



# Factores personales y familiares para el abuso del alcohol en adolescentes colombianos de 13 a 17 años

JHON JAIRO QUIÑÓNEZ M.<sup>1</sup>, DANNY LUZ PEÑA C.<sup>2</sup>, CAROLINA SALAS Z.<sup>3</sup>,  
YOLANDA TORRES DE G.<sup>4</sup>

**Cómo citar:** Quiñónez JJ, Peña DL, Salas C, Torres Y. Factores personales y familiares para el abuso de alcohol en adolescentes colombianos de 13 a 17 años. *Univ Med.* 2016;57(3):307-22. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-3.fpfa>

## Resumen

**Objetivo:** Determinar factores personales y familiares asociados al trastorno por abuso de alcohol en adolescentes colombianos de 13 a 17 años de edad. **Métodos:** Estudio transversal de asociación a partir de la base de datos del estudio *Situación de salud mental del adolescente, Colombia 2003*, donde se analizó una muestra probabilística de 1520 adolescentes, empleando el instrumento CIDI para el diagnóstico del trastorno por abuso de alcohol. Se estimó la asociación con factores personales y familiares mediante prueba  $\chi^2$  de independencia y se analizaron los factores asociados utilizando la razón de disparidad para observar la magnitud y significancia estadística. Finalmente, con el fin de identificar las variables que mejor explicaran la probabilidad de abusar del alcohol, se realizó una regresión logística binaria, la cual además permitió controlar las posibles variables de confusión. **Resultados:** Cinco de cada cien adolescentes de 13 a 17 años cumplieron con los criterios para el diagnóstico de trastorno por abuso de alcohol alguna vez en la vida. Tener entre 15 y 17 años, fumar, ser hombre y haber tenido una ruptura amorosa reciente fueron los factores personales que se encontraron asociados al abuso de alcohol en

1 Magíster en Epidemiología.

2 Enfermera. Magíster en Epidemiología. Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud.

3 Gerente de Sistemas de Información en Salud. Magíster en Epidemiología.

4 Epidemióloga. Magíster en Salud Pública.

los adolescentes colombianos. Discusión: Los hallazgos son coherentes con otros estudios realizados en poblaciones similares. **Conclusiones:** De los factores familiares incluidos en el estudio no se encontró asociación con ninguno. En cuanto a los personales, los de mayor asociación fueron la edad y el consumo de cigarrillo.

**Palabras clave:** adolescente, abuso, alcohol, trastorno mental, Colombia, factores de riesgo.

**Title: Individual and Family Factors for Alcohol Abuse in Colombian Adolescents Ages 13 to 17**

**Abstract**

**Objective:** To determine family and personal factors associated disorder alcohol abuse in Colombian adolescents 13 to 17 years. **Methods:** A cross-sectional association study was performed from the database of the study *Status of adolescent mental health, Colombia 2003*, where a probability sample of 1520 adolescents, using the CIDI instrument for the diagnosis of alcohol abuse disorder. We estimated the association with family and personal factors via the chi-square test of independence, analysis of associated factors was performed using the odds ratio to observe the magnitude and statistical significance. Finally, in order to identify the variables that best explain the probability of abusing alcohol, a binary logistic regression was performed, which also allowed control for possible confounding variables. **Results:** Five hundred teenagers 13 to 17 years met criteria for a diagnosis of alcohol abuse disorder sometime in their life. Be between 15 and 17 years, smoking, being male and having had a recent breakup, personal factors were found to be associated with alcohol abuse in Colombian adolescents. **Discussion:** The findings are consistent with other studies in similar populations. **Conclusions:** Family factors included in this study no association was found with either. As for the family, the larger association were age and cigarette smoking.

**Key words:** adolescents, abuse, alcohol, mental disorder, Colombia, risk factors.

**Introducción**

El consumo de alcohol y otras drogas representa una gran preocupación para la sociedad actual. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) mencionó que los jóvenes comienzan a beber licor cada vez a edades más tempranas, y en aproximadamente la tercera parte de este grupo poblacional (32%) el consumo de sustancias psicoactivas comienza a los 13 años de edad. En el caso de Colombia, la edad de inicio en el consumo de estas sustancias se ha ubicado en el rango de 12 y 13 años para ambos sexos [1,2].

Lo anterior obedece a la presencia de una cultura de permisibilidad frente al consumo de sustancias psicoactivas a temprana edad, algunas de las cuales han sido históricamente aceptadas (licor y cigarrillo) como mediaciones para la socialización en el contexto de festividades y celebraciones propias del folclor. Este panorama configura un escenario de sobreoferta en el que el adolescente debe interactuar con diferentes ambientes sociales en los que se estimula la ingestión de licor y cigarrillo como parte integrante e importante de los procesos de socialización [3].

Según el estudio realizado en Colombia por la Oficina de las Naciones

Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), en el 2008 el consumo de sustancias psicoactivas formó parte de los hábitos y costumbres de la sociedad colombiana en la que se evidenció un alto consumo de las llamadas *drogas sociales*.

En este estudio, “el 86% de los encuestados declararon haber consumido alguna vez en la vida alcohol, y el 35% expresaron haber consumido en los últimos 30 días” (lo que equivale a 6,9 millones de personas). Así mismo se observaron claras diferencias por sexo; mientras 46% de los hombres manifestaron haber consumido alcohol en el último mes, es decir, uno de cada dos; entre las mujeres la cifra fue del 25%, o sea una de cada cuatro. En cuanto a los grupos de edad, se observó que el consumo de alcohol en el último mes previo a la encuesta demostró diferencias importantes: en el grupo de 12 a 17 años (20%) uno de cada cinco jóvenes declaró haber consumido licor, la cifra se duplicó en los dos grupos de siguiente edad, llegando a 46% entre los jóvenes de 18 a 24 años y 43% en el grupo de 25 a 34 años [4].

En síntesis, tanto el consumo como el abuso de alcohol a temprana edad entre los jóvenes colombianos es un problema relevante para la sociedad y el sistema de salud del país; por ello, se ve afectada la salud pública, y teniendo en cuenta lo definido por la Organización

Mundial de la Salud (OMS) respecto a que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas causa 2,5 millones de muertes cada año y unos 320.000 jóvenes entre 15 y 29 años de edad que mueren por causas relacionadas con el consumo de alcohol (lo que representa un 9% de las defunciones en ese grupo etario), este factor ocupa el tercer lugar entre los de riesgo de la carga mundial de morbilidad, así mismo, es el primer factor de riesgo en el Pacífico occidental y las Américas y está relacionado con muchos problemas graves de índole social y del desarrollo [5].

La presente investigación se propuso identificar la asociación entre el abuso de alcohol en adolescentes y factores personales y familiares, incluidos en el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, como un aporte a la identificación de esta problemática en pro de medidas en enfoque preventivo.

Los factores analizados se refieren a situaciones inherentes al individuo o a su entorno capaces de predisponer el desarrollo del evento de abuso de alcohol. Para los factores personales se consideraron edad, sexo, escolaridad, espiritualidad, eventos vitales, como aquellas situaciones estresantes, entre otros, y en familiares como cohesión, relación entre padres, hermanos, etc.

El alcohol puede resultar nocivo para la mayoría de los órganos y siste-

mas del cuerpo, es psicoactivo y puede inducir alteraciones en la mayoría, si no en la totalidad de las estructuras cerebrales, al causar efectos neurológicos y psiquiátricos adversos [6,7]. Su consumo contribuye a más de 60 enfermedades y trastornos, comprendidos como afecciones crónicas de carácter digestivo, hepático y endocrino [5,6]; problemas cardíacos y del aparato circulatorio [8,9]; del sistema inmunitario y reproductor [10,11]; del sistema nervioso [12]; del embarazo, y del feto [13,14]. La prevalencia de trastornos causados por el consumo de alcohol es muy variable según la región del mundo de la que se hable: en el 2000 llegaba a alrededor de un 10% en hombres adultos de América del Norte y algunas zonas de Europa oriental [15].

En línea directa con lo expuesto, según un consenso por parte del Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol, los efectos del alcohol sobre el organismo son numerosos y diversos. El alcohol, específicamente el etanol, es una potente droga psicoactiva que se manifiesta con diferentes efectos secundarios; de ahí que la cantidad y las circunstancias del consumo desempeñen un rol importante al determinar la duración de la intoxicación. Además, los efectos del consumo de alcohol presentan una considerable variabilidad individual [16].

Por otro lado, las personas alcohólicas se aíslan de su entorno social, suelen padecer crisis en los ámbitos familiar (discusiones, divorcios o abandonos) y laboral (pérdida del empleo), lo que los conduce a depresión y, en algunos casos, a suicidio [6]. Por tal razón, su consumo excesivo es considerado un factor de riesgo grave en la aparición de comportamientos y casos de este tipo tanto en jóvenes como en adultos [17,18]. En consecuencia, es importante mencionar la relación directa entre consumo excesivo de alcohol y riesgo o intento de suicidio [17].

En este sentido, la clasificación de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)* de la Asociación Americana de Psiquiatría define el abuso de alcohol como un patrón desadaptativo que lleva a un deterioro significativo en las obligaciones personales, o se consume en situaciones de riesgo o peligro físico, o se asocia a problemas legales, o el sujeto sigue consumiendo a pesar de las consecuencias sociales que le ocasiona. Este comportamiento y sus efectos pueden repetirse durante un periodo de doce meses.

Aunque es más factible el diagnóstico de abuso de alcohol en aquellos individuos que han iniciado el consumo de la sustancia recientemente, algunos de ellos continuarán experimentando

consecuencias sociales adversas con la sustancia sin que necesariamente se les catalogue como *dependientes de la sustancia* [1].

## Metodología

El enfoque de la investigación fue de tipo cuantitativo. Este consistió en el análisis secundario de los datos resultantes de la aplicación de una herramienta llamada *Composite Internacional Diagnostic Interview* (CIDI) en adolescentes colombianos en quienes se aplicaron escalas (algoritmos diagnósticos del DSM-IV) para medir abuso de alcohol y sus posibles asociaciones con los factores de riesgo cuantificados. Este tipo de estudio analizó el peso de los factores de riesgo y factores de protección en cada uno de los eventos de análisis.

Se realizó un estudio de prevalencia analítica (o transversal de asociación) a partir de la base de datos del Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2003 a una muestra representativa de adultos y adolescentes del país; pero tomando de ahí solo la información concerniente a los adolescentes que tenían entre 13 y 17 años. Este es el estudio de salud mental más reciente que tiene el país.

El universo del estudio estuvo constituido por la población de adolescentes

encuestados en el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia en el 2003, que correspondía a 2.959.022 con factor básico de expansión, población civil, no institucional, de 13 a 17 años de las zonas urbanas de 1070 municipios de los 25 principales departamentos.

El Estudio Nacional de Salud Mental del Adolescente se basó en un diseño probabilístico, multietápico, cuya población objetivo fue la población general no institucionalizada, que tiene hogar fijo, para el caso de los adolescentes. Sus edades estuvieron comprendidas entre los 13 y los 17 años, provenientes de 5526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 420 manzanas de 60 municipios del territorio nacional, distribuidos en 25 de los departamentos del país. La selección se llevó a cabo al azar, de acuerdo con una submuestra de la muestra maestra para investigaciones en salud del Ministerio de la Protección Social. El tamaño de población a la que finalmente se aplicó la entrevista fue de 1520 adolescentes. El estudio se llevó a cabo en población urbana.

La composición de la muestra fue proporcional a la composición del universo desde el punto de vista geográfico y socioeconómico; por tal razón, el diseño se realizó con probabilidad de selección igual hasta el nivel de hogar. No obstante, por basarse el marco de

muestreo en los datos y materiales del censo de población de 1993, los cambios presentados en las zonas urbanas del país desde esa fecha originaron una variación en el número de hogares de las manzanas, que, en algunos casos, produjeron cambios en la probabilidad de selección de los hogares correspondientes.

### ***Instrumento de recolección de información***

En el estudio primario se utilizó la encuesta CIDI, desarrollada por la OMS en unión con Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, la cual se seleccionó para ser usada a gran escala en estudios transculturales de epidemiología psiquiátrica a lo largo del mundo; por lo tanto, es el instrumento oficial que se aplica en el Estudio Mundial de Salud Mental de la OMS. Al igual que la Entrevista Diagnóstica Programada (DIS, por su sigla en inglés), es aplicado por entrevistadores no clínicos (legos), lo cual la hace más costo-efectiva como herramienta para los estudios a gran escala. El CIDI-OMS es una entrevista totalmente estructurada, diseñada para evaluar los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el DSM-IV. Su uso está destinado a estudios epidemiológicos transculturales, así como para fines clínicos y de investigación.

### ***Criterios de inclusión y de exclusión***

En el estudio primario se incluyeron todos los adolescentes que tenían entre 13 y los 17 años de edad, que residían en Colombia y que no estaban institucionalizados. En cuanto a los criterios de exclusión, este no los menciona la publicación. En el presente estudio se tuvo en cuenta el total de registros de la base de datos de adolescentes de 13 a 17 años del estudio primario. No hubo criterios de exclusión.

### ***Consideraciones éticas***

De acuerdo con el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se desarrolló una investigación sin riesgo, definida como un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en el que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El estudio se desarrolló a partir de una fuente secundaria realizada a partir del estudio de Salud Mental de Colom-

bia realizado en el 2003, por lo que no hubo ningún tipo de intervención que colocara en riesgo la salud de la población ni hubo contacto directo con las personas. Exclusivamente se desarrolló un análisis de los datos con el fin de indagar aspectos relacionados con el abuso del alcohol. Se tuvo aprobación del Comité de Ética de la Universidad CES y del Grupo de Investigación en Salud Mental para la utilización de la base de datos del estudio primario.

## Resultados

La edad promedio de los participantes fue de 15 años (DE = 1,41), oscilando entre 13 y 17 años. El 25% de los encuestados tenía 14 años o menos. Del total de la muestra de 1520 adolescentes, el 51,6% correspondió a mujeres y el 48,4% a hombres.

Respecto a algunas características familiares encontradas, la mayor pro-

porción se encontró para la negligencia, la cual se presentó en el 44,3% de las familias de los adolescentes, seguido este por el maltrato psicológico y físico entre los padres, con un 36,5% y 19,9%, respectivamente.

En cuanto a la prevalencia de abuso de alcohol, se encontró que el 4,8% de los adolescentes presentó este trastorno, el cual fue mayor en los hombres (6,5%) que en mujeres (3,4%). Además, la prevalencia por edad varió significativamente en los adolescentes de 13 y 14 años, con un 1%, respecto a los de 15 a 17 años, con un 7,6%. El abuso de alcohol fue más prevalente en jóvenes no escolarizados, en personas que consideraban la espiritualidad como un aspecto relevante de la vida y en aquellos que habían fumado alguna vez en la vida (tabla 1).

Al indagar por el comportamiento del abuso de alcohol según factores

**Tabla 1. Prevalencia de abuso de alcohol según variables personales, en adolescentes colombianos**

Variables n		Abuso de alcohol				
		Casos		Prevalencia (%)	IC 95 %	
Sexo	Hombre	735	48	6,5	4,68	8,39
	Mujer	785	27	3,4	2,10	4,78
Edad agrupada	13-14 años	611	6	1,0	0,12	1,85
	15-17 años	909	69	7,6	5,81	9,37
Escolarizado	Sí	1205	48	4,0	2,84	5,13
	No	315	27	8,6	5,32	11,82
Espiritualidad	Sí	1375	66	4,8	3,63	5,97
	No	145	9	6,2	1,94	10,48
Ha fumado alguna vez en la vida	Sí	305	28	9,2	5,78	12,59
	No	1107	20	1,8	0,98	2,64

familiares respecto a la prevalencia de abuso de alcohol, se encontró que hubo mayor prevalencia del trastorno en los jóvenes que reportaron tener padres ansiosos, depresivos, consumidores de sustancias psicoactivas, con maltrato entre ellos, negligentes frente al cuidado de sus hijos y en las familias con problemas de cohesión (tabla 2).

Posteriormente, se estimó mediante un análisis bivariado cuáles factores personales y familiares estaban asociados al abuso de alcohol, y se encontraron las siguientes variables asociadas:

sexo, edad, escolaridad, consumo de cigarrillo, ruptura reciente de relación romántica, tener una desilusión cuando esperaba que ocurriera algo bueno, enfermedad grave de un amigo o un familiar, muerte reciente de amigo o familiar, padre depresivo, padre consumidor de drogas, maltrato entre los padres y negligencia. Estas variables presentaron un valor  $p < 0,05$  en la prueba  $\chi^2$  de Pearson. Los factores que presentaron mayor fuerza de asociación fueron la edad, el consumo de drogas en el padre y el consumo de cigarrillo por parte del adolescente (tabla 3).

**Tabla 2. Prevalencia de abuso según variables familiares, en adolescentes colombianos**

Variables		Abuso de alcohol				
		n	Casos	Prevalencia (%)	IC 95 %	
Padre con consumo de sustancias	Sí	32	8	25,0	8,44	41,57
	No	1488	67	4,5	3,42	5,59
Padre ansioso	Sí	5	1	20,0	0,51	71,64
	No	1515	74	4,9	3,77	6,00
Padre depresivo	Sí	11	2	18,2	2,28	51,78
	No	1509	73	4,8	3,72	5,95
Madre depresiva	Sí	47	5	10,6	3,54	23,10
	No	1473	70	4,8	3,63	5,87
Maltrato físico entre los padres	Sí	303	27	8,9	5,53	12,28
	No	1217	48	3,9	2,80	5,07
Maltrato psicológico entre los padres	Sí	555	40	7,2	4,96	9,44
	No	965	35	3,6	2,39	4,85
Madre ansiosa	Sí	14	1	7,1	0,18	33,86
	No	1506	74	4,9	3,78	6,03
Negligencia	Sí	674	45	6,7	4,71	8,63
	No	846	30	3,5	2,24	4,85
Madre con consumo de sustancias	Sí	3	0	0	0,00	70,76
	No	1517	75	4,9	3,82	6,06
Cohesión familiar	Sí	45	0	0	0,00	7,87
	No	1475	75	5,1	3,93	6,24

Finalmente, con el fin de identificar las variables que mejor explicaran la probabilidad de abuso de alcohol en los adolescentes, se realizó una regresión logística binomial por el método Enter, tomando como variable dependiente el abuso de alcohol y tomando como variables independientes las que fueron significativas en el análisis bivariado, las que tenían ahí un valor  $p < 0,025$  según el criterio de Hosmer-Lemeshow y las que la literatura refiere con importantes respecto a la probabilidad de ocurrencia del abuso de alco-

hol. Estas variables fueron: consumo de cigarrillo, sexo, edad, ruptura de relación romántica, muerte de un amigo o familiar cercano, maltrato entre los padres, padres consumidores de sustancias psicoactivas, padres negligentes, escolaridad, tener una desilusión frente a algo que se esperaba, espiritualidad, divorcio de los padres, haber sufrido un ataque sexual, ansiedad y depresión de los padres.

En el modelo se obtuvieron las siguientes variables: edad y sexo del ado-

**Tabla 3. Factores personales y familiares asociados al abuso de alcohol adolescentes colombianos**

Factor	RD	IC 95 %	Valor p
Sexo (masculino)	1,90	1,21-3,17	0,000
Edad (15-17 años)	8,10	3,59-19,20	0,000
Escolarizado	0,40	0,27-0,72	0,000
Espiritualidad	0,70	0,37-1,56	0,280
Consumo de cigarrillo	5,40	3,04-9,89	0,000
Ruptura de relación romántica	3,27	2,04-5,25	0,000
Enfermedad grave o lesión de un amigo o miembro cercano de la familia	2,56	1,33-4,90	0,003
Tener una gran desilusión cuando esperaba que le sucediera una cosa muy buena y no sucedió	2,51	1,55-4,06	0,000
Padre con consumo de drogas	7,00	3,0-16,30	0,000
Padre depresivo	4,30	0,9-20,50	0,042
Padre con consumo de alcohol	2,70	1,5-4,70	0,000
Maltrato físico entre los padres	2,30	1,4-3,80	0,000
Maltrato psicológico entre los padres	2,00	1,2-3,20	0,002
Negligencia	1,94	1,2-3,10	0,005

lescente, consumo de cigarrillo, haber tenido una ruptura de relación romántica reciente. En la tabla 4 se pueden observar las diferencias entre la razón de disparidad bruta y ajustada para cada uno de los factores que permanecieron en el modelo. La medida de la fuerza de asociación se estaba sobrestimando para las variables edad, consumo de cigarrillo y ruptura reciente de relación romántica y se estaba subestimando para la variable sexo.

Se encontró que la posibilidad de tener abuso de alcohol en los jóvenes de 15 a 17 años fue 7 veces más que en los de 13 a 14 años. Respecto al consumo de cigarrillo, los que tenían este hábito

presentaron 3 veces mayor posibilidad del trastorno que los que no lo tenían. Para la ruptura de relaciones amorosas recientes se encontró que quienes habían presentado este evento tuvieron 2 veces más probabilidad del trastorno respecto a los que no. Finalmente, se encontró que los hombres tienen el doble de probabilidad de abusar del alcohol respecto a las mujeres (tabla 4).

### Discusión

En el contexto nacional, el abuso del alcohol por parte de adolescentes ha sido poco estudiado bajo la metodología CIDI-OMS; además, el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en el 2003 es el último y vigente aporte poblacional para

**Tabla 4. Factores asociados al abuso de alcohol en adolescentes colombianos, contraste RD crudos vs. RD ajustados por el modelo de regresión logística. Colombia, 2003**

Variable	Medidas sin ajustar			Medidas ajustadas		
	OR	IC 95 %		OR	IC 95 %	
<b>Edad</b>						
15-17 años	8,2	3,59	19,20	7,48	2,24	24,93
13-14 años	1			1		
<b>Consumo de cigarrillo</b>						
Sí	5,49	3,04	9,89	3,79	2,01	7,15
No	1			1		
<b>Ruptura de una relación romántica</b>						
Sí	3,27	2,04	5,25	2,71	1,42	5,17
No	1			1		
<b>Sexo</b>						
Masculino	1,96	1,21	3,17	2,05	1,06	3,96
Femenino	1			1		

realizar análisis de factores para el abuso de alcohol en población adolescente en Colombia, dado que los trastornos mentales (categoría que incluye el trastorno por abuso de alcohol) pertenecen al grupo de enfermedades crónicas, las cuales presentan variaciones a muy largo plazo. Esto indica que el hecho de que la información corresponda al 2003 no quita validez a los hallazgos, dada la historia natural de la enfermedad.

Se encontró que 5 de cada 100 adolescentes de 13 a 17 años cumplieron criterios para diagnóstico de trastorno por abuso de alcohol alguna vez en la vida, cifra concordante con el último estudio nacional de consumo de sustancias realizado en Colombia en el 2013, cuando fue de 5,21%, y el Primer Estudio de Salud Mental del Adolescente en Medellín 2006, en el cual hubo una prevalencia del 5,6%.

No tener estudios poblacionales previos realizados con esta metodología en este grupo etario sobre la ocurrencia del trastorno en Colombia, y dadas las características que se poseen en cuanto a factores tanto de riesgo como de protección, hace necesario contrastar estos resultados con otros estudios tanto locales como de otros países que han utilizado metodologías similares al CIDI para el diagnóstico de trastornos mentales, basándose en el DSM-IV.

El 4,8% de los adolescentes cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno

por abuso de alcohol alguna vez en la vida. Estos resultados muestran prevalencias inferiores a las reportadas por otros investigadores en el ámbito nacional, incluido el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008, el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín 2011-2012 (30%), el Primer y Segundo Estudio de Salud Mental del Adolescente 2006 y 2009 en Medellín (19% y 23%) [7,18-24], lo cual es preocupante y puede ser un indicio de que de la problemática va en aumento en esta población.

Las prevalencias encontradas para abuso fueron significativamente más altas para los hombres (6,5%) que para las mujeres (3,4%); de igual modo, al realizar el ajuste para el control de variables confusoras a través del modelo de regresión logística, se encontró coherencia respecto a la asociación de los factores edad y el sexo con los resultados obtenidos por Benjet y Borges en adolescentes en Ciudad de México, en 2009, y por Torres y colaboradores en 2006 y en 2009, en Medellín, en términos de que los adolescentes tienen mayor probabilidad de abusar del alcohol cuando son del sexo masculino que del femenino ( $RD = 2,05$ ;  $p = 0,032$ ) y se encuentran en edades avanzadas de la adolescencia ( $RD = 7,4$ ;  $p = 0,00$ ), hallazgo que concuerda con lo informado por Zapata y Segura, en el 2007, y Torres y Yajaira, en el 2010 [4,19-25].

Preocupa encontrar prevalencias de abuso de alcohol en edades tan tempranas en la adolescencia, dada la ilegalidad de la venta y consumo de alcohol para adolescentes en el país. Debido a esto surgen dos interrogantes: ¿qué faltó hacer en protección específica y detección temprana para prevenir que en esta población se desarrollara este trastorno? ¿Qué medidas de salud pública y en la familia debieron implementarse desde las políticas nacionales para que esto no ocurriera? Es perentorio que el Estado, a través de sus autoridades sanitarias, impulse programas que prevengan la aparición de factores de riesgo en la primera infancia en el entorno familiar, involucrando a los diferentes sectores de la sociedad, como el educativo, el de salud y el comunitario [26-29].

José A. Posada Villa reportó, en el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en adultos en el 2003, que la probabilidad de presentar abuso de alcohol fue mayor en fumadores que en no fumadores (RD = 2,92; IC: 1,81-4,71), lo cual concuerda con este estudio, en el que los adolescentes que consumen tabaco tuvieron 3,7 veces la probabilidad de abusar del alcohol respecto a los que no lo hacían (RD = 3,7; IC: 2,0-7,1). Esto también lo reportaron Mendoza-Sassi y Béria, en Brasil en 2003 (OR = 3,27; IC: 1,91-5,58) [30].

Respecto al antecedente de tener una experiencia situacional grave como

haber pasado por una ruptura de relación afectiva de pareja, se observó un aumento de la probabilidad de abusar del alcohol en los que no tenían el antecedente (OR = 2,7; IC: 1,4-5,1). Esto también fue reportado por Davis, Shaver y Vernon [31], en Nevada, Estados Unidos, en el 2003; por Torres y colaboradores, en Colombia, en el 2003 [22]; y por Salvatore, Kendler y Dick [32], en el estado de Virginia, Estados Unidos, en el 2014. Esto sugiere que los adolescentes ven el alcohol como una estrategia de afrontamiento individual a la situación de desilusión romántica.

El hecho de que un familiar o un amigo del adolescente tuviera una enfermedad grave y tener una desilusión cuando se esperaba una cosa muy buena y no sucedió representaron 2,5 veces la probabilidad de abusar de alcohol sobre los adolescentes que no presentan esta situación [33]. Esta asociación está acorde con lo encontrado por Pilling y colaboradores [34] y por Gaul y colaboradores [35], respectivamente; sin embargo, estos factores no quedaron en el modelo de regresión ajustado.

En cuanto a los factores: divorcio de los padres, discusión con los amigos, muerte de un amigo o miembro de la familia, y ser atacado sexualmente, en diferentes estudios se han comportado como variables predictoras para abuso de alcohol; pero en este estudio no demostró asociación estadística [22,33-36].

De igual modo, en el actual estudio los factores cohesión familiar y espiritualidad no mostraron asociación como factores protectores para abuso de alcohol, como sí se ha encontrado en otros de ámbito nacional realizados por Torres y colaboradores, en 2006 y en 2009, en Medellín. En estos se encontraron que la cohesión familiar se comportó como un factor protector fuerte para evitar el desarrollo del trastorno abuso de alcohol y otras sustancias psicoactivas [19,22-24].

Los estudios epidemiológicos reflejan la diferencia entre las proporciones de la prevalencia de acuerdo con la metodología que se use. Se resalta que, al utilizarse datos de un estudio descriptivo primario para realizar un estudio de prevalencia analítico, permitió dar mejor uso de la información del primer estudio, en aras de obtener mayor evidencia científica y aumentar el conocimiento que se tiene de este trastorno, que no se ha estudiado ampliamente bajo estas metodologías, además de encontrar factores que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de desarrollar el evento.

### **Limitaciones**

- Existe la dificultad para encontrar estudios en Colombia que apliquen la metodología CIDI e indaguen por el trastorno de abuso de alcohol

y factores asociados. La mayoría utilizan escalas para tamizaje.

- No se pueden establecer diferentes grados de exposición a un factor de riesgo.
- No se puede establecer temporalidad ni causalidad.
- La medición de la ansiedad y la depresión en los padres se realizó de forma subjetiva, a través de la percepción del adolescente.

### **Conclusiones**

Cinco de cada cien adolescentes de 13 a 17 años cumplieron los criterios para el diagnóstico de trastorno por abuso de alcohol alguna vez en la vida. Además, tener entre 15 y 17 años de edad, fumar, ser hombre y haber tenido una ruptura amorosa reciente, fueron los factores personales que se encontraron asociados al abuso de alcohol en los adolescentes colombianos. De los factores familiares incluidos en el estudio no se encontró asociación con ninguno.

### **Recomendaciones**

Se deben llevar a cabo acciones de salud pública que permitan un inicio más tardío del consumo de alcohol, de tal forma que no se dé en la adolescencia, dado el impacto neurológico-cognitivo que representa y el riesgo de desarrollar dependencia a largo plazo.

Se debe realizar promoción de la salud mental desde la niñez enfocando el tema del autocuidado, la autoestima y las habilidades para la vida (OMS).

Los programas para prevenir el consumo de cigarrillo deben fortalecerse, dado que puede ser la puerta de entrada para el inicio de consumo de sustancias psicoactivas, especialmente del alcohol.

Respecto al sexo, se debe trabajar con mayor fuerza el tema de la percepción del riesgo en los hombres, con el fin de que conozcan las consecuencias asociadas al consumo de alcohol. La cultura del país tiene gran influencia en esto.

Se deben realizar acciones en los adolescentes, relacionadas estas con estrategias de resolución adecuada de problemas y técnicas de afrontamiento, para el manejo de situaciones difíciles, de tal forma que encuentren otras opciones para su manejo.

### Agradecimientos

Al Grupo de Investigación en Salud Mental de la Universidad CES, por el apoyo en la realización del estudio y la supervisión para el manejo de la base de datos.

### Conflicto de interés

Los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de interés en este artículo.

### Referencias

1. Torres de Galvis Y, Berbesí D, Bareño J, Montoya L. Situación de salud mental del adolescente: Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. Bogotá: L. Vieco e Hijos; 2010. p. 175.
2. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia 2009. Bogotá: Alvi; 2010. p. 90.
3. Castro G. Colombia X. Bogotá: Planeta; 1999.
4. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008. Bogotá: Guadalupe; 2009.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Roma: L'IV Com Sàrl, Le Mont-sur-Lausanne; 2010.
6. Flensburg-Madsen T, Becker U, Grøn-bæk M, Knop J, Sher L, Mortensen EL. Alcohol consumption and later risk of hospitalization with psychiatric disorders: prospective cohort study. *Psychiatry Res.* 2011 May;187(1-2):214-9.
7. Organização Mundial da Saúde. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Geneva: World Health Organization; 2004.
8. Zaridze D, Maximovitch D, Lazarev A, Igitov V, Boroda A, Boreham J, et al. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies. *Int J Epidemiol.* 2009 Feb;38(1):143-53.
9. Monteiro MG, Pan American Health Organization. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de

- riesgos y problemas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
10. Cook RT. Alcohol abuse, alcoholism, and damage to the immune system--a review. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998 Dec;22(9):1927-42.
  11. Les Dees W, Hiney JK, Srivastava V. Alcohol's effects on female puberty: the role of insulin-like growth factor 1. *Alcohol Health Res World*. 1998;22(3):165-9.
  12. Boschloo L, Vogelzangs N, Licht CMM, Vreeburg SA, Smit JH, van den Brink W, et al. Heavy alcohol use, rather than alcohol dependence, is associated with dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the autonomic nervous system. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Jul 1;116(1-3):170-6.
  13. Jacobson JL, Jacobson SW, Sokol RJ, Martier SS, Ager JW, Shankaran S. Effects of alcohol use, smoking, and illicit drug use on fetal growth in black infants. *J Pediatr*. 1994 May;124(5 Pt 1):757-64.
  14. Latino-Martel P, Chan DSM, Druesne-Pecollo N, Barrandon E, Hercberg S, Norat T. Maternal alcohol consumption during pregnancy and risk of childhood leukemia: systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2010 May;19(5):1238-60.
  15. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: reporte final estudio multicéntrico. Washington: OPS; 2007.
  16. Crabb DW, Matsumoto M, Chang D, You M. Overview of the role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase and their variants in the genesis of alcohol-related pathology. *Proc Nutr Soc*. 2004 Feb;63(1):49-63.
  17. Sher L, Zalsman G. Alcohol and adolescent suicide. *Int J Adolesc Med Health*. 2005 Sep;17(3):197-203.
  18. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60(10):978-82.
  19. Zapata V. MA, Segura Cardona AM. Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia, investigación comparativa 2003-2007: nuevas tendencias y comportamientos sociales asociados. Medellín: Carisma; 2007.
  20. Torres de Galvis Y, Posada J, Mejía R, Sierra G, Montoya L. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental de Medellín, 2011-2012. Medellín, Colombia: Editorial CES; 2012. p. 351.
  21. Caamaño-Isorna F, Corral M, Parada M, Cadaveira F. Factors associated with risky consumption and heavy episodic drinking among Spanish university students. *J Stud Alcohol Drugs*. 2008 Mar;69(2):308-12.
  22. Torres de Galvis Y, Posada J, Yajaira B. Factores asociados al abuso y la dependencia de sustancias en adolescentes colombianos, con base en los resultados del WMH-CIDI. *Rev Colomb Psiquiat*. 2010;39(Supl.):112-32.
  23. López Larrosa S, Rodríguez-Arias Palomo JL. Risk and protective factors in adolescents' drug use, and differences by age and sex. *Psicothema*. 2010 Nov;22(4):568-73.
  24. Torres de Galvis Y, Osorio Gómez JJ, López Bustamante PL, Mejía R. Salud mental del adolescente: Medellín-2006 [Internet]. Medellín: Universidad CES-Alcaldía de Medellín; 2007. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/>

- go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Libro%20Salud%20Mental%20del%20Adoloscete%202006.pdf
25. Torres de Galvis Y, Zapata Vanegas MA, Montoya Vélez LP, Garro Cossio GI. Segundo Estudio de Salud Mental del adolescente: Medellín-2009 [Internet]. Medellín: Universidad CES-Alcaldía de Medellín; 2010. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2012/Investigaciones/Segundo%20Estudio%20de%20Salud%20Mental%20del%20Adoloscete%20Medell%3%ADn%20-%202009.pdf>
  26. Benjet C, Borges G, Méndez E, Casanova L, Medina-Mora ME. Adolescent alcohol use and alcohol use disorders in Mexico City. *Drug Alcohol Depend.* 2014 Mar 1;136:43-50. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.12.006.
  27. Campbell F, Conti G, Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Pungello E, et al. Early childhood investments substantially boost adult health. *Science.* 2014 Mar 28;343(6178):1478-85.
  28. Conti G, Heckman JJ. The developmental approach to child and adult health. *Pediatrics.* 2013 Apr;131(Suppl 2):S133-41.
  29. Kvalsvig A, O'Connor M, Redmond G, Goldfeld S. The unknown citizen: epidemiological challenges in child mental health. *J Epidemiol Community Health.* 2014 Jul;68(10):1004-8. doi: 10.1136/jech-2013-203712.
  30. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction.* 2003;98:799-804.
  31. Davis D, Shaver PR, Vernon ML. Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: the roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Pers Soc Psychol Bull.* 2003 Jul;29(7):871-84.
  32. Salvatore JE, Kendler KS, Dick DM. Romantic relationship status and alcohol use and problems across the first year of college. *J Stud Alcohol Drugs.* 2014 Jul;75(4):580-9.
  33. Huurre T, Lintonen T, Kaprio J, Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years: A 16-year prospective follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Jan;45(1):125-34.
  34. Pilling J, Thege BK, Demetrovics Z, Kopp MS. Alcohol use in the first three years of bereavement: a national representative survey. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2012;7:3. doi: 10.1186/1747-597X-7-3.
  35. Gaul M, Matkowski M, Sławińska JB. Personality characteristics in students at risk of alcoholism. *Psychiatr Pol.* 1991 Feb;25(1):29-35.
  36. Xu Y, Olfson M, Villegas L, Okuda M, Wang S, Liu S-M, et al. A characterization of adult victims of sexual violence: results from the national epidemiological survey for alcohol and related conditions. *Psychiatry.* 2013;76(3):223-40.

---

## Correspondencia

Jhon Jairo Quiñónez  
 jhonha1975@yahoo.es

---