iaino-americana de enfermagem*, 27. doi:10.1590/1518-8345.2124.3110



- Boelema, S., Harakeh, Z., Reijneveld, S., Verhulst, F., Ormel, J., Vollebergh, W., . . . Vollebergh, W. (2015). Adolescent Heavy Drinking Does Not Affect Maturation of Basic Executive Functioning: Longitudinal Findings from the TRAILS Study. *PLoS One*, *10*, 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0139186
- Boffeta, P., & Hashibe, M. (2006). Alcohol and cancer. *The Lancet Oncology*, *7*(2), 149-156.
- Bonar, E. E., Young, K. M., Hoffmann, E., Gumber, S., Cummings, J. P., Pavlick, M., & Rosengerg, H. (2012). Quantitative and qualitative assessment of university students' definitions of binge drinking. *Psychology of addictive behaviors*, *26*(2), 187-193. doi:10.1037/a0026440
- Boras, V., Fučić, A., Baranović, S., Blivajs, I., Milenović, M., Bišof, V., . . . Bruzzone, M. (2019). Environmental and behavioural head and neck cancer risk factors. *Central European Journal of Public Health*, *27*(2), 106-109.
- Botvin, G. (1999). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En M. Glantz, & C. Hartel, *Drug abuse. Origins & interventions* (págs. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- Botvin, G. J., & Wills, T. A. (1985). Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. En C. S. Bell, & R. Battjes, *Prevention research: Deterring drug abuse among children and adolescents*. Washington DC: National Institute on Drug Abuse.
- Boyd, S., Sceeles, E., Tapert, S., Brown, S., & Nagel, B. (2018). Reciprocal relations between positive alcohol expectancies and peer use on adolescent drinking: An accelerated autoregressive cross-lagged model using the NCANDA sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, *32*(5), 517-527.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press. Cambridge, MA.
- Buelga, S., & Musitu, G. (2006). Famille et adolescence : prévention des conduites à risque. En D. Jacquet, M. Zabalia, & H. Lehalle, *Adolescences d'aujourd'hui*. Rennes: Presses universitaires de Rennes. doi:10.4000 / books.pur.60017
- Buelga, S., & Pons, J. (2004). Alcohol y adolescencia: ¿Cuál es el papel de la familia? *Encuentros en Psicología Social*, *2*, 39-43.
- Bukoski, W. (1995). Un marco de trabajo para la investigación en prevención del abuso de drogas. En C. Leukefeld, & W. Bukoski, *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: Aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención?. *Adicciones*, *23*(2), 87-100. doi:10.20882/adicciones.151
- Burkhart, G. (2019). Los principios de la prevención ambiental: ¿Son aplicables para cannabis? En M. Isorna Folgar, & A. Rial Boubeta, *El consumo de cannabis y sus derivados: Mitos, posverdades y desafíos* (págs. 51-60). Madrid: Dykinson.
- Caamaño-Isorna, F., Moure-Rodríguez, L., Doallo, S., Corral, M., Rodríguez-Holguín, S., & Cadaveira, F. (2017). Heavy episodic drinking and alcohol-related injuries: An open cohort study among college students. *Accident Analysis and Prevention*, *100*, 23-29. doi:10.1016/j.aap.2016.12.012
- Cadaveira, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *dicciones*, *21*(1), 9-14.

- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, 14(5), 17-36. doi:10.20882/adicciones.531
- Calafat, A. A. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas* (3ª ed.). Mallorca: Secció de Promoció de la Salut.
- Calero, A., Schmidt, V., & Bugallo, L. (2016). Consumo de alcohol y su relación con la percepción. *Salud y Drogas*, 16(1), 49-58.
- Carbia, C., López-Caneda, E., Corral, M., & Cadaveira, F. (2018). A systematic review of neuropsychological studies involving young binge drinkers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 90, 332-349. doi:10.1016/j.neubiorev.2018.04.013
- Carbia, C., Cadaveira, F., López-Caneda, E., Caamaño-Isorna, F., Holguín, S., & Corral, M. (2017). Working memory over a six-year period in young binge drinkers. *Alcohol*, 61, 17-23. doi:10.1016/j.alcohol.2017.01.013
- Cárcamo, M. (2018). Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(4), 388-396.
- Carrà, G., Bartoli, F., Crocarno, C., Brady, K. T., & Clerici, M. (2014). Attempted suicide in people with co-occurring bipolar and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 167(1), 125-135. doi:10.1016/j.jad.2014.05.066
- Carrà, G., Bartoli, F., Crocarno, C., Brady, K. T., & Clerici, M. (2015). Cannabis use disorder as a correlate of suicide attempts among people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17(1), 113-114. doi:10.1111/bdi.12282
- Carrasco, A. M., Barriga, S., & León, J. M. (2006). Consumo de alcohol, percepción de riesgo y conductas relacionadas con la seguridad vial en adolescentes. *Revista de Psicología de la Salud*, 18(2), 3-26.
- Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. (1986). Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Carvalho, A. F., Dimellis, D., Gonda, X., Vieta, E., McIntyre, R. S., & Fountoulakis, K. N. (2014). Rapid cycling in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), 578-586. doi:10.4088/JCP.13r08905
- Cassola, I., Pilatti, A., Alderete, A., & Godoy, J. (2005). Conductas de riesgo, expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en adolescentes de la ciudad de Córdoba. *Revista Evaluar*, 5(1). doi:10.35670/1667-4545.v5.n1.539
- Catalano, R., Kosterman, R., Hawkins, J., Newcomb, M., & Abbott, R. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues*, 26, 429-455.
- Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395.
- Chambers, S. E., Copson, E. R., Dutey-Magni, P. F., Priest, C., Anderson, A. S., & Sinclair (corresponding author), J. (2019). Alcohol use and breast cancer risk: A qualitative study of women's

- perspectives to inform the development of a preventative intervention in breast clinics. *European Journal of Cancer Care*, 28(4), e13075. doi:10.1111/ecc.13075
- Chandrakumar, A., Bhardwaj, A., & T' Jong, G. W. (2018). Review of thiamine deficiency disorders: Wernicke encephalopathy and Korsakoff psychosis. *Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology*, 30(2), 153-162. doi:10.1515/jbcp-2018-0075
- Chang de la Rosa, M. (2012). El consumo del alcohol como un problema de salud pública. *Revista cubana de higiene y Epidemiología*, 50(3), 425-426.
- Charach, A. (2018). Hyperactive Boys Grown Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 57(8), 540-541. doi:10.1016/j.jaac.2018.05.013
- Chatlos, J. C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 5, 1-27.
- Chung, T., Colby, S. M., Barnett, N., & Monti, P. M. (2000). Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 579-587.
- Clapp, J. D., Shillington, A. M., & Segars, L. B. (2000). Deconstructing contexts of binge drinking among college students. *Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26(1), 139-154.
- Clapp, J. D., & Shillington, A. M. (2001). Environmental predictors of heavy episodic drinking. *Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(2), 301-313.
- Clark, C. S. (2019). High-potency cannabis and incident psychosis: correcting the causal assumption(Letter). *The Lancet Psychiatry*, 6(6), 14. doi:10.1016/S2215-0366(19)30178-6
- Cloutier, R. M., Blumenthal, H., Trim, R. S., Douglas, M. E., & Anderson, K. G. (2019). Real-Time social stress response and subsequent alcohol use initiation among female adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 33(3), 254-265. doi:10.1037/adb0000454
- Colder, C. R., Lee, Y. H., Frndak, S., Read, J. P., & Wiczorek, W. F. (2019). Internalizing Symptoms and Cannabis and Alcohol Use: Between- and Within-Person Risk Pathways with Coping Motives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 629-644. doi:10.1037/ccp0000413
- Collison, D., Banbury, S., Couns, C., & Lusher, J. (2016). Relationships between age, sex, self-esteem and attitudes towards alcohol use amongst university students. *J Alcohol Drug Educ.*, 60(2), 16-35.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos (OEA).
- Committee on Substance Abuse. (2011). Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. *Pediatrics*, 128, 1330-1340.
- Consejo Nacional de Drogas. (2009). *Encuesta Nacional Sobre Consumo de Drogas en estudiantes de 8º del nivel básico y 2º y 4º del nivel medio*. Santo Domingo: Consejo Nacional de Drogas.
- Cooke, R., French, D. P., & Sniehotta, F. F. (2010). Wide variation in understanding about what constitutes 'binge-drinking'. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(6), 762-775. doi:10.3109/09687630903246457

- Copeland, A., Proctor, S., Terlecki, M., Kulesza, M., & Williamson, D. (2014). Do positive alcohol expectancies have a critical developmental period in pre-adolescents? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 945-952.
- Córdova, A., Ramón, E., Silvestre, K., & Cruz, C. (2012). Bullying y consumo de drogas. *Revista de Psicología universidad de Antioquia*, 4(2), 21-48.
- Correas, A., López-Caneda, E., Beaton, L., Rodríguez Holguín, S., García-Moreno, L., Antón-Toro, L., . . . Marinkovic, K. (2019). Decreased event-related theta power and phase-synchrony in young binge drinkers during target detection: An anatomically- constrained MEG approach. *Journal of Psychopharmacology*, 33(3), 335-346. doi:10.1177/0269881118805498
- Cortés, M. T., & Motos, P. (2016). Cómo definir y medir el Consumo Intensivo de Alcohol. En M. T. Motos, *Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica* (págs. 2-46). Barcelona: Socidrogalcohol.
- Cortés, M. T., Espejo, B., Giménez, J. A., & Motos, P. (2011). Evaluación de las consecuencias psicosociales que derivan del consumo intensivo de alcohol en estudiantes universitarios. *XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Cortés, M. T., Espejo, B., Giménez, J. A., Luque, L., Gómez, R., & Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 11(2), 179-202.
- Costa, L. D., Alencar, A. P., Neto, P. J., Dos Santos, M. D., Da Silva, C. G., Pinheiro, S. D., . . . Teixeira Silveira, R. (2015). Risk factors for suicide in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 170, 237-254. doi:10.1016/j.jad.2014.09.003
- Costa, M., & López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cremonte, M., Ledesma, R. D., Cherpitel, C. J., & Borges, G. (2010). Psychometric properties of alcohol tests in the emergency department in Argentina, México and the United States. *Addictive Behaviors*, 35, 818-825.
- Cservenka, A., & Brumback, T. (2017). The Burden of Binge and Heavy Drinking on the Brain: Effects on Adolescent and Young Adult Neural Structure and Function. *Frontiers in Psychology*, 8, 1111. doi:10.3389/fpsyg.2017.01111
- Cummins, L., Chan, K., Burns, K., Blume, A., Larimer, M., & Marlatt, G. (2003). Validity of the CRAFFT in American-Indian and Alaska-Native adolescents: screening for drug and alcohol risk. *Journal of Studies on Alcohol*, 64(5), 727-732.
- De Lira Pérez, R. E., Álvarez Aguirre, A., Casique Casique, L., Muñoz Alonso, L. R., & Mendoza Ayala, M. A. (2016). Resiliencia, asertividad y consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 12(6), 554-569.
- DeCamp, W., Gealt, R., Martin, S., O'Connell, D., & Visher, C. (2015). *Binge drinking and other risk behaviors among college students*. Newark, DE: University of Delaware.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., . . . Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 12(5), 987-1012. doi:10.1016/S2215-0366(18)30337-7

- Dhalla, S., Zumbo, B. D., & Poole, G. (2011). A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Current Drug Abuse Reviews*, 4, 7-64. doi:10.2174/1874473711104010057
- Dirección General de Tráfico (DGT). (2016). *Estadísticas e Indicadores*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Do, H. N., Mai, H. T., Nguyen, L. H., Tran, T. T., Nguyen, H. Q., Nguyen, A. T., . . . Ho, C. (2019). Perception toward substance use and misuse among young people in Vietnam. *Children and Youth Services Review*, 100, 444-450.
- Do, H. N., Natahn, N., Nguyen, B. V., Le, H. T., NGUYEN, H., Nguyen, A. T., . . . Ho, R. (2018). Sociodemographic inequalities in substance use among young people in Vietnam. *Children and Youth Services Review*, 94, 644-649.
- Dongarwar, D., & Salihu, H. M. (2019). Influence of Sexual and Reproductive Health Literacy on Single and Recurrent Adolescent Pregnancy in Latin America. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(5), 506-513. doi:10.1016 / j.jpjag.2019.06.003
- Donovan, J. (2009). Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescents drinking and their implications for screening instruments. *Pediatrics*, 123, 975-e981. doi:10.1542/peds.2008-0027
- Dormal, V., Bremhorst, V., Lannoy, S., Lorant, V., Luquiens, A., & Maurage, P. (2018). Binge drinking is associated with reduced quality of life in young students: a pan-European study. *Drug and Alcohol Dependence*, 193, 48-54. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.08.033
- Dubois, S., Mullen, N., Weaver, B., & Bédard, M. (2015). The combined effects of alcohol and cannabis on driving: impact on crash risk. *Forensic science international*, 248, 94-100.
- Dyer, M. L., Easey, K. E., Heron, J., Hickman, M., & Munafò, M. R. (2019). Associations of child and adolescent anxiety with later alcohol use and disorders: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *114(6)*, 968-982. doi:10.1111/add.14575
- Dzúrová, D., Spilková, J., & Pikhart, H. (2010). Social inequalities in alcohol consumption in the Czech Republic: A multilevel analysis. *Health & Place*, 16, 590-597.
- Eilertsen, E. M., Gjerde, L. C., Reichborn-Kjennerud, T., Ørstavik, R. E., Knudsen, G. P., Stoltenberg, C., . . . Ystrom, E. (2017). Maternal alcohol use during pregnancy and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A prospective sibling control study. *International Journal of Epidemiology*, 46(5), 1633-1640. doi:10.1093/ije/dyx067
- Elkins, I. J., Saunders, G. R., Malone, S. M., Keyes, M. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2018). Associations between childhood ADHD, gender, and adolescent alcohol and marijuana involvement: A causally informative design. *Drug and Alcohol Dependence*, 184, 33-41. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.11.011
- Elzo, J. (2014). La necesidad de comprender el alcohol en adolescentes y jóvenes. En T. Laespada (Ed.), *El consumo de alcohol entre adolescentes y jóvenes*, 136-157.
- Estévez, E., Martínez-Ferrer, B., & Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15(2), 223-232. doi:10.4321 / S1132-05592006000200007

- Feldstein Ewing, S., Sakhardande, A., & Blakemore, S. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *NeuroImage: Clinical, 5*, 420-437. doi:10.1016/j.nicl.2014.06.011
- Fernández-Artamendi, S., Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., & Carballo-Crespo, J. L. (2016). The Impulsive Sensation Seeking (ImpSS): Psychometric properties and predictive validity regarding substance use with Spanish adolescents. *Personality and Individual Differences, 90*, 163-168. doi:10.1016/j.paid.2015.11.003
- Fernie, G., Peeters, M., Gullo, M. J., Christianse, P., Cole, J. C., Sumnall, H., & Field, M. (2013). Multiple behavioural impulsivity and tasks predict prospective alcohol involvement in adolescents. *Addiction, 108*(11), 1916-1923. doi:10.1111/add.12283
- Ferreira, V. R., Jardim, T. V., Sousa, A. L., Rosa, B. M., & Jardim, P. C. (2019). Smoking, alcohol consumption and mental health: Data from the Brazilian study of Cardiovascular Risks in Adolescents (ERICA). *Addictive Behaviors Reports, 9*, 100-147. doi:10.1016/j.abrep.2018.100147
- Fischer, B., Ivsins, A., Rehm, J., Webster, C., Rudzinski, K., Rodopoulos, J., & Patra, J. (Feb de 2014). Factors associated with high-frequency cannabis use and driving among a multi-site sample of university students in Ontario. *Canadian journal of criminology and criminal justice, 56*(2), 185-200.
- Fischer, B., Rehm, J., & Tyndall, M. (2016). Effective Canadian policy to reduce harms from prescription opioids: learning from past failures. *Canadian Medical Association Journal, 188*(17-18), 1240-1244.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention And Behavior: An introduction to theory and research*. MA: Addison-Wesley.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology, 4*, 19-44.
- Flórez, I. A., & Trujillo, A. M. (2013). Tomar no tomar?: análisis de los motivos de consumo y no consumo de alcohol en jóvenes. *Revista Diversitas- Perspectivas en Psicología, 9*(1), 199-215.
- Folgar, M. I.-M. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica, 22*(1), 1-8. doi:10.1016/j.sumpsi.2015.05.001
- Fuster, D., & Samet, H. (2018). Alcohol Use in Patients with Chronic Liver Disease. *The New England Journal of Medicine, 379*, 1251-1261. doi:10.1056/NEJMra1715733
- Gaete, J., Tornero, B., Valenzuela, D., Rojas-Barahona, C., Salmivalli, C., Valenzuela, E., & Araya, R. (2017). Substance use among adolescents involved in bullying: a cross-sectional multilevel study. *Frontiers in Psychology, 8*. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01056
- Gámez-Medina, M. E., Guzmán-Facundo, F. R., Ahumada-Cortez, J. G., Alonso-Castillo, M. M., & Da Silva Gherardi-Donato, E. C. (2017). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Nure inv, 88*(14).
- García, C. M., Novalbos, R. J., Martínez, D. J., & O'Ferrall, G. C. (2016). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test in university students: AUDIT and AUDIT-C. *Adicciones, 2*, 775-786.
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X., & Giral, C. (2017). Binge drinking and risk sexual behavior among college students. *Health and Addictions, 17*(1), 63-71.



- Gardea, D. L. (2016). Violencia escolar y consumo de alcohol en adolescentes en etapa de secundaria. *Enfermería Herediana*, 8(2), 75-81.
- GBD 2016 Alcohol and Drug Use Collaborators. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 12(5), 987-1012. doi:10.1016/S2215-0366(18)30337-7
- Glantz, M. D., & Pickens, R. W. (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10107-000
- Golpe, S., Barreiro, C., Isorna, M., Varela, J., & Rial, A. (2017). La práctica del botellón en adolescentes gallegos: Prevalencia, Implicaciones y Variables asociadas. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(3), 529-545.
- Golpe, S., Gómez, P., Braña, T., Varela, J., & Rial, A. (2017). The relationship between consumption of alcohol and other drugs and problematic Internet use among adolescents. *Adicciones*, 29(4), 268-277. doi:10.20882/adicciones.959
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: Prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 4, 256-267.
- González, J. (2016). Principales marcadores epidemiológicos del consumo intensivo de alcohol. En M. T. Cortés, *Consumo intensivo de alcohol en jóvenes. Guía Clínica* (págs. 11-24). Barcelona: Socidrogalcohol.
- González, P. (2015). Botellón, juventud y entorno urbano. Estudio sociológico sobre las tendencias de ocio y consumo de los estudiantes entre 14 y 17 años del ayuntamiento de Pontevedra. (*Tesis Doctoral*). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Gore-Langton, J., & Spear, L. (Sep de 2019). Prenatal ethanol exposure attenuates sensitivity to the aversive effects of ethanol in adolescence and increases adult preference for a 5% ethanol solution in males, but not females. *Alcohol*, 79, 59-69.
- Grevers, X., Ruan, Y., Poirier, A., Walter, S., Villeneuve, P., Friedenreich, C., . . . Compare Study Team. (2019). Estimates of the current and future burden of cancer attributable to alcohol consumption in Canada. *Preventive Medicine*, 122, 40-48. doi:10.1016/j.ypmed.2019.03.020
- Grittner, U., Kuntsche, S., Graham, K., & Bloomfield, K. (2012). Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol and Alcoholism*, 47(5), 597-605.
- Grucza, R. A., Norberg, K. E., & Bierut, L. J. (2009). Binge drinking among youths and young adults in the United States: 1979-2006. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(7), 692–702. doi:10.1097/CHI.0b013e3181a2b32f
- Gryczynski, J., Kelly, S. M., Mitchell, S. G., Kirk, A., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2015). Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction*, 110, 240-247. doi:10.1111/add.12767
- Guerra Domínguez, E., Machado Solano, A., González-Carrazana, Y., Mesa-Batista, M., & Carrazana-Fonseca, I. (2019). Percepción de riesgo del uso nocivo del alcohol y sus consecuencias en adolescentes. *MULTIMED*, 23(4), 744-757.

- Guillot, C. R., Blackledge, S. M., Douglas, M. E., Cloutier, R. M., Liautaud, M. M., Pang, R. D., . . . Leventhal, A. M. (2019). Indirect Associations of Anxiety Sensitivity with Tobacco, Alcohol, and Other Drug Use Problems Through Emotional Disorder Symptoms in Adolescents. *Behavioral Medicine In press*. doi:10.1080/08964289.2019.1573797
- Gundersen, Ø. H., Mordal, J., Berman, A. H., & Bramness, J. G. (2013). Evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test and the Drug Use Disorders Identification Test among patients at a Norwegian psychiatric emergency ward. *European Addiction Research, 19*, 252-260.
- Gurriarán, X., Rodríguez-López, J., Flórez, G., Pereiro, C., Fernández, J. M., Fariñas, E., . . . the GenPol Study Group. (2019). Relationships between substance abuse/dependence and psychiatric disorders based on polygenic scores. *Genes, Brain and Behavior, 18*(3). doi:10.1111/gbb.12504
- Harris, S., Louis-Jacques, J., & Knight, J. (2014). Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolescent Medicine: State of the Art Review, 25*(1), 126-156.
- Hartman, R., & Huestis, M. (1 de Mar de 2013). Cannabis effects on driving skills. *Clinical chemistry, 59*(3), 478-492.
- Heikkinen, N., Niskanen, E., Könönen, M., Tolmunen, T., Kekkonen, V., Kivimäki, P., . . . Vanninen, R. (April de 2017). Alcohol consumption during adolescence is associated with reduced grey matter volumes. *Addiction, 112*(4), 604-613. doi:10.1111/add.13697
- Hermens, D., Lee, R., De Regt, T., Lagopoulos, J., Naismith, S., Scott, E., & Hickie, I. (2013). Neuropsychological functioning is compromised in binge drinking young adults with depression. *Psychiatry Research, 210*, 256-262. doi:10.1016/j.psychres.2013.05.001
- Hernández Borge, M. E., García González, M. C., García García, M. J., Antona Rodríguez, A., Sanz Cabrera, P., & Cordero Montero. (2015). Hábitos y trastornos del sueño en adolescentes. *Revista Española Patología Torácica, 27*(4), 220-230.
- Hernández, M. (2018). Relación entre el consumo de alcohol y el cáncer. *CT 10*, 199-214.
- Hidalgo-Cuadra, R. (2008). Alcohol y virus de hepatitis B. *Acta Médica Costarricense, 50*(3), 62-63.
- Hingson, R., Zha, W., & Weitzman, E. (2017). Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement, 12-20*. doi:10.15288/jsads.2009.s16.12
- Horacio, R. (2017). Actitudes frente al alcohol en adolescentes con propensión al consumo. *ConCiencia EPG, 2*(2), 36-45.
- Horvath, P., & Zuckerman, M. (1996). Búsqueda de sensaciones, valoración y conducta de riesgo. *Revista de Toxicomanías, 9*, 26-38.
- Hsieh, Y., Lu, W., & Yen, C. (9 de Aug de 2019). Psychosocial Determinants of Insomnia in Adolescents: Roles of Mental Health, Behavioral Health, and Social Environment. *Frontiers in Neuroscience, 144*(13). doi:10.3389/fnbeh.2019.00144
- Huang, J. H., Jacobs, D. F., & Deverensky, J. L. (2010). Sexual risk-taking behaviors, gambling, and heavy drinking among U.S. college athletes. *Archives of Sexual Behavior, 39*, 706-713.
- Huckle, T., Romeo, J., Wall, M., Callinan, S., Holmes, J., Meier, P., . . . Casswell, S. (Aug de 2018). Socio-economic disadvantage is associated with heavier drinking in high but not middle-income



- countries participating in the International Alcohol Control Study. *Drug and Alcohol Review*, 37, S63-S71.
- Icick, R., Melle, I., Etain, B., Ringen, P. A., Aminoff, S. R., Leboyer, M., . . . Lagerberg, T. V. (2019). Tobacco smoking and other substance use disorders associated with recurrent suicide attempts in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 256, 348-357. doi:10.1016 / j.jad.2019.05.075
- Ilbegi, S., Groenman, A. P., Schellekens, A., Hartman, C. A., Hoekstra, P. J., Franke, B., . . . Buitelaar, J. K. (2018). Substance use and nicotine dependence in persistent, remittent, and late-onset ADHD: A 10-year longitudinal study from childhood to young adulthood. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 10(1), 42. doi:10.1186/s11689-018-9260-y
- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTCF). (2016). *Memoria Tráfico INTCF 2016*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Isorna, M. (2005). Estudio psicopatológico y psicosocial en drogodependencias. (*Tesis de Doctorado*). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Isorna, M., & Rial, A. (2015). Agresión sexual facilitada por drogas y sumisión química. *Salud y Drogas*, 15(2), 137-150.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychosocial development*. Nueva York: Academic Press.
- Jiménez, T. (2011). Risk and Protective Self-esteem: A Mediatorial Role between Family Environment and Substance Use in Adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61.
- Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Family functioning and substance use in adolescents. The mediator role of self-esteem. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Jones, D. J., Hussong, A. M., Manning, J., & Sterrett, E. (2008). Adolescent alcohol use in context: the role of parents and peers among African American and European American youth. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(3), 266-273.
- Källmén, H., Berman, A. H., Jayaram-Lindström N, N., Hammarberg, A., & Elgán, T. H. (2019). Psychometric Properties of the AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and ASSIST-Y among Swedish Adolescents. *European Addiction Research*, 25, 68–77. doi:10.1159/000496741
- Kandel, D. (1975). Stages in the adolescent involvement of drug use. *Science*, 190(4217), 912-914. doi:10.1126 / ciencia.1188374
- Kandel, D., Yamaguchi, K., & Klein, L. (Apr de 2006). Testing the Gateway Hypothesis. *Addiction*, 101(4), 470-472.
- Kandemir, H., Aydemir, Ö., Ekinci, S., Selek, S., Kandemir, S., & Bayazit, H. (2015). Validity and reliability of the Turkish version of CRAFFT substance abuse screening test among adolescents. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 1505-1509.
- Kaplan, H. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug*, 262, 345-377.

- Kaplan, H., Johnson, R., & Bailey, C. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, *49*, 110-128.
- Katikireddi, S., Whitley, E., Lewsey, J., Gray, L., & Leyland, A. (2017). Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *The Lancet Public Health*, *6*(2), e267-e276.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2019). Prediction of onset of substance-induced psychotic disorder and its progression to schizophrenia in a Swedish national sample. *American Journal of Psychiatry*, *176*(9), 711-719. doi:10.1176/appi.ajp.2019.18101217
- Keyes, K. M., Li, G., & Hasin, D. S. (2011). Birth cohort effects and gender differences in alcohol epidemiology: a review and synthesis. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *35*(12), 2101-2112. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01562.x
- Khantzian, E. J. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry*, *142*(11), 1259-1264. doi:10.1176/ajp.142.11.1259
- Kim, C., Johnson, N., Cilles, S., & Gold, B. (2011). Common and Distinct Mechanisms of Cognitive Flexibility in Prefrontal Cortex. *Journal of Neuroscience*, *31*, 4771-4779. doi:10.1523/JNEUROSCI.5923-10.2011
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C., & Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of Drug Education*, *28*(1), 1-17. doi:10.2190/5ET9-X1C2-Q17B-2G6D
- Kim-Spoon, J., Deater-Deckard, K., Holmes, C., Lee, J., Chiu, P., & King-Casas, B. (2016). Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. *Neuropsychologia*, *91*, 318-326. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2016.08.028
- Kim-Spoon, J., Kahn, R. E., Lauharatanahirun, N., Deater-Deckard, K., Bickel, W., Chiu, P., & King-Casas, B. (2017). Executive Functioning and Substance Use in Adolescence: Neurobiological and Behavioral Perspectives. *Neuropsychologia*, *100*, 79-92. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.020
- Klingemann, H., & Gmel, G. (2001). *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht; Boston: Kluwer Academic Publishers. doi:10.1007 / 978-94-015-9725-8\_1
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening test among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *27*, 67-73. doi:10.1111/j.1530-0277.2003.tb02723.x.
- Knight, J., Sherritt, L., Shrier, L., Harris, S., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *156*(6), 607-614.
- Knight, J., Shrier, L., Bravender, T., Farrel, M., Vander, B., J., & Shaffer, H. (1999). A new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *153*(6), 607-614.
- Kuendig, H., & Kuntsche, E. (2006). Family Bonding and Adolescent Alcohol Use: Moderating Effect of Living With Excessive Drinking Parents. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *41*(4), 464-471. doi:10.1093/alcal/agl018

- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Lannoy, S., Heeren, A., Moyaerts, N., Bruneau, N., Evrard, S., Billieux, J., & Maurage, P. (2017). Differential impairments across attentional networks in binge drinking. *Psychopharmacology*, 234, 1059–1068. doi:10.1007/s00213-017-4538-4
- Larsson, S., Drca, N., & Wolk, A. (2014). Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a prospective study and dose-response metaanalysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(3), 281-289. doi:10.1016/j.jacc.2014.03.048
- Lee, J., Kim, W., & Brook, J. (2019). Triple comorbid trajectories of alcohol, cigarette, and marijuana use from adolescence to adulthood predict insomnia in adulthood. *Addictive Behaviors*, 90, 437-443. doi:10.1016/j.addbeh.2018.11.026
- Lemus Estrada, P. J., Álvarez Aguirre, A., Hernández Castañón, M. A., Sánchez Perales, M., Hernández Rodríguez, V. M., & Mendoza-Ayala, M. A. (2013). Autoconcepto y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Anuario de investigación en adicciones*, 13(1).
- Li, K., Simons-Morton, B., Gee, B., & Hingson, R. (2016). Marijuana-, alcohol-, and drug-impaired driving among emerging adults: Changes from high school to one-year post-high school. *Journal of Safety Research*, 58, 15-20.
- Li, Q., Babor, T. F., Hao, W., & Chen, X. (2011). The Chinese translations of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in China: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*, 46, 416-423.
- Liberini S, R. G. (2016). El rol de la autoestima, la personalidad y la familia en el consumo de alcohol en la adolescencia. *Psocial*, 2(1), 27-37.
- Llopis Giménez, C., Rodríguez García, M. I., & Hernández Mancha, I. (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, 20(4), 151-169. doi:10.4321/S1135-76062014000300002
- Londoño, C., & Carrasco, S. F. (2019). Beliefs about Alcohol Consumption in Colombian and Chilean Youth. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 178-185. doi:10.14718/ACP.2019.22.2.9
- Long, M., Ko, D., Arnold, L., Trinquart, L., Sherer, J., Keppel, S., . . . Helm, R. (2019). Gastrointestinal and liver diseases and atrial fibrillation: a review of the literature. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 12. doi:10.1177/1756284819832237
- López-Caneda, E., Cadaveira, F., Crego, A., Doallo, S., Corral, M., Gómez-Suárez, A., & Holguín, S. (2013). Effects of a persistent binge drinking pattern of alcohol consumption in young people: A follow-up study using event-related potentials. *Alcohol and Alcoholism*, 48, 464-471. doi:10.1093/alcalc/agt046
- López-Caneda, E., Cadaveira, F., & Campanella, S. (January de 2019). Editorial: Binge drinking in the adolescent and young brain. *Frontiers in Psychology*, 9, 2724 . doi:10.3389/fpsyg.2018.02724
- López-Caneda, E., Cadaveira, F., Correas, A., Crego, A., Maestú, F., & Rodríguez, S. (2017). The Brain of Binge Drinkers at Rest: Alterations in Theta and Beta Oscillations in First-Year College Students with a Binge Drinking Pattern. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 11, 168 . doi:10.3389/fnbeh.2017.00168

- López-Caneda, E., Rodríguez Holguín, S., Cadaveira, F., Corral, M., & Doallo, S. (2014). Impact of alcohol use on inhibitory control (and vice versa) during adolescence and young adulthood: A review. *Alcohol and alcoholism*, *49*, 173-181. doi:10.1093/alcalc/agt168
- Luciana, M., Wahlstrom, D., Porter, J. N., & Collins, P. F. (2012). Dopaminergic Modulation of Incentive Motivation in Adolescence: Age-Related Changes in Signaling, Individual Differences, and Implications for the Development of Self-Regulation. *Dev Psychol*, *48*(3), 844-61. doi:10.1037/a0027432
- Luna, B., Marek, S., Larsen, B., Tervo-Clemmens, B., & Chahal, R. (2015). An integrative model of the maturation of cognitive Control. *Annual Review of Neuroscience*, *38*, 151-170. doi:10.1146/annurevneuro-071714-034054
- Luna, B., Padmanabhan, A., & O'Hearn, K. (2010). What has fMRI told us about the Development of Cognitive Control through Adolescence? *Brain and Cognition*, *72*, 101-113. doi:10.1016/j.bandc.2009.08.005.
- Madrigal De León, E., Astudillo-García, C., & Durand-Arias, S. (2019). Depression, Substance Abuse, and Suicide Risk: A Rising Problem. *Addictive Disorders and their Treatment*, *18*(2), 99-104.
- Mahedy, L., MacArthur, G., Hammerton, G., Edwards, A., Kendler, K., Macleod, J., . . . Heron, J. (2018). The effect of parental drinking on alcohol use in young adults: the mediating role of parental monitoring and peer deviance. *Addiction*, *113*(11), 2041-2050. doi:10.1111/add.14280
- Marmet, S., Studer, J., Lemoine, M., Grazioli, V. S., Bertholet, N., & Gmel, G. (2019). Reconsidering the associations between self-reported alcohol use disorder and mental health problems in the light of co-occurring addictions in young Swiss men. *PLOS ONE*, *14*(9). doi:10.1371/journal.pone.0222806
- Marmorstein, N. (2017). Sleep patterns and problems among early adolescents: Associations with alcohol use. *Addictive Behaviors*, *66*, 13-16. doi:10.1016/j.addbeh.2016.11.002
- Martínez Lorca, M., & Alonso Sanz, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, *15*(2), 145-158. doi:10.20882/adicciones.438
- Martínez, J. M. (1996). Validación de los cuestionarios breves: AUDIT, CAGE y CBA para la detección precoz del síndrome de dependencia de alcohol en Atención Primaria. (*Tesis de Doctorado*). Universidad de Cádiz, Cádiz, España.
- Martínez-Álvarez, J. L., Fuertes, A., Ramos, M., & Hernández-Martín, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: Importancia del afecto y de la supervisión parental. *Psicothema*, *15*(2), 161-166.
- Masip, J., & Germa Lluch, J. (2019). Alcohol, health and cardiovascular disease. *Revista Clínica Española (English Edition In press)*. doi:doi.org/10.1016/j.rce.2019.05.013
- Matsushita, H., & Takaki, A. (2019). Alcohol and hepatocellular carcinoma. *BMJ Open Gastroenterology*, *6*(1). doi:10.1136/bmjgast-2018-000260
- Maurage, P., de Timary, P., Billieux, J., Collignon, M., & Heeren, A. (2014). Attentional alterations in alcohol dependence are underpinned by specific executive control deficits. *Alcohol Clin Exp Res*, *38*, 2105-2112. doi:10.1093/alcalc/agu053.6

- McBride, N., Farringdon, F., Midford, R., Meuleners, L., & Phillips, M. (2003). Early unsupervised drinking –reducing the risks. The school Health and Alcohol Harm Reduction Project. *Drug and Alcohol Review*, 22, 293-276.
- McManus, D., Yin, X., Gladstone, R., Vittinghoff, E., Vasan, R., Larson, M., . . . Marcus, G. (2016). Alcohol consumption, left atrial diameter, and atrial fibrillation. *Journal of the American Heart Association*, 9(5). doi:10.1161/JAHA.116.004060
- Mehrabian, A. (2001). General Relations among Drug Use, Alcohol Use, and Major Indices of Psychopathology. *Journal of Psychology*, 135(1), 71–86. doi:10.1080/00223980109603681
- Mehta, G., & Sheron, N. (2019). No safe level of alcohol consumption – Implications for global health. *Journal of Hepatology*, 70(4). doi:10.1016 / j.jhep.2018.12.021
- Méndez-Ruiz, M. D., De Jesús Alonso-Castillo, M. T., Alonso-Castillo, M. M., Uribe-Alvarado, J. I., & Armendáriz-García, N. A. (2015). Relación de percepción de Riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *Rev. EletrônicaSaúde Mental ÁlcoolDrog*, 11(3), 161-167.
- Miller, B. A., Holder, H. D., & Voas, R. B. (2009). Environmental Strategies for Prevention of Drug Use and Risks in Clubs. *J.Subst.Use*, 14, 19-38. doi:10.1080/14659890802305887
- Miller, J. W., Naimi, T. S., Brewer, R. D., & Jones, S. E. (2007). Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119, 76-85.
- Mitchell, S., Kelly, S., Gryczynski, J., Myers, C., O'Grady, K., & Kirk, A. (2014). The CRAFFT cut-points and DSM-5 criteria for alcohol and other drugs: a reevaluation and reexamination. *Substance Abuse*, 35(4), 376-380.
- Molina, B. S., Howard, A. L., Swanson, J. M., Stehli, A., Mitchell, J. T., Kennedy, T. M., . . . Hoza, B. (2018). Substance use through adolescence into early adulthood after childhood-diagnosed ADHD: findings from the MTA longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 59(6), 692-702 . doi:10.1111/jcpp.12855
- Monteiro, M. (2009). Como Responder a los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la comunidad. En J. Rodríguez, *Salud Mental en la Comunidad* (segunda edición ed., págs. 297-310). Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Monteiro, M. G. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario? *Adicciones*, 25(2), 99-105. doi:10.20882/adicciones.56
- Moral, M., & Ovejero, A. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. *UnivPsychol*, 10, 71-87.
- Morojele, N. K., & Ramsoomar, Y. (2016). Addressing adolescent alcohol use in South Africa. *S Afr Med J*, 106(6), 551-553. doi:10.7196/SAMJ.2016.v106i6.10944
- Moscovitch, M., Cabeza, R., Winocur, G., & Nadel, L. (2016). Episodic memory and beyond: The hippocampus and neocortex in transformation. *Annual Review of Psychology*, 67, 105-134. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143733
- Mota, R, S., Gomes, N, P., Campos, L, M., . . . L, C. (2018). ADOLESCENTES ESCOLARES: ASSOCIAÇÃO ENTRE VIVÊNCIA DE BULLYING E CONSUMO DE ÁLCOOL/DROGAS. *Enfermagem*, 27(3). doi:10.1590/0104-07072018003650017

- Motos, P., Cortés, M., Giménez, J., & Cadaveira, F. (2015). Predictores del consumo semanal de alcohol y sus consecuencias asociadas en universitarios consumidores intensivos de alcohol. *Adicciones*, 27, 119-131.
- Moure-Rodríguez, L., Carbia, C., López Caneda, E., Corral Valera, M., Cadaveira, F., & Caamañolsorna, F. (2018). Trends in alcohol use among young people according to the pattern of consumption on starting university: A 9-year follow-up study. *PLoS ONE*, 13(4). doi:10.1371/journal.pone.0193741
- Moure-Rodríguez, L., Doallo, S., Juan-Salvadores, P., Corral, M., & Caamaño-Isorna, F. (2016a). Consumo intensivo de alcohol y cannabis, y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 438–443. doi:10.1016/j.gaceta.2016.03.007
- Moure-Rodríguez, L., Piñeiro, M., Corral Varela, M., Rodríguez-Holguín, S., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016b). Identifying predictors and prevalence of alcohol consumption among university students: nine years of follow-Up. *PLoS One*, 11(11). doi:10.1371/journal.pone.0165514
- Muga, R., Sanvisens, A., Jarrin, I., Fuster, D., Bolao, F., Tor, J., & Muñoz, A. (2018). Hepatitis c infection substantially reduces survival of alcohol-dependent patients. *Clinical Epidemiology*, 10, 897-905.
- Munn-Chernoff, M. A. (Feb de 2019). Editorial: Why Assessing Co-Occurring Eating Disorders and Alcohol Use in Sexual Minority Youth Is Important. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(2), 154-155.
- Musitu Ochoa, G., Suárez Relinque, C., Del Moral Arroyo, G., & Villarreal González, M. E. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes: El rol de la comunicación, el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo en la familia y amigos. *Búsqueda*, 14(2), 45-61. doi:10.21892/01239813.58
- Musitu, G. (2016). ¿Por qué los adolescentes tienen una baja percepción de riesgo respecto del consumo de alcohol? La visión de los expertos. *METAMORFOSIS*, 55-73.
- Musitu, G., & Pons, X. (2010). Adolescencia y alcohol: Buscando significados en la persona, la familia y la sociedad. En J. Elzo, *Hablemos de alcohol: Por un nuevo paradigma en el beber adolescente* (págs. 137-170). Madrid: Entimema.
- Musitu, G., Jiménez Gutiérrez, T. I., & Murgui, S. (2007). Family functioning, self-esteem and substance use in adolescents: A mediational model. *Salud Publica de Mexico*, 49(1), 3-10.
- Musitu, G., Suarez, C., & del Moral, G. (2014). Reflexiones en torno al consumo de alcohol en adolescentes. En T. Laespada, *El consumo de alcohol entre adolescentes y jóvenes* (págs. 80-96). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Mustelin, L., Latvala, A., Raevuori, A., Rose, R. J., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2016). Risky drinking behaviors among women with eating disorders—A longitudinal community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 563-571. doi:10.1002/eat.22526
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA]. (2011). *Alcohol screening and brief intervention for youth: A practitioner's guide*. Rockville, ME.



- Newcomb, M. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues, 26*, 477-504.
- Newcomb, M., & Bentler, P. (1986). Drug use, educational aspirations, and workforce involvement: The transition from adolescence to young adulthood. *American Journal of Community Psychology, 14*, 303-321.
- Newcomb, M., & Bentler, P. (1988a). Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 64-75.
- Newcomb, M., & Bentler, P. (1988b). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Beverly Hills, CA, Sage. doi:10.1016/0740-5472(90)90010-N
- Nikolakaros, G., Kurki, T., Myllymäki, A., & Ilonen, T. (2019). A patient with korsakoff syndrome of psychiatric and alcoholic etiology presenting as DSM-5 mild neurocognitive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 15*, 1311-1320. doi:10.2147/NDT.S203513
- Noone, R., & Redding, R. (1976). Case studies on the family treatment of drug abuse. *Family Process, 15*(3), 325-332. doi:10.1111/j.1545-5300.1976.00325.x
- Nyaronga, D., Greenfield, T. K., & McDaniel, P. A. (2009). Drinking context and drinking problems among black, white and Hispanic men and women in the 1984, 1995, and 2005 U.S. *ational Alcohol Surveys. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*(1), 16-26.
- O'Hare, T., & Sherrer, M. V. (2005). Assessment of youthful problem drinkers: validating the Drinking Context Scale (DCS-9) with freshman first offenders. *Research on Social Work Practice, 15*, 00-119.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2018). *Encuesta Nacional sobre Adicciones (ENA) 2017.2024*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2018). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2017/2018)*. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. , Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2018). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES 2016/2017)*. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado el 13 de Juny de 2019, de [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2018\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018_Informe.pdf)
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2018). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES 2017/2018)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. (2014). *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2012-2013*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías. (2019). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES, 2018-2019)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). (2018). *Informe europeo sobre Drogas: Tendencias y Novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD). (2016). *VI Encuesta Nacional de Hogares sobre consumo de droga, 2016*. Uruguay: Junta Nacional de Drogas.
- Ochoa-Mangado, E., Madoz-Gúrpide, A., Villaceros-Durbán, I., Llama-Sierra, P., & Sancho-Acero, J. L. (2010). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and substance use: Preliminary outcomes of a follow-up in a young population. *Trastornos Adictivos, 12*(2), 79-86. doi:10.1016/S1575-0973(10)70015-5
- Oetting, E., & Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. *Substance Use & Misuse, 33*, 995-1026.
- Oetting, E., Deffenbacher, J., & Donnermeyer, J. (1998a). Primary socialization theory: The role played by personal traits in the etiology of drug use and deviance. *Substance Use & Misuse, 33*, 1337-1366. doi:10.3109/10826089809062220
- Oetting, E., Donnermeyer, J., & Deffenbacher, J. (1998b). Primary socialization theory: The influence of the community on drug use and deviance. *Substance Use & Misuse, 33*, 1629-1665.
- Oetting, E., Donnermeyer, J., Trimble, J., & Beauvais, F. (1998c). Primary socialization theory: Culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use IV. *Substance Use & Misuse*(33), 2075-2107.
- O'Hare, T., & Sherrer, M. V. (2005). Assessment of Youthful Problem Drinkers: Validating the Drinking Context Scale (DCS-9) with Freshman First Offenders. *Research on Social Work Practice, 15*(2), 110-117. doi:10.1177/1049731504269554
- Oluwoye, O., Monroe-DeVita, M., Burduli, E., Chwastiak, L., McPherson, S., McClellan, J. M., & McDonell, M. G. (2019). Impact of tobacco, alcohol and cannabis use on treatment outcomes among patients experiencing first episode psychosis: Data from the national RAISE-ETP study. *Early Intervention in Psychiatry, 13*(1), 142-146. doi:10.1111/eip.12542
- Opong Asante, K., & Kugbey, N. (March de 2019). Alcohol use by school-going adolescents in Ghana: Prevalence and correlates. *Mental Health and Prevention, 13*, 75-81.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (2014). *El Informe de drogas de la OEA: 16 meses de debates y consensos*. Guatemala.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la Clasificación internacional de las enfermedades mentales*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (1997). Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25. *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Yakarta, República de Indonesia: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas*. Washington, DC.



- Pacek, L., Martins, S., & Crum, R. (2013). The bidirectional relationships between alcohol, cannabis, co-occurring alcohol and cannabis use disorders with major depressive disorder: results from a national sample. *Journal of affective disorders, 148*(2-3), 188-195.  
doi:10.1016/j.jad.2012.11.059
- Pandina, R., Johnson, V., & Labouvie, E. (1992). *Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pantoja, J. (2010). Expectativas y su relación con el nivel de consumo de alcohol en una población de estudiantes de bachillerato. *Universidades, LX*(46), 35-64.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S., & Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones, 23*, 53-63.
- Parés, A., & Caballería, J. (2006). Alcohol y aparato digestivo. *Adicciones, 18*(1), 51-70.
- Park, S., Rim, S. J., Jo, M., Lee, M. G., & Kim, C. E. (2019). Comorbidity of Alcohol Use and Other Psychiatric Disorders and Suicide Mortality: Data from the South Korean National Health Insurance Cohort, 2002 to 2013. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(5), 842-849. doi:10.1111 / acer.13989
- Patrick, M., Blair, C., & Maggs, J. (2008). Executive function, approach sensitivity, and emotional decision making as influences on risk behaviors in young adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 30*, 449-462. doi:10.1080/13803390701523109
- Pedrero, E. J., Ruiz Sánchez, J. M., Olivar, A., Rojo, G., Llanero, M., & Puerta, C. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema, 23*(1), 100-106.
- Peele, S. (1985). *The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation*. New York: Lexington Books.ç.
- Penjor, S., Thorsteinsson, E. B., Price, I., & Loi, N. M. (2019). Parenting style, distress, and problematic alcohol use in Bhutan. *Cogent Psychology, 6*, 1579503. doi:10.1080/23311908.2019.1579503
- Peña, S., Mäkelä, P., Valdivia, G., Helakorpi, S., Markkula, N., Margozzini, P., & Koskinen, S. (2017). Socioeconomic inequalities in alcohol consumption in Chile and Finland. *Drug Alcohol Depend, 173*, 24-30. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.12.014
- Pérula, L., Fernández-García, J., Arias-Vega, R., Muriel-Palomino, M., Márquez-Rebollo, E., & Ruiz-Moral, R. (2005). Validez del cuestionario AUDIT para la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres. *Medicina Clínica, 125*(19), 727-730.
- Pfefferbaum, A., Zahr, N., Saso, S., Kwon, D., Pohl, K., & Sullivan, E. (2018). Accelerated and Premature Aging Characterizing Regional Cortical Volume Loss in Human Immunodeficiency Virus Infection: Contributions From Alcohol, Substance Use, and Hepatitis C Coinfection. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3*(10), 844-859.  
doi:10.1016/j.bpsc.2018.06.006
- Pietraszek, M. H., Urano, T., Sumiوشي, K., Serizawa, K., Takahashi, S., Takada, Y., & Takada, A. (1991). Alcohol-induced depression: involvement of serotonin, Alcohol and Alcoholism. *26*(2), 155-159.

- Pilatti, A. F. (2017). Efecto recíproco de impulsividad y consumo de alcohol en adolescentes argentinos. *Salud y adicciones / Salud y Drogas*, 17(1), 107-120.
- Pilatti, A., & Brussino, S. (2009). Construcción y valoración de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Contextos de Consumo de Alcohol para Adolescentes (CCCA-A). *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1(1), 13-24.
- Pilatti, A., Cassola, I., Godoy, J., & Brussino, S. (2005). Validez factorial del "Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol". En J. Vivas, *Las ciencias del comportamiento en los albores del siglo XXI*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Pilatti, A., Etkin, P., Parra, E. U., & Pautassi, R. M. (2018). De fiesta antes de la fiesta: Relación entre esta práctica de consumo de alcohol con los problemas derivados del uso alcohol en jóvenes argentinos. Tools of assessment of problematic mobile phones/smartphone use. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(1), 5-16. doi:10.21134/haaj.v18i1.318
- Pilatti, A., Godoy, J., & Brussino, S. (2011). Expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en niños y adolescentes de Argentina. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 13-32.
- Pilatti, A., Read, J. P., & Pautassi, R. M. (2017). ELSA 2016 Cohort: Alcohol, Tobacco, and Marijuana Use and Their Association with Age of Drug Use Onset, Risk Perception, and Social Norms in Argentinean College Freshmen. *Frontiers in Psychology*, 8(1452). doi:10.3389/fpsyg.2017.01452
- Pilatti, A., Rivarola, G., Lozano, O., & Pautassi, R. M. (2016). Relación entre impulsividad y consumo de alcohol en hombres y mujeres argentinos. *QUADERNS de Psicología*, 18(1), 75-91. doi:10.5565/rev/qpsicologia.1329
- Pilowsky, D., & Wu, L. (2013). Screening instruments for substance use and brief interventions targeting adolescents in primary care: A literature review. *Addictive Behaviors*, 38, 2146-2153.
- Pinto, J. V., Medeiros, L. S., Santana da Rosa, G., Santana de Oliveira, C. E., Crippa, J. A., Passos, I. C., & Kauer-Sant'Anna, M. (2019). The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: A systematic review with meta-analysis and meta-regression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 101, 78-84. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.04.004
- Ponce-Blandón, J. A.-M., Romero-Brioso, C., & Paredes-Jiménez, A. P. (2016). Alcohol y conducción: actitudes y hábitos de estudiantes tras una intervención. *Enfermería Clínica*, 26(5), 290-297. doi:10.1016/j.enfcli.2016.06.003
- Pradhan, B., Chappuis, F., Baral, D., Karki, P. R., Rijal, S., Hadengue, A., & Gache, P. (2012). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a Nepali version for the detection of alcohol use disorders and hazardous drinking in medical settings. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7, 42-51.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Ramírez Guzmán, D. G., Álvarez Aguirre, A., Cadena Santos, F., Mendoza Ayala, M., Alarcón Luna, N., & García de Jesús, M. (2016). Asertividad en el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *CIENCIA UANL*, 77(19), 51-55.

- Rehm, J., & Roerecke, M. (2017). Cardiovascular effects of alcohol consumption. *Trends Cardiovasc Med.*, 27(8), 534-538. doi:10.1016 / j.tcm.2017.06.002
- Rehm, J., Guiraud, J., Poultais, R., & Shield, K. (2018). Alcohol dependence and very high risk level of alcohol consumption: a life-threatening and debilitating disease. *Addiction Biology*, 23(4), 961-968. doi:10.1111/adb.12646
- Rehm, J., Shield, K., Roerecke, M., & Gmel, G. (2016). Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: An overview. *BMC Public Health*, 16(1). doi:10.1186/s12889-016-3026-9
- Rhodes, J., & Janson, L. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon.
- Rial, A., Golpe, S., Araujo, M., Braña, T., & Varela, J. (2017). Validación del "Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol" (AUDIT) en población adolescente española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 25(2), 371-386.
- Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P., & Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), 52-62. doi:10.20882 / adicciones.1266
- Rial, A., Harris, S. K., Knight, J. R., Araujo, M., Gómez, P., Braña, T., . . . Golpe, S. (2019). Validación empírica del CRAFFT Abuse Screening Test en una muestra de adolescentes españoles. *Adicciones*, 31(2), 160-169.
- Riva, K., Allen-Taylor, L., Schupm, W. D., Mphole, S., Moshashane, N., & Lowent, E. D. (2018). Prevalence and predictors of alcohol and drug use among secondary school students in Botswana: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18, 1396. doi:10.1186/s12889-018-6263-2
- Roerecke, M., Kaczorowski, J., Tobe, S., Gmel, G., Hasan, O., & Rehm, J. (2017). The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(2), 108-120.
- Roerecke, M., Tobe, S., Kaczorowski, J., Bacon, S., Vafaei, A., Hasan, O., . . . Rehm, J. (2018). Sex-Specific Associations Between Alcohol Consumption and Incidence of Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Journal of the American Heart Association*, 13(7). doi:10.1161/JAHA.117.008202
- Roerecke, M., Vafaei, A., Hasan, O., Chrystoja, B., Cruz, M., Lee, R., . . . Rehm, J. (2019). Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Gastroenterology*, 114(10), 1574-1586.
- Romero, E., Luengo, M. A., & Otero-López, J. M. (1995). La relación entre la autoestima y el consumo de drogas en adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 10(2), 149-159. doi:10.1174 / 021347495763810947
- Rosenstock, L., Stretcher, V., & Becker, M. (1994). The health belief model and HIV risk behaviour change. En R. DiClemente , & J. Peterson, *Preventing AIDS. Theories and methods of behavioural interventions* ( págs. 5-24). Nueva York: Plenum Press.

- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M., & Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 198(1), 11-14.
- Sacanella Inglés, I., Casas Rodríguez, R., Viñas Esmel, E., Castro Barquero, S., & Sacanella Meseguer, E. (2019). Prevention of cardiovascular disease and fermented alcoholic beverages. Reality or fiction? . *Nutrición Hospitalaria*, 36(3), 58-62.
- Salas-Gómez, D., Fernandez-Gorgojo, M., Pozueta, A., Díaz-Ceballos, I., Lamarain, M., Pérez, C., & Sánchez-Juan, P. (2016). Binge Drinking in Young University Students Is Associated with Alterations in Executive Functions Related to Their Starting Age. *PLoS One*, 11(11). doi:10.1371/journal.pone.0166834
- Salazar Garza, M. L., Ortiz Noriega, S. J., & Vacio Muro, M. A. (2018). Revisión de la versión adaptada del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol (AEQ) para jóvenes universitarios. *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 4(1), 25-35. doi:10.28931/riiad.2018.1.04
- Salguero, A., Leiva, L., Luque, M., & Pautassi, R. M. (2020). Consumo de alcohol en niños y adolescentes: prevalencia en países del cono sur de América Latina, factores de protección y factores de vulnerabilidad. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 12(1), 26-39.
- Samokhvalov, A., Rehm, J., & Roerecke, M. (2015). Alcohol Consumption as a Risk Factor for Acute and Chronic Pancreatitis: A Systematic Review and a Series of Meta-analyses. *EBioMedicine*, 12(2), 1996-2002. doi:10.1016/j.ebiom.2015.11.023
- Sandtorv, L. B., Fevang, S. K., Nilsen, S. A., Bø, T. D., Gjestad, R., Haugland, S., & Elgen, I. B. (2018). Symptoms Associated With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorders in School-Aged Children Prenatally Exposed to Substances. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 12. doi:10.1177/1178221818765773
- Santacreu, J. F. (1991). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 16(1), 201-215.
- Santacreu, J. F. (1992a). Modelo de génesis del consumo de drogas: Formulación y verificación empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 781-804.
- Santacreu, J. y. (1992). El papel del autocontrol en el proceso de génesis de las drogodependencias. *Revista Española de Drogodependencias*, 17(2), 253-268.
- Santacreu, J. Z. (1992b). *El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- Santis, R., Garmendia, M. L., Acuña, G., Alvarado, M. E., & Arteaga, O. (2009). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening instrument for adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 103, 155-158.
- Saunders, J., Aasland, O., Amundsen, A., & Grant, M. (1993). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction*, 88(3), 349-362.
- Schleider, J. L., Ye, F., Wang, F., Hipwell, A. E., Chung, T., & Sartor, C. E. (2019). Longitudinal Reciprocal Associations Between Anxiety, Depression, and Alcohol Use in Adolescent Girl. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(1), 98-107. doi:10.1111/acer.13913

- Seitz, H. K., Bataller, R., Cortez-Pinto, H., Gao, B., Gual, A., Lackner, C., . . . Tsukamoto, H. (2018). Alcoholic Liver Disease. *4*(1), 16. doi:10.1038/s41572-018-0014-7
- Shield, K., Probst, C., & Rehm, J. (2019). A “buck a beer,” but at what cost to public health? *Canadian Journal of Public Health, 110*(4), 512-515.
- Shmulewitz, D., & Hasin, D. (Jul de 2019). Risk factors for alcohol use among pregnant women, ages 15-44, in the United States, 2002 to 2017. *Preventive Medicine, 124*, 75-83. doi:10.1016/j.ypmed.2019.04.027
- Silveri, M., Dager, A., Cohen-Gilbert, J., & Sneider, J. (2016). Neurobiological signatures associated with alcohol and drug use in the human adolescent brain. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 70*, 244-259. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.06.042
- Silverman, M., Jedd, K., & Luciana, M. (2015). Neural networks involved in adolescent reward processing: An activation likelihood estimation meta-analysis of functional neuroimaging studies. *NeuroImage, 122*, 427-439. doi:10.1016/j.neuroimage.2015.07.083
- Simmons Morton, B. (2004). Prospective association of peer influence, school engagement, drinking expectancies and parent expectations with drinking initiation among sixth graders. *Addictive Behaviors, 29*(2), 299-309. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.005
- Simmons-Morton, B., & Chen, R. S. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors, 31*(7), 1211-23. doi:10.1016/j.addbeh.2005.09.006
- Simpson, R., Hermon, C., Liu, B., Green, J., Reeves, G., Beral, V., & Floud, S. (2019). Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk: analysis of the prospective UK Million Women Study. *The Lancet Public Health, 4*(1), 41-48.
- Sinclair, J., McCann, M., Sheldon, E., Gordon, I., Brierley-Jones, L., & Copson, E. (2019). The acceptability of addressing alcohol consumption as a modifiable risk factor for breast cancer: A mixed method study within breast screening services and symptomatic breast clinics. *BMJ Open, 9*(6). doi:10.1136/bmjopen-2018-027371
- Singkorn, O., Apidechkul, T., Putsa, B., Detpetukyon, S., Sunsern, R., Thutsanti, P., . . . Inta, C. (2019). Factor associated with alcohol use among Lahu and Akha hill tribe youths, northern Thailand. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 14*(5). doi:10.1186/s13011-019-0193-6
- Skarupke, C., Schlack, R., Lange, K., Goerke, M., Dueck, A., Thome, J., . . . Cohrs, S. (2017). Insomnia complaints and substance use in German adolescents: did we underestimate the role of coffee consumption? Results of the KiGGS study. *Journal of Neural Transmission, 124*, 69-78. doi:10.1007/s00702-015-1448-7
- Skogen, J., Boe, T., Knudsen, A., & Hysing, M. (2013). Psychometric properties and concurrent validity of the CRAFFT among Norwegian adolescents. *Ung@hordaland, a population-based study. Addictive Behaviors, 38*(10), 2500-2505.
- Smith, J. L., De Blasio, F. M., Iredale, J. M., Matthews, A. J., Bruno, R., Dwyer, M., . . . Mattick, R. P. (2017). Verbal Learning and Memory in Cannabis and Alcohol Users: An Event-Related Potential Investigation. *Frontiers in Psychology, 8*, 2129. doi:10.3389/fpsyg.2017.02129
- Smith, V., Wilson, C., & COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION. (2016). Families Affected by Parental Substance Use. *Pediatrics, 138*(2), e20161575. doi:10.1542/peds.2016-1575

- Stamates, A., Lau-Barraco, C., & Linden-Carmichael, A. (15 de Apr de 2016). Alcohol Expectancies Mediate the Relationship between Age of First Intoxication and Drinking Outcomes in College Binge Drinkers. *Substance Use and Misuse*, 5(51), 598-607.
- Steketee, M., Jonkman, H., Berten, H., & Vettenburg, N. (2013). *Alcohol use among adolescents in Europe: Environmental research and preventive actions*. The Netherlands: The Verwey-Jonker Institute. Obtenido de <http://hdl.handle.net/1854/LU-3257735>
- Suárez-Relinque, C., Del Moral, G., Martínez, B., & Musitu, G. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7). doi:10.1590/0102-311X00129716
- Subady, B. N., Assanangkornchai, S., & Chongsuvivatwong, V. (2013). Prevalence, patterns and predictors of alcohol consumption in a mountainous district of Bhutan. *Drug and Alcohol Review*, 32, 435–442. doi:10.1111/dar.12015
- Swahn, M. H., Simon, T., Hamming, B. J., & Guerrero, J. L. (2004). Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. *Addictive Behaviors*, 29, 959-963. doi:10.1016/j.addbeh.2004.02.043.
- Tao, Z. L., & Liu, Y. (Oct de 2018). Exploring the Association between Parental Factors and Age of Onset of Alcohol and Tobacco's Using. *Iran J Public Health*, 47(10), 1476-1483.
- Tarao, K., Nozaki, A., Ikeda, T., Sato, A., Komatsu, H., Komatsu, T., . . . Tanaka, K. (2019). Real impact of liver cirrhosis on the development of hepatocellular carcinoma in various liver diseases—meta-analytic assessment. *Cancer Medicine*, 8(3), 1054-1065.
- Téllez, J., & Cote, M. (2006). Alcohol etílico: un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Revista de la Facultad de Medicina*, 54(1), 32-47. doi:10.15446/revfacmed
- Telumbre-Terrero, J. Y., López-Cisneros, M. A., Noh-Moo, P. M., Villanueva-Echevarria, J. R., & Torres-Obregón, R. (2019). Autoestima y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria de Ciudad del Carmen, Campeche. *SANUS*, 6, 20-31.
- Testino, G., Leone, S., Balbinot, P., & Pellicano, R. (2018). Anorexia nervosa and alcohol use disorders: A change is necessary. *Minerva Endocrinologica*, 43(4), 392-397. doi:10.23736/S0391-1977.18.02844-4
- The Lancet Gastroenterology & Hepatology. (2019). Global alcohol targets unlikely to be met. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 7(4), 489. doi:10.1016/S2468-1253(19)30149-9
- Thombs, D. L., & Beck, K. H. (1994). The social context of four adolescent drinking patterns. *Health Educational Research*, 9(1), 13-22.
- Thornberry, T. (1996). Empirical support for interactional theory: A review of the literature. En J. Hawkins, *Delinquency and crime: Current theories* (págs. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Thrash, C., & Warner, T. (2019). Behavioral misperceptions, attitudinal discrepancies, and adolescent alcohol and marijuana use. *Journal of Substance Use*, 24(4), 394-399.
- Treiman, K., & Beck, K. H. (1996). Adolescent gender differences in alcohol problem behaviors and the social contexts of drinking. *Journal of School Health*, 66(8), 299-304.



- Truong, K. D., & Sturn, R. (2009). Alcohol environments and disparities in exposure associated with adolescent drinking in California. *American Journal of Public Health, 99*(2), 264-270.
- Urošević, S., Collins, P., Muetzel, R., Lim, K., & Luciana, M. (2012). Longitudinal changes in behavioral approach system sensitivity and brain structures involved in reward processing during adolescence. *Developmental Psychology, 48*, 1488-1500. doi:10.1037/a0027502
- Varela, J., Carrera, A., Rial, A., Braña, T., & Osorio, J. (2006). Identificación dos trastornos debidos ao consumo de alcohol. Unha adaptación do AUDIT a poboación galega. *Santiago de Compostela: Xunta de Galicia-Consellería de Sanidade*.
- Varela, J., Marsillas, S., Isorna, M., & Rial, A. (2013). El papel de las actitudes, las percepciones y el dinero disponible en el consumo de drogas en adolescentes. *Salud y Drogas, 13*, 67-78.
- Vázquez, M., Muñoz, M., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M., & Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Rev Pediatr Aten Primaria, 16*, 125-34.
- Vetreno, R., & Crews, F. (2015). Binge ethanol exposure during adolescence leads to a persistent loss of neurogenesis in the dorsal and ventral hippocampus that is associated with impaired adult cognitive functioning. *Frontiers in Neuroscience, 9*, 35. doi:10.3389/fnins.2015.00035
- Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, Gonzalo, G., & Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention, 19*(3), 253-264.
- Vinader-Caerols, C., Duque, A., Montañés, A., & Monleón, S. (2017). Blood Alcohol Concentration-Related Lower Performance in Immediate Visual Memory and Working Memory in Adolescent Binge Drinkers. *Frontiers in Psychology, 8*, 1720. doi:10.3389/fpsyg.2017.01720
- Wang, J., Cao, S.-S., & Hu, R.-Y. (2018). Smoking by family members and friends and electronic-cigarette use in adolescence: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Induced Diseases, 16*.
- Wartberg, L., Kriston, L., Diestelkamp, S., Arnaud, N., & Thomasius, R. (2016). Psychometric properties of the German version of the CRAFFT. *Addictive Behaviors, 59*, 42-47. doi:10.1016/j.addbeh.2016.03.020.
- Wechsler, H., Davenport, A. G., Dowdall, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences. *Journal of the American Medical Association, 272*, 1672-1677.
- Werch, C., & DiClemente, C. (1994). A multi-component state model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research, 9*, 37-46.
- Whitehill, J., Rivara, F., & Moreno, M. (1 de Jul de 2014). Marijuana-using drivers, alcohol-using drivers, and their passengers: prevalence and risk factors among underage college students. *JAMA pediatrics, 168*(7), 618-624.
- Winters, K. C., & Henly, G. (1993). *Adolescent Diagnostic Interview (ADI)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., Henly, G. A., & Schwartz, R. H. (1990). Validity of adolescent self-report of alcohol and other drug involvement. *International Journal of the Addictions, 25*(11), 1379-1395.

- Winward, J., Hanson, K., Bekman, N., Tapert, S., & Brown, S. (2014a). Heavy Alcohol Use, Marijuana Use, and Concomitant Use by Adolescents Are Associated with Unique and Shared Cognitive Decrements. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *20*, 784-795. doi:10.1017/S1355617714000666
- Winward, J., Hanson, K., Bekman, N., Tapert, S., & Brown, S. (2014b). Adolescent heavy episodic drinking: neurocognitive functioning during early abstinence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *20*(2), 218-229. doi:10.1017/S1355617713001410
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, *34*, 1042-1055. doi:10.1016/j.addbeh.2009.07.001
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.
- Xiao, J., Wang, F., Wong, N.-K., He, J., Zhang, R., Sun, R., . . . Li, C. (2019). Global liver disease burdens and research trends: Analysis from a Chinese perspective. *Journal of Hepatology*, *71*(1), 212-221.
- Yan, B., Li, W., Zhang, X., Han, Z., Bi, H., Wang, S., & Li, B. (2019). Prevalence of Alcohol Use Disorder in Patients with Mental Disorders. *Chinese General Practice*, *22*(2), 142-146. doi:10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.069
- Yang, P., Tao, R., Chengsen, H., Liu, S., Wang, Y., & Zhang, X. (2018). The Risk Factors of the Alcohol Use Disorders—Through Review of Its Comorbidities. *Frontiers in Neuroscience*, *30*(12). doi:10.3389/fnins.2018.00303
- Yurasek, A., Aston, E., & Metrik, J. (2017). Co-use of alcohol and cannabis: A review. *Current Addiction Reports*, *4*(2), 184-193.
- Zahr, N. M., & Pfefferbaum, A. (2017). Alcohol's effects on the brain: neuroimaging results in humans and animal models. *Alcohol Research Center*, *38*(2), 183–206.
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree MA, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (Jan de 2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Prev Med.*, *40*(1), 23-32.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. NY: Cambridge University Press. doi:10.1155/2012/174579
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of the three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 747-768. doi:10.1037/0022-3514.65.4.757



## 11. ANEXO





Este cuestionario forma parte de un estudio que estamos realizando desde la Universidad de Santiago de Compostela (España) y con él se pretende conocer las conductas y actitudes de los jóvenes de Santo Domingo sobre el consumo de alcohol y otros temas.

Este centro ha sido elegido al azar para participar en el estudio, por lo que nos gustaría contar con tu colaboración respondiendo con calma a una serie de preguntas. El cuestionario es totalmente anónimo, ya que no incluye ni tu nombre, ni ningún dato que permita identificarte, por lo que te animamos a que seas sincero/a en tus respuestas. Tu cuestionario se mezclará con los de 3.000 estudiantes más de toda la capital, de manera que ni el profesorado, ni tus padres, ni ninguna otra persona podrán conocer nunca cuáles han sido tus respuestas.

Tu colaboración en el estudio es totalmente voluntaria, por lo que si crees que no puedes contestar de forma sincera, simplemente dinos que prefieres no participar en él. No se trata de ningún test, ni de un examen, por tanto no hay respuestas correctas e incorrectas, ni mejores ni peores, simplemente queremos conocer vuestros hábitos y vuestras opiniones. Si en alguna pregunta no encuentras la respuesta que se ajuste exactamente a lo que tú piensas o haces, marca la opción que más se aproxime o levanta la mano para que podamos resolver tus dudas.

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN SINCERA**

**A LO LARGO DEL CUESTIONARIO SE TE PRESENTARÁN UNA SERIE DE PREGUNTAS ACERCA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, REFIRIÉNDONOS CON ELLO A CERVEZA, VINO, CUBALIBRES, LICORES, ETC.**

**PARTE A:** Por favor, contesta a todas las preguntas con la mayor sinceridad posible. Tus respuestas serán tratadas de forma totalmente confidencial

En los ÚLTIMOS 12 MESES...	NO	SÍ
A1. ¿Has consumido bebidas alcohólicas? (más de unos pocos tragos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Si has respondido NO, a continuación contesta sólo a la **pregunta A2** y después pasa a la parte B.
- Si has respondido SÍ, debes contestar a todas las preguntas de este apartado.

	NO	SÍ
A2. ¿Alguna vez has ido en un coche/moto conducido por alguien (incluido tú mismo) que hubiese bebido alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. ¿Alguna vez has consumido alcohol para relajarte, sentirte mejor contigo mismo o encajar en un grupo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4. ¿Alguna vez has consumido alcohol estando tú solo/a, sin compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5. ¿Alguna vez te has olvidado de cosas que hiciste mientras consumías alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6. ¿Alguna vez tu familia o amigos te han dicho que deberías reducir tu consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7. ¿Alguna vez te has metido en líos mientras consumías alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE B:** Pensando de nuevo en los ÚLTIMOS 12 MESES... (Marca con una X la casilla que corresponda en cada caso)

	Nunca	Una vez al mes o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
B1. ¿Con qué frecuencia has consumido alguna bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(Pasa a B3a si NUNCA has bebido alcohol)</i>					
B2. Por lo general, ¿cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas sueles hacer los días que bebes alcohol?	1 o 2 <input type="checkbox"/>	3 o 4 <input type="checkbox"/>	5 o 6 <input type="checkbox"/>	De 7 a 9 <input type="checkbox"/>	10 o mas <input type="checkbox"/>
B3a. ¿Con qué frecuencia tomas 3 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana <input type="checkbox"/>	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>
B3b. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana <input type="checkbox"/>	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>
B4. ¿Con qué frecuencia en el último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana <input type="checkbox"/>	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>
B5. ¿Con qué frecuencia en el último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana <input type="checkbox"/>	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>
B6. ¿Con qué frecuencia en el último año has necesitado beber alcohol en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana <input type="checkbox"/>	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>
B7. ¿Con qué frecuencia en el último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana <input type="checkbox"/>	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>
B8. ¿Con qué frecuencia en el último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	Nunca <input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/>	Al menos una vez a la semana <input type="checkbox"/>	Todos o casi todos los días <input type="checkbox"/>
B9. ¿Tú o alguna otra persona habéis resultado heridos porque tú habías bebido?	No <input type="checkbox"/>		Sí, pero no en el último año <input type="checkbox"/>		Sí, en el último año <input type="checkbox"/>
B10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te han sugerido que dejes de beber?	No <input type="checkbox"/>		Sí, pero no en el último año <input type="checkbox"/>		Sí, en el último año <input type="checkbox"/>

**PARTE C:** A continuación seguiremos con algunas preguntas más sobre alcohol. Es importante que sigas respondiendo de forma sincera, aunque algunas cuestiones puedan parecerse repetitivas.

	NO	SÍ
C1. ¿Has tomado alguna vez alguna bebida alcohólica, como cerveza, vino, cóctel, cubalibre o licores? <i>Debes marcar NO si nunca has probado ninguna bebida alcohólica, o si fue sólo un pequeño trago en una reunión familiar, en una boda, fiesta, etc. Si la respuesta es NO pasa directamente a la parte D.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2. ¿Has bebido alcohol 5 veces o más a lo largo de tu vida? <i>Si la respuesta es NO, continúa directamente con la parte D.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Las siguientes preguntas se refieren a tu consumo de alcohol en los últimos 12 meses, lo que incluye cerveza, vino, cóctel, cubalibre o licores u otras bebidas con alcohol.</b>		
	NO	SÍ
C3. ¿Alguna vez has intentado reducir tu consumo o dejar de consumir alcohol pero sin éxito? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces lo has intentado en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C4. ¿Alguna vez has intentado reducir o controlar tu consumo de alcohol reemplazándolo por otra droga? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces lo has intentado en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C5. ¿A menudo deseas ser capaz de controlar tu consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C6. ¿Ha habido algún momento en el que hayas sentido un ansia o deseo de beber tan fuerte que no pudiste evitar beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C7. ¿Ha habido algún momento en el que hayas tenido deseos de beber tan fuertes que no podías pensar en otra cosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C8. ¿Alguna vez has consumido alcohol en el colegio o en el trabajo? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C9. ¿Alguna vez has ido al colegio o al trabajo bajo los efectos del alcohol? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C10. ¿Alguna vez has conducido un coche o una moto bajo los efectos del alcohol? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C11. ¿Alguna vez has hecho alguna otra actividad de riesgo bajo los efectos del alcohol que podría haber supuesto un peligro o daño físico para ti mismo/a u otra persona? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
	NO	SÍ
<b>Si eres una chica, contesta a la pregunta C12 y también a las restantes preguntas de esta Parte C.</b>		
<b>Si eres un chico, continúa directamente con la pregunta C13 y las siguientes preguntas de esta Parte C.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C12. ¿Alguna vez has estado embarazada y seguiste bebiendo alcohol a pesar de que sabías que iba en contra de las recomendaciones médicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C13. ¿Dedicas mucho tiempo a conseguir o comprar alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C14. ¿Inviertes mucho tiempo consumiendo alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C15. ¿Tardas mucho tiempo en recuperarte después de haber estado bebiendo mucho alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C16. ¿Has dejado de participar en alguna actividad o de formar parte de algún equipo deportivo porque se interponía en tu consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C17. ¿Alguna vez has prescindido de cosas importantes que querías o necesitabas para conseguir o comprar alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C18. ¿Has dedicado menos tiempo a un hobby que te importaba porque te quitaba tiempo para beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C19. ¿Has dejado de hacer alguna cosa que te importaba porque interfería con tu consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C20. ¿Ha habido ocasiones en las que has consumido más alcohol del que habías planeado inicialmente? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C21. ¿Alguna vez has bebido alcohol a pesar de que habías pensado no hacerlo? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C22. ¿Alguna vez has consumido alcohol durante más horas de las que inicialmente pretendías? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C23. ¿Has seguido bebiendo a pesar de que te han advertido de que tienes una discapacidad física grave o un problema de salud que podría empeorar si tomas alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C24. ¿Alguna vez algún médico te ha dicho que tu consumo de alcohol te ha causado una discapacidad física o un problema de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NO	SÍ
C25. ¿Has seguido bebiendo a pesar de que te han advertido de que tienes un trastorno psicológico o mental grave que podría empeorar tomando alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C26. ¿Alguna vez te ha dicho algún médico que tu consumo de alcohol te ha causado un trastorno psicológico o mental grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C27. ¿Crees que tu consumo de alcohol ha provocado que tus notas bajen y aun así sigues bebiendo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C28. ¿Tu consumo de alcohol ha molestado a alguno de tus amigos hasta el punto de que ya no te habla o no se lleva bien contigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C29. ¿Notas que ahora necesitas más alcohol del que necesitabas antes para emborracharte? <i>Si la respuesta es NO pasa a la pregunta C32.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C30. Cuando empezaste a beber alcohol, ¿cuántas consumiciones necesitabas para emborracharte?	<input type="text"/>	
C31. ¿Cuántas consumiciones necesitas actualmente para emborracharte?	<input type="text"/>	
C32. ¿Alguna vez has tenido temblores de manos tras dejar de beber, reducir el consumo de alcohol o la mañana después de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C33. ¿Alguna vez has sufrido un ataque o convulsiones después de reducir tu consumo de alcohol o después de dejar de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C34. ¿Alguna vez has tenido algún tipo de alucinación tras dejar de beber o reducir tu consumo de alcohol, llegando a ver u oír cosas que realmente no estaban pasando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C35. ¿Alguna vez has experimentado alguno de estos síntomas al dejar de beber? (marca los que correspondan)		
a. Confusión o desconcierto grave, como no saber dónde estás o qué hora es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Respiración acelerada o taquicardia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sudores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Tensión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Alucinaciones (ver u oír cosas que no están realmente allí)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C36. ¿Alguna vez has bebido alcohol para aliviar o reducir las consecuencias de una resaca? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C37. ¿Alguna vez has consumido alcohol porque querías evitar tener resaca? <i>Si la respuesta es SÍ, ¿cuántas veces en los últimos 12 meses?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	___ veces	
C38. ¿Tu consumo de alcohol ha hecho que faltes al colegio o al trabajo más de una vez o que te expulsasen temporal o definitivamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C39. ¿Te has metido en problemas legales más de una vez debido al consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C40. ¿Has comenzado a tener problemas con tus amigos/as o familiares o han empeorado debido a tu consumo de alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### PARTE D

Durante los últimos 12 meses...	1	2	3	4-5	6-9	10-19	20 días o más	Ningún día (0 días)
D1. ¿Cuántos días has viajado como pasajero en un vehículo de motor (coche, moto, etc.) conducido por alguien bajo los efectos del alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2. ¿Cuántos días has conducido un vehículo de motor (coche, moto, etc.) bajo los efectos del alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ¿Cuántos años tenías la primera vez que...?

(Indica la edad aproximada o marca la casilla correspondiente si no lo has hecho nunca)

	No lo he hecho nunca
D3. Bebiste alcohol (cerveza, vino, cubalibre o cualquier bebida alcohólica, pero más de un trago en una ocasión excepcional) ___ años	<input type="checkbox"/>
D4. Te emborrachaste ___ años	<input type="checkbox"/>
D5. Fumaste el primer cigarrillo ___ años	<input type="checkbox"/>
D6. Probaste la marihuana o el hachís ___ años	<input type="checkbox"/>
D7. Probaste los tranquilizantes o sedantes sin que te los hubiese recetado un/a médico ___ años	<input type="checkbox"/>
D8. Probaste la cocaína ___ años	<input type="checkbox"/>
D9. Probaste el éxtasis, las anfetaminas o los alucinógenos ___ años	<input type="checkbox"/>

Ahora nos referiremos a tu consumo de alcohol durante los **ÚLTIMOS 12 MESES** y a tu consumo durante los **ÚLTIMOS 30 DÍAS**

	EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES							EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS						
	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o mas	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o mas
D10. ¿Aproximadamente cuántas veces has bebido alcohol (cerveza, vino, cubalibre o cualquier bebida alcohólica)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D11. ¿Cuántas veces has tomado 3 consumiciones alcohólicas o más en un mismo día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D12. ¿Y 6 consumiciones alcohólicas o más en un mismo día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D13. ¿Cuántas veces te has emborrachado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D14. ¿Cuántas veces has fumado tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D15. ¿Cuántas veces has consumido marihuana o hachís?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D16. ¿Cuántas veces has tomado tranquilizantes o sedantes sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D17. ¿Cuántas veces has consumido cocaína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D18. ¿Cuántas veces has consumido éxtasis, anfetaminas o alucinógenos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE E: En los últimos 12 meses,**

¿con qué frecuencia te has visto en alguna de estas situaciones como consecuencia de beber alcohol?

	0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 o más
E1. Peleas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2. Accidentes o lesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E3. Problemas serios con tus padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E4. Peor rendimiento en el colegio o en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E5. Ser víctima de atracos o robos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E6. Problemas con la policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E7. Tener que acudir a urgencias o ser hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E8. Tener relaciones sexuales sin protección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E9. Tener relaciones sexuales de las que luego te arrepentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En qué medida crees que es probable que te puedan ocurrir las siguientes cosas si bebes alcohol?

	Muy probable	Probable	No estoy seguro/a	Improbable	Muy improbable
E10. Que me sienta relajado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E11. Que tenga problemas con la policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E12. Que perjudique mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E13. Que me sienta feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E14. Que olvide mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E15. Que no sea capaz de parar de beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E16. Que tenga resaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E17. Que me sienta más sociable y extrovertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E18. Que haga algo de lo que pueda arrepentirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E19. Que me divierta mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E20. Que me encuentre mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En qué medida crees que supone un riesgo...?

	Ningún riesgo	Poco riesgo	Riesgo moderado	Riesgo alto
E21. Tomar 1 o 2 consumiciones de bebidas alcohólicas casi todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E22. Tomar 5 o 6 consumiciones de bebidas alcohólicas casi todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E23. Tomar 6 o más consumiciones de bebidas alcohólicas cada fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE F: Centrándonos ahora en tu entorno...**

	Ninguno/a	Pocos/as	Algunos/as	La mayoría	Todos/as
F1. ¿Cuántos de tus amigos/as beben alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2. ¿Cuántos de tus amigos/as se emborrachan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3. ¿Cuántos de tus amigos/as fuman tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. ¿Cuántos de tus amigos/as consumen otras drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca/ casi nunca	Alguna vez al mes	Alguna vez a la semana	Todos/ casi todos los días	No tengo
F5. ¿Tu madre o tutora legal bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6. ¿Tu padre o tutor legal bebe alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F7. ¿Tus hermanos/as beben alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No	Sí, por drogas	Sí, por alcohol
F8. ¿Alguna vez alguien de tu familia ha tenido problemas por el consumo abusivo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F9. ¿Alguna vez alguien de tu familia ha recibido tratamiento por consumo abusivo de alcohol o drogas o ha asistido a reuniones de alcohólicos anónimos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F10. ¿Alguna vez has tenido problemas por el consumo abusivo de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F11. ¿Alguna vez has recibido tratamiento por problemas con el alcohol o las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F12. ¿En algún momento a lo largo de tu vida has recibido atención psicológica o especializada por alguno de los siguientes motivos? (Marca tantas casillas como correspondan o Ninguno si es el caso)						
Ansiedad	Depresión	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	Trastornos de conducta	Dislexia	Otros trastornos del aprendizaje	Ninguno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE G: Pensando en los últimos 12 meses...**

	Nunca	Al menos una vez al año	Al menos una vez al mes	Un día a la semana	Varios días a la semana
G1. ¿Con qué frecuencia sueles salir de fiesta con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2. Cuando sales de fiesta con tus amigos/as ¿a qué hora sueles llegar a casa?					
Antes de las 12 de la noche	Entre las 12 y las 2 de la madrugada	Entre las 2 y las 4 de la madrugada	Entre las 4 y las 6 de la madrugada	Más tarde de las 6 de la madrugada	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0 RD\$	100 RD\$	Entre 101 y 500 RD\$	Entre 501 y 1000 RD\$	Entre 1001 y 2000	Más de 2000
G3. ¿Generalmente de cuánto dinero sueles disponer cada vez que sales de fiesta con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G4. ¿Y cuánto sueles gastar en bebidas alcohólicas cada vez que sales de fiesta con tus amigos/as?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PARTE H**

	Nunca	Un día a la semana	Varios días a la semana	Al menos una vez al mes	Varias veces al mes
H1. ¿Con qué frecuencia acudes a estos lugares?					
Colmadones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drinks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discotecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



PARTE I: Para terminar debes cubrir los siguientes datos sociodemográficos.

Género  Hombre  Mujer

Edad

Nacionalidad \_\_\_\_\_

País de Nacimiento \_\_\_\_\_

CURSO

8º	1º	2º	3º	4º
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centro escolar/instituto al que acudes: \_\_\_\_\_

¿En qué sector vives actualmente? \_\_\_\_\_

Aproximadamente ¿cuál fue tu promedio el curso pasado? (Marca el número que mejor se corresponda con tu caso)

10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

	No	Sí
¿Has repetido curso alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sin estudios	Estudios primarios	Estudios medios (Bachillerato/INFOTEP)	Estudios universitarios
¿Cuáles son los estudios de tu padre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuáles son los estudios de tu madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Con quién vives? (Marca todas las personas con las que vives)

Tu madre	Tu padre	La pareja de tu madre	La pareja de tu padre	Tu(s) hermano/a(s)	Tu(s) abuelo/a(s)	Otros	Vives solo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántos sois en casa (contándote a ti mismo/a)?	<input type="text"/>
--	----------------------

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**

