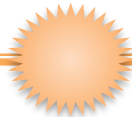




Universitat
de les Illes Balears

**TESIS DOCTORAL
2016**



**CONSUMO DE ALCOHOL EN
POBLACIÓN GENERAL
TRABAJADORA VERSUS
PACIENTES DE UNIDAD DE
SALUD MENTAL**

MIGUEL RUIZ-FLORES BISTUER



**TESIS DOCTORAL
2016**

**Programa de Doctorado en Investigación
Traslacional de Salud Pública y Enfermedades de
Alta Prevalencia**

**CONSUMO DE ALCOHOL EN
POBLACIÓN GENERAL
TRABAJADORA VERSUS
PACIENTES DE UNIDAD DE
SALUD MENTAL**

Directora: M^a Teófila Vicente Herrero
Director: Ángel Arturo López González
Directora: Luisa Mercedes Capdevila García
Tutora: Pilar Andrés Benito

Memoria presentada por: Miguel Ruiz-Flores Bistuer
Licenciado en Medicina
Para aspirar al grado de Doctor por la Universitat de les Illes
Balears

La Dra. M^a Teófila Vicente Herrero, miembro del grupo de investigación en Salud laboral del IUNICS y Responsable de Medicina del Trabajo en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Grupo Correos en Valencia, el Dr. Ángel Arturo López González, Responsable del grupo de investigación en Salud Laboral del IUNICS y Profesor Asociado de Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, y la Dra. Luisa M. Capdevila García, Responsable de Medicina del Trabajo en el Servicio de Prevención MAPFRE. Valencia

Certifican:

Que el presente trabajo de investigación, titulado “CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA VERSUS PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL” constituye la memoria presentada por Miguel Ruiz-Flores Bistuer para aspirar al grado de Doctor, habiendo sido realizada bajo nuestra dirección y que reúne, a nuestro juicio, los requisitos exigidos para la obtención del grado mencionado.

Dra. M^a Teófila Vicente Herrero

Dr. Ángel Arturo López González

Dra. Luisa M. Capdevila García

Palma de Mallorca, 31 de Marzo de 2016

Autor: Miguel Ruiz-Flores Bistuer

Teléfono de contacto: 635288524

Dirección de correo electrónico: miguelpsq@gmail.com

Departamento responsable del programa de doctorado: Departamento de Biología Fundamental.

Área de conocimiento: Ciencias Médicas Básicas

Palabras clave: Consumo de alcohol, Salud Pública, Salud Laboral, Centros Comunitarios de Salud mental, Conducta de consumo de alcohol, Trabajadores.

Resumen:

Introducción: El consumo de alcohol constituye una preocupación mundial y, por ello también en España tanto por sus efectos en salud, como por las repercusiones en la vida familiar personal y laboral de los consumidores habituales o en exceso.

Material y Método: Se realiza en este trabajo un estudio trasversal en una población de 1180 trabajadores del sector servicios y en 304 pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM). En ambas poblaciones se analizan variables sociodemográficas, laborales y de consumo de alcohol percibido y cuantificado en UBE. En la primera población se incluyen aspectos como: la repercusión metabólica del consumo, riesgos laborales asociados al consumo y patologías previas de riesgo cardiovascular. En la segunda población se analizan: diagnósticos de sus patologías, tratamientos prescritos, otras adicciones actuales o previas y tiempo de seguimiento en salud mental.

Se realiza una comparativa entre la población general trabajadora con los pacientes de USM y con el grupo específico de pacientes que tienen empleo. Finalmente se estudian de forma concreta los exbebedores de salud mental, sus motivos de abandono de consumo e intencionalidad del mismo.

Resultados: En la población general trabajadora, el consumo de alcohol se relaciona con el nivel cultural, clase social y el tipo de trabajo desempeñado, y muestra repercusión en los valores lipídicos, aterogénicos y hepáticos.

En la USM existe un mayor consumo entre los hombres que se incrementa en las personas más jóvenes. El arraigo social y recibir tratamiento con benzodiazepinas o eutimizantes se asocia a menor consumo. La historia previa de adicciones favorece el consumo de alcohol.

En el grupo de exbebedores el abandono del consumo de alcohol se debe fundamentalmente a presiones familiares y sociales. La voluntad de abandono tenía una intencionalidad definitiva y voluntaria. La presencia de otras adicciones se relacionaba con mayor consumo de alcohol en el colectivo de exbebedores. El mayor grado de abandono se da en el colectivo de pacientes en tratamiento con benzodiazepinas.

En la comparativa de población general trabajadora y población de USM vemos que existen discrepancias entre la percepción del consumo de alcohol medido con el AUDIT, y el consumo registrado mediante el cálculo del número de UBE en la población general trabajadora, pero no en la USM. El grupo de población general trabajadora consume más alcohol, sobre todo aquellos afectados de patologías ansiosas. No hay diferencia de consumo por edad, pero sí por sexo, siendo más frecuente en las mujeres de USM. El tipo de consumo es de mayor riesgo en USM.

En la comparativa de población general trabajadora y subgrupo de pacientes de USM con empleo hay diferencia de consumo por sexo, siendo más frecuente el consumo en las mujeres de USM.

Conclusions: Los resultados obtenidos orientan a implementar programas de prevención que pudieran ser comunes en ambas poblaciones, si bien se podrían personalizar más teniendo como base los resultados obtenidos. Es importante incidir en el consejo en pacientes con antecedentes de otras adicciones. Estos resultados también parecen apoyar en ambas poblaciones la hipótesis del consumo de alcohol como automedicación frente a la ansiedad.

Resum:

Introducció: El consum d'alcohol constitueix una preocupació mundial, i per això també a Espanya, tant pels seus efectes en la salut, com per les repercussions en la vida familiar, personal i laboral dels consumidors habituals o en excés.

Material i Mètode: Es realitza en aquest treball un estudi transversal en una població de 1180 treballadors del sector serveis i en 304 pacients de la Unitat de Salut Mental (USM). En totes dues poblacions s'analitzen variables sociodemogràfiques, laborals i de consum d'alcohol percebut i quantificat en UBE. A la primera població s'inclouen aspectes com: la repercussió metabòlica del consum, riscos laborals associats al consum i patologies prèvies de risc cardiovascular. A la segona població s'analitzen: diagnòstics de les seves patologies, tractaments prescrits, altres addiccions actuals o prèvies i temps de seguiment en salut mental.

Es realitza una comparativa entre la població general treballadora amb els pacients de USM i amb el grup específic de pacients que tenen ocupació. Finalment s'estudien de forma concreta els ex-bevedors de salut mental, els seus motius d'abandonament de consum i intencionalitat del mateix.

Resultats: En la població general treballadora, el consum d'alcohol es relaciona amb el nivell cultural, classe social i el tipus de treball exercit, i mostra repercussió en els valors lipídics, aterogènics i hepàtics.

A la USM hi ha un major consum entre els homes que s'incrementa en les persones més joves. L'arrelament social i rebre tractament amb benzodiazepines o eutimitzants s'associa a menor consum. La història prèvia d'addiccions afavoreix el consum d'alcohol.

En el grup d'ex-bevedors l'abandonament del consum d'alcohol es deu fonamentalment a pressions familiars i socials. La voluntat d'abandonament tenia una intencionalitat definitiva i voluntària. La presència d'altres addiccions es relacionava amb major consum d'alcohol en el col·lectiu d'ex-bevedores. El major grau d'abandonament es dona en el col·lectiu de pacients en tractament amb benzodiazepines.

En la comparativa de població general treballadora i població de USM veiem que hi ha discrepàncies entre la percepció del consum d'alcohol, mesurat amb l'AUDIT, i el consum registrat mitjançant el càlcul de les UBE en la població general treballadora, però no en la de la USM. El grup de població general treballadora consumeix més alcohol, sobretot aquells afectats per patologies ansioses. No hi ha diferència de consum per edat, però sí per sexe, sent més freqüent en les dones de USM. El tipus de consum és de major risc en USM.

En la comparativa de població general treballadora i subgrup de pacients de USM amb ocupació hi ha diferència de consum per sexe, sent més freqüent el consum en les dones de USM.

Conclusions: Els resultats obtinguts s'orienten a implementar programes de prevenció que puguin ser comuns en totes dues poblacions, si bé es podrien personalitzar més tenint com a base els resultats obtinguts. És important incidir en els consells en pacients

amb antecedents d'altres addiccions. Aquests resultats també semblen donar suport (a les dues poblacions) a la hipòtesi del consum d'alcohol com automedicació davant l'ansietat.

Abstract

Introduction: Alcohol consumption is a global concern and therefore also in Spain, both for its effects on health, and the impact on family, personal and working lives of ordinary consumers or in excess.

Material and Method: A cross-sectional study is done, in a population of 1180 service sector workers and 304 patients of the Mental Health Unit (USM). In both populations sociodemographic, labour and consumption of alcohol and perceived UBE quantified variables are analysed. In the first population are included aspects such as: the metabolic impact of consumption, labour risks associated with previous pathologies consumption and cardiovascular risk. In the second population, the diagnosis of their pathologies, the prescribed treatments, other current or previous time tracking addictions and mental health are analysed. A comparison between the working general population is performed with patients USM and the specific group of patients who have jobs. Finally concretely they studied the former drinkers mental health, their reasons for dropping consumer and intentionality of it.

Results: In the general working population, alcohol consumption is related to the cultural level, social class and type of work performed, and shows the impact on lipid, thermogenic and liver values.

USM exists in higher consumption among men that increases in younger people. The social roots and being treated with benzodiazepines or mood stabilizers is associated with lower consumption. The previous history of addiction favours alcohol consumption.

In the group of former drinkers the abandon of alcohol consumption is mainly due to family and social pressures. The will of abandonment had a final and voluntary intention. The presence of other addictions was related to higher alcohol consumption in the group of former drinkers. The highest degree of abandons occurs in the group of patients treated with benzodiazepines.

In the comparison between the general working population and population USM we see that there are discrepancies between the perception of alcohol consumption measured by the AUDIT, and consumption recorded calculated by the UBE in the general working population, but not in the USM. The general working group population consume more alcohol, especially those affected of anxious pathologies. There is not difference in consumption by age, but there is by sex, being more frequent in USM women. The type of consumption is increased risk in USM.

In the comparison of general working population and subgroup of USM patients employed consumer there is difference consumption by sex, being more frequent in women USM.

Conclusions: The results aimed at implementing prevention programs that may be common in both populations, although they could be customized on the basis of the results obtained. It is important to influence the council in patients with a history of other addictions. These results also seem to support the hypothesis in both populations alcohol as self-medication against anxiety.

Directores de la tesis: Dra. M^a Teófila Vicente Herrero (mtvh@ono.com) Dr. Ángel Arturo López González (alopez@gesma.caib.es), Dra. Luisa M. Capdevila García (lucapdevila@gmail.com)

Fecha de defensa de la tesis: 2016

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	29
1.1	CONCEPTOS GENERALES DEL CONSUMO DE ALCOHOL	29
1.1.1	DEFINICIÓN DE ALCOHOL	29
1.1.2	UNIDAD DE BEBIDA ESTÁNDAR (UBE). CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL	31
1.1.3	TIPOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL. CLASIFICACIÓN DE LOS CONSUMOS (CONSUMO DE RIESGO, Y <i>BINGE DRINKING</i>)	32
1.2	SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MUNDO	33
1.2.1	PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL	33
1.2.2	TIPOS DE BEBIDAS	39
1.2.3	PERSPECTIVAS PARA LA PREVALENCIA CONSUMO DE ALCOHOL	41
1.2.4	INCIDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA SALUD	43
1.2.5	HÁBITOS DE ALCOHOL	50
1.3	SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA UNIÓN EUROPEA	59
1.3.1	PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL	59
1.3.2	TIPOS DE BEBIDAS	60
1.3.3	PERSPECTIVAS PARA LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL	62
1.3.4	INCIDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA SALUD	64
1.3.5	HÁBITOS DE ALCOHOL	75
1.4	SITUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ESPAÑA	79
1.4.1	UNIVERSO Y MARCO MUESTRAL	79
1.4.2	PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	80
1.4.3	PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	84
1.4.4	TIPOS DE BEBIDAS	88
1.4.5	INCIDENCIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA SALUD	93
1.4.6	HÁBITOS DE ALCOHOL	94
1.4.7	DIFERENCIAS EN EL USO DE ALCOHOL POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	100
1.5	SITUACIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN BALEARES	102
1.5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA ENCUESTA	102
1.5.2	PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	107
1.5.3	PREVALENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL	108
1.5.4	EDAD MEDIA DE PRIMER CONSUMO DE ALCOHOL	113
1.5.5	CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE ALCOHOL	115
1.5.6	BORRACHERAS Y <i>BINGE DRINKING</i>	118
1.5.7	TIPOS DE BEBIDA	121
1.5.8	PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	123
1.6	FARMACOLOGÍA Y METABOLISMO	125
1.6.1	FARMACOCINÉTICA DEL ALCOHOL	125
1.6.2	PREDICCIÓN DE LA ALCOHOLEMIA	131
1.6.3	EFFECTOS AGUDOS DEL ALCOHOL. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	133
1.6.4	INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS DEL ALCOHOL	134
1.6.5	ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DE ABUSO	136
1.7	PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL	138
1.7.1	TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	138
1.7.2	INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA	140
1.7.3	ABSTINENCIA ALCOHÓLICA	141
1.7.4	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR EL ALCOHOL	143
1.8	ALCOHOL Y EMBARAZO	146
1.9	EL PROCESO DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL	152
1.9.1	NEUROBIOLOGÍA DE LA ADICCIÓN AL ALCOHOL	152

1.9.2	TOLERANCIA AL ALCOHOL	153
1.9.3	DEPENDENCIA FÍSICA DEL ALCOHOL	154
1.9.4	VULNERABILIDAD GENÉTICA. SUJETOS DE RIESGO	155
1.10	ALCOHOL Y SOCIEDAD	156
1.10.1	ALCOHOL Y CONDUCCIÓN	156
1.10.2	ALCOHOL Y VIOLENCIA	159
1.10.3	ALCOHOL Y ACCIDENTES	161
1.10.4	MUERTES VIOLENTAS	169
1.10.5	PERCEPCIÓN DEL RIESGO	170
1.11	ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS GENERADOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL	172
1.11.1	ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN	172
1.11.2	ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN.	172
a)	Evaluación y Diagnóstico	172
b)	Instrumentos para la evaluación del consumo de alcohol	173
c)	Marcadores biológicos	173
d)	Intervenciones Breves	175
e)	Tratamiento del Alcoholismo	177
2	OBJETIVOS	183
2.1	POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA	183
2.2	PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL	183
2.3	POBLACIÓN DE EX BEBEDORES EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL	184
2.4	COMPARATIVA ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA Y LA POBLACIÓN DE PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL	185
2.5	COMPARATIVA DE POBLACIÓN TRABAJADORA DE AMBOS GRUPOS: POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA Y SUBGRUPO DE PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL CON EMPLEO	185
3	HIPOTESIS	189
3.1	POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA	189
3.2	PACIENTES DE LA UNIDAD SALUD MENTAL	189
3.3	POBLACIÓN DE EX BEBEDORES EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL	189
3.4	COMPARATIVA ENTRE LA POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA Y LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL	190
3.5	COMPARATIVA DE TRABAJADORES DE AMBOS GRUPOS: BASE DE POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA Y SUBGRUPO DE PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL CON EMPLEO	190
4	METODOLOGÍA	193
4.1	RECOGIDA DE DATOS DE POBLACIÓN LABORAL	193
4.1.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	194
4.1.2	DATOS DE CONSUMO DE ALCOHOL	196
4.1.3	REPERCUSIÓN METABÓLICA DEL CONSUMO	198
4.1.4	RIESGOS LABORALES ASOCIADOS AL CONSUMO	199
4.1.5	PATOLOGÍAS PREVIAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR	199
4.2	RECOGIDA DE DATOS DE PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL	200
4.2.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	200
4.2.2	DATOS DE CONSUMO DE ALCOHOL	202
4.2.3	OTRAS ADICCIONES	203
4.2.4	DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES	204
4.2.5	TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS PRESCRITOS	206
4.2.6	TIEMPO DE SEGUIMIENTO	207

5 RESULTADOS	211
5.1 BASE DE DATOS DE LA POBLACIÓN GENERAL LABORAL	211
5.1.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	211
a) Variables sociodemográficas y de consumo	211
b) Características del trabajo	217
c) Repercusión metabólica	219
d) Riesgos laborales	222
5.1.2 ANÁLISIS BIVARIANTE	224
a) Relación del nº de UBE con el sexo	224
b) Relación del nº de UBE con las variables de repercusión metabólica	225
c) Relación de la escala de consumo AUDIT con las variables de repercusión metabólica	242
5.1.3 ANÁLISIS MULTIVARIANTE	245
5.2 BASE DE DATOS: PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL	247
5.2.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	247
a) Variables sociodemográficas	247
b) Variables de consumo	249
c) Características del trabajo	253
d) Adicciones y características de la patología	256
5.2.2 ANÁLISIS BIVARIANTE	260
a) Relación entre el consumo de alcohol y las características laborales	260
b) Relación entre el consumo de alcohol y las características socio demográficas y aspectos familiares	263
c) Relación entre el consumo de alcohol y otras adicciones y patologías	267
5.2.3 ANÁLISIS MULTIVARIANTE	270
5.3 BASE DE DATOS: EXCONSUMIDORES DE ALCOHOL	272
5.3.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	272
a) Variables sociodemográficas	272
b) Variables de consumo	273
c) Características del trabajo	278
d) Adicciones y características de la patología	280
e) Motivo y tiempo de abandono del alcohol	283
5.3.2 ANÁLISIS BIVARIANTE	286
a) Relación entre el consumo de alcohol y las características laborales	286
b) Relación entre el consumo de alcohol y las características socio demográficas y aspectos familiares	290
c) Relación entre el consumo de alcohol y otras adicciones y patologías	293
d) Relación entre el consumo de alcohol el motivo y tiempo de abandono.	296
5.3.3 ANÁLISIS MULTIVARIANTE	298
5.4 RESULTADOS COMPARACIÓN: POBLACION GENERAL DE TRABAJADORES VS. PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL	299
5.4.1 DIFERENCIAS EN EL PERFIL DEL CONSUMIDOR DE ALCOHOL	299
a) Variables sociodemográficas	299
b) Características del trabajo	302
c) Características del consumo de alcohol	302
d) Repercusión de la patología en el consumo	306
5.5 RESULTADOS COMPARACIÓN: POBLACIÓN GENERAL LABORAL VS. PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL CON EMPLEO	308
5.5.1 DIFERENCIAS EN EL PERFIL DEL CONSUMIDOR DE ALCOHOL	308
a) Variables sociodemográficas	308
b) Características del trabajo	311

c)	Características del consumo de alcohol	311
d)	Repercusión de la patología en el consumo	314
6	DISCUSIÓN	319
7	CONCLUSIONES	337
7.1	POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA	337
7.2	POBLACIÓN DE UNIDAD DE SALUD MENTAL	338
7.3	POBLACIÓN EX BEBEDORES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL	339
7.4	COMPARATIVA DE POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA Y POBLACIÓN DE UNIDAD DE SALUD MENTAL	340
7.5	COMPARATIVA DE POBLACIÓN GENERAL TRABAJADORA Y SUBGRUPO DE PACIENTES DE UNIDAD DE SALUD MENTAL CON EMPLEO	341
8	BIBLIOGRAFÍA	345

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.1	Consumo total de alcohol por adulto (>15) en litros puros de alcohol por países en el 2010	34
Figura 1.2	Tipo de alcohol consumido por país en el año 2005	40
Figura 1.3	Cambio en los registros de consumo de alcohol per cápita (>15 años) entre 2006 y 2010	42
Figura 1.4	Porcentaje de muertes atribuibles al alcohol del total de muertes por países en 2012	47
Figura 1.5	Prevalencia de abstemios A1 por países en 2004	52
Figura 1.6	Prevalencia de abstemios (A1+A2) en 2010	53
Figura 1.7	Países del mundo y riesgo del patrón de consumo en 2010	57
Figura 1.8	Países del mundo y prevalencia de <i>binge drinking</i> en 2010	58
Figura 1.9	Muertes atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010	67
Figura 1.10	Países de las diferentes áreas geográficas	70
Figura 1.11	Muertes por cáncer atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010	71
Figura 1.12	Muertes por cirrosis hepática atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010	72
Figura 1.13	Muertes por accidente atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010	72
Figura 1.14	Consumo de litros de alcohol puro por adulto mayor de 15 años en 2009	78
Figura 1.15	Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes), 2009	101
Figura 1.16	Nivel de alcoholemia tras la ingestión de alcohol: curva de Widmark	132
Figura 1.17	Curva de Freudenberg	162

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.1 Consumo adulto <i>per cápita</i> total, no registrada y la proporción de consumo de alcohol <i>per cápita</i> no registrada en el consumo de alcohol <i>per cápita</i> total, en litros de alcohol puro, por región de la OMS, 2010	36
Gráfica 1.2 Consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> no registrada y la proporción de no registrados consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> del total consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> , en litros de alcohol puro, por ingresos en el 2010	38
Gráfica 1.3 Distribución del consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> en las zonas de la OMS en el 2010	40
Gráfica 1.4 Consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> desde 1990 hasta el año 2005 en las regiones de la OMS	41
Gráfica 1.5 Expectativa de consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> desde 2010 hasta el año 2025 en las regiones de la OMS	42
Gráfica 1.6 Estimación las tendencias en el consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> registrado de 2001 a 2005 en las regiones de la OMS	43
Gráfica 1.7 Distribución de las muertes causadas por enfermedades o accidentes atribuibles al alcohol en 2012	45
Gráfica 1.8 Muertes atribuibles al alcohol del total de muertes por región de la OMS en 2012	46
Gráfica 1.9 Muertes atribuibles al alcohol, distribución por sexo y por tipología de enfermedad en 2012	47
Gráfica 1.10 Muertes atribuibles al alcohol, distribución por sexo y por tipología de enfermedad en 2012	49
Gráfica 1.11 Muertes atribuibles al alcohol y AVAD por millón de habitantes por nivel de ingresos en el 2012	50
Gráfica 1.12 Prevalencia de bebedores y de bebedores tipo <i>binge drinking</i> por ingresos en el 2010	54
Gráfica 1.13 Proporción de bebedores (<15 años), y prevalencia de <i>binge drinking</i> entre bebedores por sexo en las regiones de la OMS y total mundial en el 2010	56
Gráfica 1.14 Consumo de los diferentes tipos de bebidas desde 2000a 2010 en Europa en adultos (>15)	60
Gráfica 1.15 Consumo de tipos de bebidas de 2000a 2010 en las zonas de Europa en adultos (>15)	60
Gráfica 1.16 Tendencias (con un 95% Intervalos de confianza) en adultos grabada consumo de alcohol <i>per cápita</i> en la UE-27, más Croacia, Noruega y Suiza, 1990-2010	62
Gráfica 1.17 Tendencias (con un 95% Intervalos de confianza) en adultos el consumo de alcohol <i>per cápita</i> en el grupo de países centro-oeste y el oeste, el grupo de países centro-oriental y oriental, los países nórdicos y el sur de Europa	64
Gráfica 1.18 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol por sexo, y área geográfica en 2010	68
Gráfica 1.19 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol en hombres por edad, y área geográfica en 2010	69
Gráfica 1.20 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol en mujeres por edad, y área geográfica en 2010	69
Gráfica 1.21 Los costos sociales de alcohol en la UE, 2010	75
Gráfica 1.22 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en %	81
Gráfica 1.23 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en % en 2011 en los últimos 12 meses	83
Gráfica 1.24 Evolución de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas	84
Gráfica 1.25 Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre los hombres de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)	86

Gráfica 1.26 Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre las mujeres de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)	86
Gráfica 1.27 Alcohol registrado consumido por persona (>15) desde 1961 hasta 2010	88
Gráfica 1.28 alcohol registrado consumido persona (>15) en 2010 por tipo de alcohol	89
Gráfica 1.29 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)	91
Gráfica 1.30 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)	92
Gráfica 1.31 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en fin de semana y días laborables (porcentajes)	92
Gráfica 1.32 Prevalencia de uso de alcohol abusivo y dependencia alcohólica en 2012	94
Gráfica 1.33 Evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años	95
Gráfica 1.34 Evolución de las intoxicaciones etílicas de 1997 a 2009	96
Gráfica 1.35 Prevalencia de <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días, según grupo de edad y sexo en 2009	96
Gráfica 1.36 Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes)	98
Gráfica 1.37 Relación del <i>binge drinking</i> con el consumo de otras sustancias tóxicas	100
Gráfica 1.38 Número total de encuestados por islas	103
Gráfica 1.39 Distribución de los hombres por edad	104
Gráfica 1.40 Distribución mujeres por edad	104
Gráfica 1.41 Lugar de nacimiento de los encuestados	105
Gráfica 1.42 Situación laboral de los encuestados	106
Gráfica 1.43 Nivel de estudios más alto alcanzado por los encuestados	106
Gráfica 1.44 Prevalencias de consumo por sustancias en porcentajes (%)	108
Gráfica 1.45 Prevalencia del consumo de alcohol	109
Gráfica 1.46 Prevalencia del consumo de alcohol por sexo	110
Gráfica 1.47 Prevalencia del consumo de alcohol por edades	110
Gráfica 1.48 Consumo de alcohol en las Islas Baleares por islas en porcentajes (%)	112
Gráfica 1.49 Prevalencia del consumo de alcohol en España, Baleares e Ibiza-Formentera	113
Gráfica 1.50 Edad media de inicio al consumo de alcohol según sexo en las Islas Baleares	114
Gráfica 1.51 Edad media de inicio al consumo de alcohol según edad en las Islas Baleares	114
Gráfica 1.52 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo y edad (%)	116
Gráfica 1.53 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo (%)	116
Gráfica 1.54 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo y edad (%)	117
Gráfica 1.55 Porcentaje (%) de borracheras por sexo y grupos de edad en los últimos 12 meses	118
Gráfica 1.56 Porcentaje (%) de personas que han hecho <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días por sexo y edad	120
Gráfica 1.57 Problemas asociados al consumo de alcohol experimentados al menos una vez en el último año (%)	124
Gráfica 1.58 Distribución según la tasa de alcoholemia de los conductores fallecidos en España en 2013	163
Gráfica 1.59 Distribución según la tasa de alcoholemia de los conductores fallecidos en España en 2013	164
Gráfica 1.60 Distribución según la tasa de alcoholemia de los peatones fallecidos en España en 2013	166

Gráfica 1.61 Distribución de tasas de alcoholemia positivas de los peatones fallecidos en España en 2013	167
Gráfica 1.62 Evolución de alcoholemia positivas de los peatones y conductores fallecidos del 2009 al 2013 en España.	168
Gráfica 1.63 Porcentaje de la población de 15-64 años que piensa que consumir 5-6 cañas/copas en un fin de semana puede producir muchos o bastantes problemas.	171
Gráfica 5.1 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	213
Gráfica 5.2 Frecuencias absolutas de la puntuación de la escala de consumo	215
Gráfica 5.3 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el sexo	216
Gráfica 5.4 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios	217
Gráfica 5.5 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el tipo de trabajo	218
Gráfica 5.6 Descriptivos del nº de UBE categorizada según CNO11	219
Gráfica 5.7 Valores medios de GOT,GPT,GGT en bebedores, no bebedores y muestra total	220
Gráfica 5.8 Valores medios de colesterol, LDL, HDL y triglicéridos en bebedores, no bebedores y muestra total	221
Gráfica 5.9 Valores medios de IMC en bebedores, no bebedores y muestra total	221
Gráfica 5.10 Frecuencias absolutas y relativas (%) de accidentes de trabajo o tráfico según nº de UBE	222
Gráfica 5.11 Frecuencias relativas (%)de tratamientos por patologías según nº de UBE	223
Gráfica 5.12 Diagrama de cajas de valores de nº de UBE según el sexo en formato de cajas	225
Gráfica 5.13 Relación de los valores del nº de UBE según el GOT	225
Gráfica 5.14 Relación de los valores de nº de UBE según el sexo en formato de cajas	226
Gráfica 5.15 Relación de los valores de nº de UBE según la GOT en formato de cajas sin valor extremo	226
Gráfica 5.16 Relación de los valores de nº de UBE según la GPT	227
Gráfica 5.17 Relación de los valores de nº de UBE según la GPT en formato de cajas	228
Gráfica 5.18 Relación de los valores de nº de UBE según la GPT en formato de cajas sin extremo	228
Gráfica 5.19 Relación de los valores de nº de UBE según la GGT	229
Gráfica 5.20 Relación de los valores de nº de UBE según la GGT en formato de cajas	230
Gráfica 5.21 Relación de los valores de nº de UBE según el colesterol	231
Gráfica 5.22 Relación de los valores de nº de UBE según el colesterol en formato de cajas	231
Gráfica 5.23 Relación de los valores de nº de UBE según los triglicéridos	232
Gráfica 5.24 Relación de los valores de nº de UBE según los triglicéridos en formato de cajas	232
Gráfica 5.25 Relación de los valores de nº de UBE según la LDL	233
Gráfica 5.26 Relación de los valores de nº de UBE según la LDL en formato de cajas	234
Gráfica 5.27 Relación de los valores de nº de UBE según la HDL en formato de cajas	235
Gráfica 5.28 Relación de los valores de nº de UBE según la HDL en formato de cajas	236
Gráfica 5.29 Relación de los valores de nº de UBE según la IMC	236
Gráfica 5.30 Relación de los valores de nº de UBE según la IMC en formato de cajas	237
Gráfica 5.31 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/HDL	238
Gráfica 5.32 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/HDL en formato cajas	238
Gráfica 5.33 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente LDL/HDL	239
Gráfica 5.34 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente LDL/HDL con formato de cajas	240
Gráfica 5.35 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/Triglicéridos	241

Gráfica 5.36 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/Triglicéridos	241
Gráfica 5.37 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol	249
Gráfica 5.38 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	250
Gráfica 5.39 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal	252
Gráfica 5.40 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios	253
Gráfica 5.41 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo	255
Gráfica 5.42 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según la clase social	255
Gráfica 5.43 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y nº de UBE (semanal)	256
Gráfica 5.44 Relación de los valores de nº de UBE según el tipo de trabajo	260
Gráfica 5.45 Relación de los valores de nº de UBE según el tipo de trabajo	261
Gráfica 5.46 Relación de los valores de nº de UBE en desempleados y pensionistas	262
Gráfica 5.47 Relación de los valores de nº de UBE según amas de casa, desempleados o pensionistas	263
Gráfica 5.48 Relación de los valores de nº de UBE según el sexo	263
Gráfica 5.49 Relación de los valores de nº de UBE según la edad	264
Gráfica 5.50 Relación de los valores de nº de UBE según el estado civil en formato de cajas	265
Gráfica 5.51 Relación de los valores de nº de UBE según la presencia de hijos	266
Gráfica 5.52 Relación de los valores de nº de UBE según arraigo familiar en la isla	266
Gráfica 5.53 Relación de los valores de nº de UBE según la presencia de adicciones	267
Gráfica 5.54 Relación de los valores de nº de UBE según exista pluripatología	268
Gráfica 5.55 Relación de los valores de nº de UBE según el tiempo de tratamiento	269
Gráfica 5.56 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol	274
Gráfica 5.57 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	275
Gráfica 5.58 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal	277
Gráfica 5.59 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios	278
Gráfica 5.60 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo	280
Gráfica 5.61 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y nº de UBE (semanal)	281
Gráfica 5.62 Relación de los valores de nº de UBE según las características laborales	286
Gráfica 5.63 Relación de los valores de nº de UBE según las características laborales	287
Gráfica 5.64 Relación de los valores de nº de UBE según situación de desempleo o pensionista	288
Gráfica 5.65 Relación de los valores de nº de UBE según ama de casa, desempleados y pensionistas	289
Gráfica 5.66 Relación de los valores de nº de UBE según el sexo	290
Gráfica 5.67 Relación de los valores de nº de UBE según la edad	291
Gráfica 5.68 Relación de los valores de nº de UBE según la situación familiar	291
Gráfica 5.69 Relación de los valores de nº de UBE y la existencia de hijos	292
Gráfica 5.70 Relación de los valores de nº de UBE según el arraigo familiar en la isla	293
Gráfica 5.71 Relación de los valores de nº de UBE según la existencia de otras adicciones	293
Gráfica 5.72 Relación de los valores de nº de UBE según la comorbilidad	295
Gráfica 5.73 Relación de los valores de nº de UBE según el tiempo de tratamiento	295
Gráfica 5.74 Relación de los valores de nº de UBE según el motivo de abandono	296
Gráfica 5.75 Relación de los valores de nº de UBE según el tipo de abandono	297
Gráfica 5.76 Relación de los valores de la edad entre las muestras.	300
Gráfica 5.77 Relación de los valores de nº de UBE según las muestras	303

Gráfica 5.78 Relación de los valores de las puntuación en la escala de AUDIT según la muestra	304
Gráfica 5.79 Porcentaje de tipo de alcohol según el origen de la muestra	305
Gráfica 5.80 Relación de nº de UBE en pacientes con patología ansioso depresiva según la muestra	306
Gráfica 5.81 Relación de la edad según la muestra	309
Gráfica 5.82 Relación del consumo medido en nº de UBE según la muestra	312
Gráfica 5.83 Relación de la puntuación en la escala de AUDIT con la procedencia de la muestra	313
Gráfica 5.84 Relación del consumo medido en nº de UBE en pacientes ansioso depresivos según la procedencia de la muestra	315

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Consumo adulto <i>per cápita</i> total, no registrada y la proporción de consumo de alcohol <i>per cápita</i> no registrada en el consumo de alcohol <i>per cápita</i> total, en litros de alcohol puro, por región de la OMS, 2010	36
Tabla 1.2 Consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> no registrada y la proporción de no registrados consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> del total consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> , en litros de alcohol puro, por ingresos en el 2010	38
Tabla 1.3 Distribución del consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> en las zonas de la OMS en el 2010	39
Tabla 1.4 Estimación las tendencias en el consumo de alcohol entre adultos <i>per cápita</i> registrado de 2001 a 2005 en las regiones de la OMS	43
Tabla 1.5 Principales códigos de la CIE 10 referidos al alcohol	44
Tabla 1.6 Muertes atribuibles al alcohol, distribución por sexo y por tipología de enfermedad en 2012	48
Tabla 1.7 Prevalencia de bebedores y de bebedores tipo <i>binge drinking</i> por ingresos en el 2010	53
Tabla 1.8 Proporción de bebedores (<15 años), y prevalencia de <i>binge drinking</i> entre bebedores por sexo en las regiones de la OMS y total mundial en el 2010	55
a) Europa del este y central-este b) Países nórdicos	60
a) Europa occidental y central occidental b) Países del Sur	61
a) Europa occidental y central-occidental b) Europa del este y centro este	64
c) Países nórdicos d) Países del Sur	64
Tabla 1.9 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol por sexo, edad y área geográfica en 2010	68
Tabla 1.10 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en %	81
Tabla 1.11 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en % en 2011 en los últimos 12 meses	83
Tabla 1.12 Evolución de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas	85
Tabla 1.13 Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)	85
Tabla 1.14 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)	90
Tabla 1.15 Prevalencia de uso de alcohol abusivo y dependencia alcohólica en 2012	93
Tabla 1.16 Evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años	95
Tabla 1.17 Evolución de las intoxicaciones etílicas de 1997 a 2009	95

Tabla 1.18 Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes)	97
Tabla 1.19 Número total de encuestados por grupos de edad, sexo e islas	103
Tabla 1.20 Prevalencias de consumo por sustancias en porcentajes (%)	107
Tabla 1.21 Prevalencia del consumo de alcohol	109
Tabla 1.22 Consumo de alcohol en las Islas Baleares por islas en porcentajes (%)	111
Tabla 1.23 Prevalencia del consumo de alcohol en España, Baleares e Ibiza-Formentera	112
Tabla 1.24 Edad media de inicio al consumo de alcohol según sexo y edad en las Islas Baleares	114
Tabla 1.25 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo y edad (%)	115
Tabla 1.26 Porcentaje (%) de borracheras por sexo y grupos de edad en los últimos 12 meses	118
Tabla 1.27 Porcentaje (%) de personas que han hecho <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días por sexo y edad	119
Tabla 1.28 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según sexo (porcentajes)	122
Tabla 1.29 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)	123
Tabla 1.30 Problemas asociados al consumo de alcohol experimentados al menos una vez en el último año (%)	123
Tabla 1.31 Interacciones que producen los fármacos en el alcohol	135
Tabla 1.32 Interacciones del consumo agudo de alcohol	136
Tabla 1.33 Comparativa diagnósticos DSM IV con DSM5 en los trastornos de alcohol	145
Tabla 1.34 Clasificación de fases del delirium tremens	155
Tabla 1.35 Clasificación de daño causado a terceros por el alcohol.	160
Tabla 1.36 Conductores positivos a alcohol con resultados positivos a otras drogas en España en 2013	165
Tabla 1.37 Peatones positivos a alcohol con resultados positivos a otras drogas en 2013	167
Tabla 1.38 Elementos de la historia clínica	172
Tabla 1.39 instrumentos específicos de evaluación de consumo de alcohol para población adulta	173
Tabla 1.40 Marcadores biológicos del consumo excesivo de alcohol	175
Tabla 1.41 Consejos prácticos de reducción del consumo en el bebedor de riesgo no dependiente	176
Tabla 1.42 Objetivos del tratamiento del alcoholismo	177
Tabla 1.43 Cálculo de UBE según el tipo y número de bebidas consumidas	198
Tabla 5.1 Descriptivos de la edad	211
Tabla 5.2 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo	212
Tabla 5.3 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios	212
Tabla 5.4 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol	212
Tabla 5.5 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la cantidad de alcohol	212
Tabla 5.6 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	213
Tabla 5.7 Descriptivos de los ml. de bebida	213
Tabla 5.8 Descriptivos de los ml. de bebida solo de las personas que beben	214
Tabla 5.9 Descriptivos de los ml. de alcohol	214
Tabla 5.10 Descriptivos de los ml. de alcohol/día	214
Tabla 5.11 Descriptivos de los ml. de alcohol solo de las personas que beben	214
Tabla 5.12 Descriptivos de los ml. de alcohol/día solo de las personas que beben	214
Tabla 5.13 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la puntuación de la escala	

de consumo	215
Tabla 5.14 Descriptivos del nº de UBE	216
Tabla 5.15 Descriptivos del nº de UBE categorizada	216
Tabla 5.16 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el sexo	216
Tabla 5.17 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios	217
Tabla 5.18 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo	217
Tabla 5.19 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO11)	218
Tabla 5.20 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el tipo de trabajo	218
Tabla 5.21 Descriptivos del nº de UBE categorizada según CNO11	218
Tabla 5.22 Descriptivos de GOT	219
Tabla 5.23 Descriptivos de GPT	219
Tabla 5.24 Descriptivos de GGT	219
Tabla 5.25 Descriptivos de colesterol	220
Tabla 5.26 Descriptivos de triglicéridos	220
Tabla 5.27 Descriptivos de LDL	220
Tabla 5.28 Descriptivos de HDL	220
Tabla 5.29 Descriptivos de IMC	221
Tabla 5.30 Frecuencias absolutas y relativas (%) de accidentes de trabajo o tráfico	222
Tabla 5.31 Frecuencias absolutas y relativas (%) de accidentes de trabajo o tráfico según UBE	222
Tabla 5.32 Frecuencias absolutas y relativas (%) de tratamientos por patologías	223
Tabla 5.33 Frecuencias absolutas y relativas (%) de tratamientos por patologías según UBE	223
Tabla 5.34 Datos del análisis bivariante entre el nº de UBE categorizada y el sexo	224
Tabla 5.35 Datos del análisis bivariante entre el nº de UBE categorizada y el cociente colesterol/HDL	237
Tabla 5.36 Datos del análisis bivariante entre el nº de UBE categorizada y el cociente LDL/HDL	239
Tabla 5.37 Descriptivo de datos de la puntuación en el AUDIT	243
Tabla 5.38 Descriptivos de los datos de la puntuación en el AUDIT categorizada según el sexo	243
Tabla 5.39 Resultados del análisis multivariante	245
Tabla 5.40 Descriptivos de la edad	247
Tabla 5.41 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo	247
Tabla 5.42 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios	247
Tabla 5.43 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la situación familiar	248
Tabla 5.44 Frecuencias absolutas y relativas (%) de presencia/ausencia de hijos	248
Tabla 5.45 Frecuencias absolutas y relativas (%) del arraigo socio-familiar	248
Tabla 5.46 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol	249
Tabla 5.47 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la cantidad de alcohol	249
Tabla 5.48 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	250
Tabla 5.49 Descriptivos de los ml. de bebida (población consumidora de alcohol)	250
Tabla 5.50 Descriptivos de los ml. de alcohol (población consumidora de alcohol)	250
Tabla 5.51 Descriptivos de los ml. de alcohol/semana (total) (población consumidora de alcohol)	251
Tabla 5.52 Descriptivos de los ml. de alcohol/día (total) (población consumidora de alcohol)	251
Tabla 5.53 Descriptivos de la puntuación de la escala de consumo (AUDIT)	251
Tabla 5-54 Descriptivos del nº de UBE semanal	252
Tabla 5.55 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal	252
Tabla 5.56 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios	252

Tabla 5.57 Frecuencias absolutas y relativas (%) la situación socio-laboral	253
Tabla 5.58 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según CIUO 2011	254
Tabla 5.59 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la clase social según CIUO 2011	254
Tabla 5.60 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo	254
Tabla 5.61 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según la clase social	
CIUO-11	255
Tabla 5.62 Frecuencias absolutas y relativas (%) de otras adicciones	256
Tabla 5.63 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y UBE (semanal)	256
Tabla 5.64 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de adicciones	257
Tabla 5.65 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas	257
Tabla 5.66 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los pacientes con pluripatologías	257
Tabla 5.67 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas de los pacientes que tienen solo una patología	258
Tabla 5.68 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los tratamientos	258
Tabla 5.69 Descriptivos del tiempo (en años) de seguimiento en USM	258
Tabla 5.70 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tiempo de seguimiento en USM.	259
Tabla 5.71 Resultados de la inferencia estadística de los modelos 1 y 2.	271
Tabla 5.72 Descriptivos de la edad	272
Tabla 5.73 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo	272
Tabla 5.74 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios	272
Tabla 5.75 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la situación familiar	273
Tabla 5.76 Frecuencias absolutas y relativas (%) de presencia/ausencia de hijos	273
Tabla 5.77 Frecuencias absolutas y relativas (%) del arraigo socio-familiar	273
Tabla 5.78 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol	274
Tabla 5.79 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la cantidad de alcohol	274
Tabla 5.80 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	274
Tabla 5.81 Descriptivos de los ml. de bebida	275
Tabla 5.82 Descriptivos de los ml. de alcohol	275
Tabla 5.83 Descriptivos de los ml. de alcohol/semana	275
Tabla 5.84 Descriptivos de los ml. de alcohol/día (total) (población bebedora)	275
Tabla 5.85 Descriptivos de la puntuación de la escala de consumo (AUDIT) en la actualidad	276
Tabla 5.86 Puntuación de la escala de consumo (AUDIT)	276
Tabla 5.87 Descriptivos del nº de UBE semanal	276
Tabla 5.88 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal	276
Tabla 5.89 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios	277
Tabla 5.90 Frecuencias absolutas y relativas (%) la situación socio-laboral	278
Tabla 5.91 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según CIUO 2011	278
Tabla 5.92 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la clase social según CIUO 2011	279
Tabla 5.93 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo	279
Tabla 5.94 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según la clase social	
CIUO-11	279
Tabla 5.95 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y UBE (semanal)	280
Tabla 5.96 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y UBE (semanal)	280
Tabla 5.97 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de adicciones	281
Tabla 5.98 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de adicciones (se incluye sólo a los pacientes que responden "si" en la tabla 5.95)	281
Tabla 5.99 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas	282
Tabla 5.100 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los pacientes con pluripatologías	282

Tabla 5.101 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas de los pacientes que tienen solo una patología	282
Tabla 5.102 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los tratamientos	283
Tabla 5.103 Descriptivos del tiempo (en años) de seguimiento en USM.	283
Tabla 5.104 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tiempo de seguimiento en USM	283
Tabla 5.105 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tiempo de abandono del consumo de alcohol	283
Tabla 5.106 Frecuencias absolutas y relativas (%) del motivo de abandono del alcohol	284
Tabla 5.107 Frecuencias absolutas del motivo y tiempo de abandono del alcohol	284
Tabla 5.108 Frecuencias absolutas del motivo de abandono del alcohol según el tiempo de seguimiento en USM	285
Tabla 5.109 Frecuencias absolutas del tiempo de abandono del alcohol según el tiempo de seguimiento en USM	285
Tabla 5.110 Descriptivos de la edad	299
Tabla 5.111 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo según grupos	300
Tabla 5.112 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios según grupos	301
Tabla 5.113 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según grupos	302
Tabla 5.114 Descriptivos del nº de UBE	302
Tabla 5.115 Descriptivos de la escala AUDIT	303
Tabla 5.116 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	305
Tabla 5.117 Descriptivos de las UBE en pacientes ansiosos-depresivos	306
Tabla 5.118 Descriptivos de la edad	308
Tabla 5.119 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo según grupos	309
Tabla 5.120 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios según grupos	310
Tabla 5.121 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según grupos	311
Tabla 5.122 Descriptivos del nº de UBE	311
Tabla 5.123 Descriptivos de la escala AUDIT	312
Tabla 5.124 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol	314
Tabla 5.125 Descriptivos de las UBE en pacientes ansiosos-depresivos	315

INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol tiene una elevada prevalencia en la sociedad en general. Su consumo crónico es uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de los individuos. Junto a otros aspectos del estilo de vida, como el consumo de tabaco, sustancias de abuso, actividad física y factores relacionados con la alimentación y la nutrición, constituye uno de los principales determinantes de la salud, desde una perspectiva epidemiológica en cuanto a la relación salud-enfermedad, habiendo sido objeto tradicional de estudio desde perspectivas diferentes y en colectivos poblacionales diversos (Salleras Sanmartí, Bach Bach, 1998).

1.1 Conceptos generales del consumo de alcohol

1.1.1 Definición de alcohol

Alcoholes son aquellos compuestos químicos orgánicos que contienen un grupo hidroxilo (-OH) en sustitución de un átomo de hidrógeno enlazado de forma covalente a un átomo de carbono. Constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos. En la naturaleza existen gran cantidad de alcoholes, pero el alcohol que consumen los humanos es el etanol etilalcohol o alcohol etílico. Se trata de un líquido claro, incoloro, de sabor urente y olor fuerte, volátil, fácilmente inflamable dando una llama azulada y poco luminosa.

Al estar compuesto por una pequeña cadena de dos átomos de carbono, cada uno con una saturación distinta de sus cuatro valencias, tiene la

propiedad de diluirse tanto en agua como en grasas, teniendo la característica de infinita solubilidad en agua y miscible en cloroformo y éter.

Su fórmula química es $\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{OH}$.

Se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas (frutas, hortalizas y cereales) por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%.

Para lograr mayor porcentaje de alcohol, o bien se le añade de forma extra, o se utiliza el proceso de destilación. Así se consigue que el contenido o graduación alcohólica se vaya incrementando.

El alcohol no es transformado por los jugos digestivos ni de estómago ni de intestino, si no que pasa a sangre directa y rápidamente, sobre todo en ayunas. Desde la sangre se difunde a todos los tejidos del organismo, siendo metabolizado únicamente en el hígado mediante una enzima llamada alcoholdehidrogenasa (Freixa, 1976).

El valor nutritivo del alcohol es de 7,1 Kcal./gramo, sin acompañarse de ningún aporte en forma de minerales, proteínas o vitaminas (Álvarez y Del Río, 2001).

1.1.2 Unidad de Bebida Estándar (UBE). Cálculo del consumo de alcohol

La Unidad de Bebida Estándar (UBE) es la forma rápida de calcular el consumo de alcohol. Es un sistema ideado para medir de forma estandarizada el consumo diario de alcohol de una persona (Edwards, Marshall, Cook, 2003). En España se determinó por SOCIDROGALCOHOL que una UBE equivale a unos 10 gr. de alcohol puro (Rodríguez Martos et al., 1999). En Estados Unidos las bebidas reflejan su contenido alcohólico en gramos de etanol/100ml de bebida en vez de ml. de etanol/100ml de bebida(ml%) como hacen como casi todos los demás países, por lo que sus guarismos son un 20% inferiores

La fórmula resultante es:

Gramos de alcohol puro = Centímetros cúbicos x graduación alcohólica x 0,8/100

Así el valor del nº de UBE varía en función de la cantidad de alcohol presente en la bebida y de la cantidad de bebida. Por ejemplo un vaso de vino de mesa (100 ml.) es una UBE, al igual que una caña de cerveza (250 ml.) (Echeburúa, 2001).

Habitualmente todas las consumiciones que se sirven suelen tener la misma cantidad de etanol, entre 10-12 gr. de alcohol puro, (una UBE). Así 100 ml. de vino equivale a 200 ml. de cerveza o 50 ml. de bebidas destiladas o 100 ml. de vermut, y todos tiene aproximadamente 10-12 gr. de alcohol que es una UBE.

1.1.3 Tipología del consumo de alcohol. Clasificación de los consumos (consumo de riesgo, y *binge drinking*)

a) Consumo de riesgo

Para ser considerado un bebedor de riesgo la ingesta de alcohol diaria ha de ser superior a 40 g de etanol en hombres (5 UBE aproximadamente) y superior a 20 g (3 UBE aproximadamente) en mujeres. Si se realiza el cálculo de manera semanal serían 28 UBE para los hombres y 17 UBE para las mujeres. Según la OMS también consumos esporádicos de cantidades superiores a 60 g de alcohol implican un consumo de riesgo (OMS, 2002).

b) Atracón o *binge drinking*

Este tipo de consumo es aquel en el que la persona toma mucha cantidad de alcohol en poco tiempo (6 UBE por ejemplo), en una sola ocasión o en un periodo corto de tiempo (horas) y al menos una vez al mes (Comisión clínica, 2007).

El consumir grandes cantidades en una única sesión, habitualmente los fines de semana, con gran velocidad, intermitencia y reiteración son características claves para describir este patrón (Courtney, Polich, 2009).

Aunque parezca que el consumo en los jóvenes es consumo de riesgo por ser de este tipo, cualquier consumo de alcohol en menores se considera como un consumo de riesgo (Anderson, Baumberg, 2006).

1.2 Situación actual del consumo de alcohol en el mundo

Las bebidas alcohólicas se consumen ampliamente en todo el mundo. La mayoría de la población adulta tiene un patrón de consumo de bajo riesgo, ya que habitualmente o se abstiene por completo, o consume de forma esporádica. A pesar de esto existen personas que presentan patrones lesivos de consumo de alcohol que van desde el bebedor diario de gran cantidad, al consumo de riesgo ocasional/social. Esta situación crea importantes problemas de salud pública y de seguridad en casi todos los países (OMS, 2014).

1.2.1 Prevalencia del consumo de alcohol

La principal fuente de datos para la información sobre el consumo de alcohol a nivel mundial es el Global Information System on Alcohol and Health (GISAH), que recoge más de 200 indicadores distribuidos en siete categorías:

- Producción de alcohol y disponibilidad.
- Niveles de consumo.
- Patrones de consumo.
- Consecuencias y daños.
- Aspectos económicos.
- Políticas de control.

- Recursos para prevención y tratamiento.

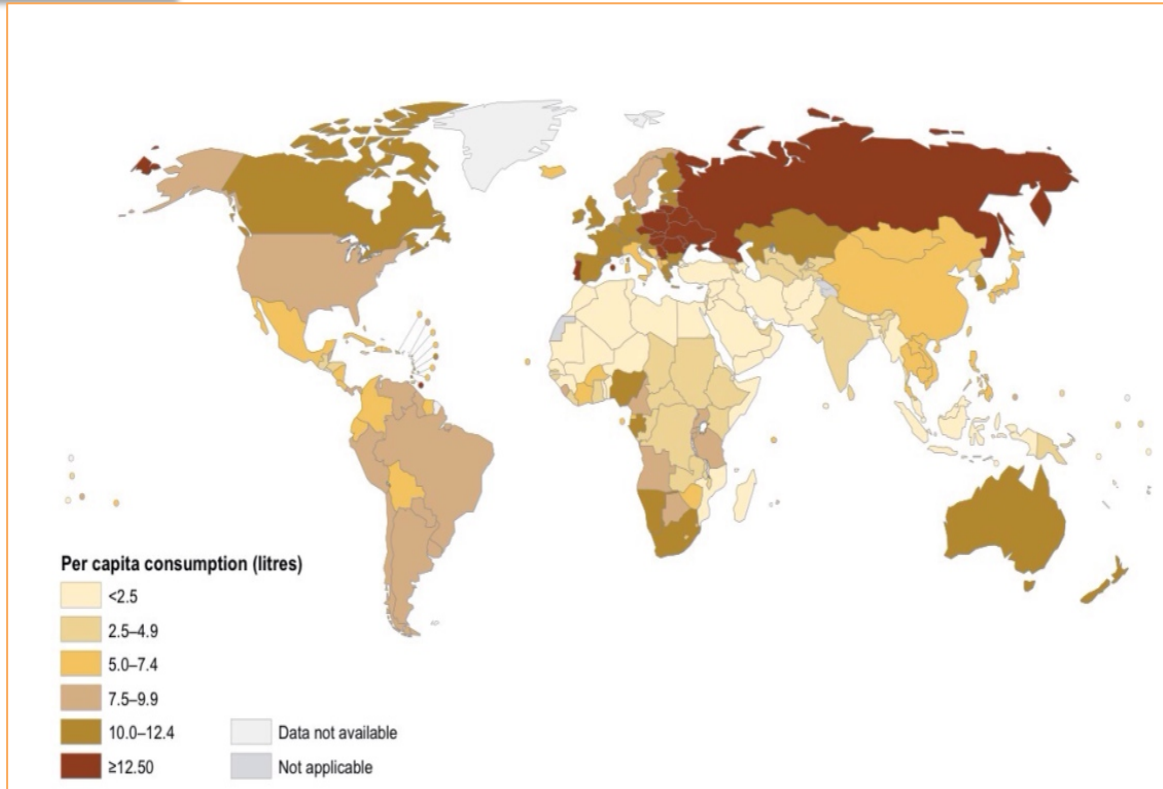
Revisando los datos referidos a 2010 se observa que el consumo mundial *per cápita* de bebidas alcohólicas en dicho año equivalía a 6,2 litros de alcohol puro consumido por cada persona de 15 años o mayor. Una gran parte de este consumo (un 24,8 % o 1,54 litros por persona) se realiza en forma de alcohol de producción casera, con un mayor riesgo de daño debido a impurezas o contaminantes desconocidos y potencialmente peligrosos en estas bebidas.

Sin embargo existe una gran variación en el consumo por habitante adulto en las diferentes zonas del planeta (Figura 1.1).

Los niveles de consumo más altos se encuentran en el mundo desarrollado, sobre todo el hemisferio norte, destacando en el hemisferio Sur Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Los niveles de consumo medio se pueden encontrar en la región del Pacífico occidental y África.

Los niveles bajos de consumo se encuentran en los países del norte de África y el África subsahariana, la región del Mediterráneo Oriental, y Asia meridional y el Océano Índico. Estas regiones representan grandes poblaciones de musulmanes, que tienen altas tasas de abstemios.

Figura 1.1 Consumo total de alcohol por adulto (>15) en litros puros de alcohol por países en el 2010



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014.

El consumo de alcohol no registrado representa un importante problema tanto para la medición de la verdadera naturaleza del consumo mundial de alcohol como para valorar y prevenir la repercusión en salud.

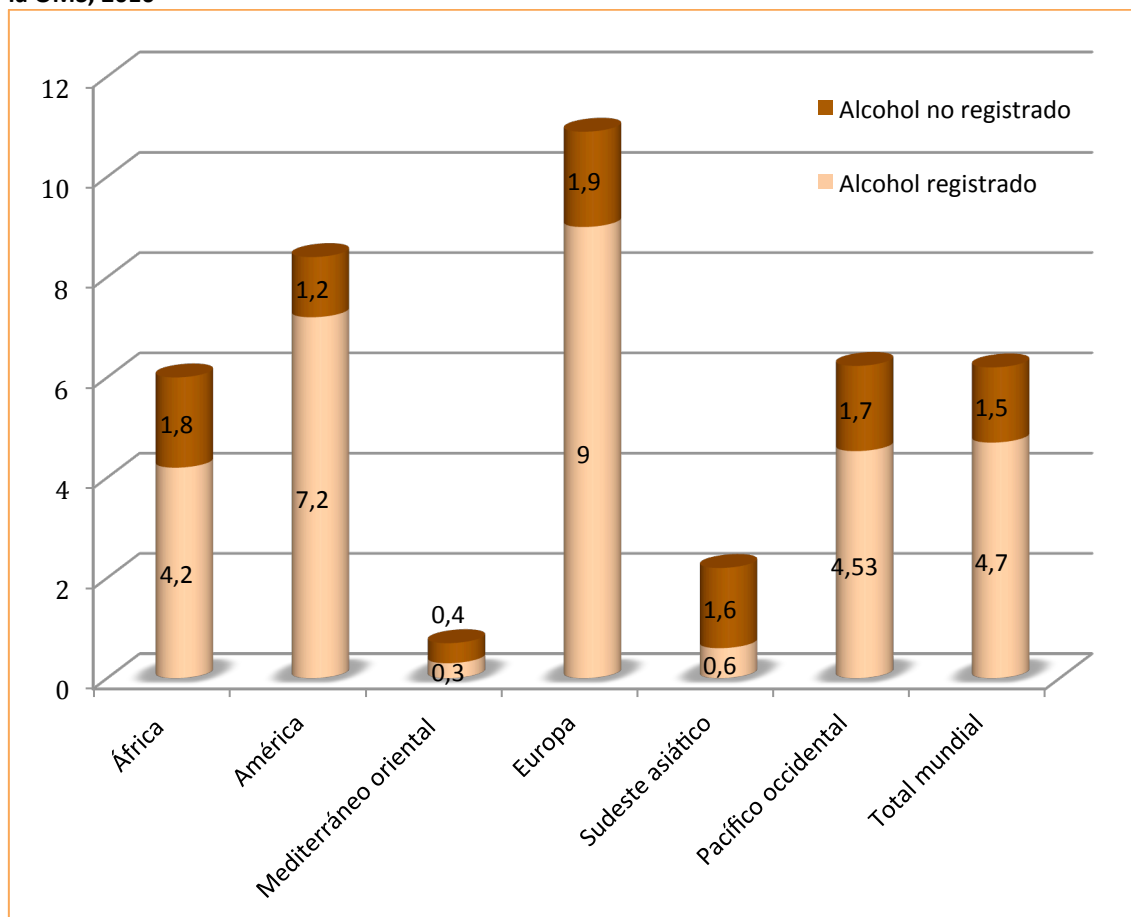
El alcohol no registrado se refiere al alcohol que no se grava y está fuera del sistema habitual de control gubernamental, ya que se produce, distribuye y vende fuera de los canales formales. Por lo tanto incluye tanto el alcohol para consumo propio o de producción informal (legal o ilegal), como el alcohol de contrabando, alcohol destinado a usos industriales o médicos, alcohol obtenido a través de las compras transfronterizas, o el consumo de alcohol por parte de los turistas. Los datos se recogen en la tabla 1.1.

Tabla 1.1 Consumo adulto *per cápita* total, no registrada y la proporción de consumo de alcohol *per cápita* no registrada en el consumo de alcohol *per cápita* total, en litros de alcohol puro, por región de la OMS, 2010

	Consumo de alcohol per cápita	Consumo de alcohol no registrado per cápita	Proporción de consumo de alcohol per cápita no registrada de consumo de alcohol per cápita total
África	6.0	1.8	30
América	8.4	1,2	14,28
Mediterráneo oriental	0.7	0.4	57,14
Europa	10.9	1,9	17,43
Sudeste asiático	2.20	1.6	72,7
Pacífico occidental	6.23	1.7	27,3
Total mundial	6.2	1.5	24,2

Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014.

Gráfica 1.1 Consumo adulto *per cápita* total, no registrada y la proporción de consumo de alcohol *per cápita* no registrada en el consumo de alcohol *per cápita* total, en litros de alcohol puro, por región de la OMS, 2010



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

Como se puede ver, el mayor consumo de alcohol no registrado en cifras absolutas se asocia con niveles relativamente altos de consumo total de alcohol, teniendo Europa las mayores cifras de consumo. Por el contrario, si se estima el consumo no registrado de alcohol en porcentaje, este se ve aumentado en las regiones con menor consumo total de alcohol. Esto significa que cuanto menor es el consumo de alcohol, mayor es la proporción de alcohol hecho en casa o producido ilegalmente. El consumo global de alcohol es más bajo en el Mediterráneo Oriental y Sudeste asiático, regiones donde el consumo de bebidas hechas en casa o producidos ilegalmente es 57,14% y 72,7%.

Existe una fuerte asociación negativa entre consumo total y la proporción de consumo no registrado en el consumo total. Parece ser que en los países donde el consumo de alcohol es bajo, a menudo los países más pobres o en desarrollo, gran parte de este alcohol es hecho en casa o producido de forma ilegal, por lo tanto alcohol más barato y accesible al consumidor. En los países desarrollados el consumo de alcohol es más alto, pero la mayor parte es alcohol producido legalmente y más fácilmente controlable.

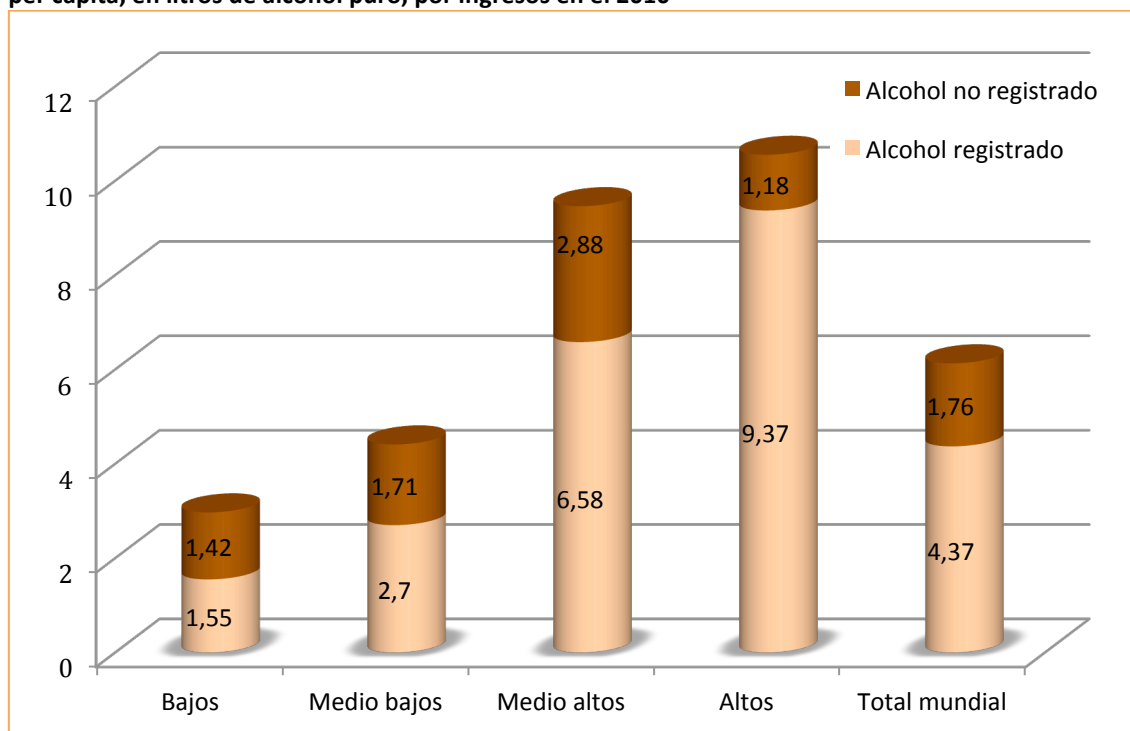
Otro factor en el consumo de alcohol no registrado es el estatus económico medido mediante el nivel de ingresos de un país, como se observa en la tabla 1.2. A mayor nivel de ingresos en la población consumidora, mayor nivel de consumo de alcohol y menos proporción de alcohol no registrado consumido, excepto en la Región del Mediterráneo Oriental, donde el consumo de alcohol es, generalmente, muy baja.

Tabla 1.2 Consumo de alcohol entre adultos *per cápita* no registrada y la proporción de no registrados consumo de alcohol entre adultos *per cápita* del total consumo de alcohol entre adultos *per cápita*, en litros de alcohol puro, por ingresos en el 2010

Ingresos	Consumo de alcohol <i>per cápita</i>	Consumo de alcohol <i>per cápita</i> no registrada	Proporción de consumo de alcohol <i>per cápita</i> no registrada del consumo de alcohol <i>per cápita</i> total
Bajos	2.97	1.42	47.9
Medio bajo	4.41	1.71	38.9
Medio alto	9.46	2.88	30.5
Alto	10.55	1.18	11.2
Total consumo Mundial	6.13	1.76	28.7

Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014

Gráfica 1.2 Consumo de alcohol entre adultos *per cápita* no registrada y la proporción de no registrados consumo de alcohol entre adultos *per cápita* del total consumo de alcohol entre adultos *per cápita*, en litros de alcohol puro, por ingresos en el 2010



Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014

1.2.2 Tipos de bebidas

Como se aprecia en la tabla 1.3 y en la gráfica 1.3, el tipo de bebidas alcohólicas consumidas son diferentes en distintas partes del mundo. Los destilados son las bebidas más consumidas en términos de litros de alcohol puro en Asia y países de Europa oriental. El vino constituye la mayor proporción de alcohol que se consume en países europeos y países sudamericanos productores de vino.

Tabla 1.3 Distribución del consumo de alcohol entre adultos *per cápita* en las zonas de la OMS en el 2010

	Cerveza	Vino	Destilado	Otras
África	33.7	6.7	7.9	51.6
América	55.3	11.7	32.6	0.4
Mediterráneo oriental	41.5	10.3	39.5	8.7
Europa	39.9	25.7	32.9	1.5
Sudeste asiático	22.3	0.4	77,3	0
Pacífico occidental	31.5	3.3	61.2	3.9
Total mundial	34.8	8.0	50.1	7.1

Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014

En el África subsahariana, que tiene los niveles generalmente más bajos de consumo de alcohol, se consumen bebidas distintas del vino, la cerveza y los destilados.

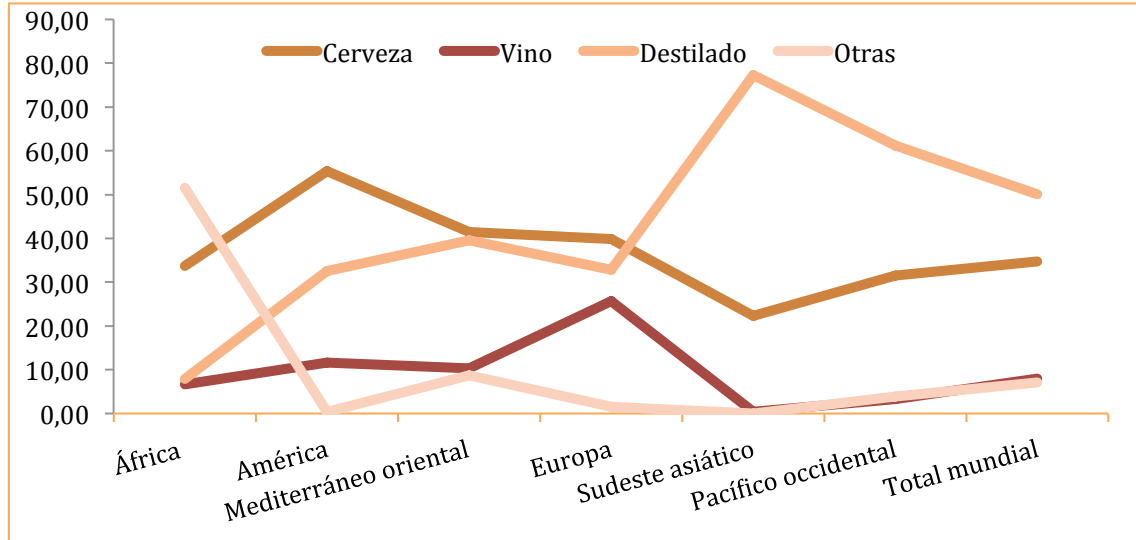
En el resto del mundo, incluyendo la mayor parte del hemisferio occidental, el norte de Europa, muchos países de África y Australia, la bebida más consumida en términos de litros de alcohol puro, es la cerveza.

A nivel mundial, el 50.1% de alcohol total registrado se consume en forma de destilados y el 34,8% de alcohol total registrado en la forma de cerveza.

El mayor consumo de cerveza se encuentra en América (el 55,3%).

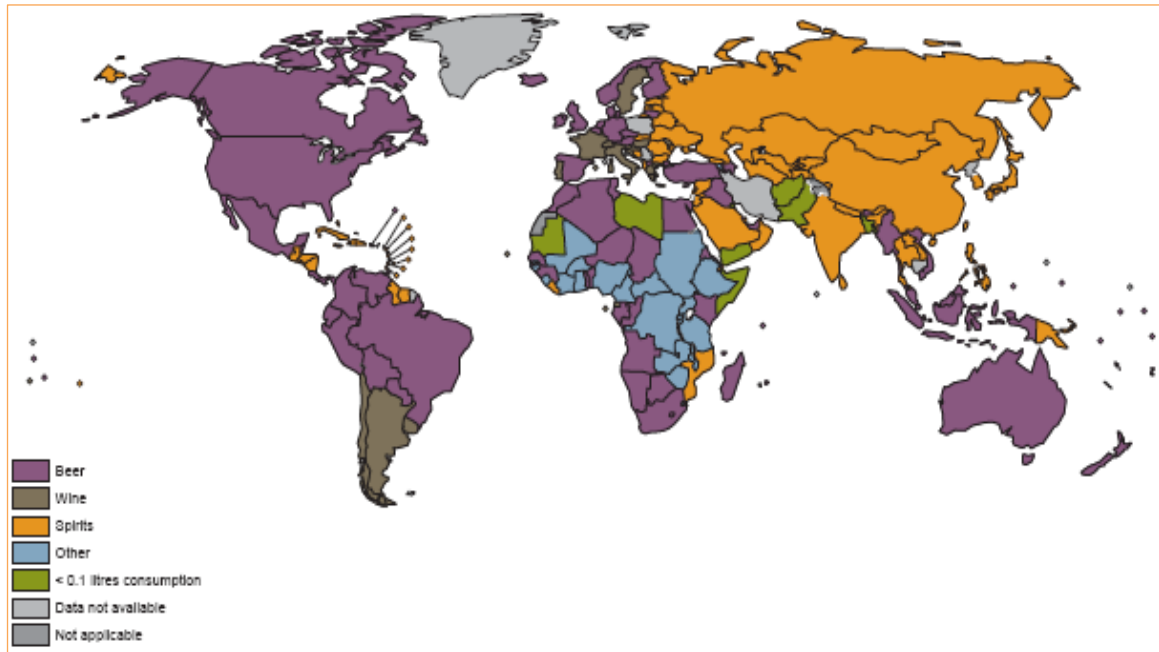
Hay países como la Federación Rusa, que muestran alto consumo tanto de cerveza, como de destilados. El consumo de vino a nivel mundial es bastante bajo (8,0%), consumiéndose mayoritariamente en la región Europea (25,7%) y América (11,7%).

Gráfica 1.3 Distribución del consumo de alcohol entre adultos *per cápita* en las zonas de la OMS en el 2010



Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014.

Figura 1.2 Tipo de alcohol consumido por país en el año 2005

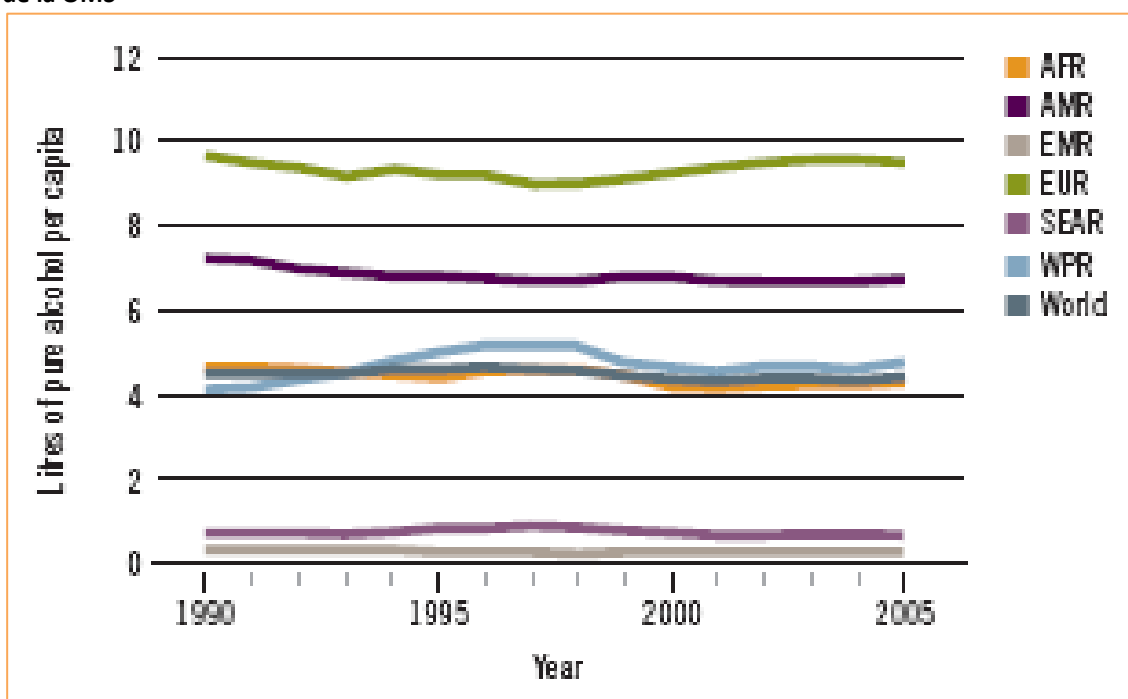


Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2011.

1.2.3 Perspectivas para la prevalencia consumo de alcohol

A lo largo del tiempo el consumo de alcohol se ha mantenido estable, en torno a los 4.3–4.7 litros desde 1990 hasta 2005 como se muestra en la gráfica 1.4 (OMS, 2011). Actualmente la tendencia es al alza (figura 1.3) sobre todo por el aumento de consumo en China e India.

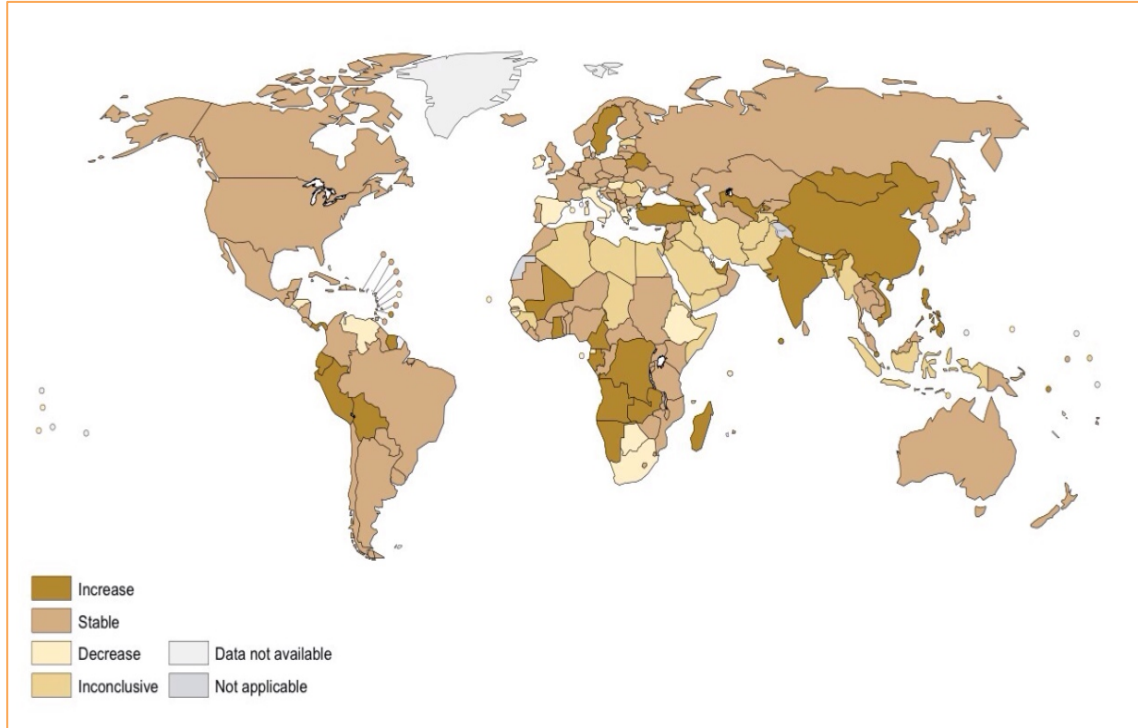
Gráfica 1.4 Consumo de alcohol entre adultos *per cápita* desde 1990 hasta el año 2005 en las regiones de la OMS



Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2011.

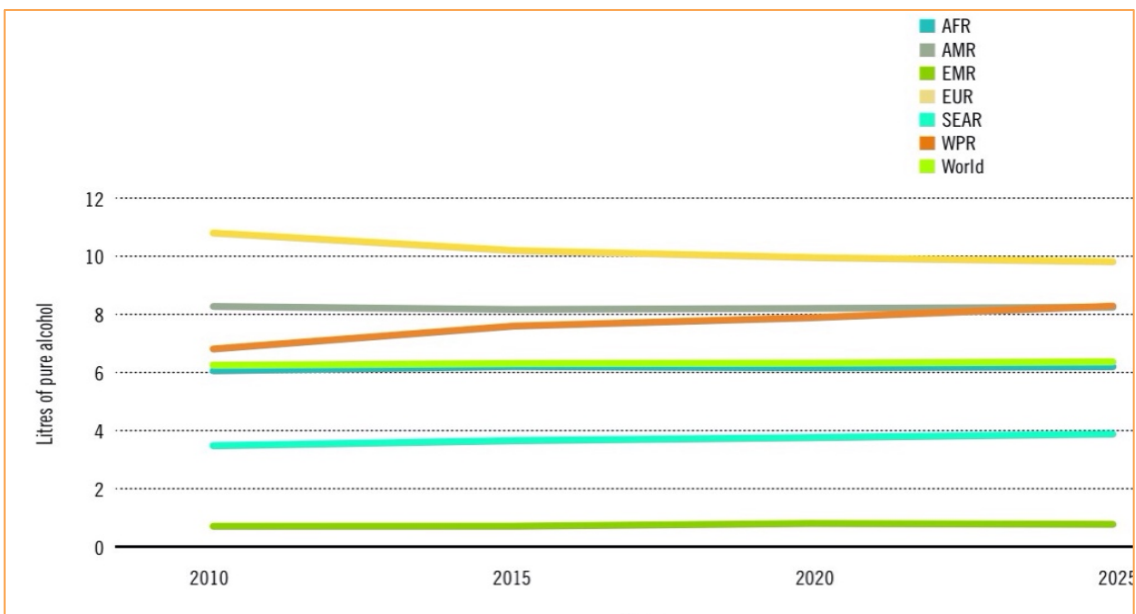
Las expectativas de consumo de alcohol según la OMS es que a nivel mundial se mantenga estable porque el aumento en la zona del Pacífico occidental, (sobre todo China), América y el sudeste asiático se compensará con el descenso del consumo en Europa, que seguirá siendo la mayor consumidora del mundo a pesar del descenso calculado en 0,6 litros *per cápita*.

Figura 1.3 Cambio en los registros de consumo de alcohol per cápita (>15 años) entre 2006 y 2010



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014.

Gráfica 1.5 Expectativa de consumo de alcohol entre adultos *per cápita* desde 2010 hasta el año 2025 en las regiones de la OMS



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

El incremento, estabilidad o descenso del consumo desde 2001 hasta 2005 se puede apreciar en la tabla 1.4 donde se puede observar que en todas las

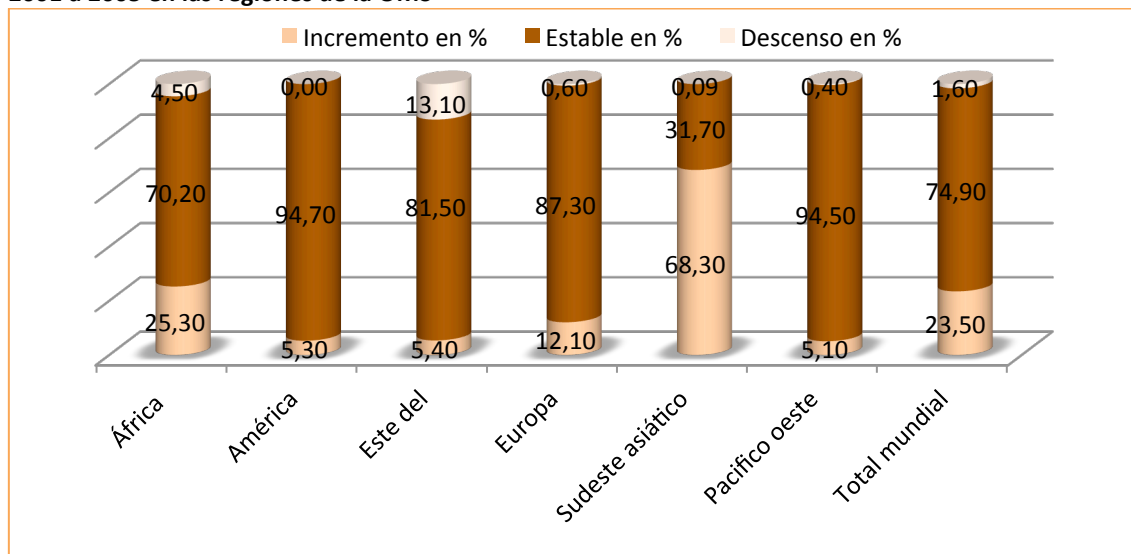
regiones del mundo, excepto en el Mediterráneo Oriental, el incremento supera al descenso, pero que la tendencia mayor es hacia la estabilidad excepto en el sudeste asiático y en África donde el incremento es muy notable.

Tabla 1.4 Estimación las tendencias en el consumo de alcohol entre adultos *per cápita* registrado de 2001 a 2005 en las regiones de la OMS

	Incremento en %	Estable en %	Descenso en %
África	25,3	70,2	4,5
América	5,3	94,7	0,0
Este del Mediterráneo	5,4	81,5	13,1
Europa	12,1	87,3	0,6
Sudeste asiático	68,3	31,7	<0,1
Pacifico oeste	5,1	94,5	0,4
Total mundial	23,5	74,9	1,6

Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2011.

Gráfica 1.6 Estimación las tendencias en el consumo de alcohol entre adultos *per cápita* registrado de 2001 a 2005 en las regiones de la OMS



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2011.

1.2.4 Incidencia del consumo de alcohol en la salud

El riesgo que el consumo de bebidas alcohólicas supone para la salud a nivel mundial se sitúa en 3,3 millones de muertes al año, pero si se toman en cuenta

los posibles beneficios que supone para algunos grupos concretos, la mortalidad disminuiría a 2,25 millones de muertes al año (OMS, 2011).

En la CIE 10 hay más de 30 códigos de enfermedades en el que se nominaliza directamente al alcohol y más de 200 en aquellos códigos en los que el alcohol es una causa principal.

Tabla 1.5 Principales códigos de la CIE 10 referidos al alcohol

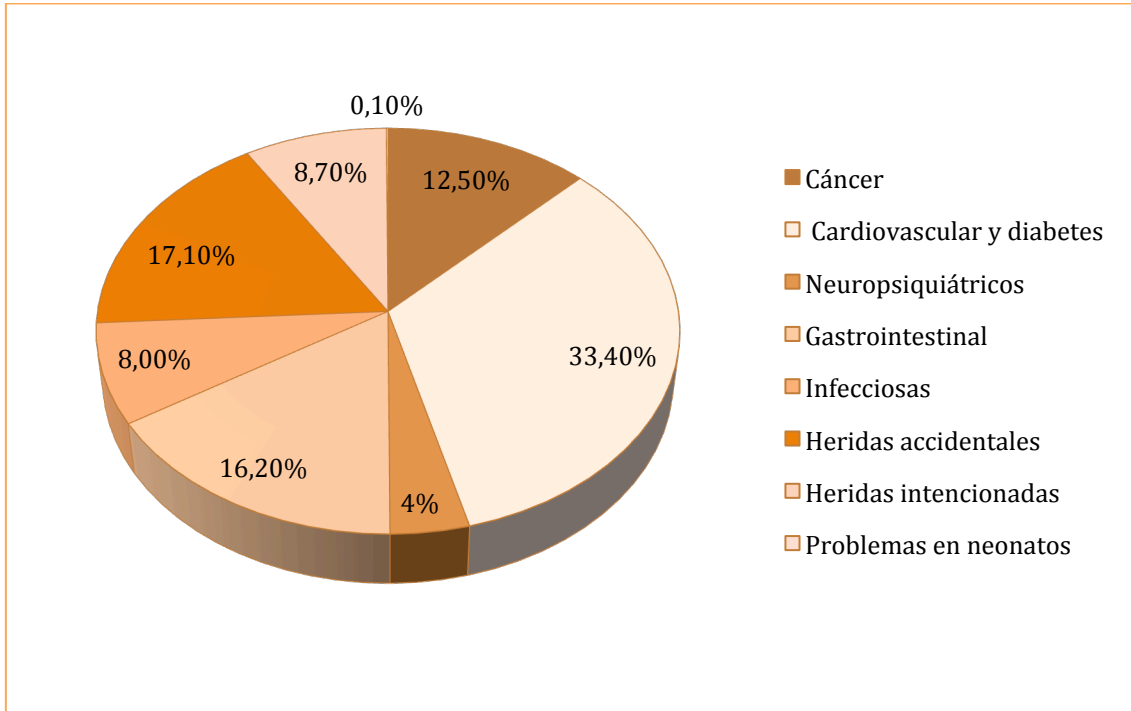
E24.4	Síndrome de pseudo-Cushing inducido por alcohol
E52	Deficiencia de niacina [pelagra]
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
G31.2	Degeneración del sistema nervioso debida al alcohol
	Ataxia cerebelosa alcohólica
	Degeneración cerebelosa alcohólica
	Degeneración cerebral alcohólica
	Encefalopatía alcohólica
	Disfunción del sistema nervioso autónomo debida al alcohol
G40.5	Ataques epilépticos relacionados con alcohol
G62.1	Polineuropatía alcohólica
G72.1	Miopatía alcohólica
I42.6	Cardiomiopatía alcohólica
K29.2	Gastritis alcohólica
K70.0	Hígado alcohólico adiposo
K70.1	Hepatitis alcohólica
K70.2	Fibrosis y esclerosis del hígado, alcohólica
K70.3	Cirrosis hepática alcohólica
K70.4	Insuficiencia hepática alcohólica
K85.2	Pancreatitis aguda inducida por alcohol
K86.0	Pancreatitis crónica inducida por el alcohol
O35.4	Atención materna por (presunta) lesión al feto debida al alcohol
P04.3	Feto y recién nacido afectados por alcoholismo de la madre
Q86.0	Síndrome fetal (dismórfico) debido al alcohol
T51	Efecto tóxico del alcohol
X45	Envenenamiento accidental por, y exposición al alcohol
Y15	Envenenamiento por, y exposición al alcohol, de intención no determinada
Z81.1	Historia familiar de abuso de alcohol

Fuente ICD10 on line <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

Aproximadamente el 5,9% de las muertes acaecidas en el mundo durante el año 2012 son atribuibles al alcohol (7,6% para hombres y 4% para mujeres).

En la gráfica 1.7 se indican los grupos de enfermedades directamente atribuibles al consumo de alcohol. Se puede observar como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes junto con las gastrointestinales suman casi el 50% de los 3,3 millones de muertes.

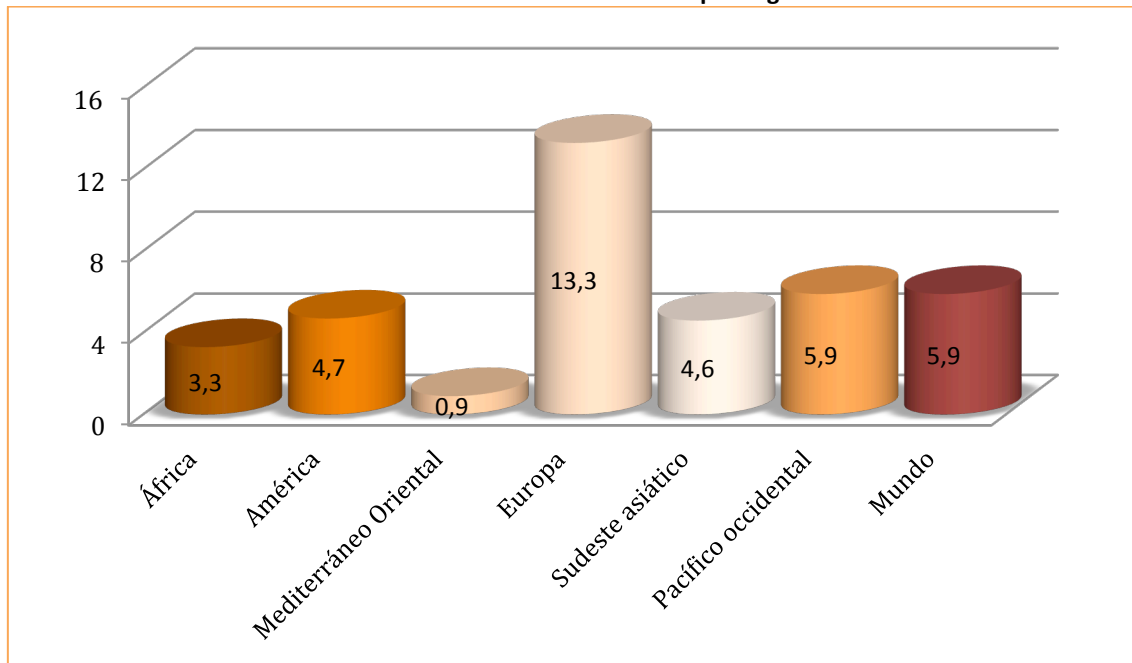
Gráfica 1.7 Distribución de las muertes causadas por enfermedades o accidentes atribuibles al alcohol en 2012



Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014.

La cantidad de alcohol consumido y el patrón de consumo dan lugar a tres mecanismos básicos de daño (Rehm et al., 2003): efectos tóxicos del alcohol en tejidos y órganos, intoxicación y dependencia.

Asimismo el consumo de alcohol ilegal (con metanol y otros productos tóxicos) tiene impacto mayor sobre morbilidad y mortalidad. Como se aprecia en la gráfica 1.8.

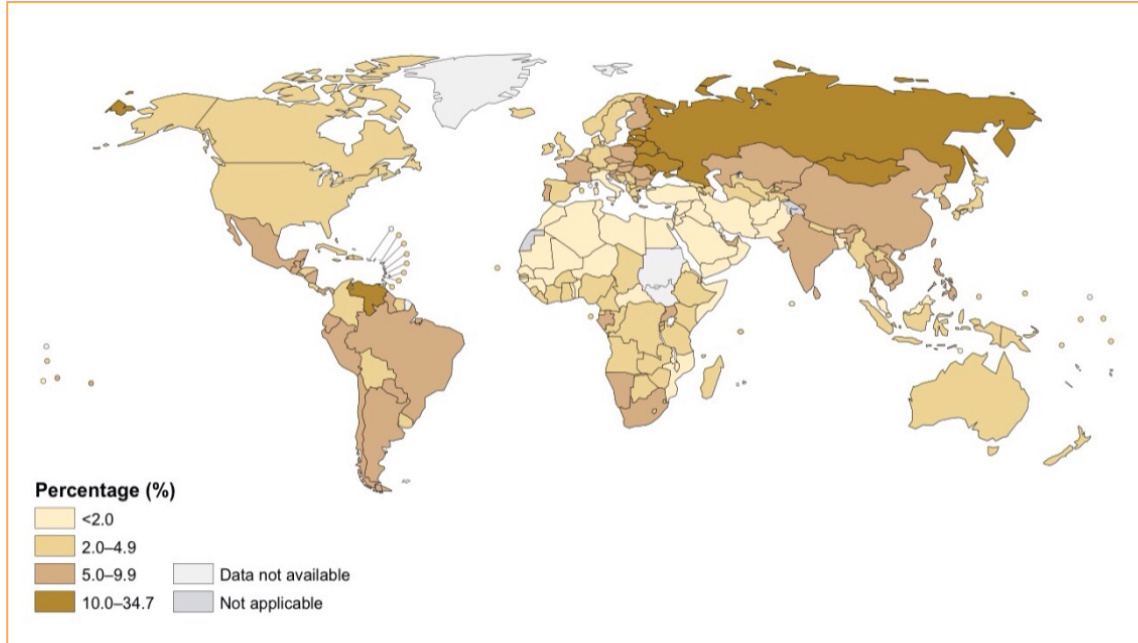
Gráfica 1.8 Muertes atribuibles al alcohol del total de muertes por región de la OMS en 2012

Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

La proporción de muertes atribuibles al alcohol del total de muertes varía mucho de una región a otra. En la Figura 1.4 se aprecia el porcentaje de muertes atribuibles al alcohol del total de muertes por países. La zona de más riesgo son los países de Europa del este, que presentan patrones y niveles de consumo de alto riesgo.

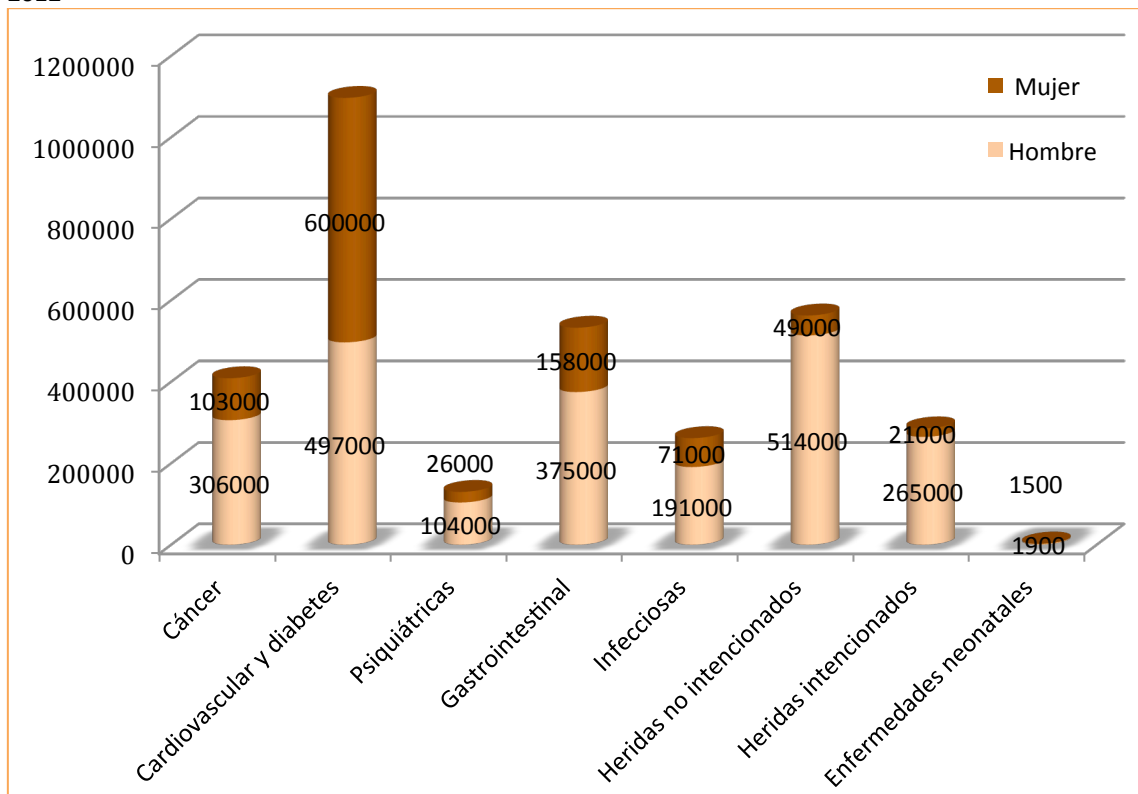
Las bajas muertes atribuibles al alcohol en África puede deberse a la elevada mortalidad prematura.

Figura 1.4 Porcentaje de muertes atribuibles al alcohol del total de muertes por países en 2012



Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014.

Gráfica 1.9 Muertes atribuibles al alcohol, distribución por sexo y por tipología de enfermedad en 2012



Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014.

La diferencia de sexo también influye en la mortalidad indicando la diferencia de los patrones de consumo y el volumen de consumo, como se observa en la tabla 1.6.

Tabla 1.6 Muertes atribuibles al alcohol, distribución por sexo y por tipología de enfermedad en 2012

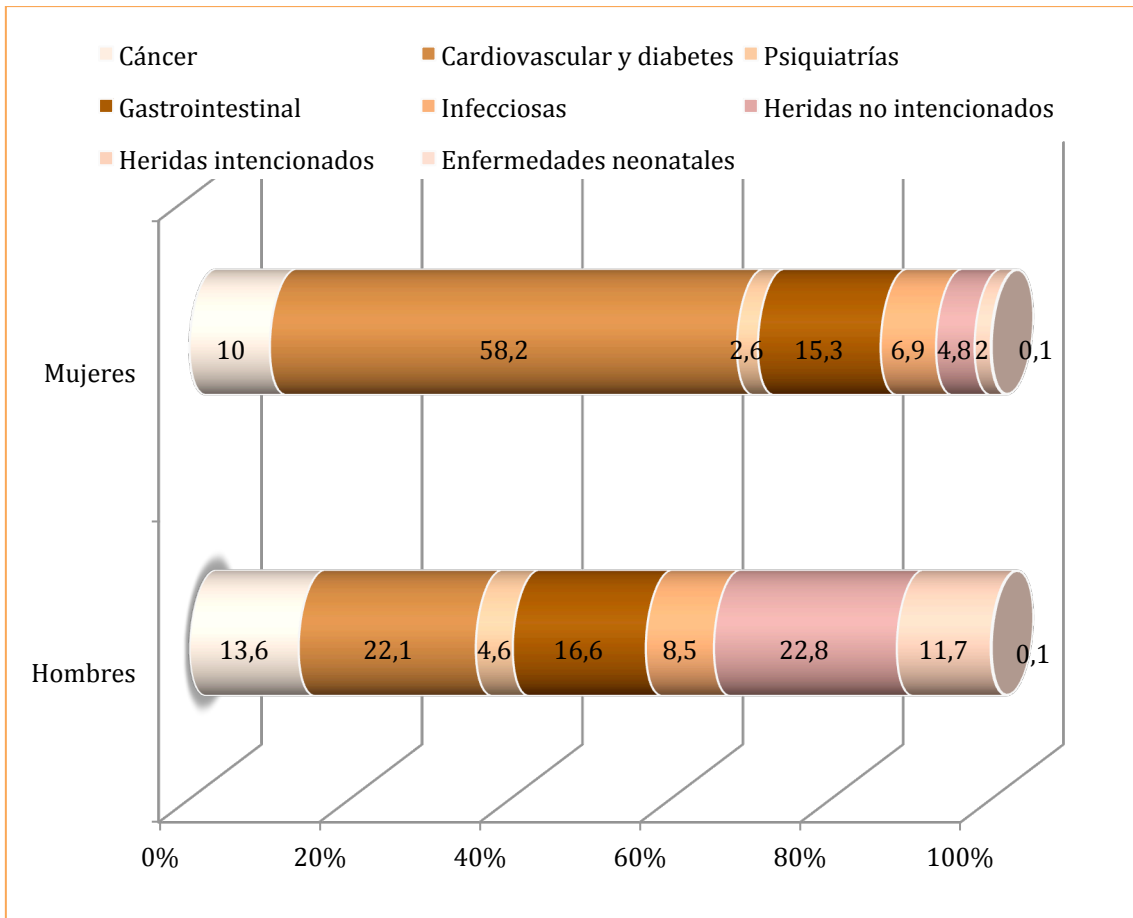
	Muertes atribuibles al alcohol			Distribución en categorías diagnósticas (%)		
	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres
Cáncer	410000 (5.0)	306000 (6.6)	103000 (2.9)	12.5	13.6	10.0
Cardiovascular y diabetes	1098000 (5.2)	497000 (5.3)	600000 (6.2)	33.4	22.1	58.2
Psiquiátricas	131000 (7.8)	104000 (13.4)	26000 (2.9)	4.0	4.6	2.6
Gastrointestinal	533000 (23.6)	375000 (28.1)	158000 (17.2)	16.2	16.6	15.3
Infecciosas	262000 (2.8)	191000 (3.8)	71000 (1.6)	8.0	8.5	6.9
Heridas no intencionados	563000 (15.2)	514000 (21.0)	49000 (3.7)	17.1	22.8	4.8
Heridas intencionados	285000 (20.0)	265000 (25.8)	21000 (5.2)	8.7	11.7	2.0
Enfermedades neonatales	3500 (0.1)	1900 (9.1)	1500 (0,1)	0.1	0.1	0.1
Total	3285000 (5.9)	2255000 (7.6)	1031000 (4.0)	100	100	100

Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014.

Las evidencias apuntan a un vínculo directo entre consumo de alcohol y tuberculosis (Lönnroth et al., 2008) y entre consumo de alcohol e infección por VIH (Baliunas et al., 2009). Además el consumo de alcohol se relaciona con la falta de adherencia al tratamiento antiretroviral (Hendershot et al., 2009).

El hecho de que existan distintos modelos de consumo, distintos tipos de bebidas, distintas características sociales y culturales en cada región hace que la morbilidad y la mortalidad varíen mucho, sin depender únicamente del consumo de alcohol entre adultos *per cápita*.

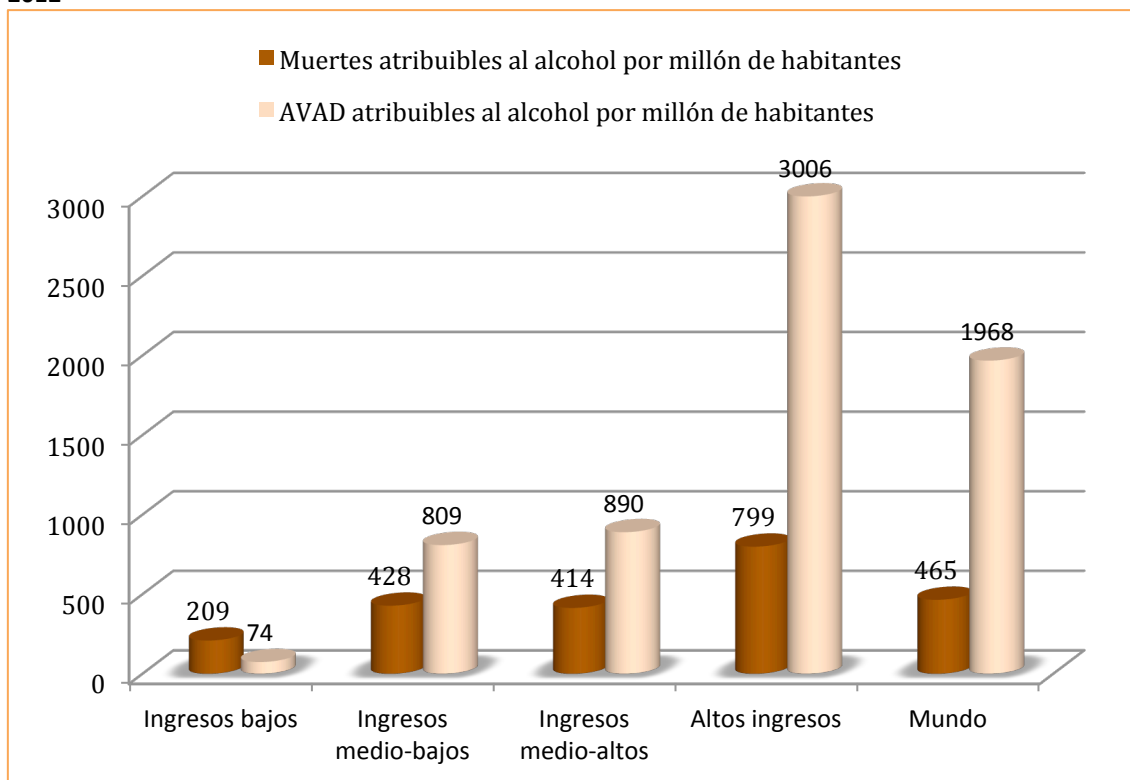
Gráfica 1.10 Muertes atribuibles al alcohol, distribución por sexo y por tipología de enfermedad en 2012



Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014.

En la gráfica 1.11 se muestra el porcentaje de las muertes y de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles al alcohol según el nivel de ingresos.

Gráfica 1.11 Muertes atribuibles al alcohol y AVAD por millón de habitantes por nivel de ingresos en el 2012



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

1.2.5 Hábitos de alcohol

Como se ha señalado el consumo de alcohol *per cápita* da una idea aproximada del hábito alcohólico de la población, pero para conocer mejor el papel del alcohol en la salud es necesario conocer también la proporción de abstemios y los patrones de consumo.

La prevalencia de abstemios es un indicador muy relevante para la descripción de los niveles y los patrones de consumo de alcohol. En el contexto de la epidemiología del alcohol existen distintos tipos de abstemios: aquellos que siempre lo

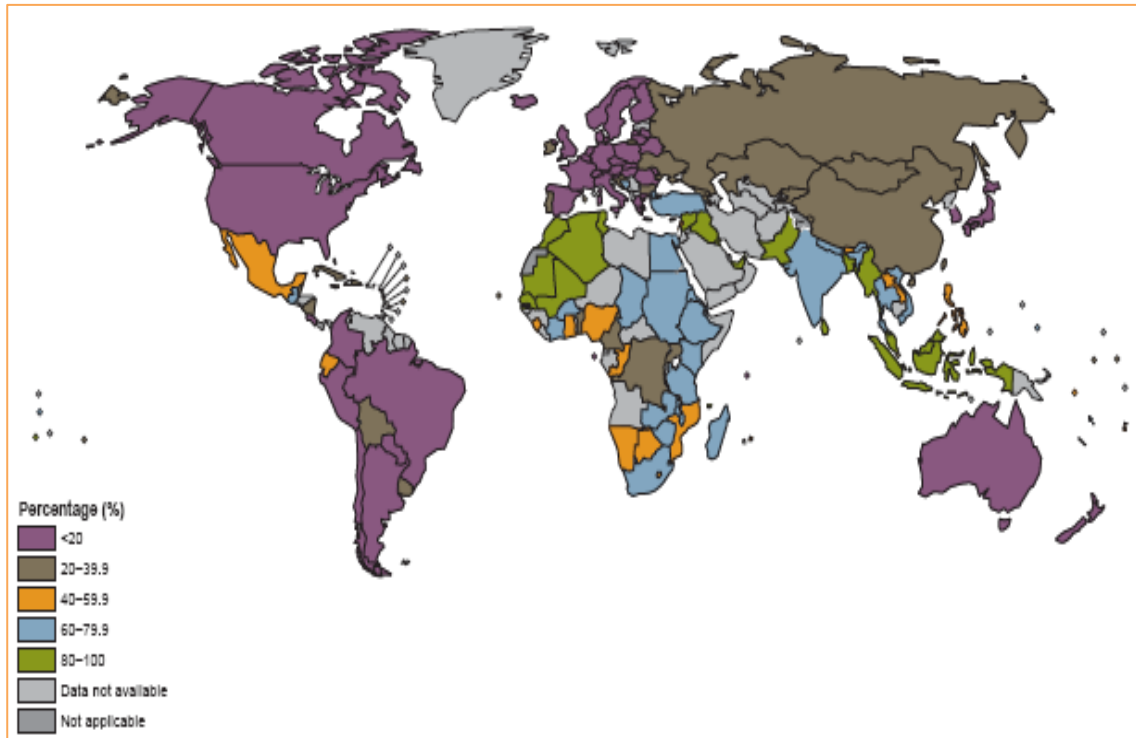
han sido (A1), y los que previamente bebían alcohol pero llevan doce meses sin beber (A2).

La abstinencia de todo tipo de alcohol es muy frecuente en muchas partes del mundo y, en un grado significativo, determina los niveles generales de consumo de alcohol en una población. La tasa de abstinencia en el año anterior es una característica importante del patrón de consumo de alcohol en una población y proporciona información clave para la interpretación de las cifras de consumo *per cápita*.

En los países con un alto consumo *per cápita* hay un bajo número de abstemios A1. Esto sugiere que las regiones de la OMS con el mayor consumo *per cápita*, que se encuentran comúnmente en la región europea y otras áreas desarrolladas, no necesariamente tienen el mayor consumo por bebedor. A menudo, el consumo por bebedor es particularmente alto en países con moderado o incluso bajo consumo *per cápita* combinado con altas tasas de población abstemia. En estos países, el porcentaje relativamente pequeño de la población que bebe, está consumiendo alcohol en niveles altos.

Según el estudio de la OMS en 2010, un 48% de la población jamás ha consumido alcohol y un 61,7% no ha consumido en los últimos 12 meses.

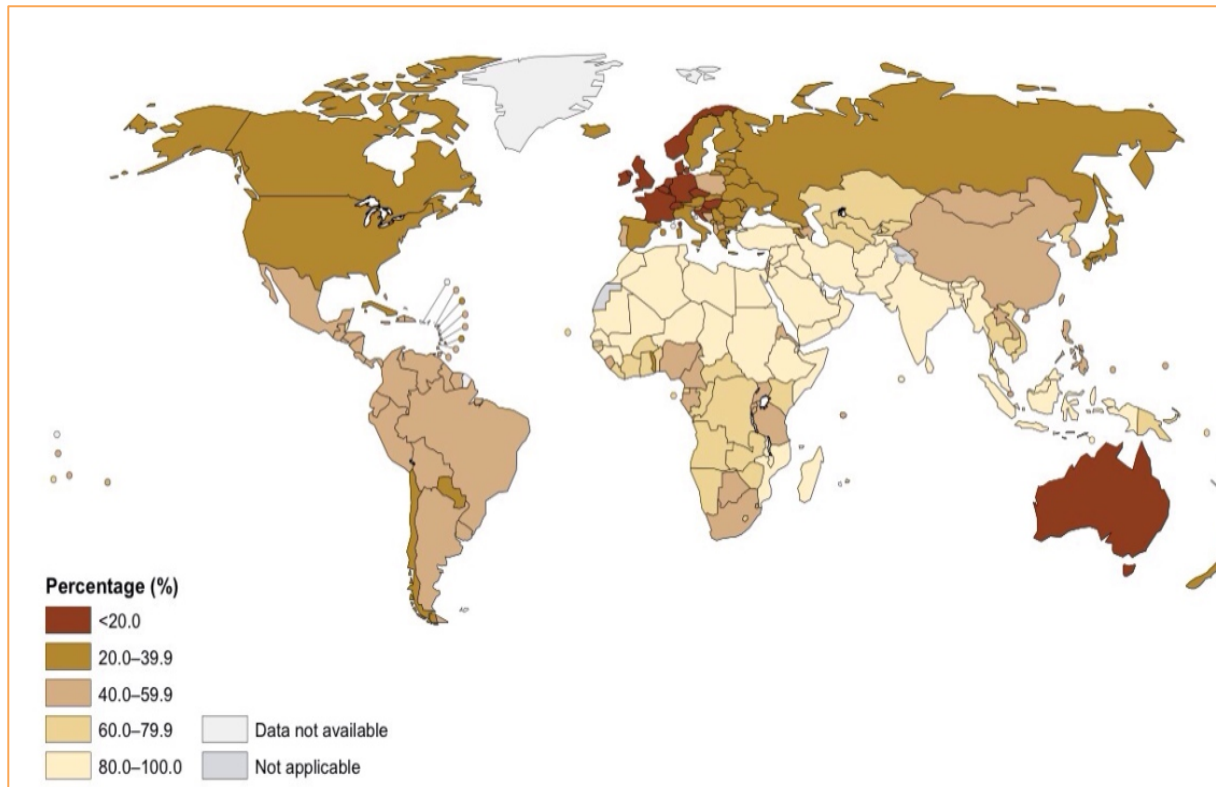
Figura 1.5 Prevalencia de abstemios A1 por países en 2004



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2011.

Un patrón de consumo muy lesivo es el denominado *binge drinking*, (atracción de bebida) definido como el consumo de, al menos 6 Unidades de Bebida Estándar (UBE) al menos en una ocasión en la última semana, teniendo en cuenta que 1 UBE = 10 gramos de alcohol puro o más. Es un indicador asociado a consecuencias agudas del consumo de alcohol. Este tipo de consumo es muy habitual en países con un nivel de ingresos medio-alto, como Brasil o Sudáfrica. Hay que señalar que en países con un bajo consumo de alcohol *per cápita* (India, Malawi, Pakistán, o Zambia) hay una alta proporción de *binge drinking*, lo que sugiere que tienen un tipo de consumo de *todo o nada* (Clausen et al., 2009). Este patrón es el opuesto a Francia donde hay un alto consumo *per cápita* pero escasos bebedores tipo *binge drinking*.

Figura 1.6 Prevalencia de abstemios (A1+A2) en 2010



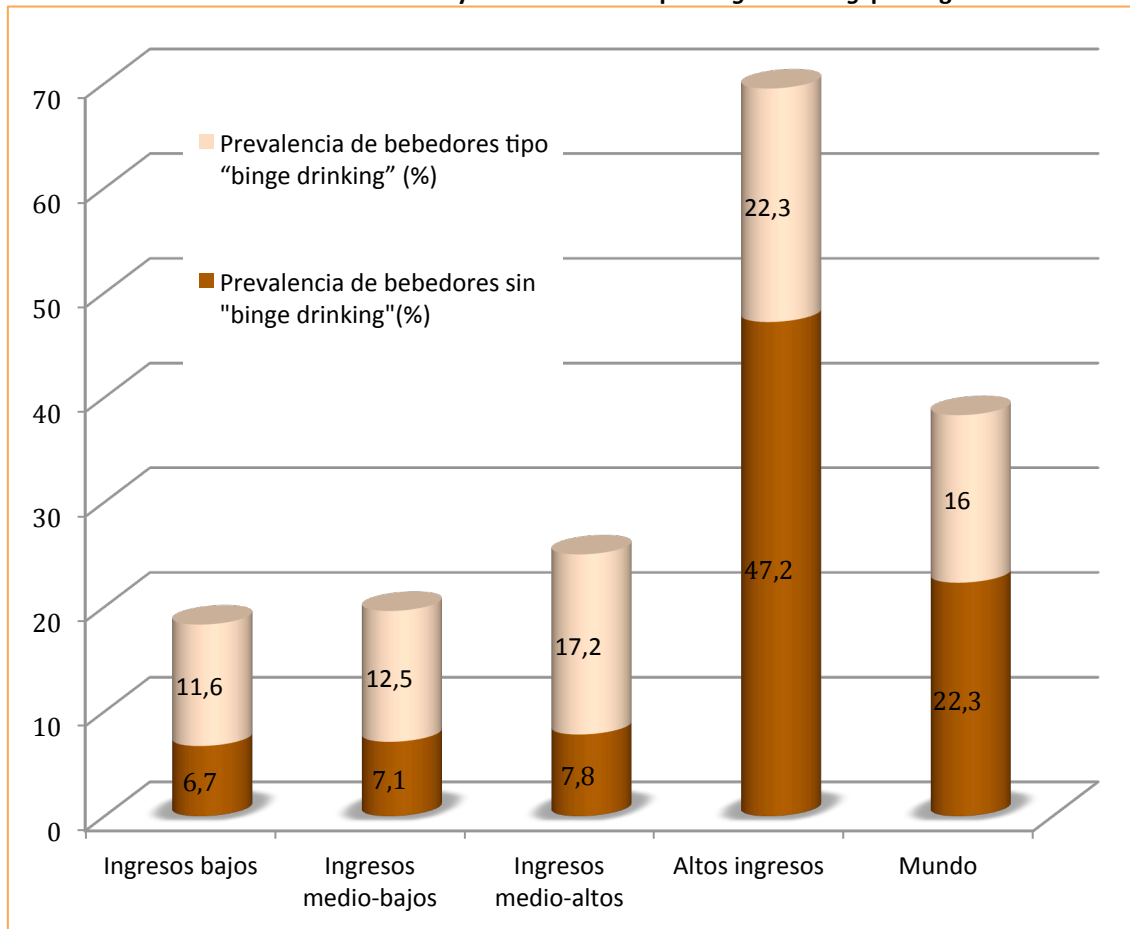
Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2011

Se aprecian cambios importantes en el *binge drinking* en distintas zonas de la OMS, es casi desconocido en el mediterráneo oriental incluso entre los bebedores, mientras que en Europa lo practica una tercera parte de los bebedores.

Tabla 1.7 Prevalencia de bebedores y de bebedores tipo *binge drinking* por ingresos en el 2010

Ingresos	Prevalencia de bebedores (%)	Prevalencia de bebedores tipo <i>binge drinking</i> (%)
Bajos	18.3	11.6
Medio bajo	19.6	12.5
Medio alto	45.0	17.2
Alto	69.5	22.3
Mundo	38.3	16.0

Fuente: Global status report on alcohol and health. OMS, 2014.

Gráfica 1.12 Prevalencia de bebedores y de bebedores tipo *binge drinking* por ingresos en el 2010

Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

Definir los patrones de consumo ayuda a explicar con mayor precisión el impacto del consumo de alcohol, ya que este es más complejo que la simple determinación de la cantidad de alcohol consumido.

Los patrones de consumo reflejan cómo beben los consumidores de alcohol en vez de cuánto beben. El patrón de consumo está asociado con la morbilidad del alcohol. Se miden en una escala de 1 (patrón de menor riesgo del consumo de alcohol) a 5 (patrón de mayor riesgo de consumo de alcohol). Cuanto más alto sea el puntaje, mayor es la carga atribuible del alcohol a la morbilidad y mortalidad del país.

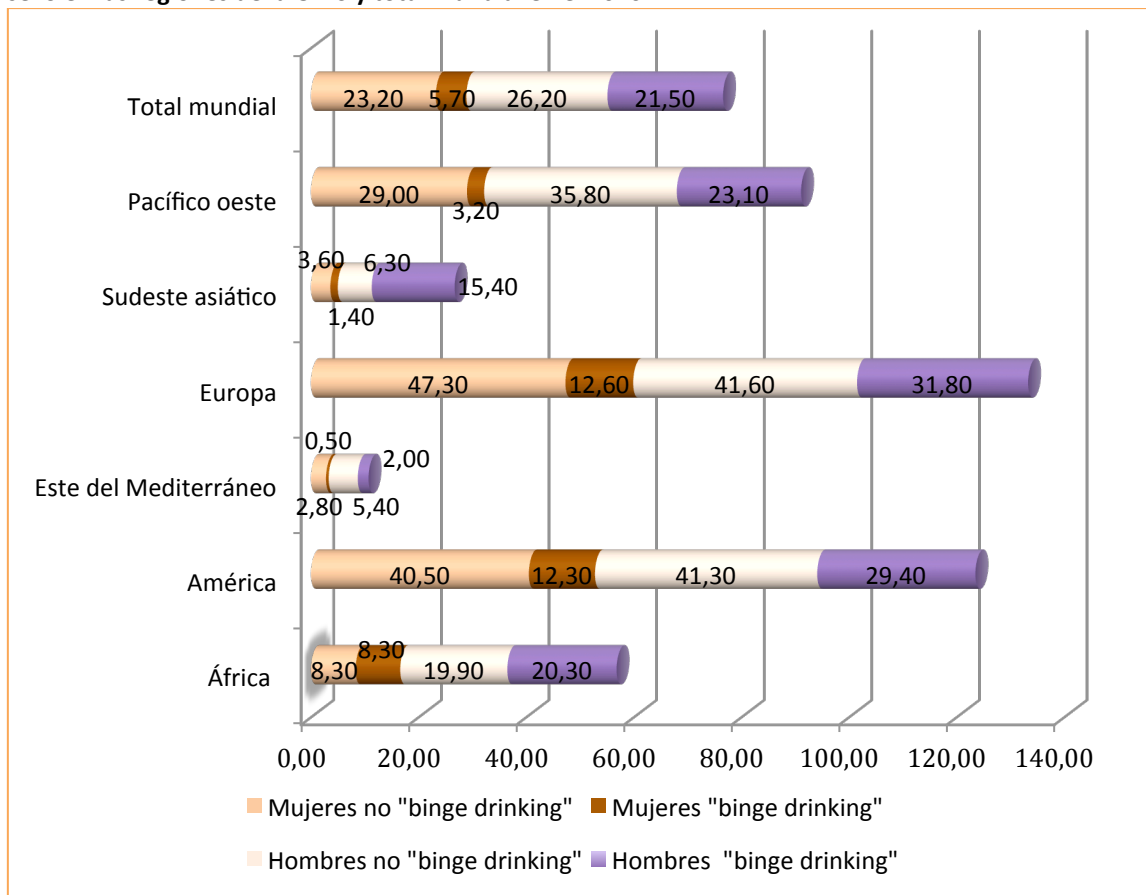
Tabla 1.8 Proporción de bebedores (<15 años), y prevalencia de *binge drinking* entre bebedores por sexo en las regiones de la OMS y total mundial en el 2010

	Sexo	Bebedores	Prevalencia de <i>binge drinking</i> entre bebedores
África	Mujer	19.6	8.3
	Hombre	40.2	20.3
América	Hombres/mujeres	2.1	2.4
	Mujer	52.8	12.3
	Hombre	70.7	29.4
Mediterráneo Oriental	Hombres/mujeres	1.3	2.4
	Mujer	3.3	0.5
	Hombre	7.4	2.0
Europa	Hombres/mujeres	2.2	3.7
	Mujer	59.9	12.6
	Hombre	73.4	31.8
Sudeste Asiático	Hombres/mujeres	1.2	2.5
	Mujer	5.0	1.4
	Hombre	21.7	15.4
Pacífico Occidental	Hombres/mujeres	4.3	10.9
	Mujer	32.2	3.2
	Hombre	58.9	23.1
Total Mundial	Hombres/mujeres	1.8	7.3
	Mujer	28.9	5.7
	Hombre	47.7	21.5
	Hombres/mujeres	1.6	3.8

Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

Diferentes patrones de consumo dan lugar a muy diferentes resultados de salud en los grupos de población a pesar de tener el mismo nivel de consumo.

Gráfica 1.13 Proporción de bebedores (<15 años), y prevalencia de *binge drinking* entre bebedores por sexo en las regiones de la OMS y total mundial en el 2010



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

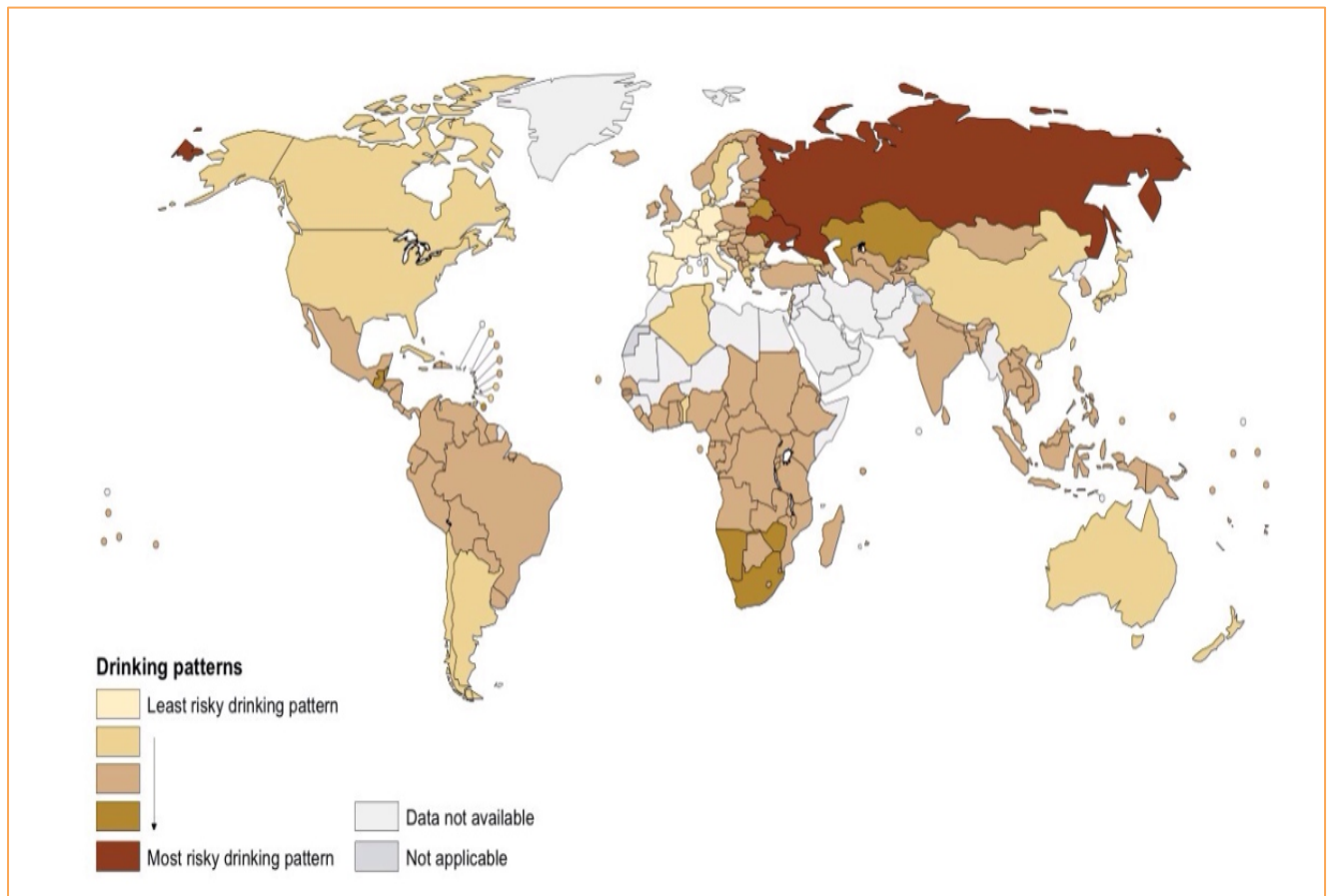
La estimación del riesgo por patrón de consumo se basa en una matriz de atributos referidos a:

- La cantidad habitual de alcohol consumida por ocasión.
- Beber en eventos.
- Proporción de eventos dedicados a beber, aquellos en los que se da por supuesto que los participantes deben emborracharse.

- Proporción de bebedores, que beben todos los días o casi todos los días.

- Beber con las comidas.
- Beber en lugares públicos.

Figura 1.7 Países del mundo y riesgo del patrón de consumo en 2010

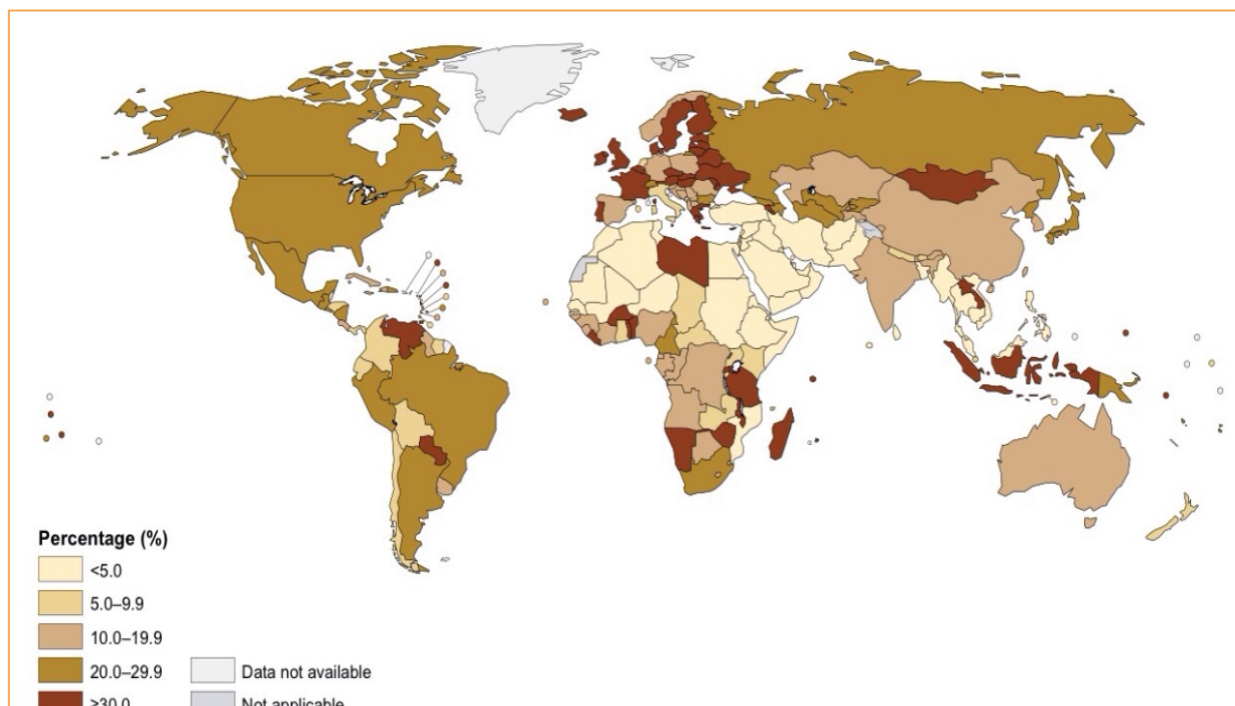


Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

Hay sólo unos pocos países en el mundo que obtengan un riesgo bajo. Casualmente estos países de Europa meridional y occidental coinciden con un alto consumo de alcohol entre adultos *per cápita* (ver Figura 1.1).

Los patrones de mayor riesgo de consumo de alcohol prevalecen en México, Ecuador, Sudáfrica, Kazakstán, siendo aún más elevado en la Federación de Rusia, y Ucrania. América del Sur (con la excepción de Argentina y Chile), y muchos países de África y Asia Sur-Oriental, tomarán una posición intermedia.

Figura 1.8 Países del mundo y prevalencia de *binge drinking* en 2010



Fuente: Global status report on alcohol and health, OMS 2014

De las cifras anteriormente referidas se deduce que el consumo de alcohol está muy extendido en el mundo, teniendo un mayor consumo de riesgo los países en vías de desarrollo.

Si bien el consumo de alcohol se ha globalizado, no así los usos ni el tipo de bebida, existiendo llamativas diferencias en el qué se bebe y el cómo se bebe en distintas partes del mundo.

1.3 Situación actual del consumo de alcohol en la Unión Europea

Europa ocupa un papel central en el mercado global de alcohol dando lugar a un 25% de la producción mundial. Específicamente en el vino se produce más del 50%. El comercio se concentra aún más en Europa estando, según datos de 2006, la Unión Europea (UE) involucrada en el 70% de las exportaciones y en casi la mitad de las importaciones de alcohol en el mundo. El comercio del alcohol contribuye con alrededor de 9 billones de euros al balance de mercancías de la UE en su conjunto (Anderson, Baumberg, 2006).

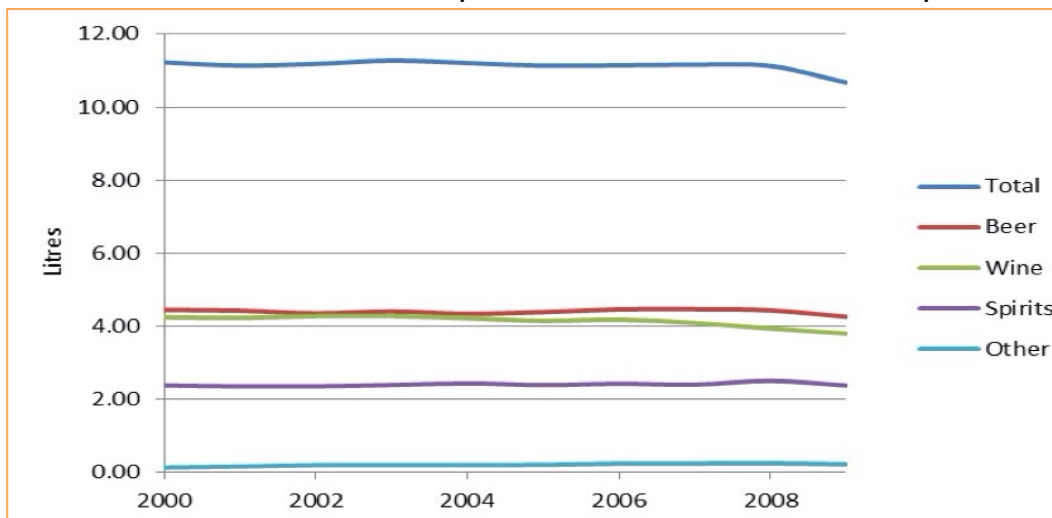
1.3.1 Prevalencia del consumo de alcohol

En Europa a mediados de la década de los 70s el consumo era de 15 litros de alcohol puro por adulto y año (Anderson, Baumberg, 2006). Los datos de 2010 de la UE concluyen que, en los estados miembros (incluyendo Croacia) en el 2010 la media de consumo de litros de alcohol puro por persona mayor de 15 años ha disminuido hasta 10,2 litros al año. Si añadimos a Noruega, Suiza y los países candidatos a ser incluidos, la media disminuye a 9,4 litros de alcohol puro *per cápita*. A pesar de ello, Europa sigue siendo la región del mundo donde más alcohol se consume (OMS, 2013).

1.3.2 Tipos de bebidas

Las tendencias de consumo de alcohol han permanecido estables desde el inicio del siglo XXI con escasos cambios como se puede ver en las gráficas siguientes (gráfica 1.14-1.15).

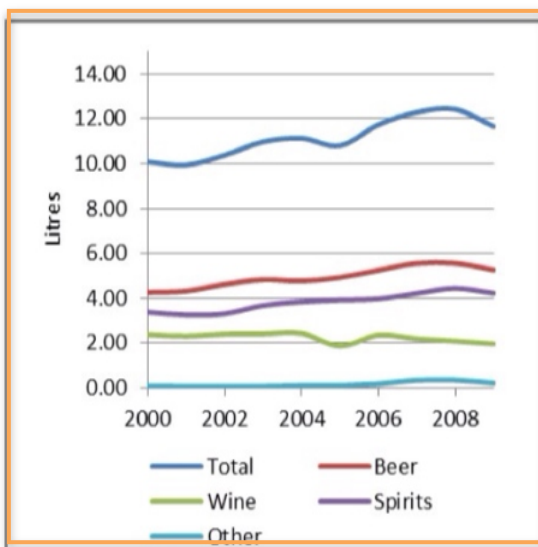
Gráfica 1.14 Consumo de los diferentes tipos de bebidas desde 2000a 2010 en Europa en adultos (>15)



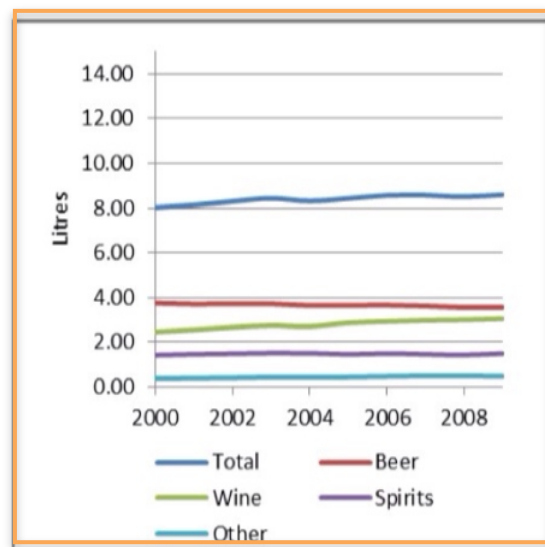
Fuente: OMS Alcohol in the European Union consumption, harm and policy approaches 2012

Gráfica 1.15 Consumo de tipos de bebidas de 2000a 2010 en las zonas de Europa en adultos (>15)

a) Europa del este y central-este

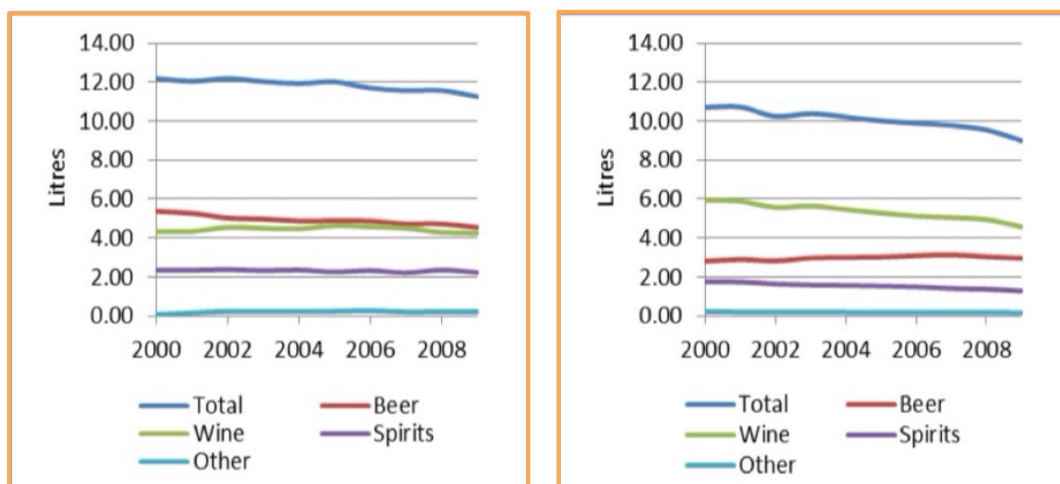


b) Países nórdicos



a) Europa occidental y central occidental

b) Países del Sur



Fuente: OMS Alcohol in the European Union consumption, harm and policy approaches 2012

Los países nórdicos y el este de Europa han visto un aumento en el consumo per *cápita*, mientras que Europa occidental y del Sur han experimentado una disminución.

La cerveza es la bebida alcohólica más prominente en casi todas las regiones. Sólo en el sur de Europa sigue siendo el vino la bebida alcohólica más consumida aunque su consumo haya disminuido a un ritmo elevado. Esta disminución en el consumo de vino es el principal responsable de la fuerte tendencia a la baja en el consumo total de alcohol en el sur de Europa.

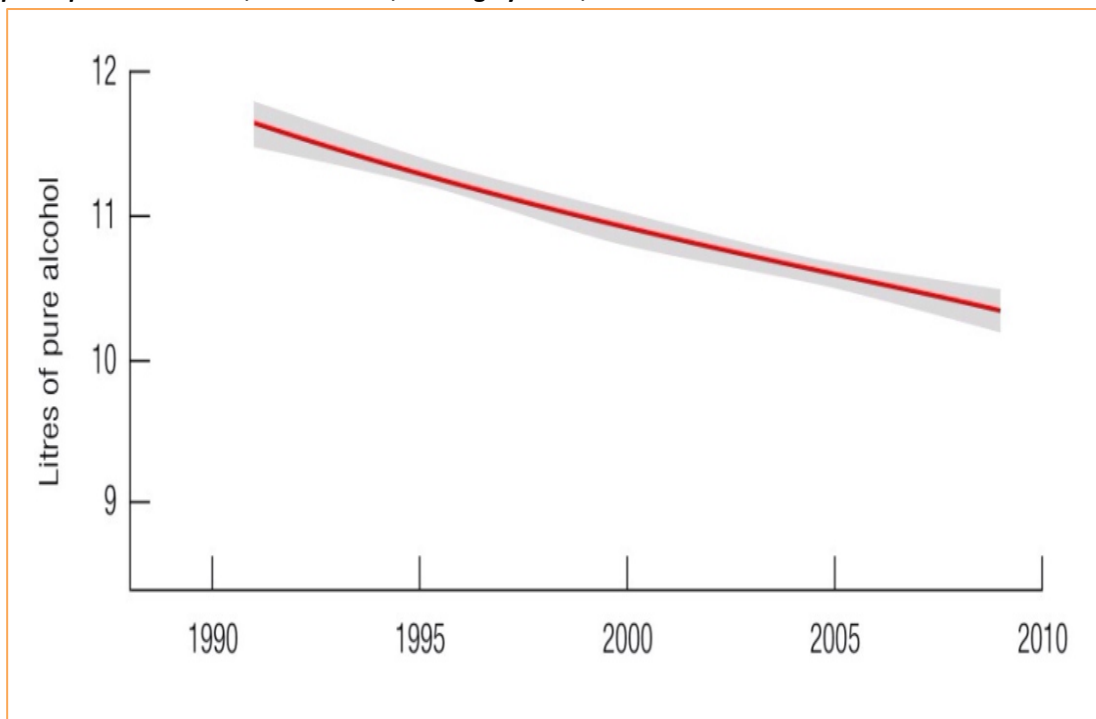
Los países nórdicos se están moviendo en la dirección opuesta a los países del sur, aunque los cambios no son tan marcados: el consumo de vino ha aumentado de manera constante en la última década, mientras que la cerveza ha perdido parte de su popularidad.

Europa del Sur y oriental son las dos regiones que muestran la mayor cantidad de cambio en el consumo total de alcohol, pero estos cambios tienden a anularse entre sí y no se reflejan en la media de la UE.

1.3.3 Perspectivas para la prevalencia del consumo de alcohol

Afortunadamente, tal y como se muestra en la gráfica 1.16, la tendencia es hacia un descenso del consumo de alcohol registrado en los países pertenecientes a la Unión Europea a partir de enero de 2007 (UE-27). En Croacia, Noruega y Suiza entre 1990 y 2010 hay un descenso del consumo de alcohol de un 12,4% en este período.

Gráfica 1.16 Tendencias (con un 95% Intervalos de confianza) en adultos grabada consumo de alcohol per cápita en la UE-27, más Croacia, Noruega y Suiza, 1990-2010



Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

La disminución en el nivel de consumo de alcohol en la UE desde 1990 hasta 2010, se debió principalmente a una reducción en el consumo en los países del sur de Europa que se inició antes de 1990 y que ha tenido un efecto positivo en la salud pública (Gual, Colom, 1997). La gráfica 1.17 muestra la evolución del consumo de alcohol en cuatro áreas geográficas diferentes, que representan distintos patrones de consumo.

Así el mayor descenso en el consumo para el período 1990-2010 se observó en el sur de Europa (-28,2%), seguido por el grupo de países centro-occidental y occidental (-12,5%) con la mayor reducción en el consumo en Francia. Una excepción en este grupo de países es el Reino Unido, donde registró el consumo *per cápita* de alcohol aumentó de 10,0 litros en 1990 a 11,2 litros en 2005.

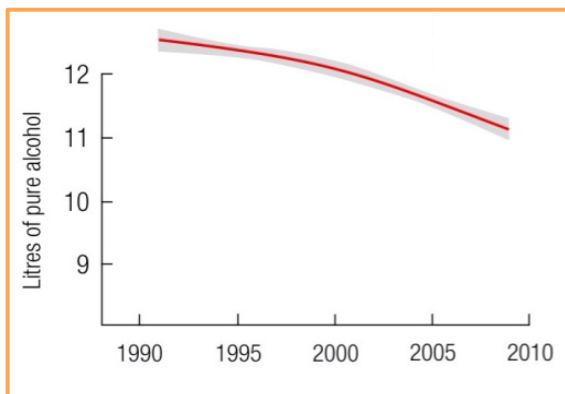
En los países nórdicos, el consumo mostró cierta disminución y luego aumentó, con niveles de consumo en 2010 ligeramente por encima del nivel de 1990 (+ 1,6%).

Una tendencia similar a la de los países nórdicos, con un alza más pronunciada en el consumo, se observó en el grupo de países de Europa del este y centro-oriental (+ 7,3%). Aunque el consumo luego cayó a 10,3 litros en 2010, hubo un aumento global del 3% en el consumo *per cápita* de alcohol desde 1990 en el grupo de países centro-oriental y del este hubo un aumento constante del consumo registrado entre 2000 y 2010 posiblemente, o al menos en parte, a expensas de consumo no registrado. En estas áreas geográficas, los niveles de consumo siguen siendo altos,

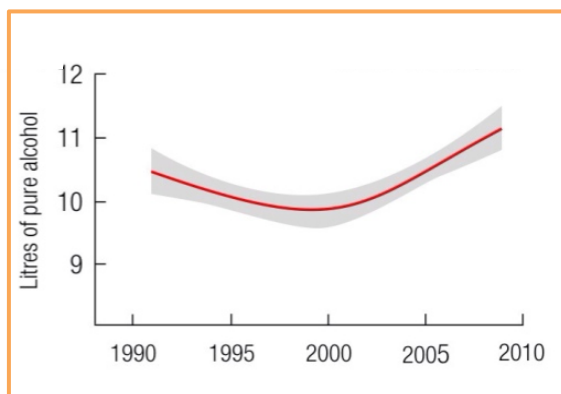
junto con patrones de consumo perjudiciales y una alta prevalencia de intoxicación (Popova et al., 2007).

Gráfica 1.17 Tendencias (con un 95% Intervalos de confianza) en adultos el consumo de alcohol *per cápita* en el grupo de países centro-oeste y el oeste, el grupo de países centro-oriental y oriental, los países nórdicos y el sur de Europa

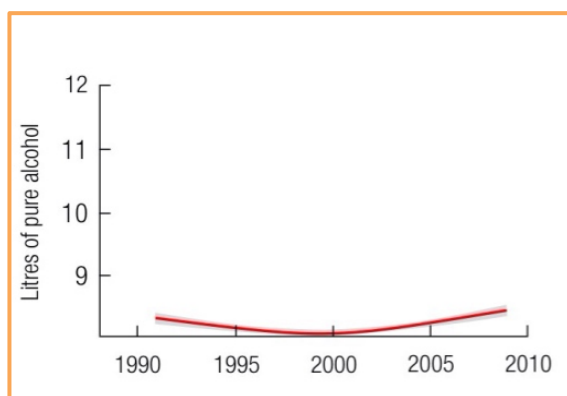
a) Europa occidental y central-occidental



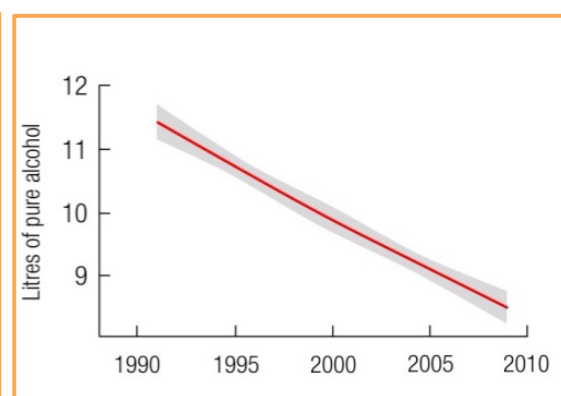
b) Europa del este y centro este



c) Países nórdicos



d) Países del Sur



Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

1.3.4 Incidencia del consumo de alcohol en la salud

El consumo de alcohol es considerado el tercer factor de riesgo (detrás del tabaco y la tensión arterial elevada) para la carga de morbilidad y de mortalidad prematura (OMS, 2009). En la Unión Europea, una de cada siete muertes

en hombres y una de cada trece muertes en mujeres en el grupo de 15-64 años de edad se debió al consumo de alcohol (Shield et al., 2012).

Dadas estas elevadas cifras de morbilidad y mortalidad, la Comisión Europea comunicó unas líneas estratégicas a los países miembros para reducir los daños por el alcohol (Commission of the European Communities, 2006).

Estas estrategias enfatizaban en cinco temas prioritarios:

1. Protección de los jóvenes, niños y nasciturus.
2. Reducir los accidentes y muertes en la carretera.
3. Prevenir el daño causado por el alcohol en adultos y reducir el impacto negativo en el lugar de trabajo.
4. Informar educar y concienciar sobre lo dañino del alcohol y los patrones de consumo inapropiados.
5. Desarrollar una base de evidencia a nivel europeo.

En la UE, más del 90% de las muertes netas atribuibles al alcohol, considerando como tales al número de muertes después de restar los efectos beneficiosos del alcohol sobre la cardiopatía isquémica y el ictus isquémico, (Roerecke, Rehm, 2012) (Patra et al., 2010) y a la diabetes (Baliunas et al., 2009), se deben a tres grandes causas: el cáncer, la cirrosis hepática y los accidentes (Rehm et al., 2012). Las proporciones de estas causas en comparación con todas las muertes netas atribuibles

al alcohol en la UE se estiman en el 91,4% del total, el 92,4% para los hombres y 87,6% para las mujeres (OMS, 2013).

Sin tomar en cuenta los efectos beneficiosos del alcohol, las proporciones de muertes atribuibles al alcohol relacionadas con estas tres causas son aún cerca de 80% (79,4%, 79,6% y 78,4%, respectivamente) de todas las muertes atribuibles al alcohol. Por lo tanto, la gran mayoría de las muertes atribuibles al alcohol se deben a estas causas anteriormente reseñadas como principales (OMS, 2013).

El consumo de alcohol puede causar daño a otras las personas del entorno, además de causarlo al propio bebedor (Room et al., 2010): daños sobre el recién nacido cuando la madre bebe durante el embarazo, accidentes de tráfico o violencia hacia los demás, por destacar algunos de los casos más frecuentes.

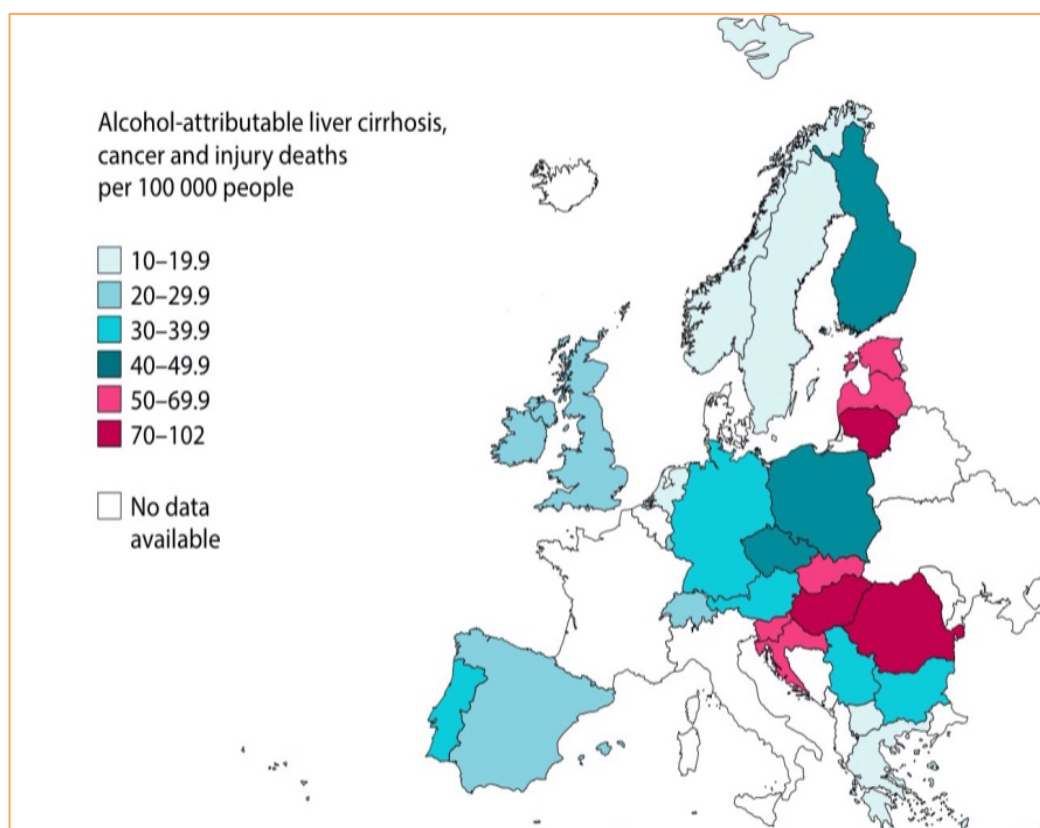
En la UE, incluyendo a Croacia y Suiza en 2010, las *víctimas indirectas*, debido a accidentes de transporte y las agresiones fueron de 1,04 muertes por cada 100 000 personas (0,56 muertes por cada 100 000 mujeres y 1,55 muertes por cada 100 000 hombres).

Estos daños atribuibles al alcohol que no afectan al bebedor, sino a personas ajenas, representan el 9,9% de todas las muertes por lesiones atribuibles a su consumo (30,2% de todas las lesiones atribuibles alcohol para las mujeres y 7,9% de todas las lesiones atribuibles al alcohol para los hombres), pero estas cifras muy probablemente estén subestimando los resultados reales, difícilmente cuantificables (Shield, 2012).

Los daños resultantes del consumo de alcohol fueron más numerosos en el grupo de países Europa del este y centro-oriental, con 2,23 muertes por cada 100 000 personas (1,20 muertes por cada 100 000 mujeres y 3,36 muertes por cada 100 000 hombres).

En la mortalidad directa por el alcohol también hay diferencias Este-Oeste como se aprecia en la figura 9.

Figura 1.9 Muertes atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010



Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

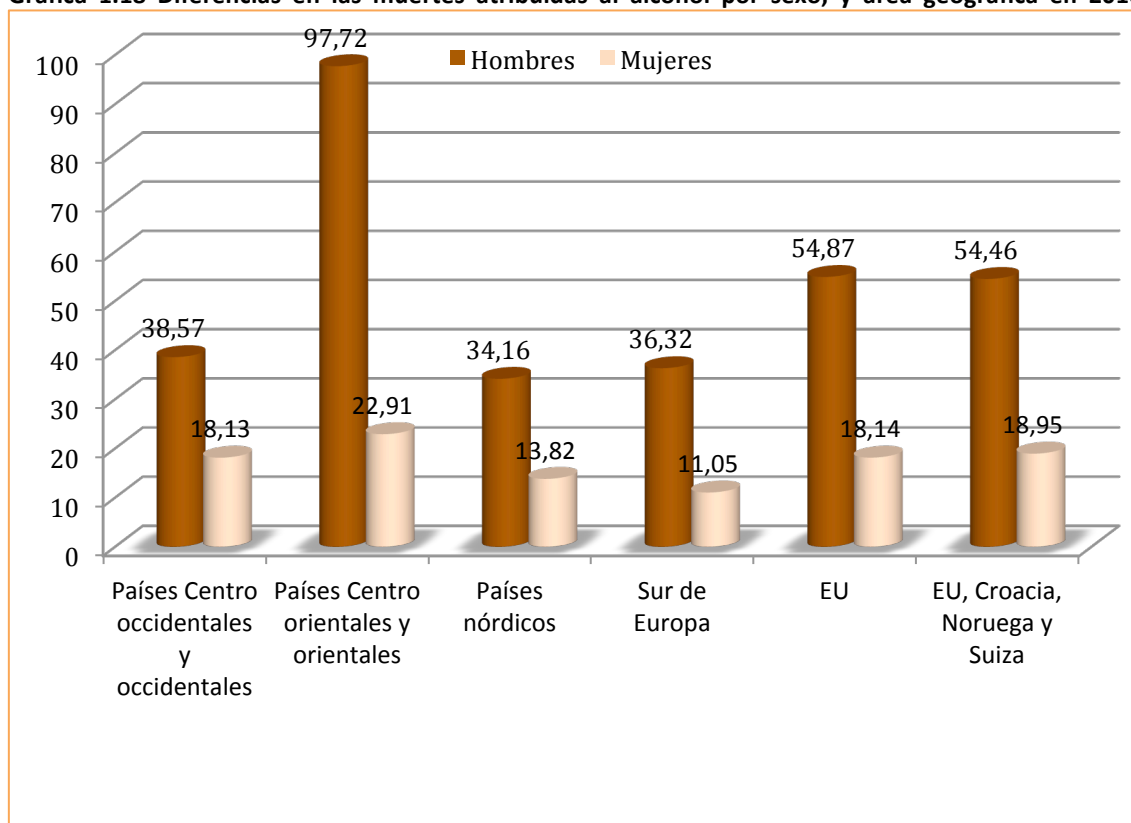
La mortalidad atribuida al alcohol por edades y sexo, en el año 2010, en las diferentes zonas de la UE se exponen en la tabla 1.9.

Tabla 1.9 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol por sexo, edad y área geográfica en 2010

	Hombres				Mujeres				Total
	15-34	35-64	>65	Total	15-34	35-64	>65	Total	
Países Centro occidentales y occidentales	7.71	41.53	79.87	38.57	1.82	17.37	38.84	18.13	28.10
Países Centro orientales y orientales	27.64	129.24	174.85	97.72	4.33	29.73	36.88	22.91	58.58
Países nórdicos	9.36	39.90	61.96	34.16	1.46	13.82	29.79	13.82	23.85
Sur de Europa	9.35	40.18	74.29	36.32	1.71	10.38	24.44	11.05	23.36
EU	14.53	65.77	99.53	54.87	2.61	19.58	35.41	18.14	35.95
EU, Croacia, Noruega y Suiza	14.34	64.97	99.79	54.46	2.58	19.32	35.17	18.95	35.66

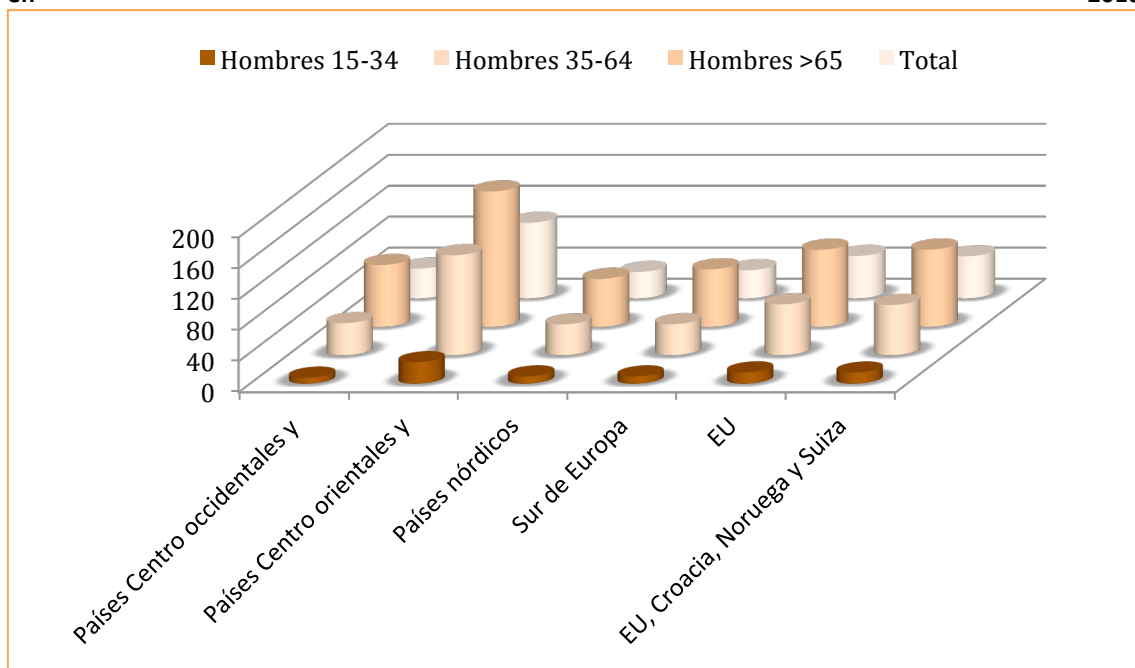
Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

Gráfica 1.18 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol por sexo, y área geográfica en 2010



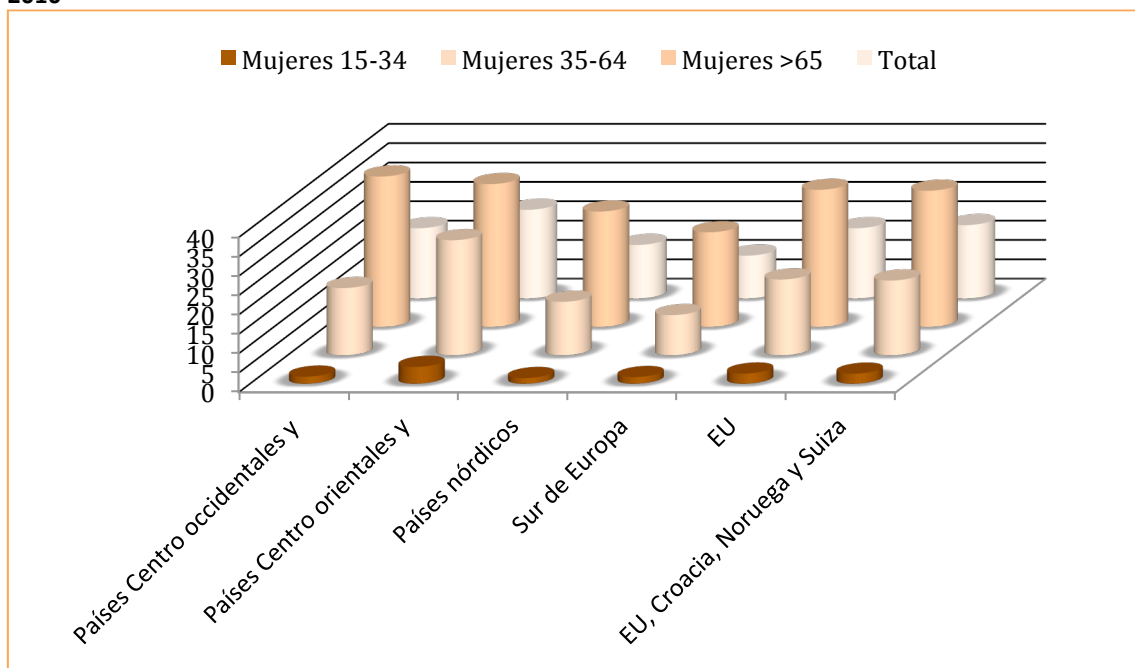
Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

Gráfica 1.19 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol en hombres por edad, y área geográfica en 2010



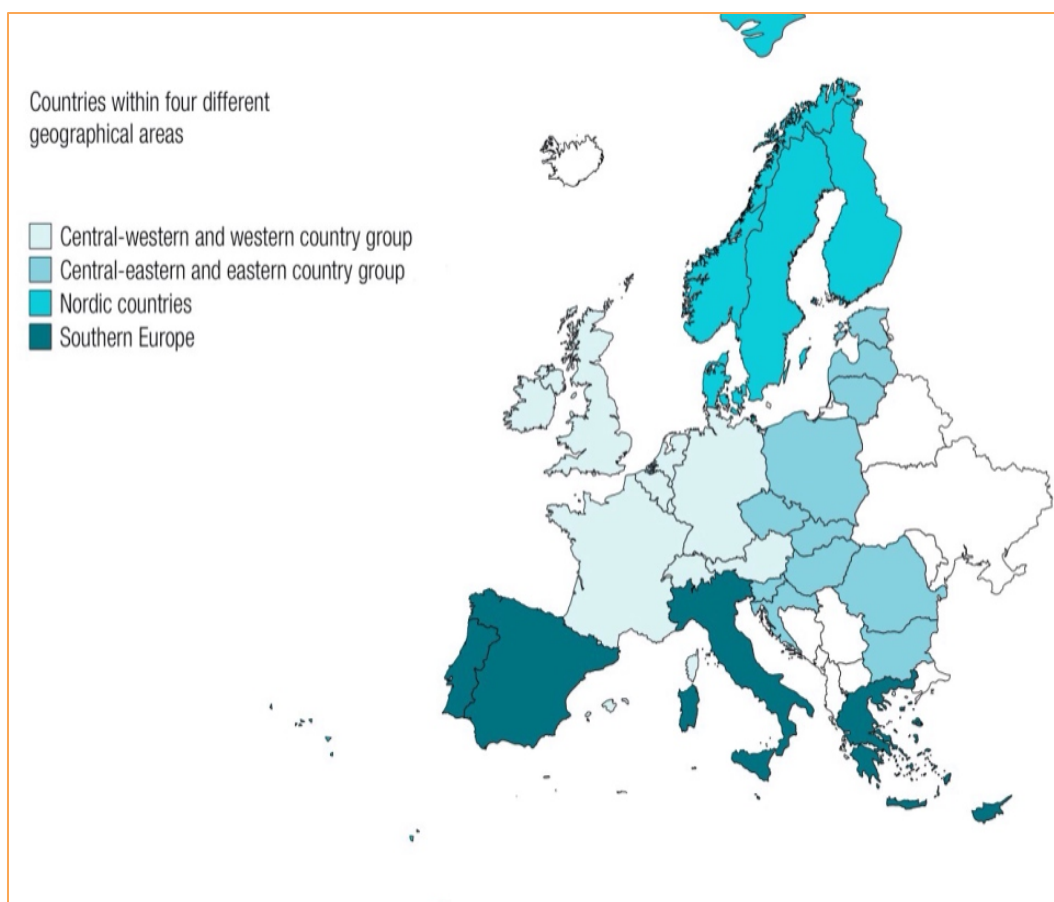
Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

Gráfica 1.20 Diferencias en las muertes atribuidas al alcohol en mujeres por edad, y área geográfica en 2010



Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

Figura 1.10 Países de las diferentes áreas geográficas



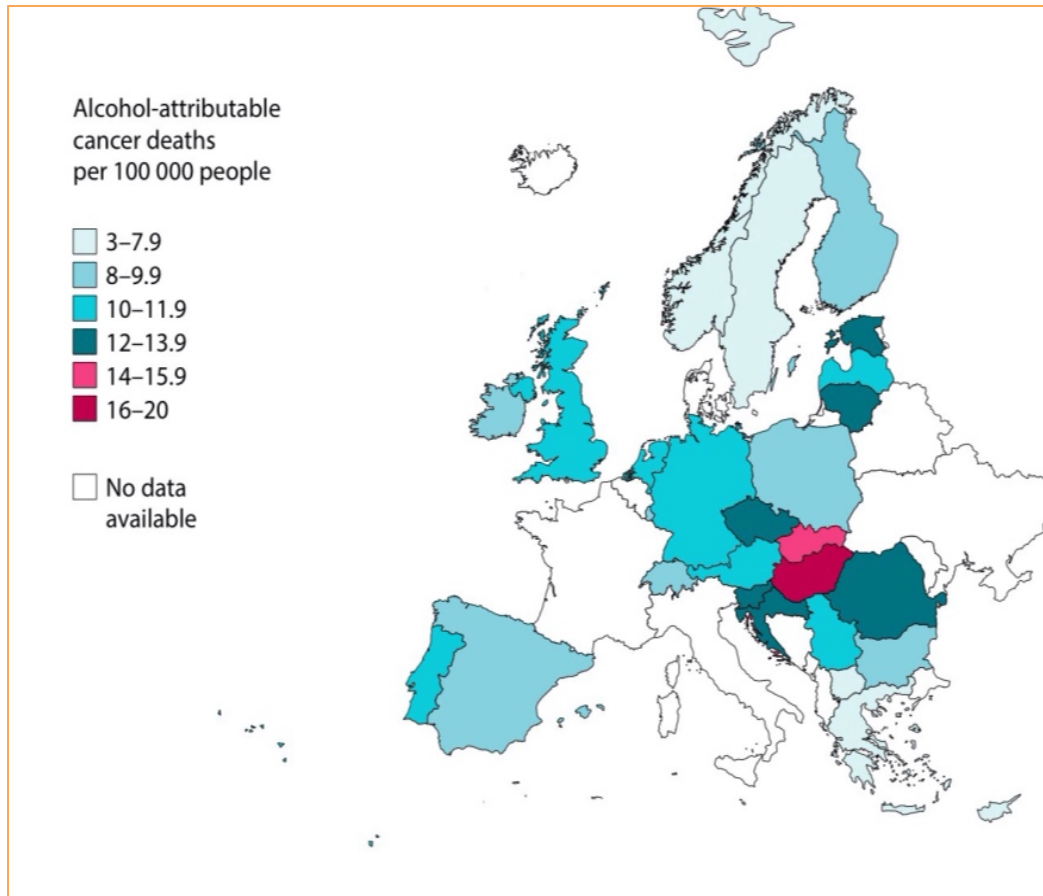
Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

En las figuras 11, 12 y 13 se exponen las muertes atribuidas a alcohol por cada 100.000 habitantes separadas por cada una de las causas principales (cáncer, cirrosis hepática y accidentes).

En ellas se observa la escasa variación del cáncer entre países, la relación directa con la prevalencia de cirrosis en los países donde más se consume alcohol, y la muerte por accidente en aquellos que tienen un patrón de consumo basado en el *binge drinking*.

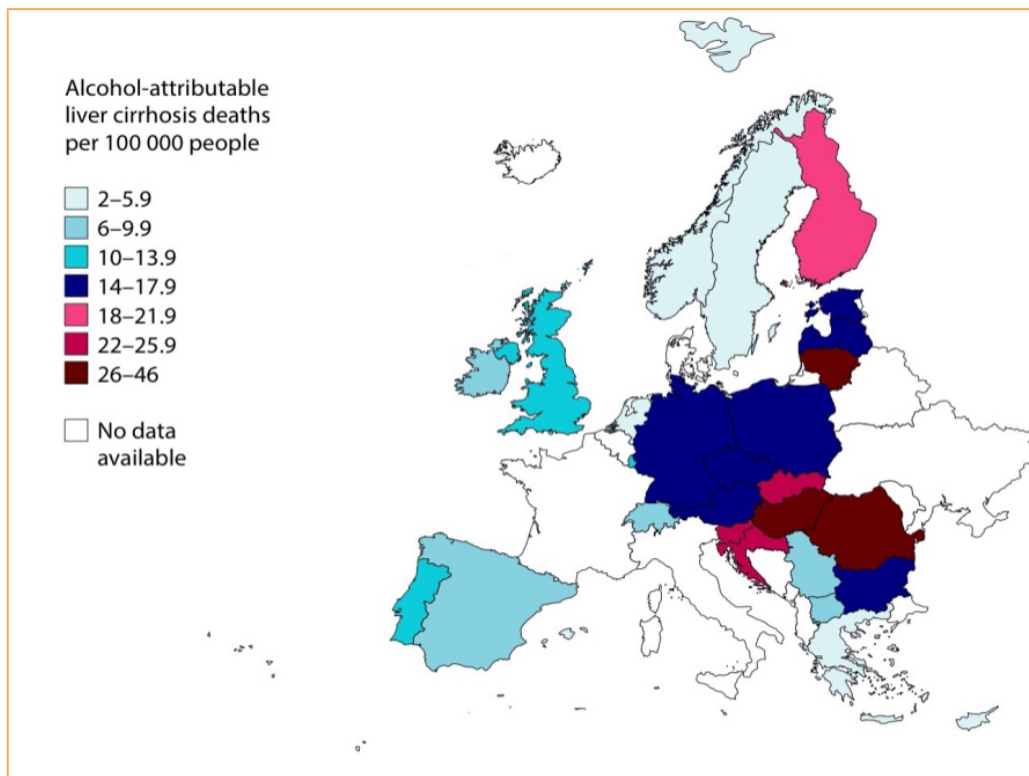
La escasa variación de cáncer quizás se deba a que el descenso de consumo en los países del sur de Europa es reciente y al tiempo que se tarda en diagnosticar el cáncer causado por el alcohol, entre diez y veinte años, con lo que las cifras del cáncer de hoy día vendrían dadas por el consumo de finales del siglo pasado.

Figura 1.11 Muertes por cáncer atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010



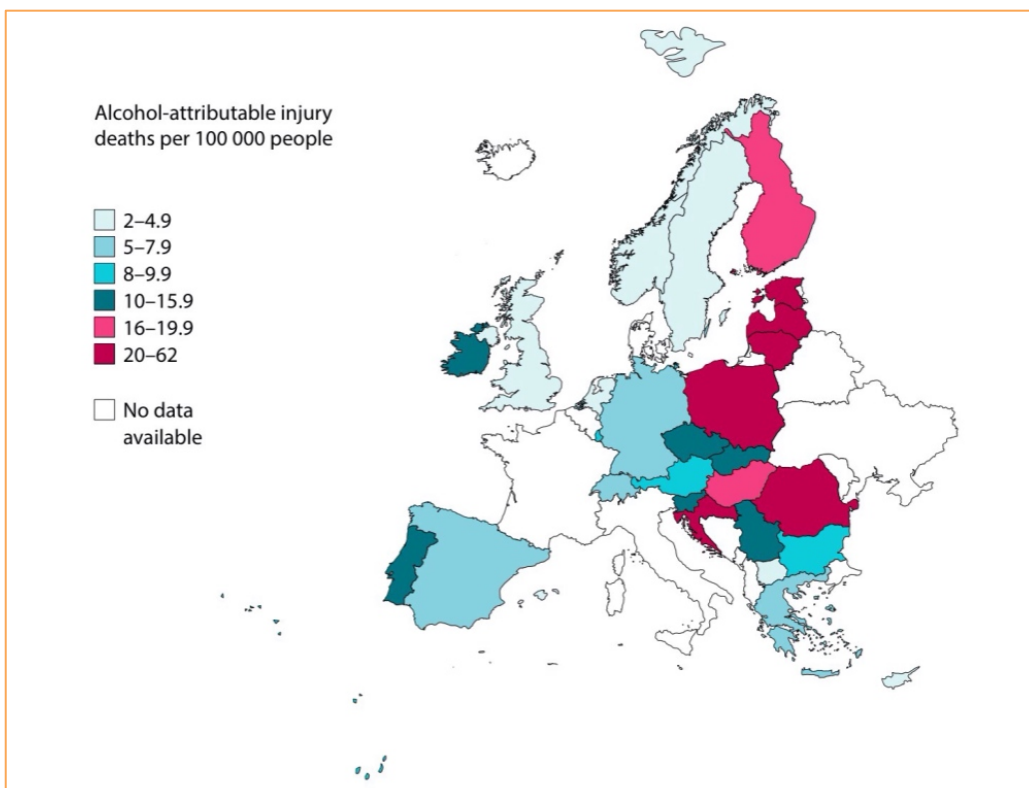
Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

Figura 1.12 Muertes por cirrosis hepática atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010



Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

Figura 1.13 Muertes por accidente atribuibles al alcohol por 100000 habitantes en 2010



Fuente: OMS Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013

Además de los años de vida perdidos y los altísimos costos sanitarios existen unos costos sociales asociados al consumo de alcohol.

Al definir los costos sociales, es importante hacer una distinción fundamental entre los costos directos e indirectos. Los costos directos se refieren al valor de los bienes y servicios efectivamente entregados para abordar los efectos nocivos del consumo de alcohol. Los costos indirectos representan pérdidas de productividad potencial, es decir, el valor de los servicios no prestados por las personas debido a las consecuencias negativas de su consumo de alcohol, entre los que se debe incluir los costes laborales.

En varios estudios de costos sociales, se encontró que los costos directos a los sectores (excepto el sector de la salud) fueron más altos que los costos de atención de la salud (Rehm et al., 2009). Además, la mayoría de los estudios encontraron los costos indirectos mayores que los costos directos, si bien estos son más difícilmente cuantificables.

Los primeros trabajos respecto a los costos del alcohol (Anderson, Baumberg, 2006) indicaban que su comercio contribuye con alrededor de 9 billones de euros al balance de mercancías de la UE en su conjunto. Los impuestos del alcohol, - en la UE del 2001- sumaron 25 billones de euros sin incluir ni las tasas de venta ni otras contribuciones pagadas en la cadena de suministros. Se estimó en setecientos cincuenta mil los puestos de trabajo relacionados con la producción de alcohol, sin incluir el empleo relacionado en su distribución: bares y establecimientos. En ese

mismo trabajo se señala la existencia de un mercado de contrabando que se calculaba en 1.5 billones de euros ya en el año 1996.

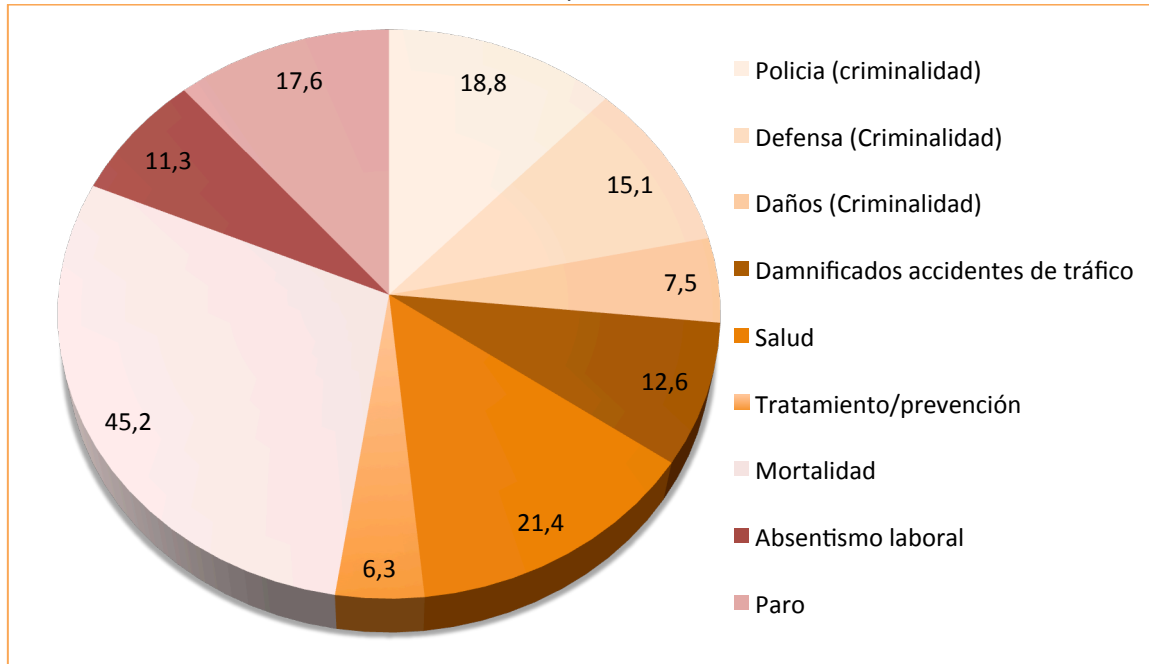
A pesar de las ganancias que reporta hay que señalar que el coste total tangible del alcohol para la sociedad de la UE, fue estimado en 125 billones de euros para el año 2003, incluyendo 59 billones de euros estimados por pérdida de productividad en concepto de absentismo, desempleo y pérdida de años de vida laboral por muerte prematura.

Este estudio hace referencia concreta a que los costes intangibles (dolor, sufrimiento y pérdida de calidad de vida, que sobrevienen debido a los daños sobre la salud, los delitos que generan y problemas sociales causados por el alcohol) representaban, según el método de estimación empleado, entre 150 billones y 760 billones de euros.

Siguiendo la base del trabajo de Rehm et al., los costos sociales para el año 2010 relacionados con el consumo de alcohol se resumen en la gráfica 1.21.

Estas estimaciones suponen que la proporción del PIB atribuible al consumo de alcohol (del 1.3%) ha sido una constante desde la evaluación de Anderson y Baumberg en 2003 (Promedio de 1.3% del PIB; límite inferior 0,9% límite superior de 2.4%). Utilizando esta cifra como guía, los costos sociales del consumo de alcohol para el año 2010 ascendería a 155.8 billones de € (límite inferior 107.9 billones de €, límite superior 287.7 billones de €).

Gráfica 1.21 Los costos sociales de alcohol en la UE, 2010



Fuente: Rehm J et al., 2012

Esta estimación es señalada como moderada ya que en otros trabajos encontraron una mayor proporción del PIB en los países de altos ingresos: 2,5% (Rehm et al., 2009) o 1,6% (Mohapatra et al., 2010).

En un estudio realizado en Estonia también se encontró una proporción de costes sociales equivalente al 1.6% de PIB (Saar, 2009).

1.3.5 Hábitos de alcohol

El consumo de alcohol en Europa es diferente en relación con las culturas de cada región y se pueden distinguir atendiendo a la base del poder económico de los países, su historia, el volumen promedio de consumo, patrones de consumo y las reacciones sociales a la embriaguez.

Europa centro-oriental y del este son países relativamente nuevos en la UE y tienen, en promedio, menor poder económico que el resto de la UE. El consumo de alcohol es, también en promedio, mayor que en el resto de la UE (14,5 litros de alcohol por adulto), con una mayor tasa de consumo de alcohol no registrado (2,5 litros de alcohol por adulto) y un patrón de consumo tipo *binge drinking* (Popova et al., 2007).

Tradicionalmente, los destilados son la bebida alcohólica más frecuente (OMS, 2004), incluso en los países del centro de Europa donde hay una larga tradición y consumo de cerveza, como la República Checa y Eslovaquia. La puntuación de riesgo del consumo de alcohol en esta zona ha sido de 2,9 (DS 0.3).

Europa centro-occidental y occidental tiene un alto PIB un 10% por encima de la media de la UE, si bien son países que consumen cerveza con mayor frecuencia (con la excepción de Francia). El patrón de consumo en las últimas décadas ha sido en general similar al estilo mediterráneo, tanto en frecuencia del consumo de alcohol como en la falta de aceptación de la embriaguez pública, excepto Irlanda y el Reino Unido, que están más cerca de los países nórdicos en este sentido. El consumo es de 12,4 litros de alcohol por adulto y 1 de alcohol no registrado. En Europa centro-occidental hay más consumo entre comidas, y hay más problemas relacionados con el alcohol en comparación con el sur de Europa. La puntuación de riesgo del consumo de alcohol en esta zona ha sido de 1.5 (DS 0.9).

El patrón en los países nórdicos se basa en el consumo de destilados.

El consumo de bebidas alcohólicas de modo recreativo se remonta a comienzos del siglo XVI, después del año 1500, y por lo tanto tienen menos tradición que el modelo del consumo de vino de la región mediterránea. El modelo tradicional de consumo de alcohol es la *binge drinking* con un mayor nivel de aceptación de la embriaguez en público (Room, Mäkelä, 2000). El volumen global de consumo de alcohol registrado en los países nórdicos ha sido inferior a la media de la UE (10,4 litros de alcohol por persona), pero el alcohol no registrado queda solo por detrás de la Europa occidental con 2.0 litros por adulto.

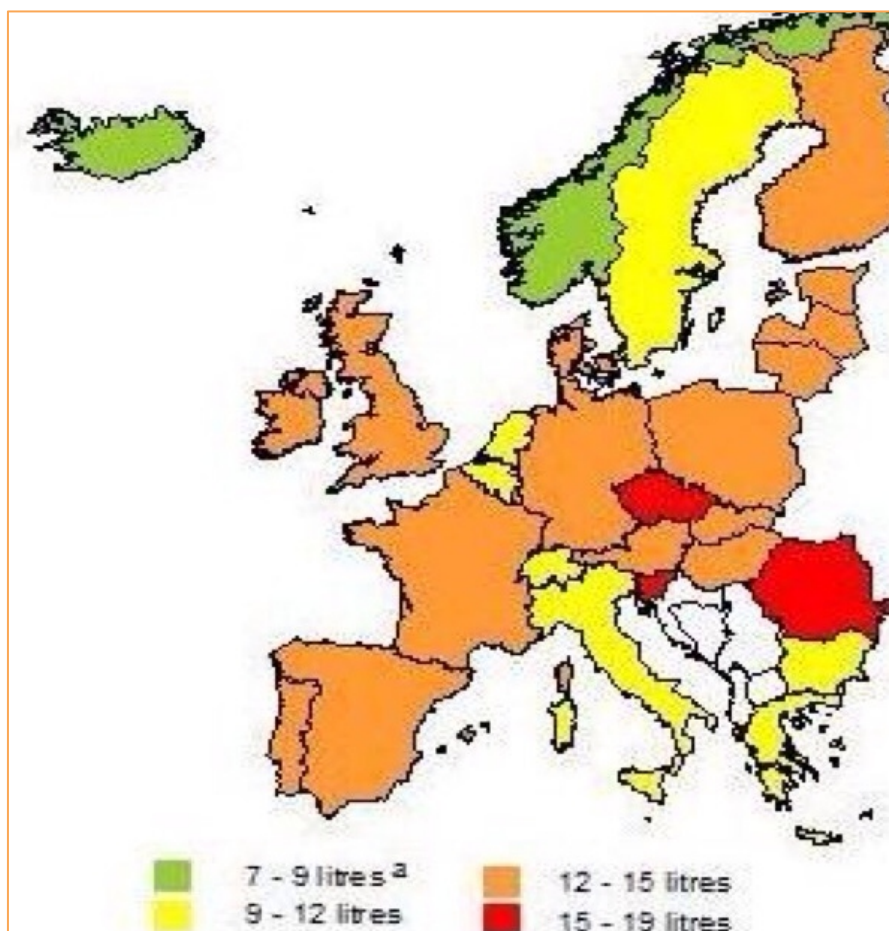
Estas diferencias entre países van siendo cada vez menores, aunque aumenta el consumo de cerveza y vino en los países nórdicos (Anderson, Baumberg, 2006). Esta región tiene el mayor PIB. La puntuación de riesgo del consumo de alcohol en esta zona ha sido de 2,8 (DS 0.4).

Los países del sur de Europa tienen un patrón característico de consumo: *consumo mediterráneo*. En el Mediterráneo y en general en el sur de Europa, se bebe casi a diario (a menudo se trata de vino en las comidas) el vino que tradicionalmente se ha producido. El objetivo en estos casos sería evitar el consumo excesivo de alcohol irregular y la no aceptación de la embriaguez pública (Anderson, Baumberg, 2006).

En esta zona europea, el volumen global de consumo ha sido tradicionalmente alto, (11,2 litros de alcohol por adulto y 2.0 de alcohol no registrado)

a excepción de Chipre y Malta, pero ha ido disminuyendo en las últimas décadas (OMS, 2004, 2011). La puntuación de riesgo del consumo de alcohol en esta zona ha sido de 1,1 (DS 0.3), lo que resulta más expresivo si se compara con la puntuación de riesgo del consumo de alcohol en la UE (incluyendo suiza y Noruega), que ha sido de 1,9 (DS 0.7).

Figura 1.14 Consumo de litros de alcohol puro por adulto mayor de 15 años en 2009



(Se incluye Malta con un consumo de 8.0 litros por adulto mayor de 15 años)

Fuente: OMS Alcohol in the European Union consumption, harm and policy approaches 2012

1.4 Situación del consumo de alcohol en España

Para valorar de una forma aproximada la situación del consumo de alcohol en España, se toman como base los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES). Esta encuesta utiliza un cuestionario y una metodología similares a los que usan en otros países de la Unión Europea y Estados Unidos, lo que permite realizar comparaciones internacionales.

El EDADES se comenzó a realizar en el año 1995 y, desde entonces, se ha realizado en España bienalmente. Esta encuesta es promovida por las delegaciones del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y el objetivo general es obtener con la que diseñar y evaluar las políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas relacionados con las drogas. La que sirve de base a este trabajo es la publicada en 2013.

En el 2015 se ha publicado la más reciente, pero con datos parciales y sin dividirse en Comunidades autónomas. Dado que los datos han variado muy poco sobre los publicados en 2013 y que siguen las tendencias que ya se expresan en la utilizada para esta tesis usaremos la previa.

1.4.1 Universo y marco muestral

El universo o población de referencia es la residente en España con edades comprendidas entre los 15 a 64 años, ambos inclusive. Al ser una encuesta domiciliaria excluye a la población que reside en instituciones (cuarteles, conventos,

cárceles, residencias de estudiantes o de ancianos, etc.), a la población que vive en establecimientos colectivos (hoteles, pensiones, etc.), así como a la población sin techo.

Otro de los sesgos que se han de considerar es el hecho de ser una encuesta domiciliaria, lo que presupone una mayor captación de mujeres que de hombres respondedores.

El tamaño de la muestra fue de 23.136 cuestionarios válidos, con una distribución por edad desproporcional, sobrerrepresentando a la población joven (15-39 años), para posibilitar un análisis más detallado en este grupo de edad, que es el más expuesto al consumo de drogas. El número de entrevistados, en el conjunto nacional, supera los 2.000 por cada grupo quinquenal hasta la edad de 44, y sobrepasa los 1.500 por cada grupo de 5 años, entre los 45 y los 64.

1.4.2 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas

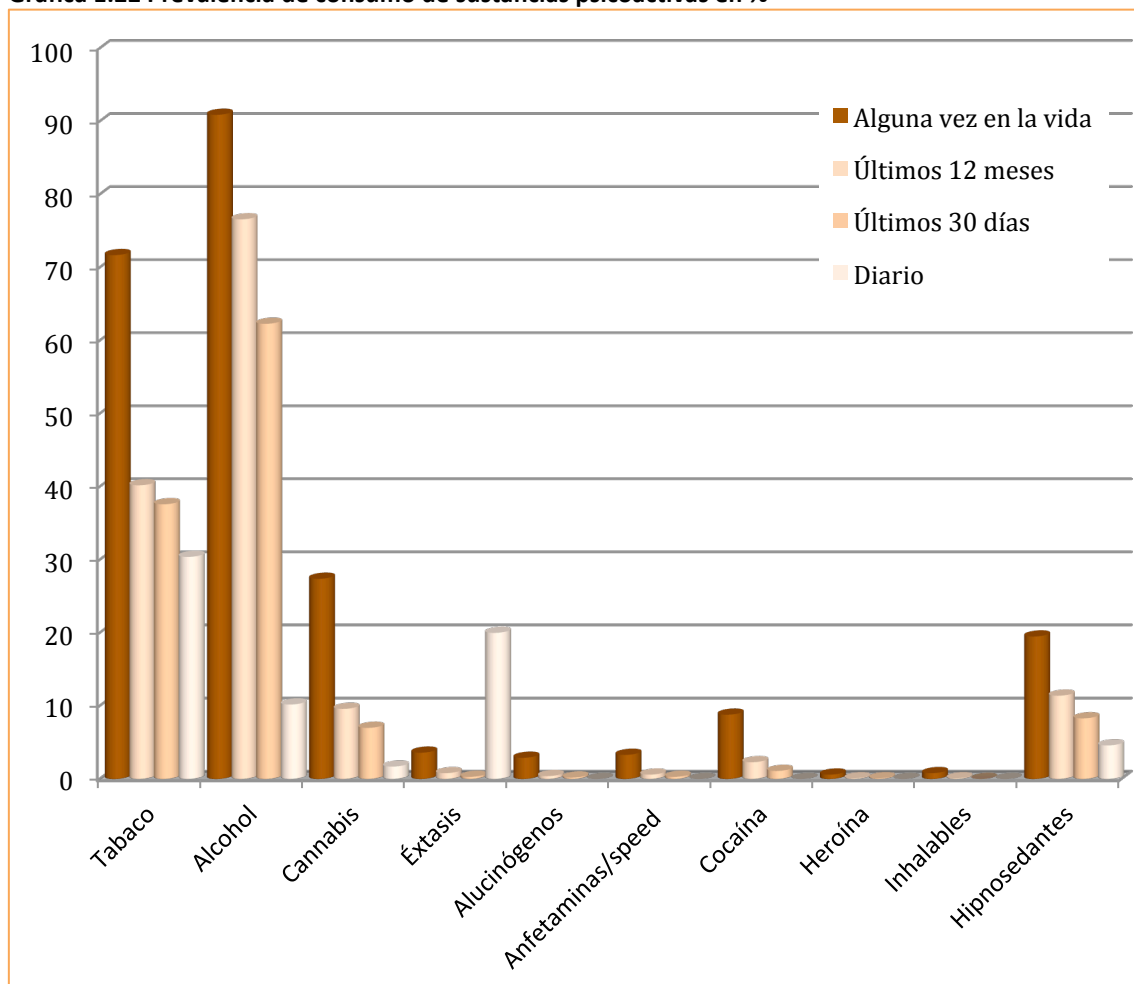
En los datos publicados en 2011 el alcohol y el tabaco fueron las sustancias psicoactivas más consumidas por la población española de entre 15 a 64 años. Entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis y la cocaína, con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses que sobrepasan el 2% (10,6% para cannabis, 2,7% para cocaína) y el éxtasis con una prevalencia de consumo del 0,8% en los últimos 12 meses. La prevalencia de uso de hipnosedantes (7,1%) en los últimos 12 meses, sólo se ve superada por el alcohol, el tabaco y el cannabis.

Tabla 1.10 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en %

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
Tabaco	71,7	40.2	37.6	30.4
Alcohol	90.9	76.6	62.3	10.2
Cánnabis	27.4	9.6	7.0	1.7
Éxtasis	3.6	0.8	0.3	20.0
Alucinógenos	2.9	0.4	0,2	0,0
Anfetaminas/speed	3.3	0,6	0,3	0,0
Cocaína	8,8	2.3	1.1	0,0
Heroína	0,6	0,1	0.1	0,0
Inhalables	0,8	0,1	0.0	0,0
Hipnosedantes	19,5	11.4	8.3	4.6

Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Gráfica 1.22 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en %



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Las diferencias por sexo en cuanto a consumo en los últimos 12 meses muestran que los hombres consumen más tóxicos que las mujeres excepto en el caso de los hipnosedantes, en los que el consumo presenta casi el doble de prevalencia en mujeres (15,3%) que en hombres (7,6%). En inhalables, tabaco y alcohol, aun siendo superior el consumo en hombres, la diferencia no es tan llamativa como lo es en el caso de la cocaína donde los hombres (3,6%) cuadruplican el consumo de las mujeres (0,9%) o en el caso de las anfetaminas y los alucinógenos donde los hombres triplican el consumo de las mujeres, con un 0,9% y 0,6% frente a un 0,3% y un 0,2% respectivamente.

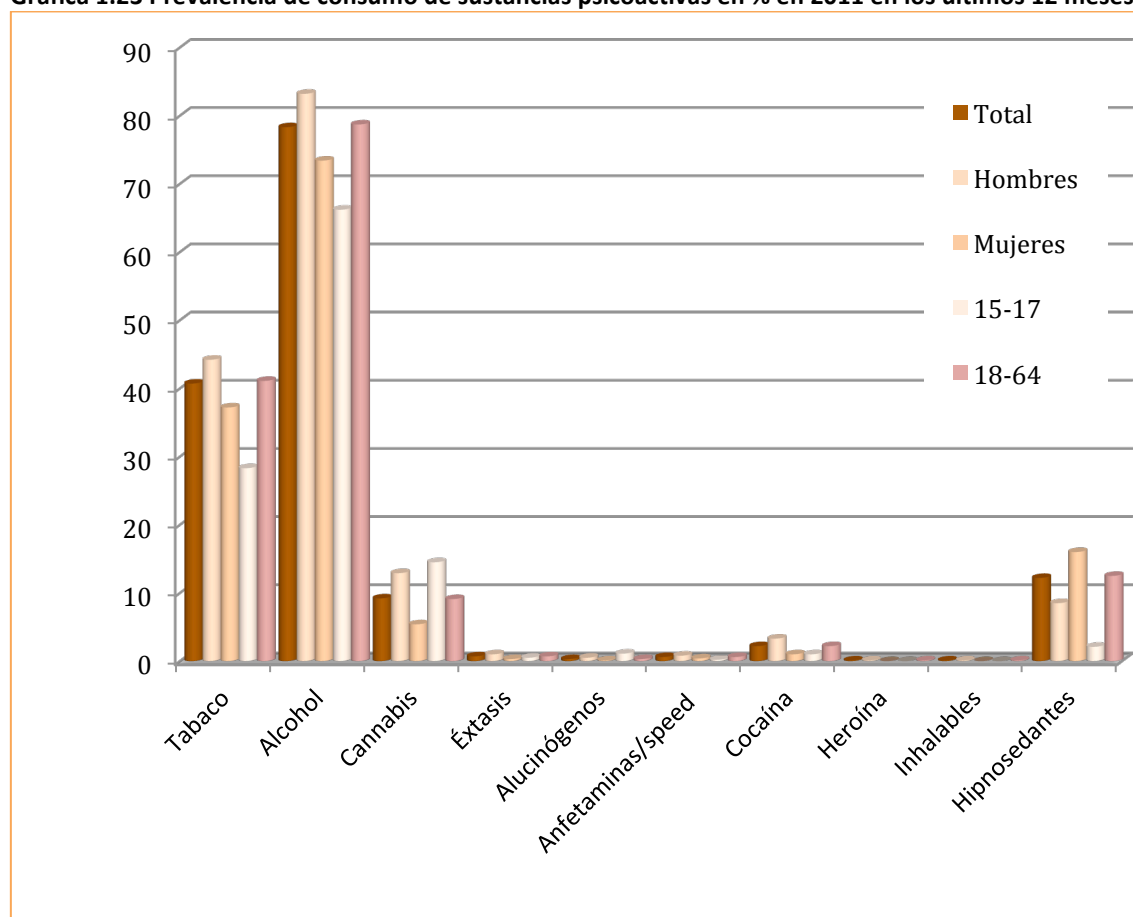
Por edades todas las drogas son más consumidas entre los 15 y los 34 años, excepto los hipnosedantes, que son más frecuentes en la franja de los 35 a los 64 años (14,5% frente al 6,3%). La heroína y los inhalables presentan igual prevalencia (0,1%). El alcohol presenta una prevalencia de consumo muy similar (79,1% y 75,1% para los más jóvenes y los mayores respectivamente) y el tabaco también presenta cifras cercanas de prevalencia (43,8% y 37,9%). Después de estas, la más similar es la cocaína en la que los jóvenes (3,6%) tienen un consumo mucho más elevado que en los mayores (1,4%), En los casos del cánnabis, éxtasis, alucinógenos y anfetaminas las diferencias son mucho mayores.

Tabla 1.11 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en % en 2011 en los últimos 12 meses

	Total	Hombres	Mujeres	15-17	18-64
Tabaco	40,7	44,2	37,2	28,3	41,1
Alcohol	78,3	83,2	73,4	66,2	78,7
Cánnabis	9,2	12,9	5,4	14,5	9,1
Éxtasis	0,7	1	0,3	0,5	0,7
Alucinógenos	0,3	0,5	0,1	1,1	0,3
Anfetaminas/speed	0,6	0,8	0,4	0,2	0,6
Cocaína	2,2	3,3	1,0	1,0	2,2
Heroína	0,1	0,1	0	0,0	0,1
Inhalables	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
Hipnosedantes	12,2	8,5	16,0	2,1	12,5

Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

Gráfica 1.23 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en % en 2011 en los últimos 12 meses

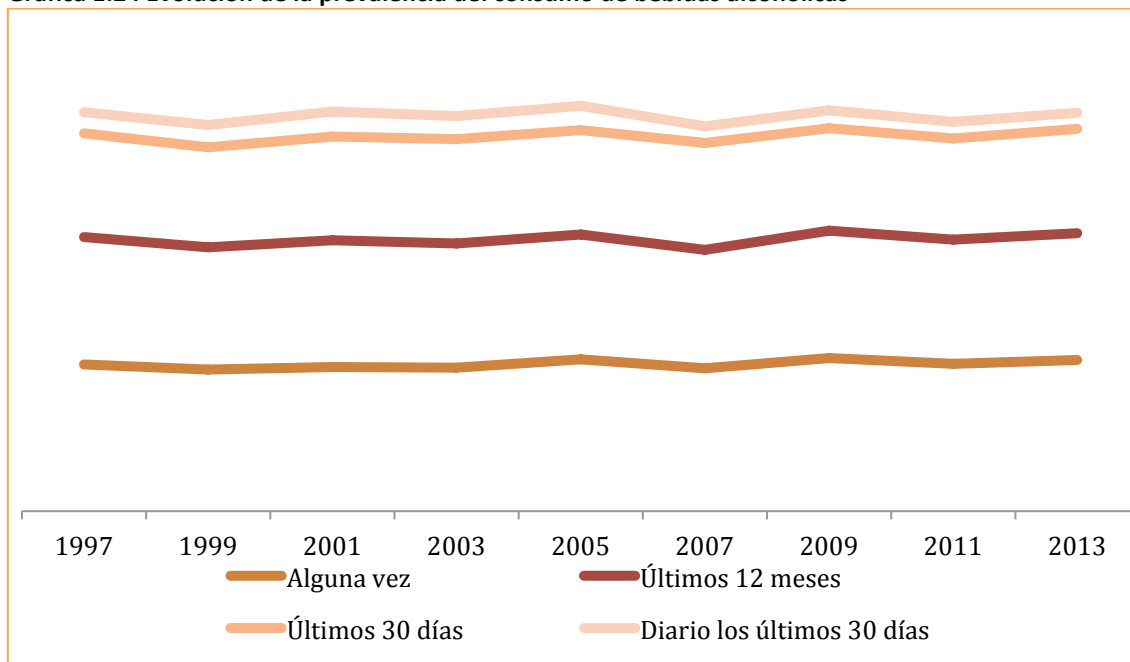


Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

1.4.3 Prevalencia de consumo de alcohol

La evolución en la prevalencia del consumo de alcohol ha ido disminuyendo (tabla 1.12) si bien la extensión del consumo de esta sustancia en la sociedad española es prácticamente universal. En 2011 el 90,9% de la población encuestada de 15 a 64 años lo había consumido alguna vez en su vida, el 76,6% lo había consumido durante el año anterior a ser encuestado y el 62,3% lo hizo alguna vez durante el mes previo a la encuesta. Más del 10% de la población encuestada reconoció un consumo diario durante el mes previo. El porcentaje de abstemios era en los datos publicados en 2011, de un 8% en hombres, 17,1% en mujeres, un 12,6% en total.

Gráfica 1.24 Evolución de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

Tabla 1.12 Evolución de la prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez	90.6	87.3	89	88.6	93.7	88	94.2	90.9	93,1
Últimos 12 meses	78.5	75.2	78.1	76.6	76.7	72.9	78.7	76.6	78,3
Últimos 30 días	64.0	61.8	63.7	64.1	64.6	66.0	63.3	62.3	64,4
Diario los últimos 30 días	12.7	13.7	15.7	14.1	14.9	10.2	11.0	10.2	9,8

Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

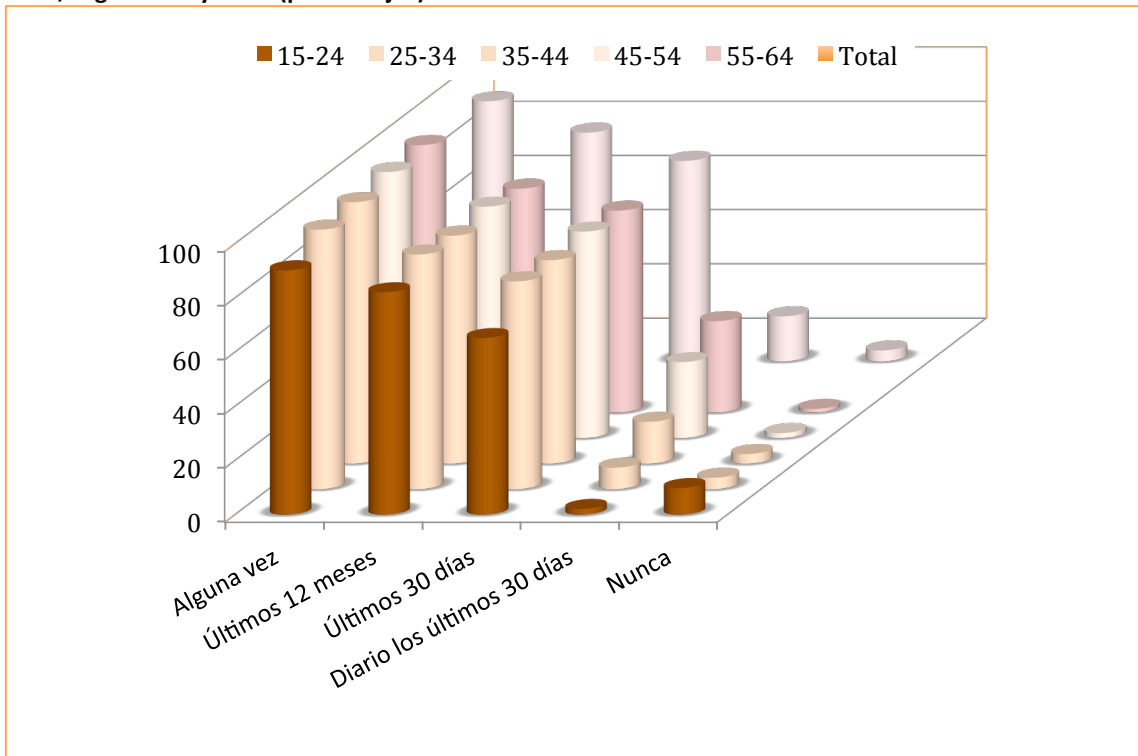
Tabla 1.13 Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)

	15-24		25-34		35-44		45-54		55-64		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Alguna vez	90,2	87,4	95,8	93,1	96,5	94,0	98,2	95,1	98,7	90,1	96	92,3
Últimos 12 meses	82,1	76,9	86,6	73,9	84,1	74,9	85,4	73,3	82,6	63,0	84,4	72,7
Últimos 30 días	65,2	55,1	76,7	52,6	75,1	53,2	76,2	53,0	74,5	46,3	74	52,2
Diario últimos 30 días	2,1	0,9	7,9	1,5	15,4	5,1	28,0	8,4	33,7	11,1	16,6	5,2
Nunca	9,8	12,6	4,2	6,9	3,5	6,0	1,8	4,9	1,3	9,9	4	7,7

Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

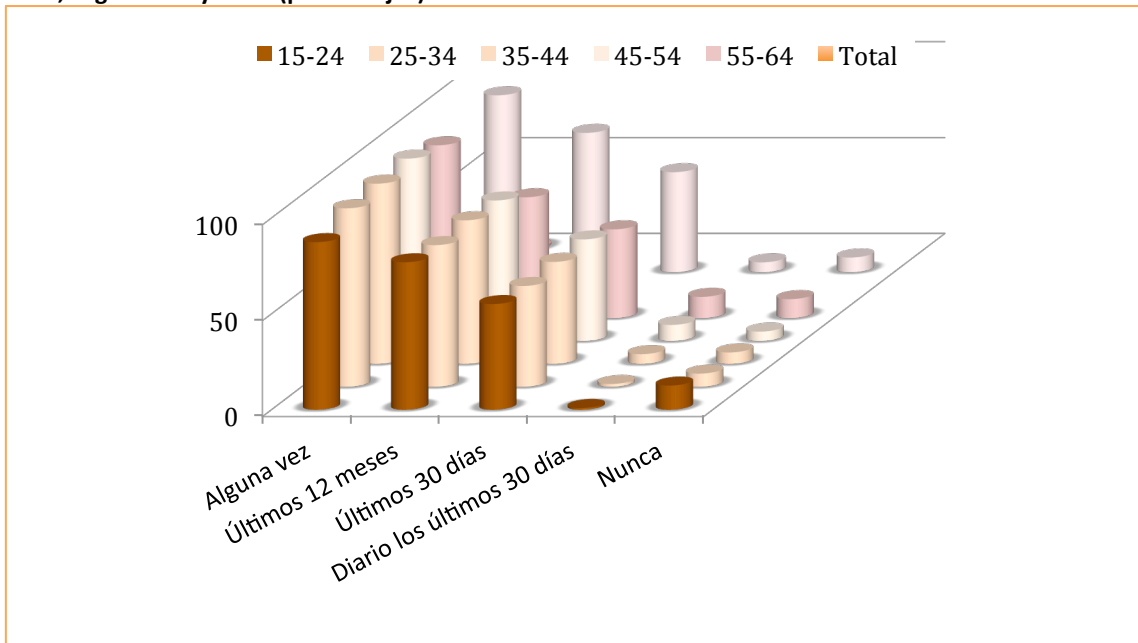
Los datos de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, desglosados en función del sexo muestran que, los hombres beben más que las mujeres en todos los patrones temporales de consumo y en todos los grupos de edad. El 96,0% de los hombres encuestados había consumido alcohol alguna vez en la vida frente al 92,3% de las mujeres; el 84,4% de los hombres consumió alcohol durante el año anterior a la encuesta frente al 72,7% de las mujeres y el 74,0% de los hombres lo hizo durante el mes previo a ser encuestado frente al 52,2% de las mujeres, el 16,6% bebió a diario frente al 5,2% de las mujeres.

Gráfica 1.25 Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre los hombres de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Gráfica 1.26 Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, entre las mujeres de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

La prevalencia de consumo de alcohol en todo el periodo ha sido mayor en hombres que en mujeres, tanto para consumo habitual como reciente. Las diferencias relativas van aumentando al referenciarse consumos más frecuentes o intensivos, con la excepción de las intoxicaciones etílicas en las que se hace apenas perceptible esta diferencia de prevalencia según sexo, sobre todo en los grupos de edad más joven.

Con respecto a las diferencias por edad, se observa que la prevalencia de consumo en el último año es superior en el grupo de jóvenes hombres de 25 a 34 años (86,6%) seguido por los hombres de 45 a 54 años (85,4%).

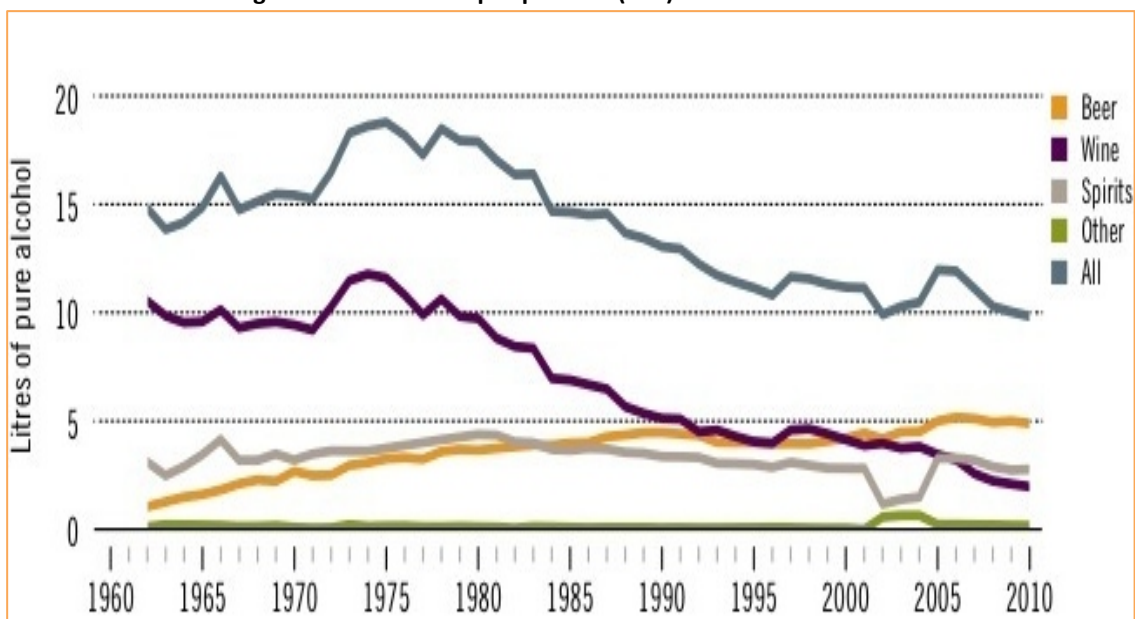
La prevalencia de consumo en el último mes fue ligeramente superior también en la población de hombres de 25 a 34 años (76,7%) y en los hombres de 45 a 54 años (76,2%). Pero la prevalencia de consumo diario es más elevada en la población de 55-64 años (33,7%) disminuyendo el porcentaje a medida que disminuye la edad, lo que confirma la extensión de patrón de consumo diario en comidas y cenas en grupos de mayor edad y el consumo más bien episódico de fin de semana en los más jóvenes, como se verá más adelante.

El consumo de alcohol no registrado fue entre 2008 y 2010 de 1.2 litros por persona (>15) (OMS, 2014).

1.4.4 Tipos de bebidas

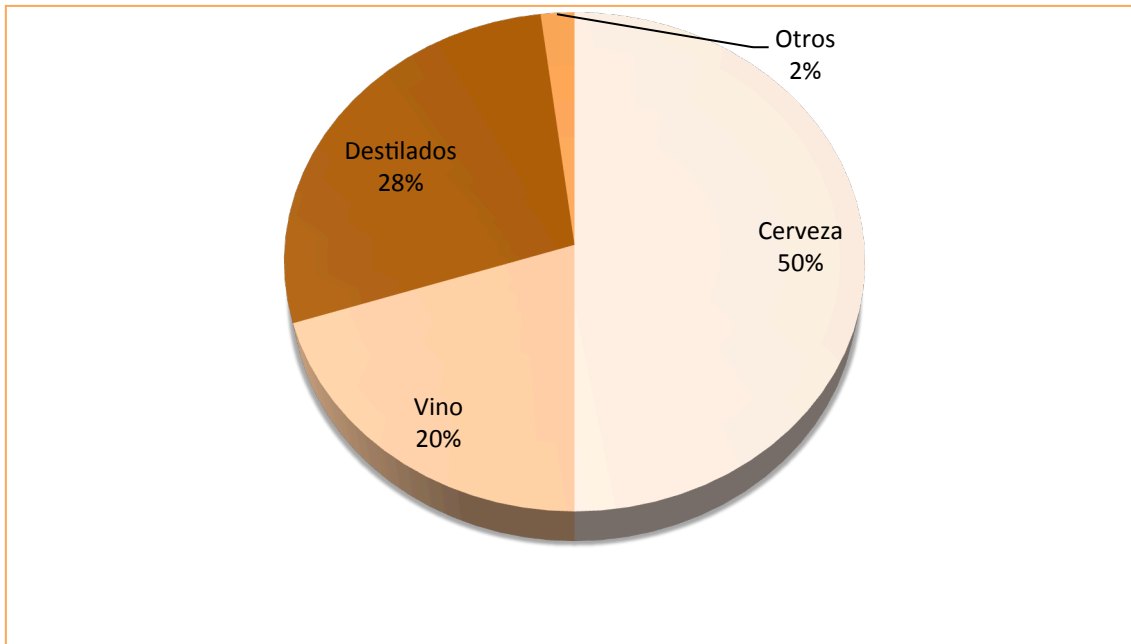
A pesar de ser España un país fundamental y tradicionalmente productor de vino, la bebida alcohólica más consumida es la cerveza. En la gráfica 1.19 podemos ver la evolución de las bebidas consumidas desde 1990 hasta el 2010 y en la gráfica 1.20 el tipo de alcohol consumido en 2010, según datos de la OMS.

Gráfica 1.27 Alcohol registrado consumido por persona (>15) desde 1961 hasta 2010



Fuente: OMS Global status report on alcohol and health 2014

Llama la atención el pronunciado descenso del consumo de vino frente al aumento de la cerveza y el breve aumento de las bebidas alcohólicas clasificadas como *otras* coincidiendo con el descenso de los destilados durante el periodo 2001-2005.

Gráfica 1.28 alcohol registrado consumido persona (>15) en 2010 por tipo de alcohol

Fuente: OMS Global status report on alcohol and health 2014

Tal y como muestra la tabla 1.14, en los días laborables de lunes a jueves un 20,0% de los encuestados reconoció beber cerveza algún día, concentrándose este consumo en el grupo de mayor edad (22,4% para el grupo de 35 a 64 años frente a 16,5% en el grupo de 15 a 34 años).

El vino es la segunda bebida con mayor prevalencia de consumo, excepto en el grupo de los jóvenes (15-34 años) en los que, en los fines de semana, lo es el combinado (39% frente a 16,4%). En el consumo de vino se observa la mayor diferencia de prevalencia, a favor del grupo de mayor edad, (22,5% en 35 a 64 años frente a 6,5% en 15 a 34 años).

El consumo de bebidas alcohólicas es más prevalente en el grupo de 35 a 64 que en el de 15 a 34, salvo en el caso de los combinados y los licores de frutas durante toda la semana y los licores fuertes el fin de semana.

Tabla 1.14 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)

	15-64 años		15-34 años		35-64 años	
	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana	Días laborables	Fin de semana
Vino/champán	16,1	27,9	6,5	16,4	22,5	35,6
Cerveza/sidra	20,0	41,3	16,5	41,5	22,4	41,2
Aperitivos/vermut	0,8	3,9	0,7	3,1	0,9	4,5
Combinados/cubatas	1,9	24,4	2,4	39,0	1,7	14,6
Licores de frutas	0,6	2,4	0,6	2,9	0,6	2,0
Licores fuertes	1,4	4,9	1,2	5,6	1,5	4,4
Cualquier bebida alcohólica	29,0	61,9	19,5	62,1	35,3	61,7

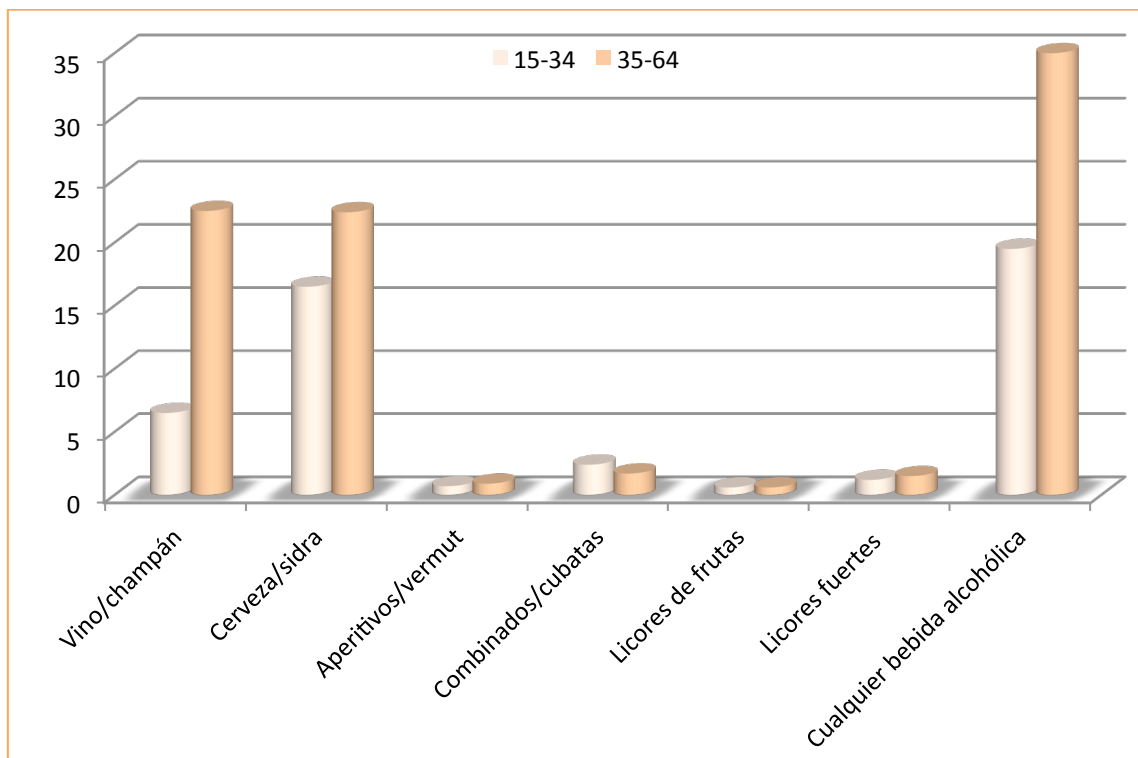
Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). <http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

En fin de semana aumenta el consumo de bebidas alcohólicas duplicándose en términos generales a los días de diario (pasan de un 29% a un 61,9%), llegando en algunos casos a multiplicarse por 12 (los cubatas pasan de un 1,9% a un 24,4%).

El consumo que se muestra más regular es el de vino para mayores de 34 años, en los que se multiplica por 1,6.

Por grupos de edad, las mayores prevalencias de consumo en fin de semana se observan en el grupo de 15 a 34 años para la cerveza (41,5%) y de los combinados/cubatas (39,0%) y en el grupo de 35 a 64 años para la cerveza (41,2%) y el vino (35,6%).

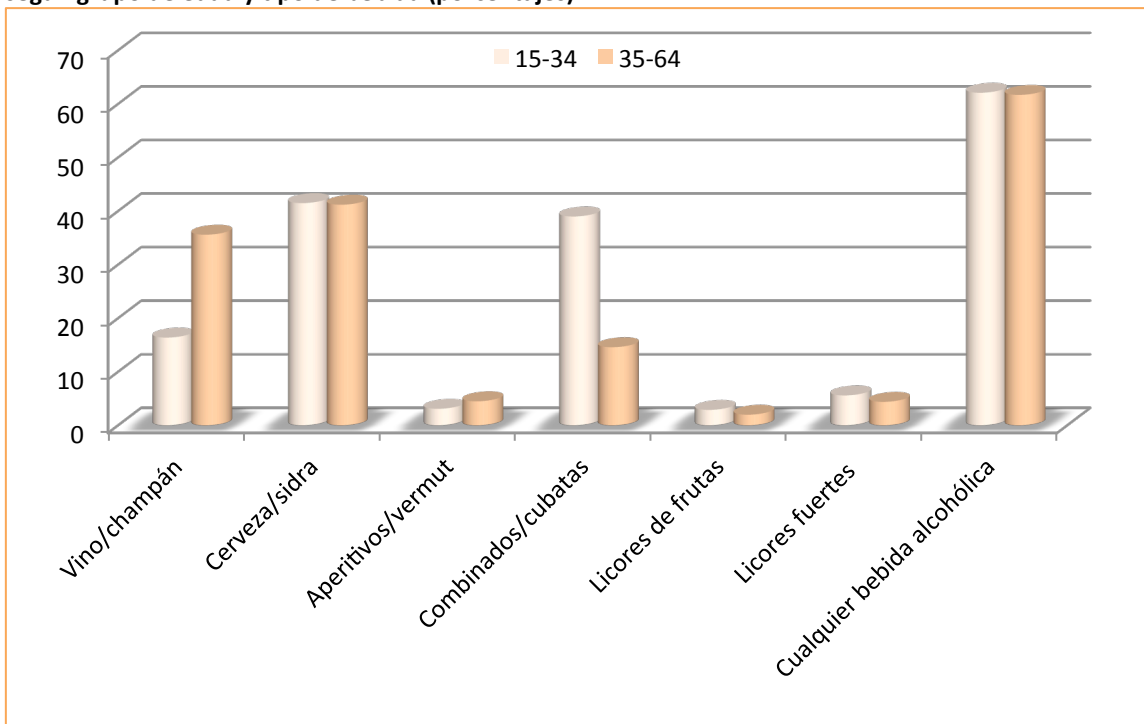
Gráfica 1.29 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

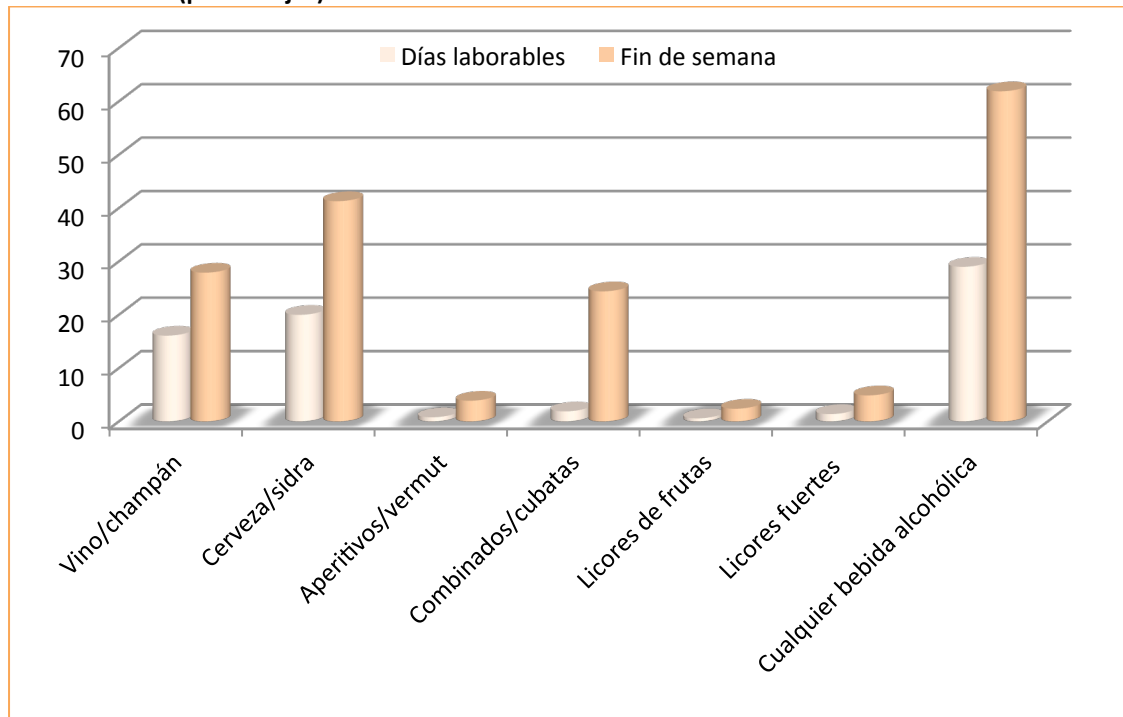
Los dos grupos grandes de edad comparten prevalencias muy similares para el consumo de cerveza/sidra durante el fin de semana (41,5% en 15 a 34 años frente a 41,2% en 35 a 64 años) y de licores, tanto de frutas como licores fuertes. Sin embargo, se muestran muy dispares para el consumo de combinados/cubatas en fin de semana (39,0% frente a 14,6%) y en el consumo de vino/champán en días laborables (6,5% frente a 22,5%) y fin de semana (16,4 frente a 35,6).

Gráfica 1.30 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Gráfica 1.31 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en fin de semana y días laborables (porcentajes)



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

1.4.5 Incidencia del consumo de alcohol en la salud

Según datos publicados por la OMS en 2014 y procedentes de 2012, los años de vida perdidos por cirrosis hepática en hombres era de 14,2%, del que un 65,2% es atribuible al alcohol. En mujeres de 3.9%, del que un 63.9% es atribuible al alcohol.

En accidentes de tráfico se calcula de 7,6% para hombres y 1,8% para mujeres de los que son atribuibles al alcohol el 17% y el 6.7% respectivamente (OMS, 2014). La puntuación en la escala de años perdidos según la OMS es de 4 siendo 5 el máximo.

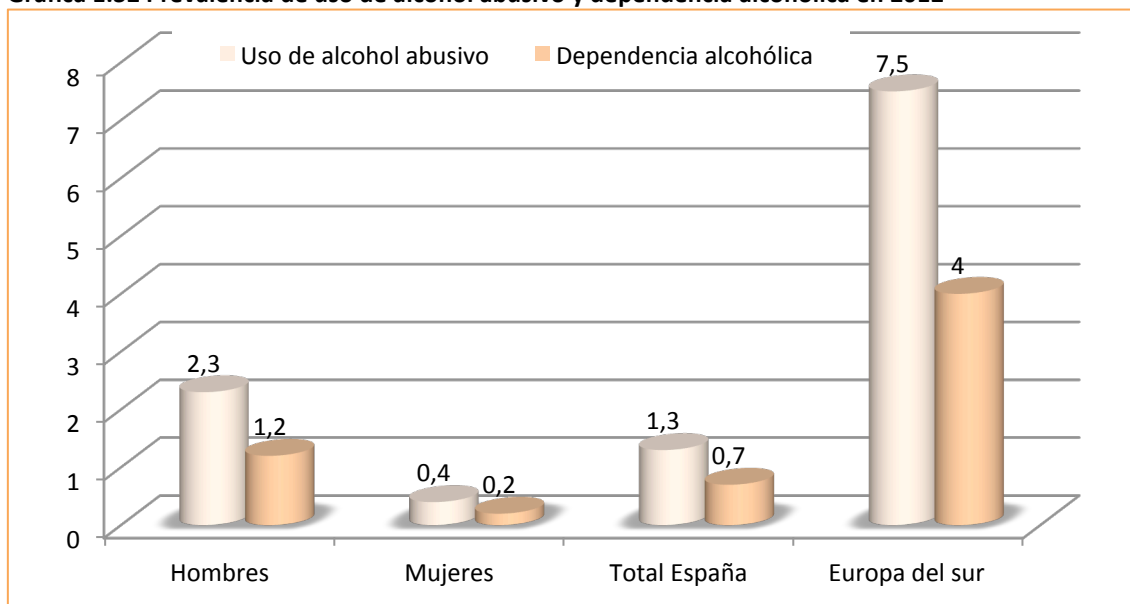
La prevalencia de enfermedades por uso de alcohol y dependencia alcohólica se refleja en la tabla 1.15 y muestra que el uso de alcohol abusivo (1,3%) es casi el doble que la dependencia alcohólica (0,7%). Por sexo ambas patologías son seis veces más prevalentes en hombres (2,3% y 1,2% el uso abusivo y la dependencia respectivamente) que en mujeres (0,4% y 0,2%). Comparando geográficamente las patologías asociadas al uso abusivo de alcohol y dependencia, estamos muy por debajo de los países de nuestro entorno que nos quintuplican.

Tabla 1.15 Prevalencia de uso de alcohol abusivo y dependencia alcohólica en 2012

	Uso de alcohol abusivo	Dependencia alcohólica
Hombres	2.3	1.2
Mujeres	0.4	0.2
Total España	1.3	0.7
Europa del sur	7.5	4.0

Fuente: OMS Global status report on alcohol and health 2014

Gráfica 1.32 Prevalencia de uso de alcohol abusivo y dependencia alcohólica en 2012



Fuente: OMS Global status report on alcohol and health 2014

1.4.6 Hábitos de alcohol

La edad media de iniciación al consumo de alcohol fue, según consta en los datos publicados en 2011, de 16,7 años, idéntica a la registrada en 2009 y muy similar a la registrada en años anteriores (oscilando entre 16,7 años y 16,9 años).

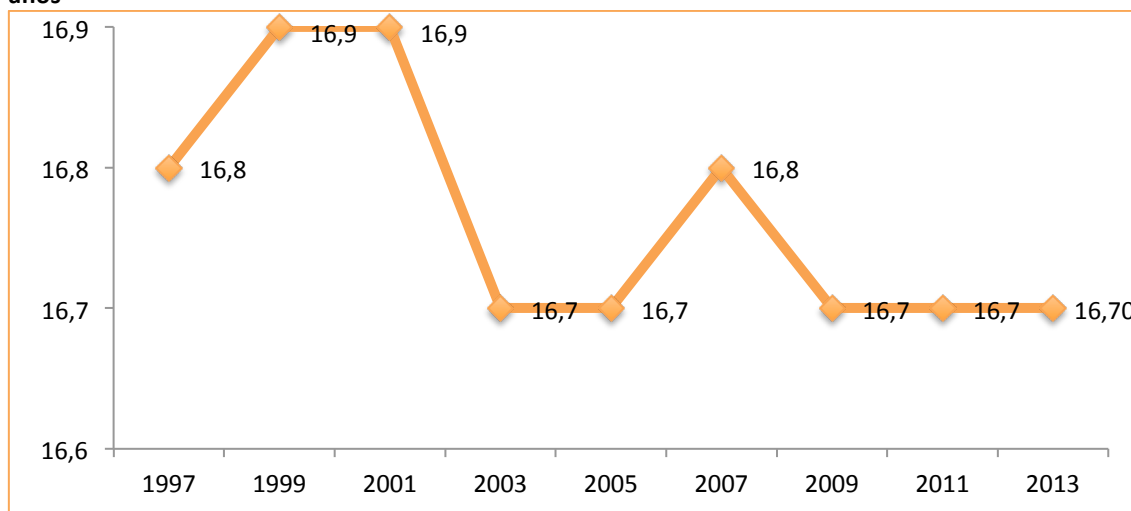
El primer contacto con las bebidas alcohólicas es algo más temprano en los hombres (15,9 años) que en las mujeres (17,6 años). Sin embargo, el análisis de los datos por grupo de edad y sexo muestra, además del adelanto de la edad de inicio del consumo a medida que desciende la edad del grupo considerado, un claro adelanto del inicio en el consumo de alcohol en las mujeres con respecto a los hombres, lo que demuestra la incorporación más temprana de las mujeres de las generaciones más recientes al consumo de alcohol.

Tabla 1.16 Evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años

Año	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Edad de inicio	16,8	16,9	16,9	16,7	16,7	16,8	16,7	16,7

Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

Gráfica 1.33 Evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol entre la población de 15-64 años



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

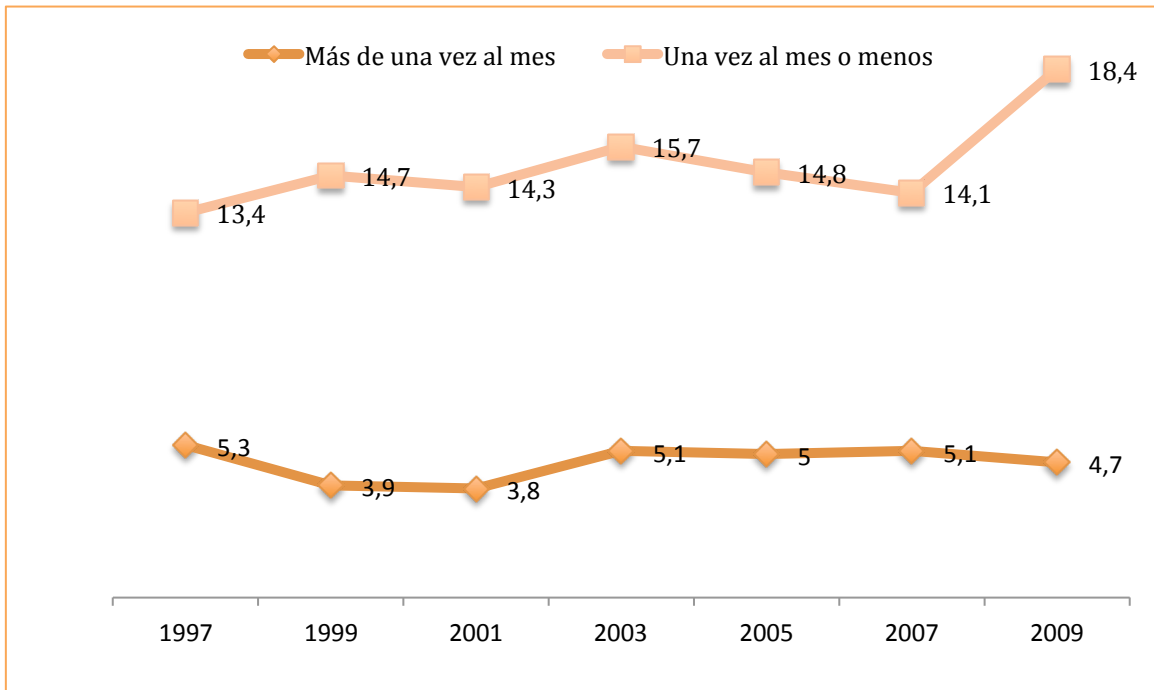
En relación con las intoxicaciones etílicas, un 23,1% de la población encuestada se había emborrachado alguna vez durante el los últimos doce meses (un 18,4% menos de 10 veces al año y un 4,7% lo hizo 10 o más veces durante el año).

Tabla 1.17 Evolución de las intoxicaciones etílicas de 1997 a 2009

	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009
Más de una vez al mes	5,3	3,9	3,8	5,1	5,0	5,1	4,7
Una vez al mes o menos	13,4	14,7	14,3	15,7	14,8	14,1	18,4

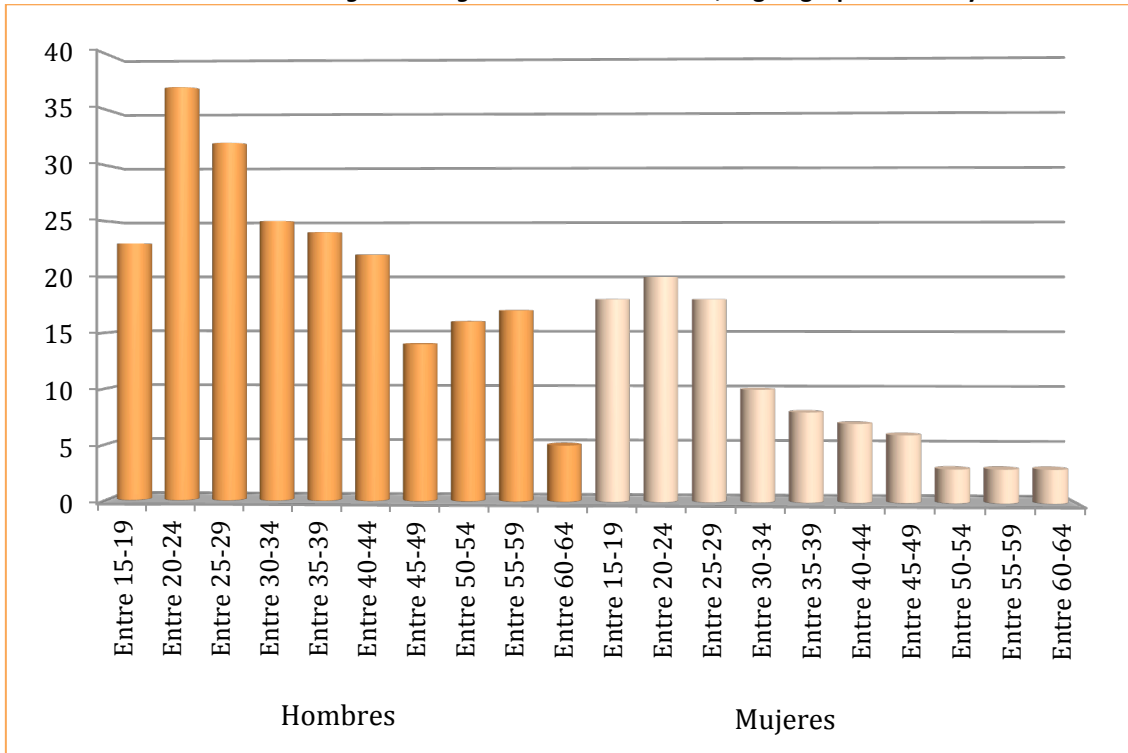
Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Gráfica 1.34 Evolución de las intoxicaciones etílicas de 1997 a 2009



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

Gráfica 1.35 Prevalencia de *binge drinking* en los últimos 30 días, según grupo de edad y sexo en 2009



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

La prevalencia de borracheras fue mayor entre los hombres en ambos grupos de edad, (41,3% frente a 23,5% y 16,2% frente a 5,9% en los grupo de edad 15-34 y de 35-64 respectivamente), y entre los jóvenes de 15 a 34 años de ambos sexos que entre los mayores de esa edad. Si bien, en el grupo de mujeres, las intoxicaciones etílicas agudas descienden hasta casi la cuarta parte al pasar del grupo de las más jóvenes, al grupo de 35-64 (pasan de un 23,5% a un 5,9%). Entre los hombres el descenso es mucho menos acusado, reduciéndose a algo más de la mitad (de 41,3% a 16,2%).

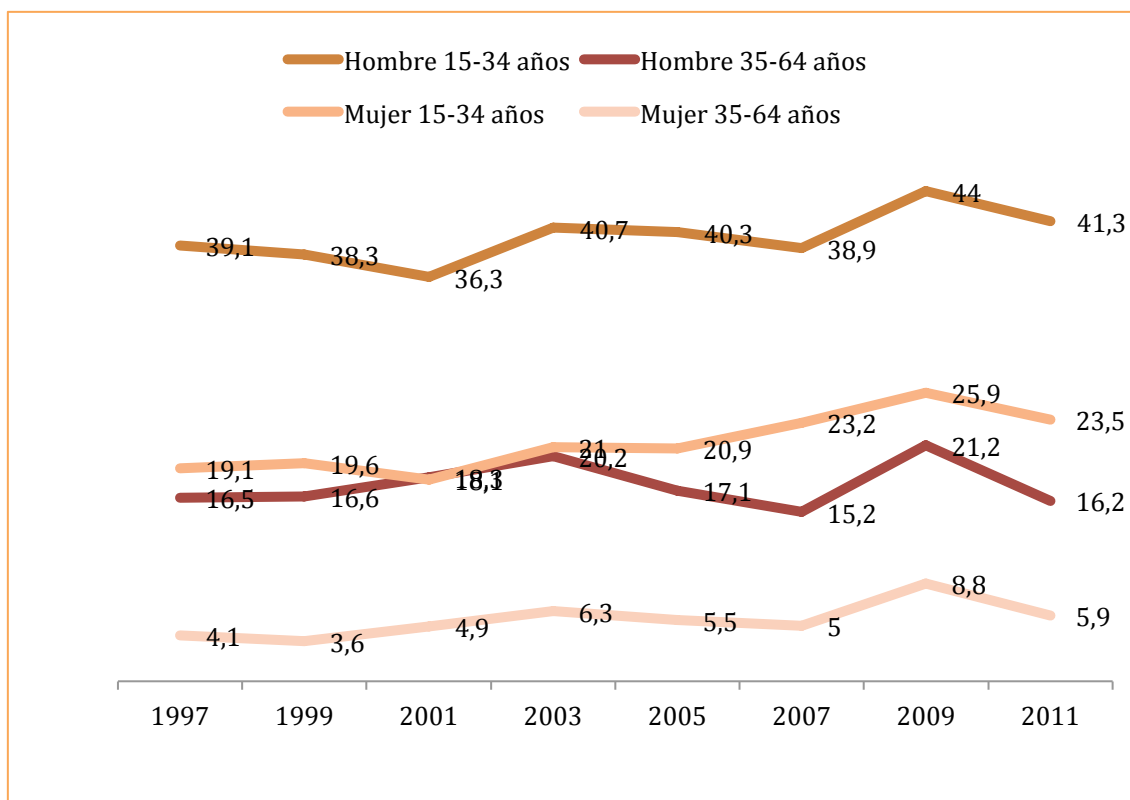
El grupo donde las borracheras son más frecuentes es el compuesto por los hombres de 15 a 34 años (41,3%), quienes multiplican por siete la frecuencia de borracheras, respecto del grupo de mujeres de entre 35 y 64 años (5,9%).

Tabla 1.18 Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes)

sexo	edad	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
Hombres	15-34 años	39,1	38,3	36,3	40,7	40,3	38,9	44,0	41,3
	35-64 años	16,5	16,6	18,3	20,2	17,1	15,2	21,2	16,2
Mujeres	15-34 años	19,1	19,6	18,1	21,0	20,9	23,2	25,9	23,5
	35-64 años	4,1	3,6	4,9	6,3	5,5	5,0	8,8	5,9

Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

Gráfica 1.36 Evolución de la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según grupo de edad y sexo (porcentajes)



En cuanto a la evolución temporal de la prevalencia de borracheras por sexo y grupo de edad, el estudio muestra que se ha producido un ascenso en las cifras en todos los grupos, siendo especialmente llamativo el de las mujeres, que han superado cualquier cifra de los años previos.

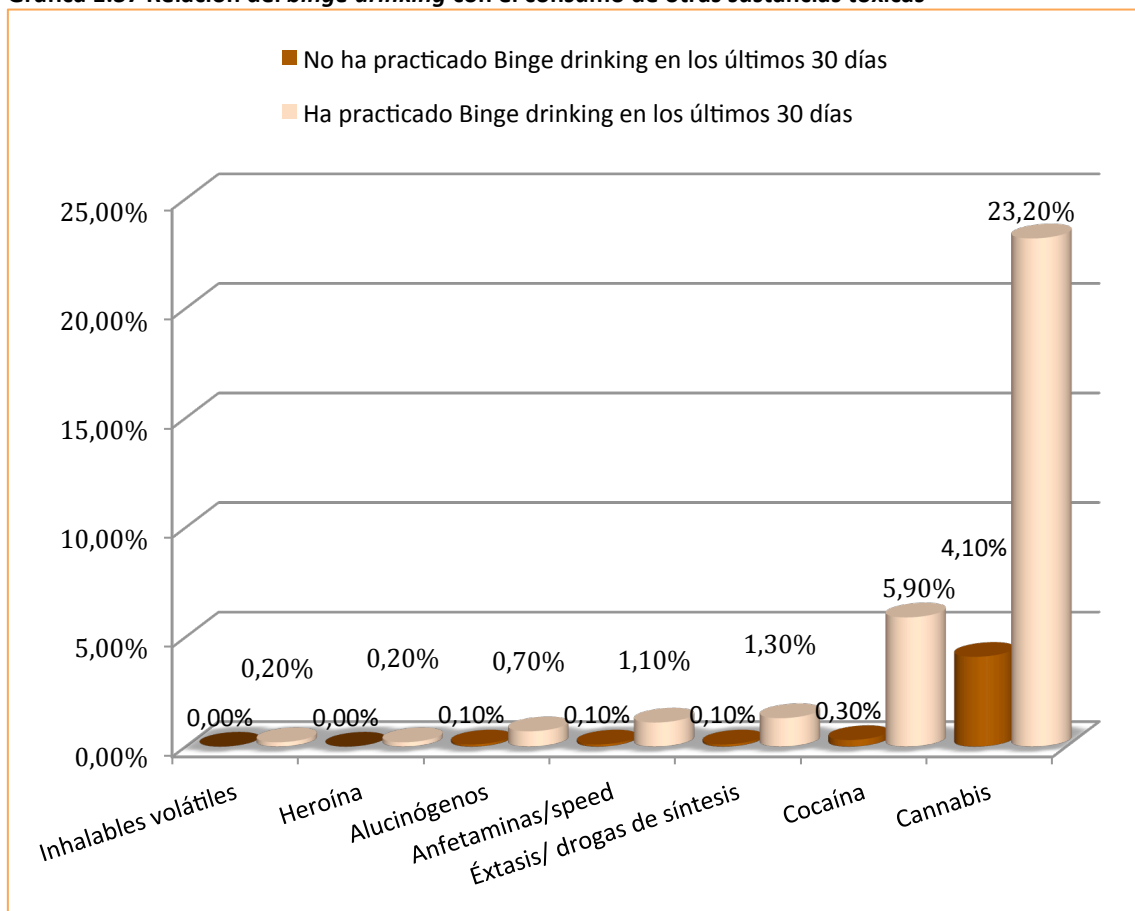
Se considera bebedores de riesgo a los hombres que, por término medio, consumen 50 milímetros cúbicos (ml.) o más de alcohol puro al día y las mujeres que consumen 30 ml. o más. La proporción de bebedores de riesgo en 2009, en la población de 15 a 64 años fue del 4,4%. Esta cifra fue ligeramente superior a la obtenida en 2007 (3,4%) pero inferior a las obtenidas en las encuestas anteriores.

Las prevalencias para hombres y mujeres se equiparan si consideramos el grupo de edad de 15 a 34 años y se hacen mayores en hombres en la población de mayor edad (35 a 64 años).

En la muestra de 2009 un 14,9% (21,0% en hombres y 8,6% en mujeres) reconoce consumo de alcohol en forma de *binge drinking*. Prácticamente un tercio de los hombres en la década de los 20 años realiza esta práctica de consumo.

La mayor proporción de mujeres que admite haber practicado *binge drinking* alguna vez en los 30 días previos a la encuesta se localiza en el grupo de edad de 20 a 24 años. Prácticamente una de cada cinco (20,5%) según datos de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, (DGPNSD, 2011).

Uno de los problemas del *binge drinking* es su asociación con el consumo de otras sustancias, como se aprecia en la gráfica 1.37, donde se observa que quienes han tenido pautas de consumo en forma de *binge drinking* el último mes, han multiplicado el consumo de cocaína por veinte, el de anfetaminas por diez, el de alucinógenos por siete, y el cánnabis por cinco.

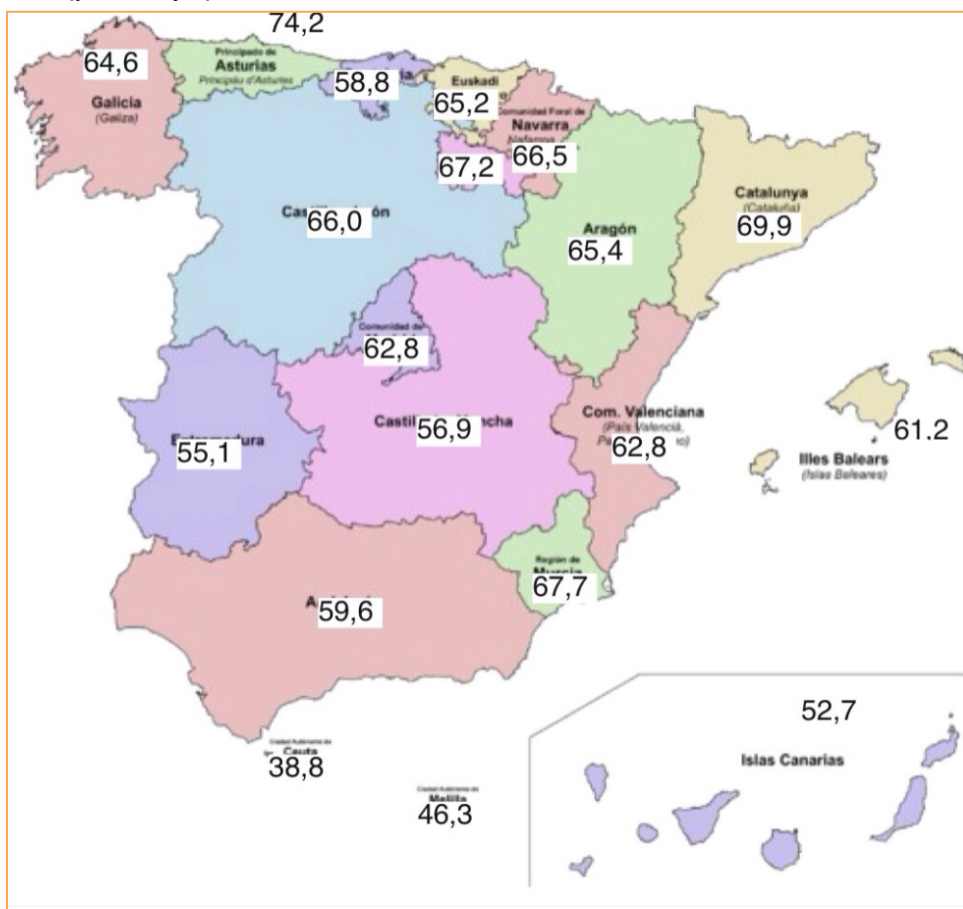
Gráfica 1.37 Relación del *binge drinking* con el consumo de otras sustancias tóxicas

Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf

1.4.7 Diferencias en el uso de alcohol por comunidad autónoma

Respecto a las prevalencias de consumo en las diferentes comunidades autónomas, las prevalencias más elevadas para el consumo, tomando como referencia los últimos 30 días, se encontraron en Asturias (74,2%), Cataluña (69,9%), Murcia (67,7%) y La Rioja (67,2%), y las más bajas en Ceuta (38,8%), Melilla (46,3%), Canarias (52,7%), Extremadura (55,1%), situándose el conjunto de España en el 63,3%.

Figura 1.15 Prevalencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días entre la población española de 15-64 años (porcentajes), 2009



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

1.5 Situación del consumo de alcohol en Baleares

Para el estudio realizado en las Islas Baleares durante 2009 se tomó una muestra de 774 personas, que se amplió en 204 dando una muestra total de 978, con un error muestral del 3,1%. El motivo de la ampliación muestral fue permitir la realización de un análisis más cuidadoso de las diferencias existentes entre cada una de las islas que forman Baleares.

El informe describe los datos obtenidos para el conjunto de las Islas Baleares.

1.5.1 Características sociodemográficas de la encuesta

La encuesta se realizó a un total de 1.111 personas de las Islas Baleares, a través de una muestra aleatoria seleccionada en función de los censos.

El universo de estudio es la población general, hombres y mujeres, residentes en las Islas Baleares con edades comprendidas entre 15 y 64 años, ambos incluidos.

Al realizar una distribución por islas proporcional a la población en Ibiza y Formentera se realizaron 255 encuestas.

No se siguió un patrón proporcional en la distribución por edades ya que la intención del estudio tiene como perfil detectar casos y aplicar política de prevención, y no puramente descriptivo del problema. Así que, si bien los datos totales

pueden estar relativamente sesgados hacia un mayor consumo, los datos por segmentos de edad son comparables con otras muestras.

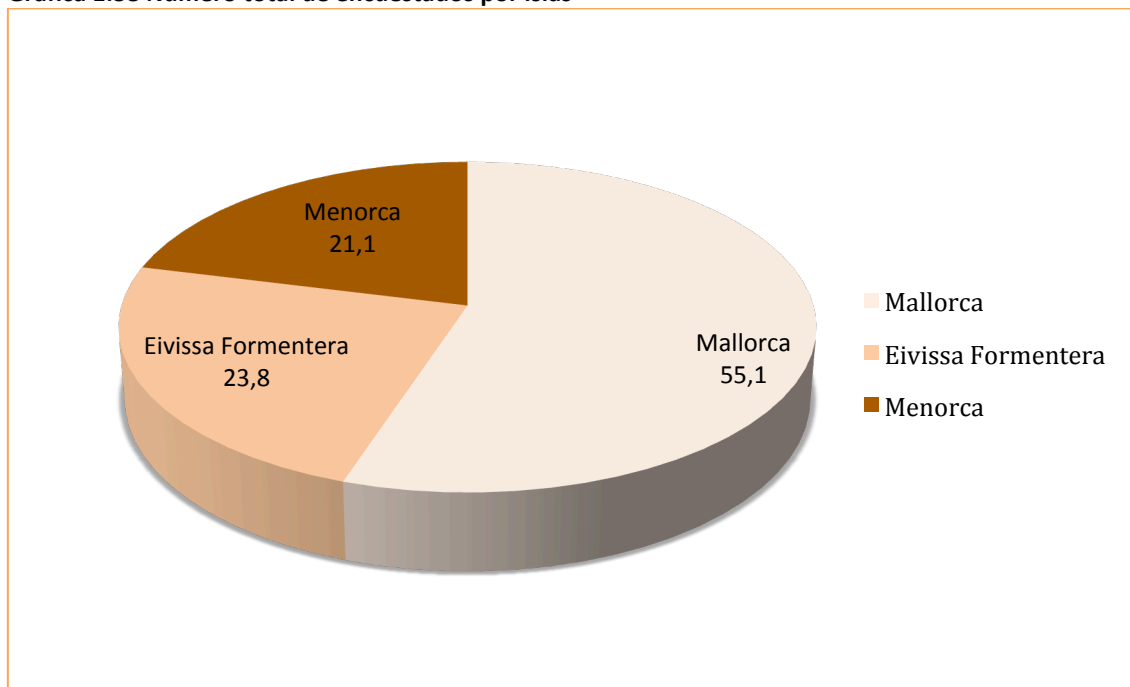
Tabla 1.19 Número total de encuestados por grupos de edad, sexo e islas

Sexo	Bloque de edad	Isla			
		Mallorca	Ibiza- Formentera	Menorca	Total
Hombres	De 15 a 24 años	88	31	38	157
	De 25 a 34 años	72	32	34	138
	De 35 a 44 años	60	19	30	109
	De 45 a 54 años	47	20	9	76
	De 55 a 64 años	40	19	7	68
Mujeres	De 15 a 24 años	94	29	18	141
	De 25 a 34 años	65	33	23	121
	De 35 a 44 años	55	28	26	109
	De 45 a 54 años	50	28	25	103
	De 55 a 64 años	41	19	29	89
Total		612	265	234	1111

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352Z1103204&id=103204>

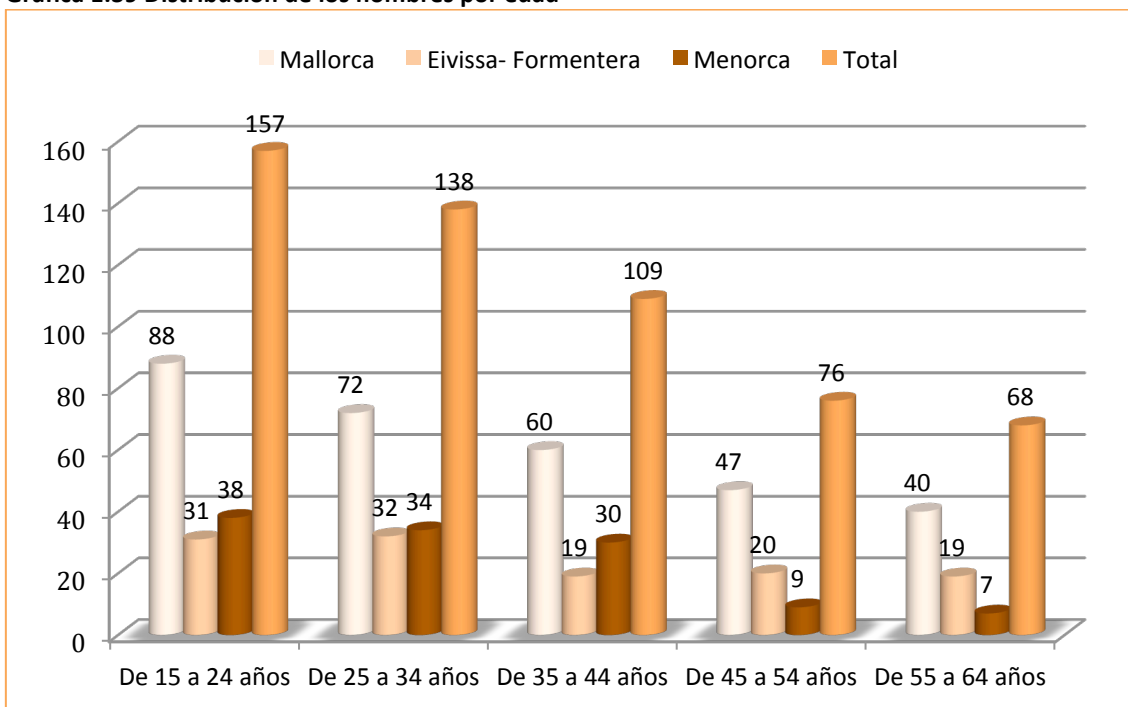
Gráfica 1.38 Número total de encuestados por islas



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

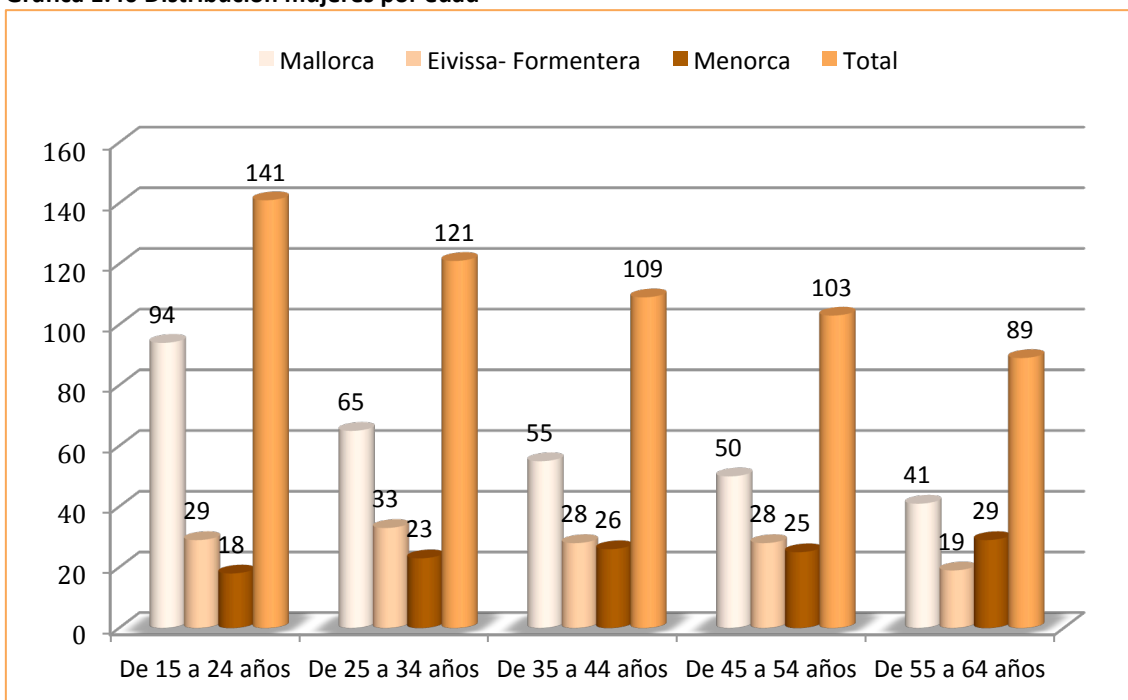
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352Z1103204&id=103204>

Gráfica 1.39 Distribución de los hombres por edad



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

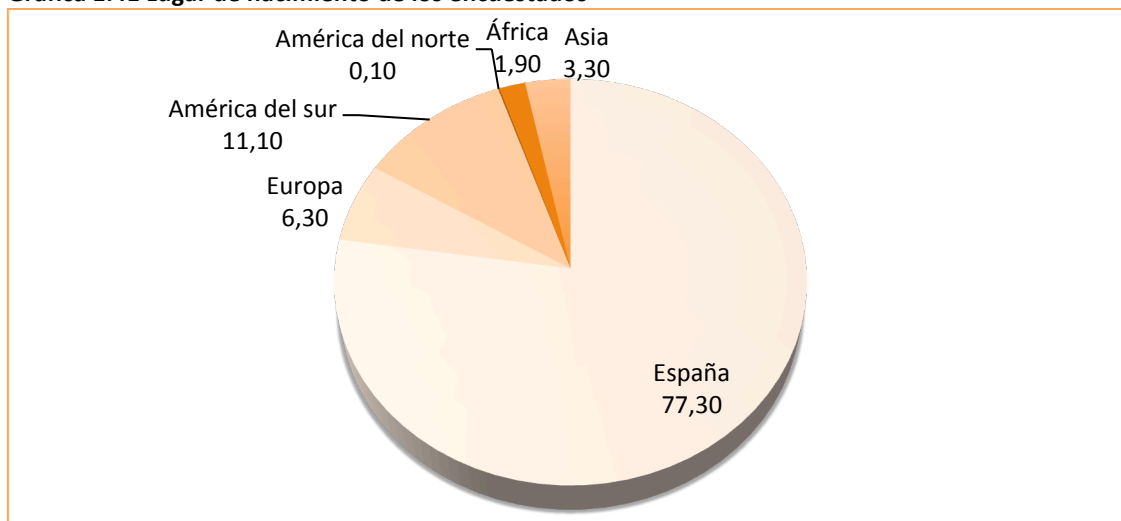
Gráfica 1.40 Distribución mujeres por edad



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Un 77,3% de los encuestados han nacido en España, mientras que un 22,7% ha nacido fuera del territorio español. De estos, el mayor porcentaje de extranjeros corresponde a personas de América del Sur (11,1 %), seguida de Europa (6,3%) y Asia (3,3%).

Gráfica 1.41 Lugar de nacimiento de los encuestados

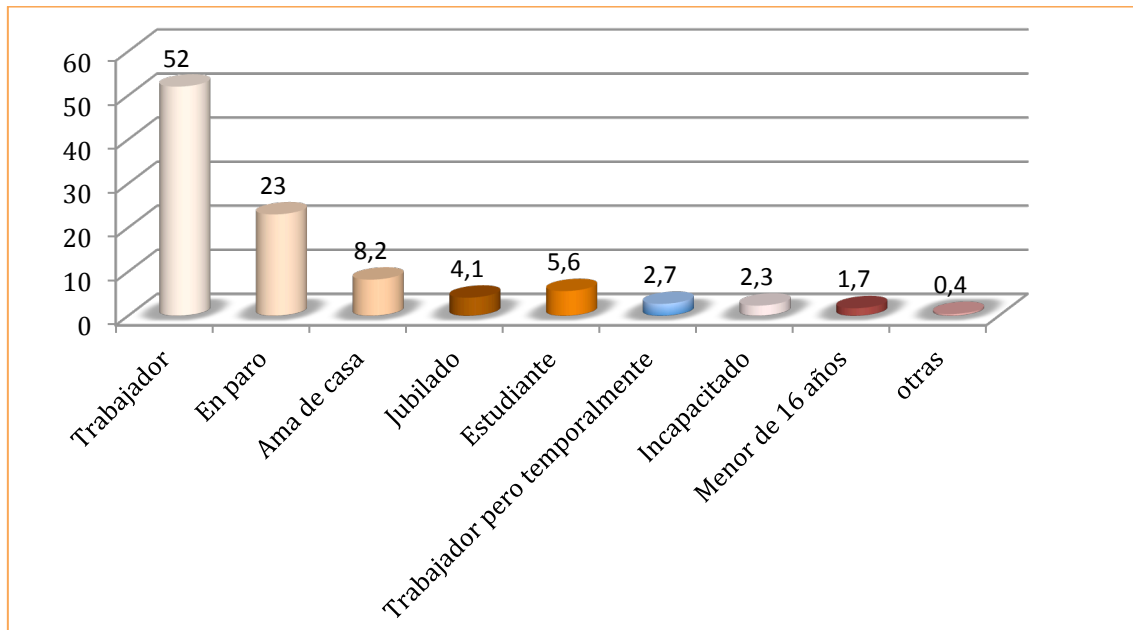


Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Respecto a la situación laboral de los encuestados (gráfica 1.42) un 52% se encontraba trabajando en el momento en el que fueron contestar a la encuesta. Un 23% estaba en el paro y un 8,2% se dedicaban a actividades del hogar. Un 5,6% de los encuestados eran estudiantes mientras que un 4,1% estaban jubilados. El 2,7% tenían trabajo pero se encontraban temporalmente ausentes. Un 2,3% se encontraban incapacitados de manera permanente y un 1,7% eran menores de 16 años, por lo que no podían acceder todavía en el mercado laboral.

Estos datos no son extensivos a una muestra de la población ya que existía un sesgo voluntario de captación dirigido a la población más joven.

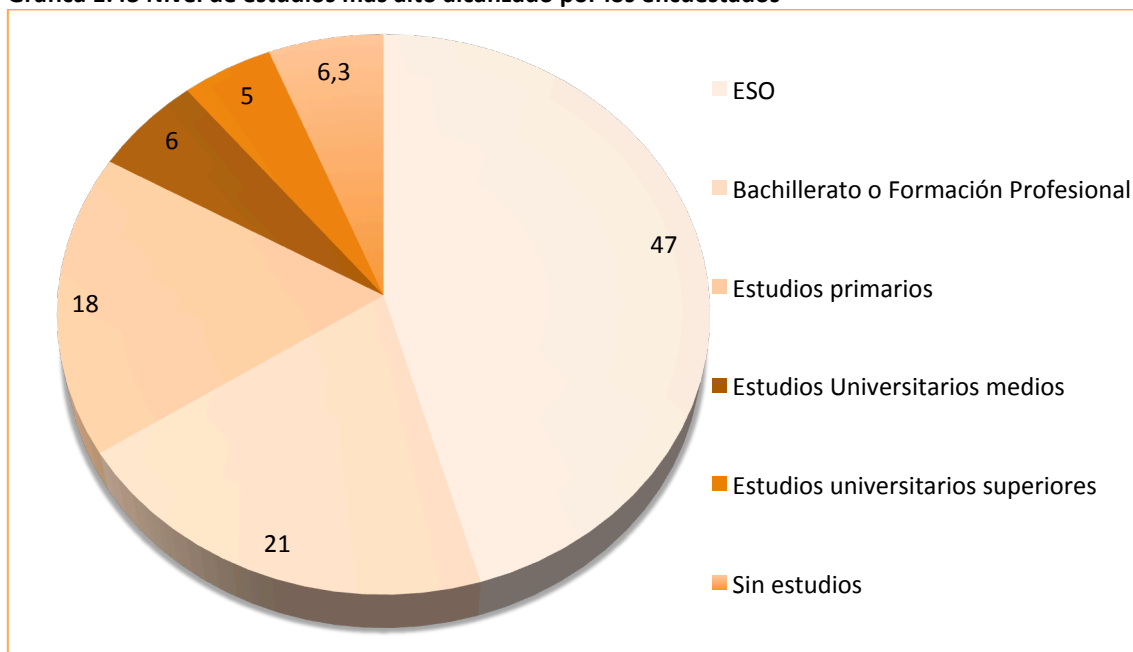
Gráfica 1.42 Situación laboral de los encuestados



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

En la gráfica 1.43 se encuentra el nivel más alto de estudios alcanzado por los encuestados.

Gráfica 1.43 Nivel de estudios más alto alcanzado por los encuestados



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

El porcentaje más alto de encuestados corresponde a personas que tienen los estudios secundarios equivalentes a la educación secundaria obligatoria (ESO) (47%), seguido de personas con estudios equivalentes a bachillerato, formación profesional o módulos de grado superior (21%). Un porcentaje muy reducido de la población corresponde a personas sin estudios (3%), mientras que un 11% de los encuestados cuenta con estudios universitarios, ya sea licenciatura o diplomatura. Un 18% de la población encuestada tenía sólo estudios primarios. Esto puede deberse al sesgo de la muestra hacia gente más joven.

1.5.2 Prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas

En la tabla 1.20 se expresan las principales prevalencias que se obtuvieron para cada una de las sustancias estudiadas en la muestra de encuestados.

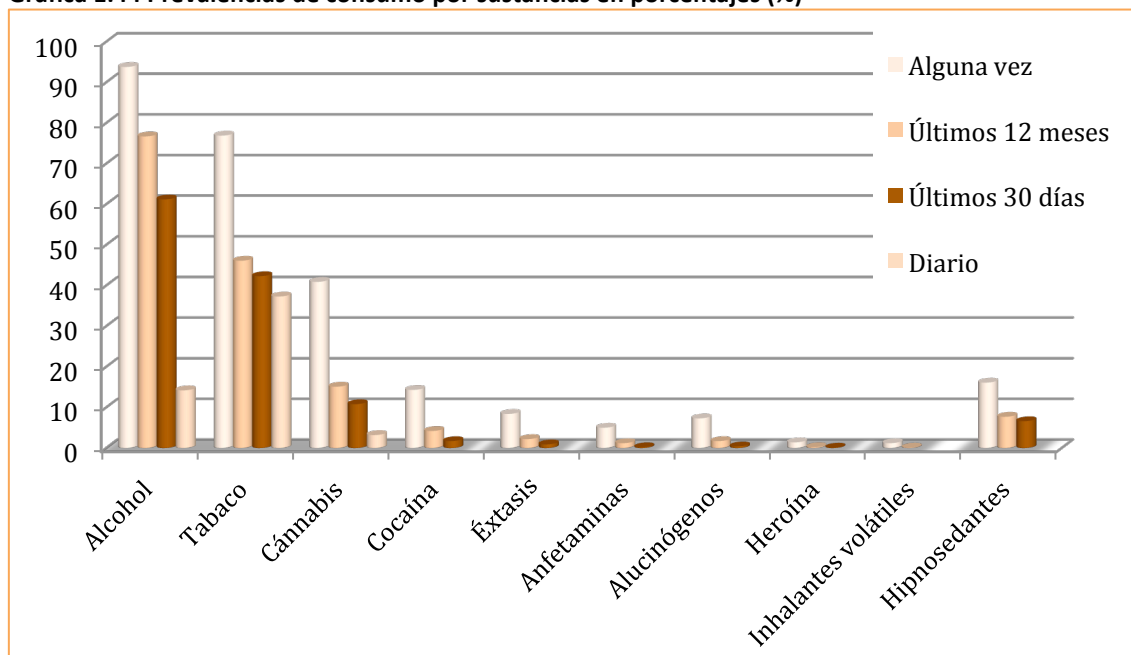
Tabla 1.20 Prevalencias de consumo por sustancias en porcentajes (%)

Tipo de sustancia	Frecuencia de consumo			
	Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Diario
Alcohol	93,8	76,7	61,2	14,2
Tabaco	76,9	46,1	42,3	37,3
Cánnabis	40,9	15,1	10,8	3,2
Cocaína	14,3	4,2	1,7	
Éxtasis	8,4	2,2	0,9	
Anfetaminas	5	1,2	0,2	
Alucinógenos	7,3	1,7	0,4	
Heroína	1,4	0,2	0,1	
Inhalantes volátiles	1,2	0,1		
Hipnosedantes	16,1	7,7	6,6	

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.44 Prevalencias de consumo por sustancias en porcentajes (%)



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352Z1103204&id=103204>

Tal y como se puede ver, la sustancia más consumida es el alcohol del que un 93,8% de la población ha probado alguna vez en la su vida.

1.5.3 Prevalencias de consumo de alcohol

En el conjunto de la muestra tomada en las Islas Baleares el consumo de bebidas alcohólicas se encuentra muy generalizado ya que un 93,8% de la población admite haber probado el alcohol alguna vez en su vida, un 76,7% lo ha consumido en los últimos 12 meses, un 61,2% ha consumido en los últimos 30 días y un 14,2% lo ha hecho a diario en los últimos 30 días.

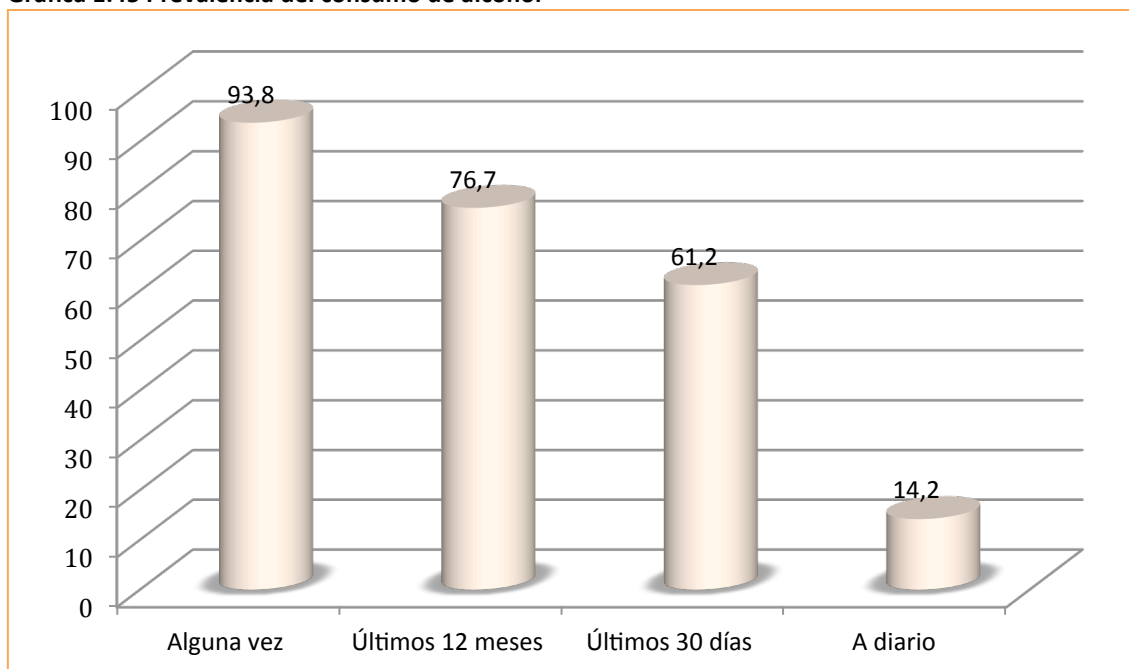
El porcentaje de consumo de alcohol es superior en los hombres frente a las mujeres, llegando a ser casi el triple en el consumo de alcohol a diario (25,4% hombres vs. 8,9% mujeres).

Tabla 1.21 Prevalencia del consumo de alcohol

Consumo y variables		Frecuencia del consumo			
		Alguna vez	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	A diario
Sexo	Hombre	95,3	79	67,5	25,4
	Mujer	92,2	74,5	54,6	8,9
Edad	De 15 a 24 años	90	78,7	59,1	6,4
	De 25 a 34 años	93,5	82,2	62,7	6,9
	De 35 a 44 años	93,1	71,3	58,2	13,4
	De 45 a 54 años	96,7	80,8	70,6	34,1
	De 55 a 64 años	95,5	69,5	53,7	30,1
Total		93,8	76,7	61,2	14,2

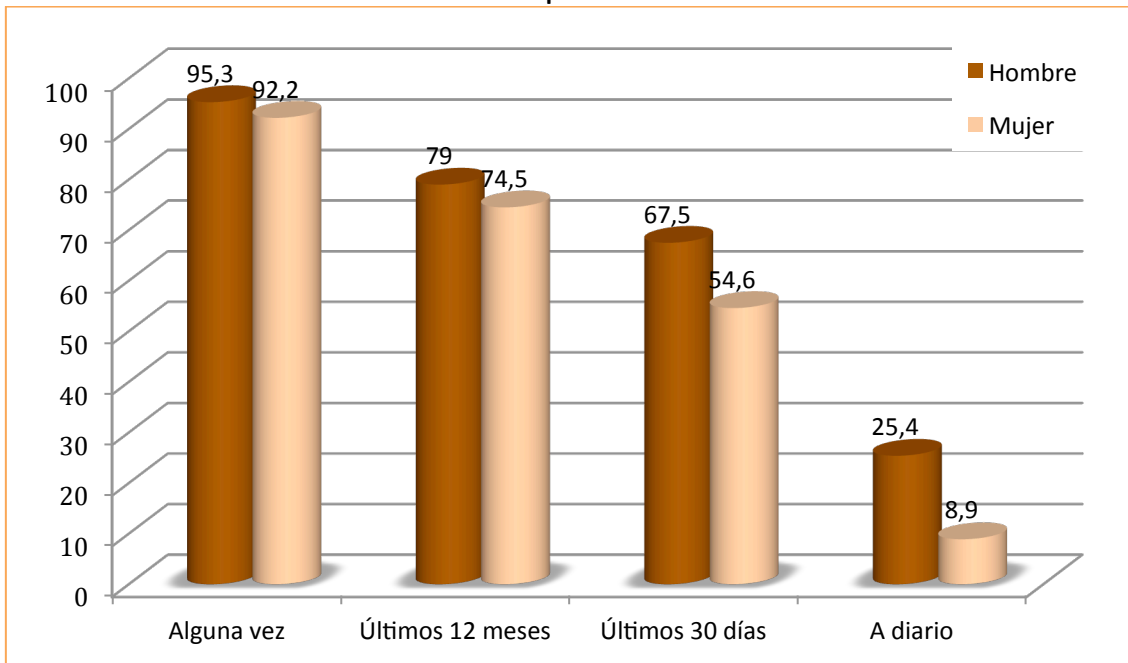
Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.45 Prevalencia del consumo de alcohol



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

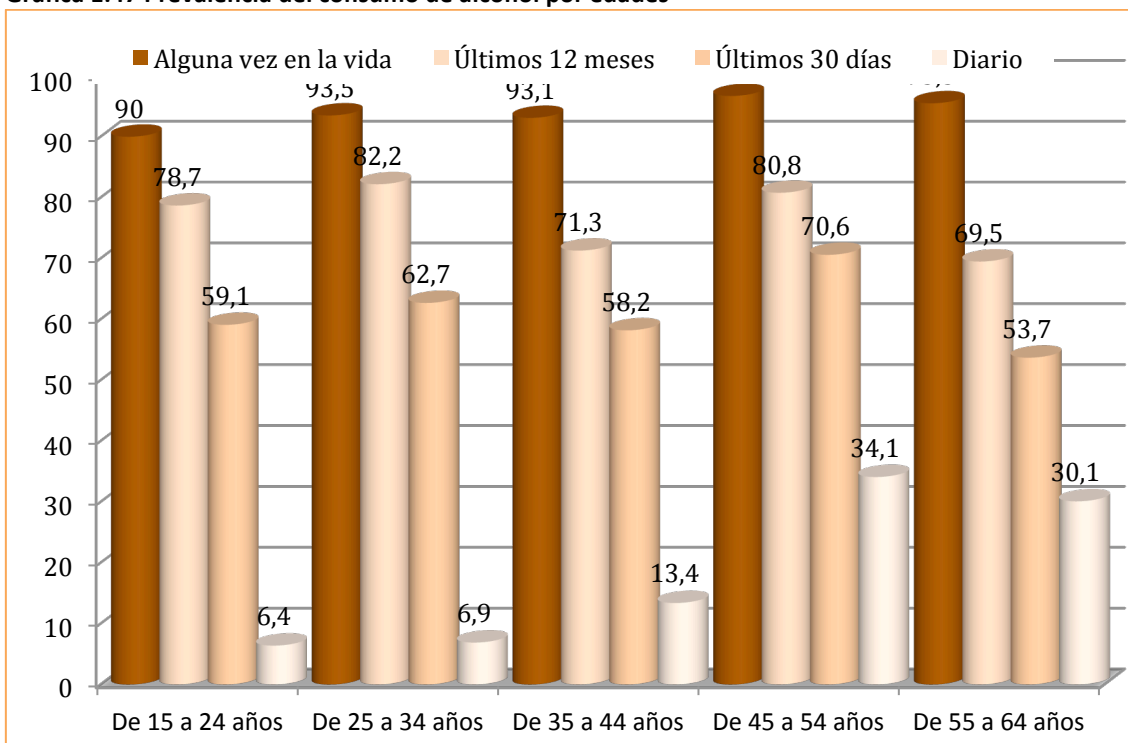
Gráfica 1.46 Prevalencia del consumo de alcohol por sexo



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.47 Prevalencia del consumo de alcohol por edades



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

El porcentaje de población que ha probado alguna vez el alcohol va aumentando con la edad, exceptuando el caso de las personas de 55 a 64 años donde se produce un leve descenso.

En el caso del consumo de alcohol en los últimos doce meses, el porcentaje más alto de consumo se puede encontrar, con una cifra muy similar, en el tramo de la muestra de 25 a 34 años (82,2%) y en el tramo de 45 a 54 años (80,8%).

En cuanto al consumo de alcohol en los últimos 30 días y en el consumo de alcohol a diario, es la población entre 45 y 54 años la que ha consumido en un porcentaje mayor (70,6% y 34,1% respectivamente). Destaca el escaso consumo a diario de los más jóvenes (de 15 a 24 años un 6,4% y de 25 a 34 años un 6,9%) quizás por seguir otro patrón de consumo.

A continuación en la tabla 1.22 se pueden ver los porcentajes de consumo desglosados por islas.

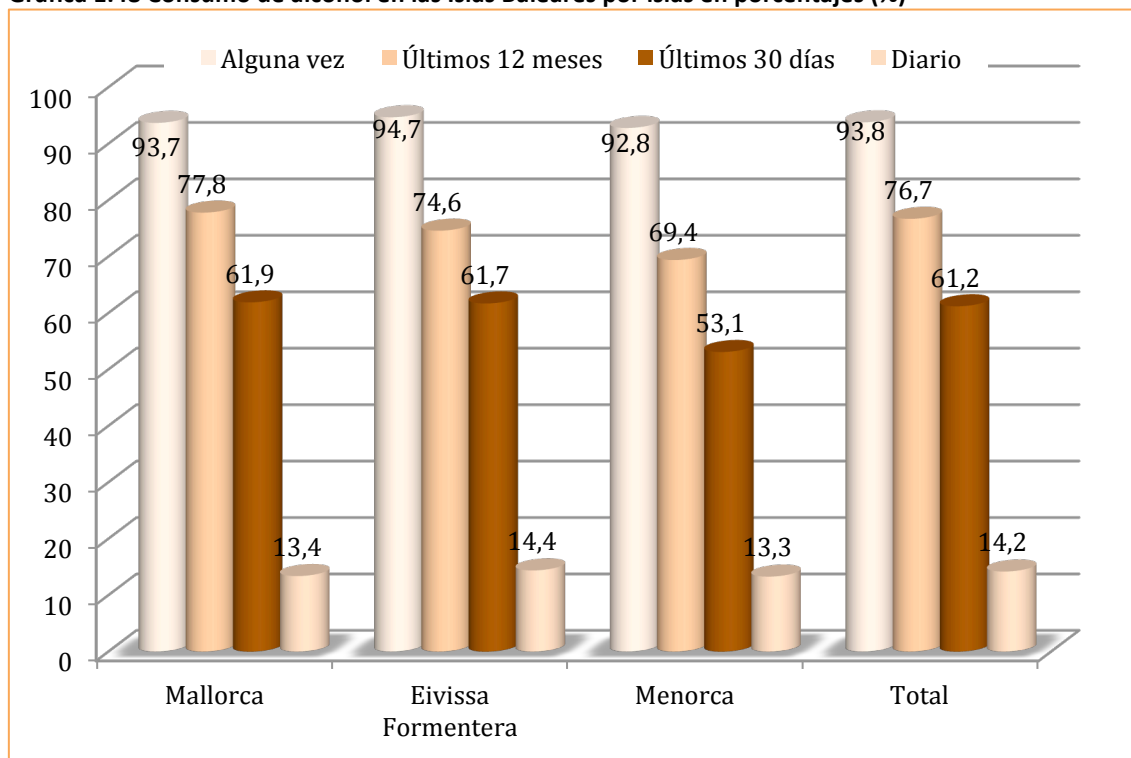
Tabla 1.22 Consumo de alcohol en las Islas Baleares por islas en porcentajes (%)

Frecuencia de consumo	Distribución por Islas			
	Total	Mallorca	Ibiza-Formentera	Menorca
Alguna vez	93,8	93,7	94,7	92,8
Último año	76,7	77,8	74,6	69,4
Último mes	61,2	61,9	61,7	53,1
Diario (en el último mes)	14,2	13,4	14,4	13,3

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.48 Consumo de alcohol en las Islas Baleares por islas en porcentajes (%)



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

En Ibiza y Formentera se observa que hay una media más elevada en los que consumen alcohol alguna vez (94,7%), durante el último mes (61,7%) y a diario el último mes (14,4%).

En la tabla 1.23 se puede ver la prevalencia del consumo de alcohol en España, Baleares e Ibiza-Formentera.

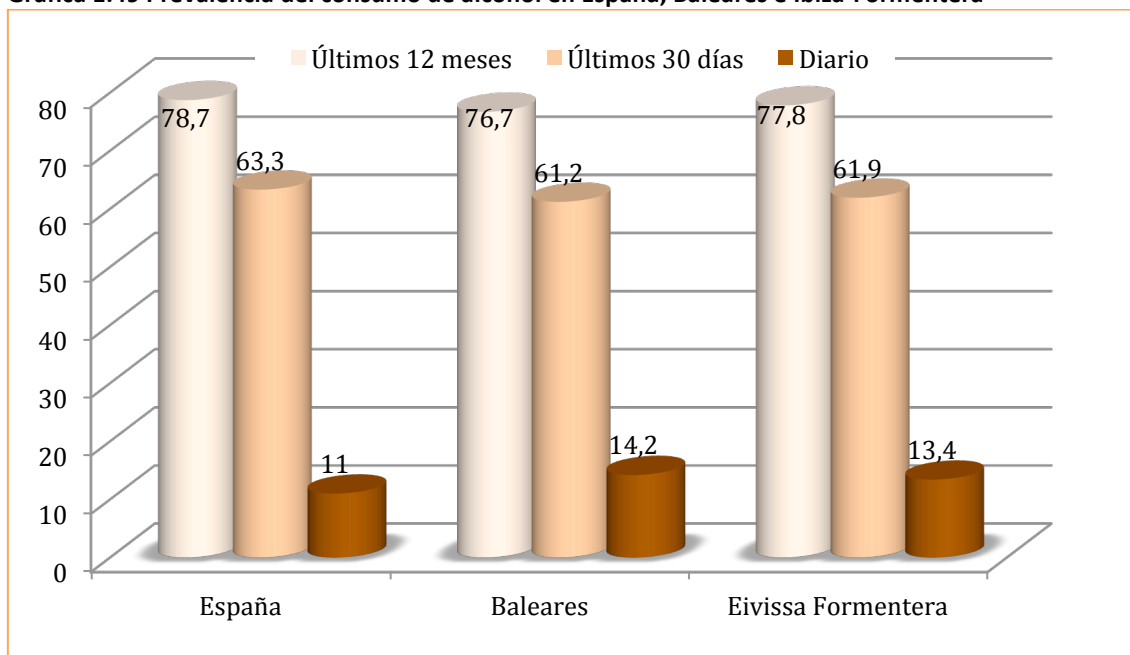
Tabla 1.23 Prevalencia del consumo de alcohol en España, Baleares e Ibiza-Formentera

Frecuencia	Localización geográfica		
	España	Baleares	Ibiza-Formentera
Último año	78,7	76,7	77,8
Último mes	63,3	61,2	61,9
Diario en el último mes	11	14,2	13,4

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.49 Prevalencia del consumo de alcohol en España, Baleares e Ibiza-Formentera



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Tal y como se puede ver, la prevalencia para el consumo de alcohol, tanto en Baleares como en el caso particular de Ibiza-Formentera, es algo menor que en la media del territorio español. Únicamente el caso del consumo diario es mayor en la población balear (14,2% vs. 11%). Ibiza-Formentera, aun estando por encima de la media de Baleares en consumo en el último año y el último mes, sigue por debajo de la media española. En el consumo diario se sitúa por encima de la media española pero por debajo de la balear.

1.5.4 Edad media de primer consumo de alcohol

En cuanto a la edad en la que la población balear probó por primera vez el alcohol, se puede ver la tabla 1.24 las edades medias obtenidas para el año 2007 y las edades medias correspondientes al año 2009.

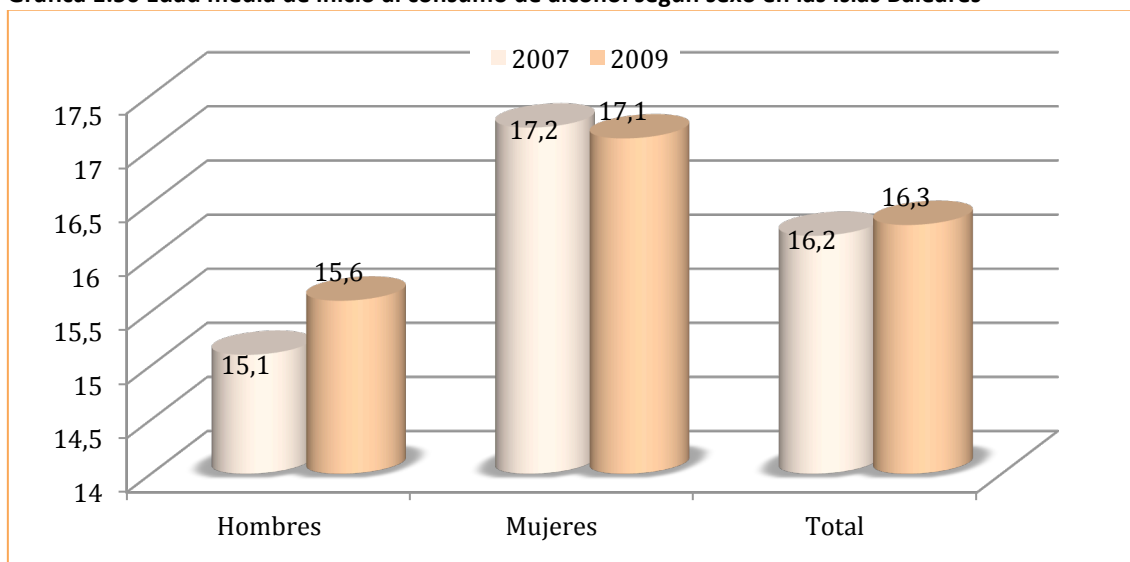
Tabla 1.24 Edad media de inicio al consumo de alcohol según sexo y edad en las Islas Baleares

Año	Sexo		Grupos de edad					Total
	Hombre	Mujer	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	
2007	15,1	17,2	14,37	15,75	16,57	16,61	17,99	16,2
2009	15,6	17,1	15,11	16,01	16,37	16,91	17,14	16,3

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

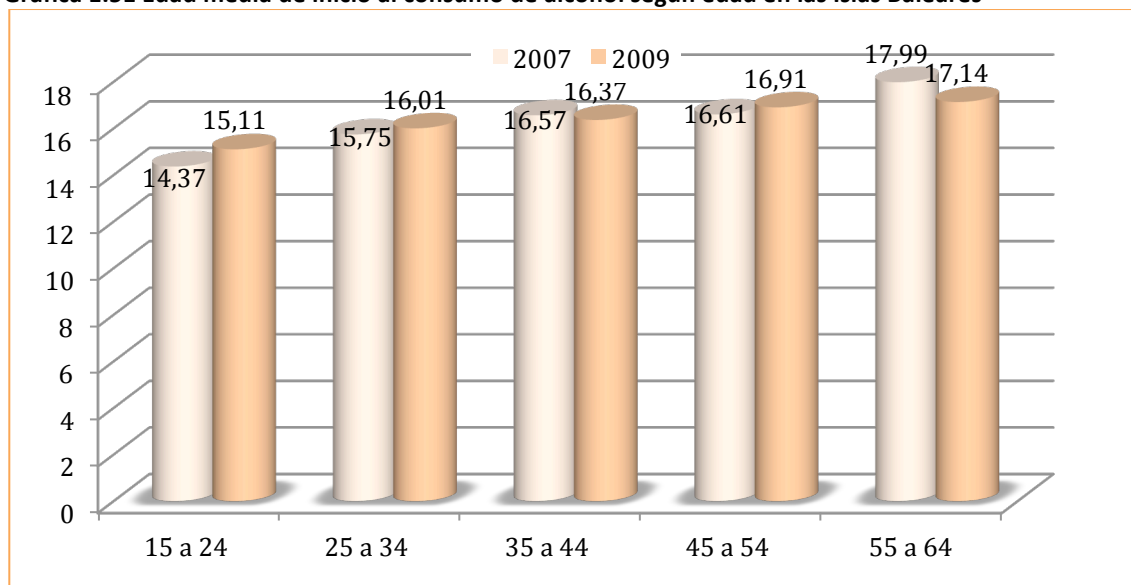
Gráfica 1.50 Edad media de inicio al consumo de alcohol según sexo en las Islas Baleares



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.51 Edad media de inicio al consumo de alcohol según edad en las Islas Baleares



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Hay escasas variaciones en la media total. Los hombres comienzan a beber antes que las mujeres (17,1 vs. 15,6). Conforme va aumentando el segmento de edad de los encuestados, la edad media de inicio va aumentando también; hecho bastante lógico ya que conforme va pasando la edad van teniendo más edad al beber por vez primera, subiendo así la media de edad para su grupo.

1.5.5 Continuidad en el consumo de alcohol

Tal y como se puede ver en los gráficas, la continuidad en el consumo de alcohol es muy alta. De las personas que alguna vez en su vida han probado el alcohol, un 82% también ha bebido en los últimos 12 meses.

Tabla 1.25 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo y edad (%)

		Continuidad del consumo			
		Vida/12 meses	12 meses/30 días	Vida/30 días	Vida / diario
Sexo	Hombre	82,9	85,8	70,9	27
	Mujer	80,9	73,1	59,3	9,9
Edad	De 15 a 24 años	87,4	75,1	65,7	7,4
	De 25 a 34 años	88	76,5	67,2	7,6
	De 35 a 44 años	76,6	81,6	62,6	14,5
	De 45 a 54 años	83,6	87,6	73,1	35,6
	De 55 a 64 años	72,8	77,2	56,2	31,8
Total		82	79,7	65,3	19,1

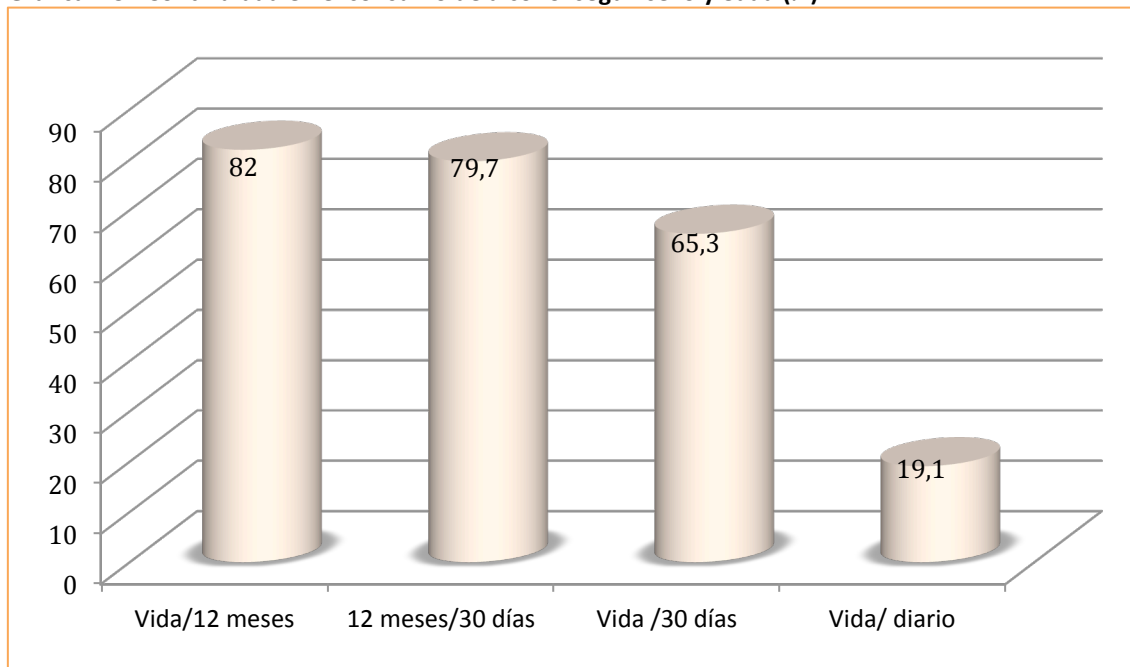
Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

No existen diferencias llamativas entre hombres y mujeres ni entre diferentes edades. En aquellas personas que han bebido en los últimos 12 meses, un 79,7% lo han hecho también en los últimos 30 días. En el análisis por sexo, los hombres

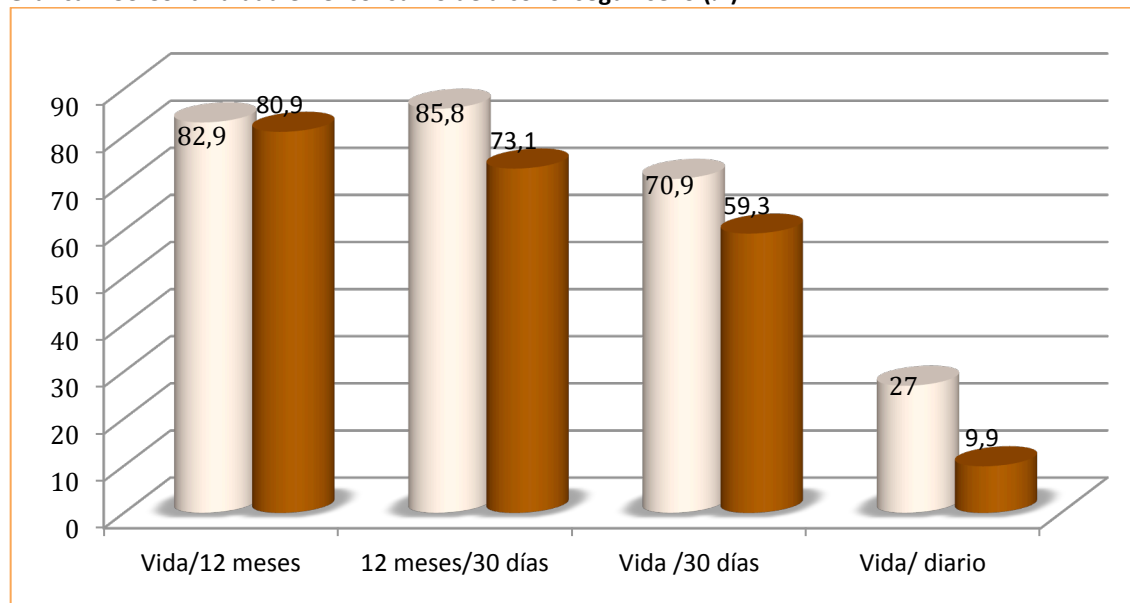
que han bebido los últimos 12 meses lo han hecho también en los últimos 30 días en un porcentaje muy superior al de mujeres (85,8% hombres vs. 73,1% mujeres).

Gráfica 1.52 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo y edad (%)



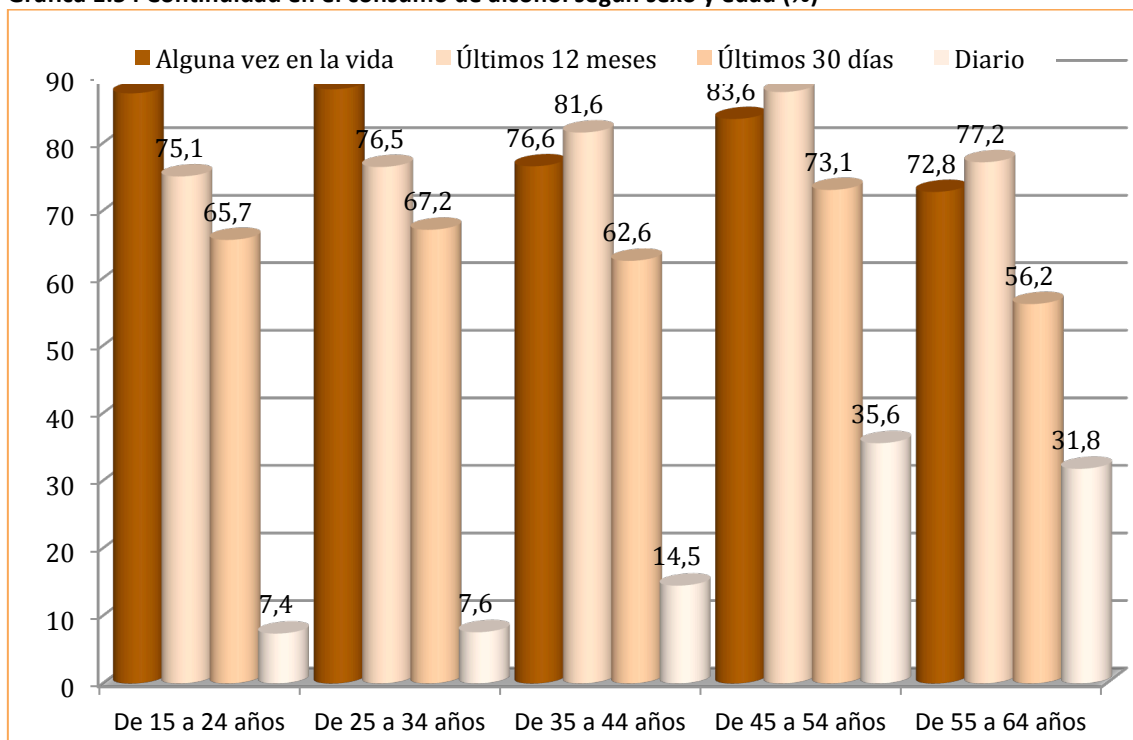
Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.53 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo (%)



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:
<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.54 Continuidad en el consumo de alcohol según sexo y edad (%)



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

El mayor porcentaje en franjas de edad son la de 35 a 44 años (81,6%) y la de 45 a 54 años (87,6%). En la muestra, un 65,3% de las personas que han bebido alcohol alguna vez en su vida lo ha hecho también en los últimos 30 días, siendo este porcentaje mucho mayor para los hombres (70,9%) que para las mujeres (59,3%). Entre las personas que han probado el alcohol alguna vez en su vida, un 27% de los hombres y casi un 10% de las mujeres (9,9%) consume alcohol diariamente. En la muestra total es un 19,1%.

De este modo, la franja de 45 a 54 años es la que obtiene unos mayores porcentajes de continuidad para ambas categorías.

1.5.6 Borracheras y *binge drinking*

El 22,7% de la muestra de la población balear reconoció haberse emborrachado en los 12 meses previos a la encuesta realizada (DGPNSD, 2011).

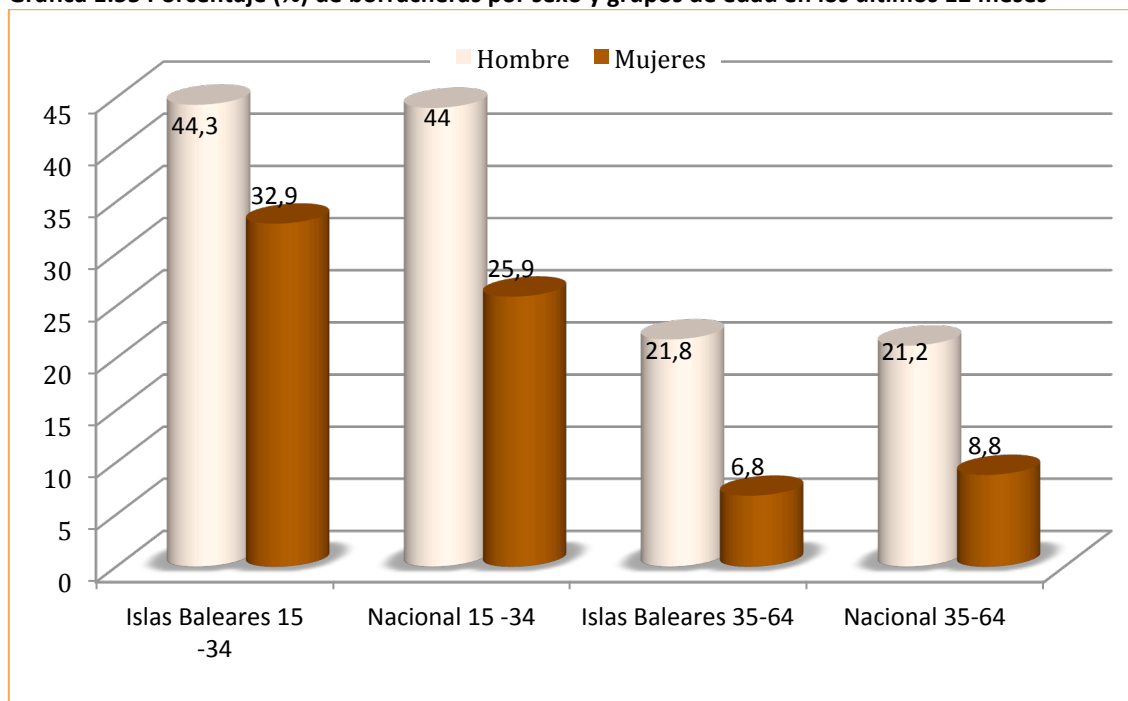
Tabla 1.26 Porcentaje (%) de borracheras por sexo y grupos de edad en los últimos 12 meses

Bloque de edad		15 a 34 años		35 a 64 años	
Ubicación geográfica		Islas Baleares	Total nacional	Islas Baleares	Total nacional
Sexo	Hombres	44,3	44	21,8	21,2
	Mujeres	32,9	25,9	6,8	8,8

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352Z1103204&id=103204>

Gráfica 1.55 Porcentaje (%) de borracheras por sexo y grupos de edad en los últimos 12 meses



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352Z1103204&id=103204>

Las borracheras son más comunes en hombres por debajo de los 35 años, llegando a ser casi siete veces superior que para las mujeres mayores de 35. En cuanto a las diferencias entre la totalidad del territorio nacional y las Islas Baleares se

observa que hay muy ligera diferencia respecto a los hombres, pero unas cifras dispares en mujeres, quedando las mayores de 35 dos puntos por debajo de la media nacional mientras que las más jóvenes (entre 15 y 34 años) superan en siete puntos el total nacional y en 26 puntos a sus mayores de las Islas Baleares.

El binge drinking (ingesta de 5 o más bebidas alcohólicas en el caso de los hombres y de 4 o más en el caso de las mujeres en el plazo de un par de horas) es una práctica cada vez más frecuente. En la siguiente tabla 1.27 se puede ver el porcentaje de población que ha practicado *binge drinking* los últimos 30 días por sexo y edad, tanto para el total nacional como para la población de las Islas Baleares en su conjunto.

Tabla 1.27 Porcentaje (%) de personas que han hecho *binge drinking* en los últimos 30 días por sexo y edad

		Hombre		Mujer	
		Islas Baleares	Total nacional	Islas Baleares	Total nacional
Edad	De 15 a 24 años	19,3	28,4	11,5	17,9
	De 25 a 34 años	12,5	29	5,4	11,9
	De 35 a 44 años	9,5	18,5	2,9	6,8
	De 45 a 54 años	18,5	15,8	2,9	5,3
	De 55 a 64 años	6,3	11	3,4	1,9

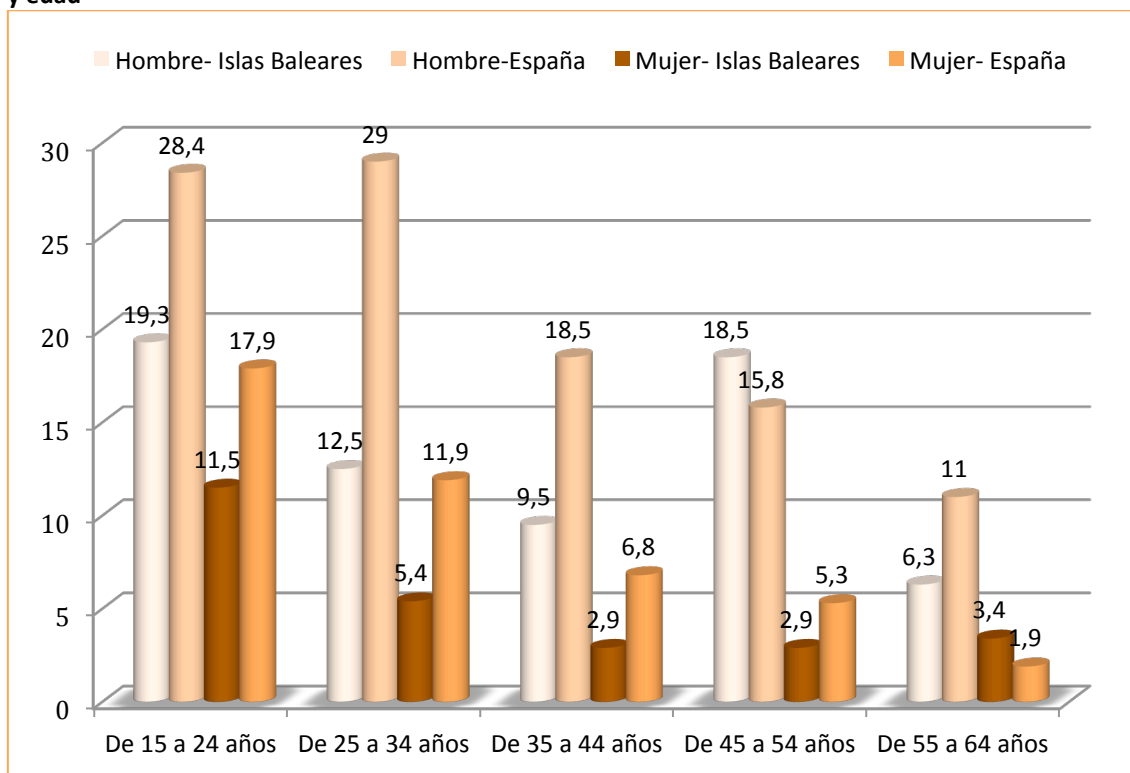
Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Tanto a nivel nacional como en las Islas Baleares el consumo en esta modalidad es practicado en mayor porcentaje por el sexo masculino y en jóvenes. Los datos a nivel nacional presentan una disminución del consumo en *binge drinking* conforme aumenta la edad, pero en el caso de las Islas Baleares, se aprecia que el porcentaje de los hombres de 45 a 54 años es muy similar al de los más jóvenes (18,5%

y 19,3% respectivamente) y en el caso de las mujeres, es la franja de 55 a 64 años la que presenta la mayor variación en la progresión descendente, siendo un 0,5% superior respecto a la franja anterior, en vez de disminuir.

Gráfica 1.56 Porcentaje (%) de personas que han hecho *binge drinking* en los últimos 30 días por sexo y edad



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

El porcentaje más alto de *binge drinking* entre la población balear se da entre las de 15 a 24 años (11,5 %) seguidas de las de 25 a 34 años (5,4%). Cuando se compara los resultados nacionales con los obtenidos en la población balear, se observa que los porcentajes obtenidos por las Islas Baleares son en todos los casos inferiores, exceptuando el caso de los hombres de 45 a 54 años (18,5% Islas Baleares vs. 15,8%

total nacional) y el caso de las mujeres de 55 a 64 años (3,4% Islas Baleares vs. 1,9% total nacional).

1.5.7 Tipos de bebida

En la muestra del estudio *EDADES* la cerveza fue la bebida más consumida en los días laborables (23,6%) seguida por el vino (18,8%). Lo mismo sucedió el fin de semana, en el que también la cerveza (38,6%) encabeza la lista seguida por el vino (32,2%).

Si se comparan por sexos, se puede observar que para todas las bebidas alcohólicas los hombres consumen en mayor porcentaje que las mujeres, exceptuando el caso de los aperitivos durante el fin de semana (3,4 % vs. 2,8% mujeres). Llama la atención en el consumo de fin de semana, la enorme diferencia entre hombres y mujeres en lo que se refiere a licores fuertes (13,7% hombres vs. 3,1% mujeres).

La bebida más consumida entre las mujeres, tanto en días laborables como el fin de semana es el vino (17,2% y 31,3% respectivamente) seguido por la cerveza (16,1% y 29,2%), mientras que en el caso de los hombres sucede lo contrario consumiendo más cerveza que vino (30,7% cerveza vs. 20,4% vino entre semana y 47,5% de cerveza y 33,1% de vino el fin de semana). En el vino hay poca diferencia entre sexos, mientras que en la cerveza los hombres prácticamente duplican el consumo de las mujeres.

En cuanto a las diferencias por franjas de edad, para todas las edades las bebidas alcohólicas más consumidas en los días laborables siguen siendo el vino y la cerveza, a excepción de la franja de 15 a 24 años donde los combinados superan al vino (5,6% combinados vs. 4,8% vino). También se puede observar que la franja de edad que consume alcohol entre semana en un mayor porcentaje es la de 45 a 54 años.

El fin de semana se produce un aumento del consumo de combinados (21,5%) respecto al consumo de esta bebida en los días laborables (3,7%).

En cuanto a la comparación entre las diferentes franjas de edad, para todas las bebidas alcohólicas, las más consumidas son la cerveza o el vino, exceptuando la franja de 15 a 24 años donde la bebida más consumida son los combinados (44,3%).

Destaca también el alto porcentaje de personas entre 55 y 64 años que consumen licores fuertes el fin de semana (12,4%).

Tabla 1.28 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según sexo (porcentajes)

	Días laborables			Fin de semana		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Vino	20,4	17,2	18,8	33,1	31,3	32,2
Cerveza	30,7	16,1	23,6	47,5	29,2	38,6
Aperitivos	1,9	0,6	1,3	2,8	3,4	3,1
Combinados	4,7	2,7	3,7	25,8	17	21,5
Licores de frutas	1,5	0,6	1	2,8	2,4	2,6
Licores fuertes	5	1,2	3,2	13,7	3,1	8,5

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Tabla 1.29 Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, en días laborables y en fin de semana según grupo de edad y tipo de bebida (porcentajes)

	Días laborables					Fin de semana				
	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Vino	4,8	15,1	17,4	30,8	27,2	10,7	27,8	34,6	48,7	37,4
Cerveza	16,1	24,6	23,9	28,6	23,6	31,1	41,6	40,4	43,1	32,4
Aperitivos	2,2	0,8	0	3,1	0,9	2,1	3	3,7	3,2	3,1
Combinados	5,6	3,5	2,8	3,6	3,8	44,3	26	15,5	16,3	6,8
Licores de frutas	1,5	2,8	0	0,5	0	2	5,5	2,6	0,6	1
Licores fuertes	2,3	2,4	3,3	1,6	7,1	9	7,7	8,8	6	12,4

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

1.5.8 Problemas asociados al consumo de alcohol

Por último, en la tabla 1.28 que se muestra a continuación se pueden ver los diferentes problemas asociados con el consumo de alcohol en la población balear de entre 15 y 64 años.

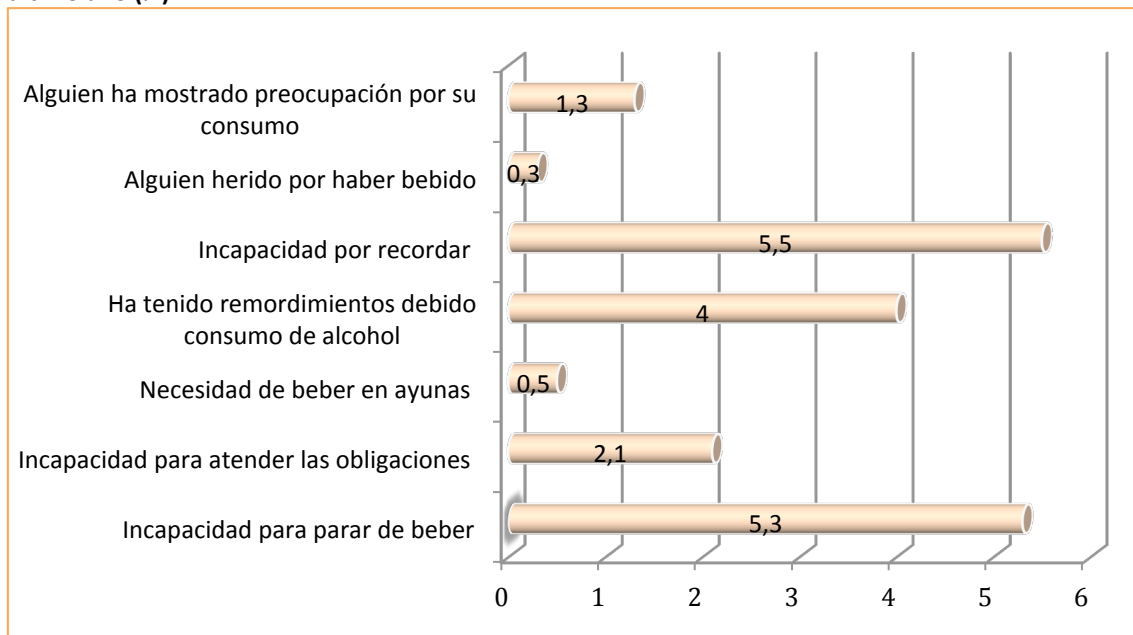
Tabla 1.30 Problemas asociados al consumo de alcohol experimentados al menos una vez en el último año (%)

Problema asociado al consumo	% de personas que lo han presentado
Incapacidad para parar de beber	5,3
Incapacidad para atender las obligaciones	2,1
Necesidad de beber en ayunas	0,5
Ha tenido remordimientos debido consumo de alcohol	4
Incapacidad por recordar	5,5
Alguien herido por haber bebido	0,3
Alguien ha mostrado preocupación por su consumo	1,3

Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Gráfica 1.57 Problemas asociados al consumo de alcohol experimentados al menos una vez en el último año (%)



Fuente: Informe EDADES 2009/2010:

<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI103204&id=103204>

Tal y como se aprecia en la gráfica 1.57 los problemas asociados al consumo de alcohol encontrados en un porcentaje más alto de la población balear en el último año han sido la incapacidad para recordar (5,5%), la incapacidad para detener el consumo de alcohol una vez iniciado (5,3%) y el hecho de tener remordimientos (4%).

1.6 Farmacología y Metabolismo

1.6.1 Farmacocinética del alcohol

a) Absorción

El alcohol, cuando es administrado por vía oral, se absorbe por difusión pasiva en el tubo digestivo; en el tramo proximal del intestino delgado (más del 80%) y en el estómago (hasta un 20%).

La velocidad de absorción del alcohol depende de varios factores que se pueden controlar como son:

- El consumo de tabaco, que enlentece el vaciado gástrico.
- La administración con presencia de alimentos o sin estos (siendo más rápida de la segunda forma) (Paton, 2005) (Fleming et al., 2006).
- La presencia de gas carbónico con el alcohol que acelera la absorción.
- La dosis de alcohol también influye, ya que dosis elevadas disminuyen la velocidad de vaciamiento gástrico por contracción del píloro.
- El nivel de concentración variará la absorción siendo una concentración del 20-30% la óptima. La concentración de etanol se verá influida por la velocidad de ingesta.

Un factor no controlable es la presencia de isoformas de la Alcohol deshidrogenasa (ADH) en la mucosa gástrica.

La absorción va a determinar tanto la magnitud de las concentraciones plasmáticas como la intensidad y duración de los efectos farmacológicos del etanol.

b) **Distribución**

El alcohol es una molécula muy hidrosoluble y por ello se distribuye por todo el agua corporal. Atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria, y se excreta en la leche materna.

En los tejidos y órganos bien irrigados las concentraciones serán similares a las plasmáticas. La concentración en los distintos órganos dependerá del contenido relativo en agua de dicho tejido.

La distribución en hombres y mujeres será diferente, ya que las mujeres tienen menor volumen de agua corporal y mayor volumen de grasa, y por tanto, ante un igual consumo, se presentarán mayores niveles de etanol en las mujeres que en los hombres. El 68% del peso del hombre y el 55% de la mujer está disponible para la distribución de alcohol (Paton, 2005) (Fleming et al., 2006).

El equilibrio entre la sangre y otros tejidos se alcanza tras una o dos horas.

c) **Metabolismo**

La degradación metabólica del etanol se produce esencialmente por oxidación hepática en un 90-98% y el 2-10% restante puede ser eliminado por vías accesorias como son el riñón y el pulmón.

La mayor parte de alcohol se transforma en acetaldehído por la acción de tres enzimas:

1. Alcohol deshidrogenasa (ADH).

Esta enzima se encuentra principalmente en el hígado. Realiza el 90-95% de la oxidación del etanol en personas no alcohólicas). Existe una capacidad limitada para metabolizar el alcohol por esta vía, que se calcula en unos 8-10 g/hora (120 mg/kg/hora, 10 ml/hora) ya que la dotación enzimática de ADH no es infinita. Cuando se superan los 8-10 g/hora el sistema se satura y el alcohol no puede metabolizarse produciéndose su acúmulo.

Existen distintos isoenzimas de ADH. El principal oxidante del etanol es la ADH clase I que contiene las subunidades a, b y g. La ADH clase II contiene la subunidad p y la ADH clase III contiene la subunidad c. Esta última isoenzima no parece participar en la oxidación del etanol. También existe en el estómago una clase IV.

Existen polimorfismos en las subunidades a y b en los distintos grupos de población, subunidad b1 en la raza caucásica, subunidad b2 en las poblaciones orientales y subunidad b3 en algunas poblaciones africanas.

La isoenzima ADH 2 tiene una forma típica, que sólo contiene la subunidad b1, y una forma atípica que contiene también b2. La ADH 2 típica oxida etanol más rápidamente, por lo que los individuos con ADH 2 atípica acumulan mayores niveles de acetaldehído tras el consumo de etanol.

El control de actividad de la ADH viene determinado por la inhibición por parte de la forma reducida de dinucleótido de nicotinamida adenina (NADH), el acetaldehído y las concentraciones de etanol.

En el estómago también aparece la ADH de clase I, II y además la clase IV (que no se encuentra en el hígado). Así pues existe un metabolismo gástrico que supondría un metabolismo de primer paso y que disminuye la cantidad de etanol que penetra en el torrente circulatorio.

2. Sistema oxidativo microsomal del etanol (MEOS).

Es un sistema enzimático localizado en el retículo endoplasmático dependiente del citocromo P-450 isoenzima 2E,1 siendo su denominación actual P450 CYP2E1. Al actuar sobre el citocromo P-450 es una importante fuente de interacciones farmacológicas ya que algunos fármacos compiten con el etanol en esta vía. Además produce radicales superóxido y peróxido de hidrógeno.

Este sistema se activa cuando la ADH se ve saturada. Así en bebedores moderados contribuye de forma marginal a la oxidación del alcohol (5-10%)

pero en bebedores crónicos, al estar activada, puede llegar a representar hasta un 25% de la capacidad oxidativa total.

Además de localizarse en el hígado, este sistema también se concentra en neuronas del córtex cerebral y en las células de Purkinje y granulares del cerebelo, giro dentado e hipocampo. Al activarse por el consumo excesivo de etanol provoca la generación local de acetaldehído que puede tener importantes consecuencias.

3. Sistema catalasa-peroxidasa.

Es dependiente del peróxido de oxígeno y su contribución al metabolismo del alcohol es mínima. Existen dudas sobre su contribución al metabolismo hepático del etanol ya que los niveles de peróxido de hidrógeno (H₂O₂) presentes en el organismo serían insuficientes para posibilitar el funcionamiento de este complejo enzimático.

A su vez, el acetaldehído, producto de degradación del etanol por esta vía, se metaboliza en ácido acético por medio de la Aldehído-deshidrogenasa hepática (ALDH) y la Aldehído-oxidasa.

La ALDH representa hasta un 75% de la metabolización.

Presenta dos isoenzimas, una en el citosol (ALDH tipo 1) y otra en las mitocondrias (ALDH tipo 2) que es la más activa.

La ALDH tipo 2 tiene polimorfismo genético con una enzima (ALDH2*2) con nula actividad metabólica que conduce a concentraciones mayores de acetaldehído y a la aparición de efectos indeseables (cefalea, enrojecimiento de la cara y tórax, náuseas y vómitos). Esta enzima está en el 40% de los orientales y el 10% de los caucásicos. Se ha comprobado que las personas que presentan este defecto tienen menor frecuencia de alcoholismo.

Los fármacos aversivos utilizados en el tratamiento del alcoholismo (disulfiram, cianamida), inhiben la actividad de la ALDH con lo que aparecen los síntomas adversos de la acumulación de acetaldehído.

La Aldehído-oxidasa representa hasta un 25% del total. Después el acetato se transforma en acetilcoenzima.

d) **Eliminación**

Un 2-10% del alcohol se elimina sin metabolizar: en la orina, las heces, el sudor y el aire exhalado. En el caso de la respiración se aprovecha para determinar de forma indirecta y no invasiva la alcoholemia, al existir una relación directa entre la concentración en la sangre y la del aire espirado. La eliminación por aire espirado, se debe a que accede a los pulmones desde el torrente sanguíneo. Esta eliminación se produce a una velocidad constante en forma de vapor con el aire, permitiendo que sea determinada la concentración sérica de alcohol a través de los niveles de alcohol en el aire exhalado (Paton, 2005).

La eliminación se produce más rápidamente si existe una mayor frecuencia de consumo, en presencia de fructosa que aumenta la actividad de la ADH, y con el consumo de más de 20 cigarrillos/día. Por otra parte el uso de anticonceptivos orales reduce la eliminación del etanol hasta un 20% y existen polimorfismos de las enzimas encargadas de su metabolización que pueden acelerarlo o retrasarlo.

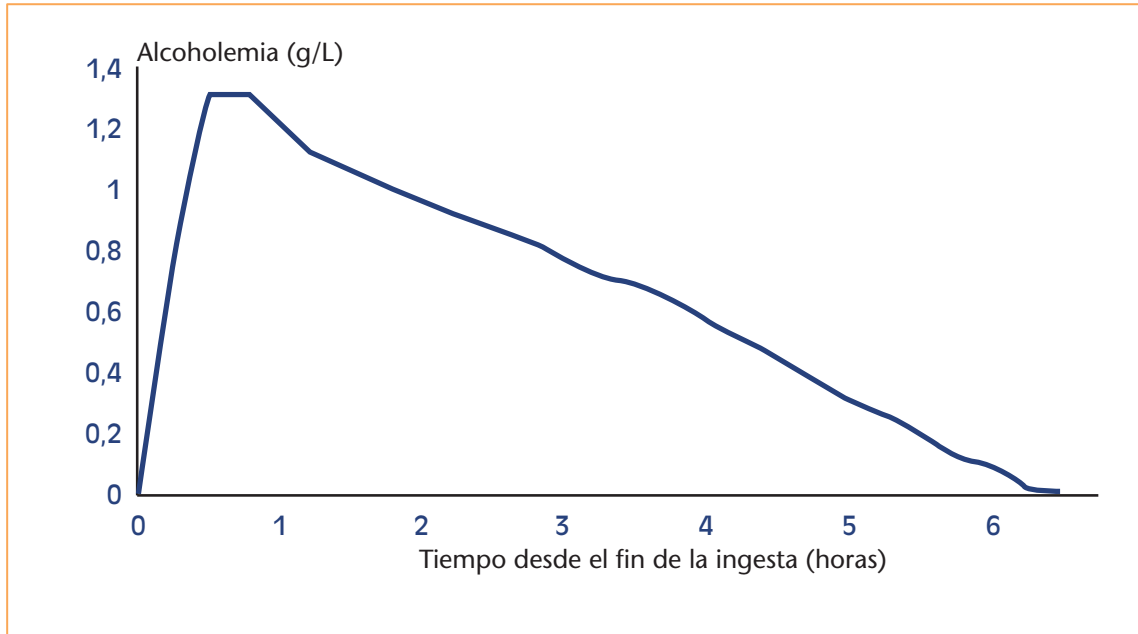
1.6.2 Predicción de la alcoholemia

La tasa de alcoholemia representa la concentración de alcohol (etanol) presente en la sangre. Se expresa habitualmente en forma de masa por unidad de volumen, es decir, cantidad de alcohol puro en gramos por cada litro de sangre (g/l) o bien como miligramos por decilitro de sangre (mg/dl o tanto por cien [%]). Existe una buena correlación entre las concentraciones de alcohol en sangre y los efectos agudos que produce en el organismo. Por ello, a partir de la alcoholemia se pueden predecir los efectos que está produciendo el alcohol en el organismo, especialmente sobre su comportamiento, reflejos, coordinación, etc.

La alcoholemia suele calcularse a partir de una medición realizada en el aire espirado, en la orina o en otros líquidos biológicos en los que la concentración de alcohol guarda una relación conocida con la existente en la sangre. El aire espirado se encuentra en equilibrio con la sangre en una relación de 1 a 2.100; por ello 1 unidad de volumen en sangre equivale a 2.100 unidades de volumen en aire espirado. Así, 1 gramo de alcohol en un litro de sangre equivale a 0,00048 gramos (0,48 mg que son en la práctica casi 0,5 mg) de alcohol por litro de aire espirado.

Mediante la fórmula de Widmark se puede calcular la alcoholemia en un momento dado tras el consumo de alcohol, partiendo de la extrapolación de niveles de alcohol en determinados momentos y aplicando una tasa fija de eliminación del alcohol (cinética de orden cero).

Figura 1.16 Nivel de alcoholemia tras la ingestión de alcohol: curva de Widmark



<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/modulo2.pdf>

a) Cálculos para predecir la alcoholemia

El cálculo de la alcoholemia máxima esperable tras consumir bebidas alcohólicas es relativamente sencillo si se considera una ingesta aguda en un estómago vacío (ayunas). Se utiliza la siguiente fórmula:

Alcoholemia previsible en hombres= gramos de alcohol absoluto ingeridos/ kg de peso corporal x 0,7

Alcoholemia previsible en mujeres= gramos de alcohol absoluto

ingeridos/ kg de peso corporal x 0,6

El tiempo necesario para que el alcohol desaparezca del organismo puede calcularse tomando como promedio una eliminación de 0,15 g/l por hora; se aplica la siguiente fórmula, para conocer el tiempo:

Tiempo en horas necesario para la eliminación = alcoholemia en gr/l / 0,15 g/l/h

También puede calcularse el tiempo necesario para que la alcoholemia esté por debajo del límite legal de conducción de vehículos (0,5 g/l en conductores de vehículos particulares). Dicho cálculo se estima con la siguiente fórmula:

Tiempo en horas = alcoholemia en gr/l-0,50 g/dl / 0,15 g/l/h

1.6.3 Efectos agudos del alcohol. Intoxicación alcohólica

Al ser el alcohol un tóxico con una distribución tan extendida por todos los tejidos del organismo su intoxicación produce una gran variedad de efectos. Según el DSM 5 para poder diagnosticar la intoxicación se requiere de un comportamiento problemático o cambio psicológico clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado, etc.) durante un tiempo después de la ingesta de alcohol y uno o más de los síntomas siguiente: habla pastosa, incoordinación, marcha insegura, nistagmo, alteración de la atención o de la memoria, estupor o coma.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central. El efecto estimulante inicial de la intoxicación aguda resulta de la actuación sobre sistemas inhibidores de la formación reticular, ocasionando la aparición de un menor autocontrol, menor inhibición de la fluidez verbal, falsa sensación de bienestar, risa fácil y desinhibición. Después aparecen los efectos típicamente sedantes dando lugar a una reducción de la capacidad de rendimiento y asociativa, dificultad al andar (ataxia) y desequilibrio, pérdida de reflejos, torpeza motora, sedación, disminución del rendimiento psicomotor y de la habilidad de conducir vehículos o manejar maquinaria.

Otros efectos asociados son una vasodilatación cutánea que produce pérdida de calor, aumento de la secreción salivar y gástrica e incremento de la diuresis (al inhibir la hormona antidiurética). Los casos más graves de intoxicación determinan pérdida de conciencia, coma e incluso, muerte por depresión cardiorrespiratoria.

1.6.4 Interacciones farmacológicas del alcohol

Cuando administramos dos o más productos farmacológicamente activos la respuesta que se obtiene puede ser superior o inferior a la suma de los efectos de los fármacos administrados por separado.

A veces no tienen significación clínica pero, en ocasiones, se pueden reconocer fácilmente, llegando a provocar respuesta exagerada o toxicidad. Los factores que influyen pueden ser debidos a la farmacocinética, es decir al transporte del fármaco hasta el punto de acción y desde él hasta su eliminación; y a

causas farmacodinámicas, es decir, a las interacciones sobre la acción del fármaco en el receptor o en la respuesta general a dicha acción.

El consumo crónico de alcohol intensifica de forma constante la actividad del sistema enzimático microsómico, lo que puede dar lugar al aumento del metabolismo de algunos fármacos (Soler -Insa, Freixa, Reina, 1988).

El consumo de alcohol puede provocar interacciones farmacológicas tras su consumo agudo y crónico. En las tabla 1.31 y 1.32 se resumen las interacciones con los medicamentos más relevantes (Stockley, 2004).

Tabla 1.31 Interacciones que producen los fármacos en el alcohol

Fármaco	Mecanismo	Consecuencia
Procinéticos (metoclopramida, cisaprida)	Aumento de la velocidad vaciamiento gástrico	Incremento de las concentraciones máximas de alcohol (mayores efectos)
Ranitidina, cimetidina, ácido acetilsalicílico	Disminución de la actividad de la ADH en el estómago	Incremento de las concentraciones máximas de alcohol (mayores efectos)
Metronidazol, tolbutamida, griseofulvina, algunas sulfamidas y cefalosporinas, disulfiram, cianamida	Disminución de la actividad de la ALDH	Incremento concentraciones de acetaldehído. Náuseas y vómitos, cefalea, sensación de calor y rubefacción, sensación de mareo
Depresores del SNC (ver esta misma tabla)	Suma o potenciación de sedación	Mayor sedación intoxicaciones graves
AINE	Sumas o potenciación de la gastrotoxicidad	Mayor riesgo de hemorragia digestiva
Verapamilo	Desconocido(¿inhibición metabolismo?)	Incremento de las concentraciones máximas de alcohol (mayores efectos)
Psicoestimulantes (cafeína, café)	Reducir embriaguez por administración de una sustancia con efectos opuestos	Efectos muy variables. Puede disminuir la sensación de embriaguez pero no se modifican de forma sustancial los efectos del alcohol sobre el rendimiento psicomotor o la conducción.

Fuente: Elaboración Comisión Clínica DGPNSD.

Tabla 1.32 Interacciones del consumo agudo de alcohol

Fármaco	Mecanismo	Consecuencia
Isoniacida, paracetamol, fenitoína, anticoagulantes orales, hipoglicemiantes orales	Inducción metabolismo CYP 2E1. Formación de metabolitos tóxicos	Disminución de concentraciones plasmáticas. Menor efecto terapéutico. Mayor hepatotoxicidad del paracetamol e isoniacida
Otros depresores del SNC: benzodiazepinas, barbitúricos, hipnóticos, opioides, antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos H-1, antipsicóticos, cánnabis, disolventes, clometiazol	Suma o potenciación de sedación	Mayor sedación, intoxicaciones graves

Fuente: Elaboración Comisión Clínica DGPNSD.

1.6.5 Alcohol y otras drogas de abuso

El alcohol interacciona con otras drogas de abuso. Las interacciones más conocidas (Farré, Abanades, 2006) son:

Con los depresores del SNC (opioides, cánnabis, benzodiazepinas, gammahidroxibutirato). Produce un aumento de los efectos sedantes de estas sustancias y la afectación del rendimiento psicomotor. Además puede aumentar la depresión respiratoria con opioides, aumenta la sensación de «colocado» y los efectos cardiovasculares con cánnabis, se incrementa la gravedad de la intoxicación por benzodiazepinas y gammahidroxibutirato (GHB).

Con los estimulantes (cocaína y anfetaminas y sus derivados). Las concentraciones máximas de alcohol pueden reducirse levemente (Stockley, 2004), aunque las concentraciones de 3,4 metilendioxi metanfetamina (MDMA) aumentan levemente (Hernández-López et al., 2002). Durante la intoxicación alcohólica se produce una falsa percepción de sobriedad y sensación de mejoría del rendimiento

psicomotor y se incrementa la euforia. Esta falsa sensación de seguridad puede llevar a conductas de riesgo, mayor agresividad y conductas violentas.

En el caso de la cocaína, el alcohol provoca un incremento de las concentraciones de esta sustancia y la formación de un metabolito específico, la cocaetilena, que presenta actividad similar a la cocaína. Esta combinación aumenta los efectos euforizantes y cardiovasculares (presión arterial, frecuencia cardíaca, gasto cardíaco) de la cocaína. Como consecuencia, la combinación tiene un mayor potencial de abuso y un incremento del riesgo de patología cardiovascular.

La combinación de consumo de alcohol junto con MDMA o éxtasis incrementa la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura respecto al consumo exclusivo de MDMA.

1.7 Patología psiquiátrica asociada al consumo de alcohol

1.7.1 Trastorno por consumo de alcohol

En el DSM 5 aparece un trastorno por consumo de alcohol que no aparecía previamente en el DSM IV y que presenta los siguientes criterios:

A. Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

A. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

B. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

A. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.

B. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

En caso de que exista esta abstinencia se ha especificar si se halla en remisión inicial o en remisión continuada. La remisión inicial indica que después de haberse cumplido todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de tres meses pero sin llegar a 12 meses, (excepto el criterio 4 que describe las ansias o poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol).

La revisión continuada indica que no se ha cumplido ningún criterio durante un período de 12 o más meses.

También hay que añadir un especificador adicional que es el de *entorno controlado* para indicar que el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Se añade también un código basado en la gravedad actual.

1.7.2 Intoxicación alcohólica aguda

La intoxicación por alcohol (presente tanto en el DSM IV como en el DSM5) se define actualmente cuando cumple los siguientes criterios:

A. Ingesta reciente de alcohol.

B. Comportamiento problemático o cambio psicológico clínicamente significativos (p. ej. comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante un poco después de la ingestión de alcohol.

C. Uno o más de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol: habla pastosa, incoordinación, marcha insegura, nistagmo, alteración de la atención o de la memoria, estupor o coma.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

1.7.3 Abstinencia alcohólica

La abstinencia de alcohol se define de una manera muy similar en el DSM 5 respecto al DSM IV:

A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.

B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados a las pocas horas o pocos días después de cesar o reducir el consumo de alcohol descrito en el criterio A:

1. Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o ritmo del pulso superior a 100 pulsaciones).
2. Incremento del temblor de las manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

C. Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos y síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Tanto en el DSM IV como en el DSM 5 piden codificar si existen alteraciones de la percepción.

1.7.4 Trastornos Mentales y del Comportamiento Inducidos por el Alcohol

En la nueva clasificación del DSM5 los trastornos relacionados con el alcohol han sufrido un cambio. Mientras que en el DSM IV los trastornos relacionados con el alcohol eran los siguientes:

- Intoxicación por alcohol.
- Abstinencia de alcohol.
- Delirium por intoxicación por alcohol.
- Delirium por abstinencia de alcohol.
- Demencia persistente inducida por el alcohol.
- Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol.
- Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes.
- Trastorno psicótico inducido por alcohol: con alucinaciones.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol.
- Trastorno del estado de ansiedad inducido por alcohol.
- Trastorno sexual inducido por alcohol.
- Trastorno de sueño inducido por alcohol.

- Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

Actualmente en el DSM 5 son:

- Intoxicación por alcohol.
- Abstinencia de alcohol.
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol.
- Trastorno bipolar inducido por el alcohol.
- Trastorno depresivo inducido por el alcohol.
- Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol.
- Trastornos del sueño inducido por el alcohol.
- Disfunción sexual inducido por el alcohol.
- Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por el alcohol.
- Síndrome confusional por intoxicación alcohólica.
- Síndrome confusional por abstinencia de alcohol.

Tabla 1.33 Comparativa diagnósticos DSM IV con DSM5 en los trastornos de alcohol

DSM IV	DSM5
	Trastorno por consumo de alcohol
Intoxicación por alcohol	Intoxicación por alcohol
Abstinencia de alcohol	Abstinencia de alcohol
Delirium por intoxicación por alcohol	Síndrome confusional por intoxicación alcohólica
Delirium por abstinencia de alcohol	Síndrome confusional por abstinencia de alcohol
Demencia persistente inducida por el alcohol	Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por el alcohol
Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol	
Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes	Trastorno psicótico inducido por el alcohol
Trastorno psicótico inducido por alcohol: con alucinaciones	
Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol	Trastorno bipolar inducido por el alcohol
	Trastorno depresivo inducido por el alcohol
Trastorno del estado de ansiedad inducido por alcohol	Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol
Trastorno sexual inducido por alcohol	Disfunción sexual inducido por el alcohol
Trastorno de sueño inducido por alcohol	Trastornos del sueño inducido por el alcohol
Trastorno relacionado con el alcohol no especificado	

Elaboración propia basada en DSM IV y DSM 5

1.8 Alcohol y embarazo

Se han señalado previamente las propiedades del alcohol para diluirse tanto en el agua como en grasas. Esto, unido al pequeño tamaño de su molécula le permite atravesar tanto la barrera hematoencefálica como la placentaria, llegando al cerebro del embrión y del feto.

La afectación en el nasciturus puede presentar diversos niveles de gravedad, en función del grado de afectación tóxica y teratógena del alcohol sobre el feto o el embrión. La afectación más grave sería incompatible con la vida y se produciría el aborto espontáneo o bien el nacimiento de un feto muerto. Si el embrión es viable, por su neurotoxicidad, puede producir cambios cognitivos, sociales y conductuales a largo plazo (Streissguth et al., 1991) (Mattswon, Riley, 1998) (Guerra, Bazinet, Riley, 2009).

Se calcula que nacen 5 millones de niños con algún efecto del consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo, y entre 5 y 9 millones de niños viven en familias que presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol y por lo tanto pueden sufrir las consecuencias derivadas del consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo (Anderson, Baumberg, 2006).

Su consumo en el embarazo puede producir un conjunto de efectos en la salud del feto que se ha denominado «Síndrome Alcohólico-Fetal» (SAF), que afecta a más del 1 por 1000 de recién nacidos vivos.

Los síntomas más característicos de este síndrome son el retraso de crecimiento pre y postnatal, los trastornos funcionales del sistema nervioso central (microencefalía, hipotonía y mala coordinación motora y del lenguaje) y las alteraciones craneofaciales (hendiduras palpebrales pequeñas, ptosis, hipoplasia maxilar, labio superior fino, nariz corta antevertida, retrognatia en lactante y micrognatia en adolescente).

Además puede acompañarse de malformaciones en otros órganos y aparatos: disminución del tejido adiposo, esqueléticas (contracturas en flexión de articulaciones, dislocación congénita de la cadera, defectos de posición del pie, sinóstosis radiocubital, alargamiento terminal de las falanges, hipoplasia de las uñas, anomalías de la columna vertebral cervical, anomalías de los surcos palmares, pectum excavatum), del corazón (defecto del tabique interventricular e interauricular, tetralogía de Fallot/anomalías de grandes vasos), labio leporino y/o fisura palatina, miopía, estrabismo, epicantus, maloclusión dental, sordera, orejas prominentes, etc.

Dada la variabilidad de sintomatología que produce el alcohol sobre el neurodesarrollo, pueden aparecer niños que han sido expuestos, pero no padecen graves alteraciones físicas y cognitivo-conductuales, pero sí disfunciones del sistema nervioso central (SNC); en ocasiones se encuentran niños que carecen de alteraciones dismórficas faciales o fenotipos similares al SAF, pero presentan sintomatología del SNC. Estos niños se agrupan en el Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) (Sokol, Delaney-Black, Nordstrom, 2003) y su prevalencia es superior al SAF (1% de

todos los nacimientos), siendo la causa prevenible más clara dentro de todos los casos de retraso mental.

El retraso mental es el trastorno más frecuente y grave, estando el cociente intelectual medio por debajo de 70-80 puntos. Se manifiesta sobre todo en el desarrollo del lenguaje y en algunos trastornos de conducta, especialmente falta de atención, impulsividad y labilidad emocional (Sánchez, Hidalgo, 2000).

El consumo de alcohol se ha asociado a trastornos neuropsicológicos que afectan a capacidades como la inteligencia, memoria, lenguaje, atención, aprendizaje, capacidades visoespaciales y visoperceptivas, funciones ejecutivas, praxias, cognición social y causan disfunciones motoras (temblores, prensión débil, mala coordinación mano-ojo, problemas de equilibrio y marcha, y apraxias) (Roebuck et al., 1998) (Mattson et al., 1996) (Mattson, Roebuck, 2002) (Roebuck-Spencer, Mattson, 2004) (Simmons et al., 2010) (Mattson, Riley, 1998) (Mattson et al., 1998).

Cuando llegan a adultos, las personas diagnosticadas con TEAF suelen tener más trastornos mentales que la media con altas tasas de depresión, ansiedad, ideación autolítica e intentos de suicidio en comparación con la población normal (Famy, Streissguth, Unis, 1998) (Hellemans et al., 2010).

Por otro lado, los niños diagnosticados de TDAH tienen 2,5 veces más probabilidades de haber sido expuestos al alcohol durante el embarazo (que los que no tienen TDAH). Por tanto, la exposición prenatal al alcohol puede ser un factor de riesgo de TDAH, independiente de otros como el tabaquismo (de la madre) u otros

factores familiares. En un estudio sobre jóvenes que habían sufrido exposición prenatal al alcohol, el 41% presentaban un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), el 17% un trastorno del aprendizaje y el 16% un trastorno de conducta de tipo negativista-desafiante. Parece que determinados TDAH podrían tener una importante conexión con el factor ambiental de la exposición prenatal al alcohol (Bhatara, Loudenberg, Ellis, 2006), ya que sus puntuaciones parecen mejorar con su crecimiento, aunque no llegarían a alcanzar los del grupo control.

Los factores que inciden en el desarrollo de este síndrome son:

1. Frecuencia y cantidad del consumo materno de alcohol durante la gestación: los atracones alcohólicos de la madre (beber mucho durante períodos de tiempo cortos) producen altos niveles de alcohol en sangre (>200 mg/dl), resultan más dañinos para el feto que la exposición crónica de alcohol (<150 mg/dl) (West et al., 1989).

2. Características biológicas de la madre: la presencia del alelo ADH1B*3 de la deshidrogenasa del alcohol confiere una menor protección frente al TEAF, mientras que la del ADH1B*2 disminuye el riesgo de dicha patología en una muestra de población sudafricana (Warren, Li, 2005).

3. El momento del consumo: parece ser que si se produce la presencia de alcohol durante el pico embriológico de la gastrulación aparece la dismorfología facial (Sulik, 2005) y afecta negativamente a las líneas neurogénicas, repercutiendo en la maduración del prosencéfalo y en estructuras y núcleos

troncoencefálicos (Mooney, Miller, 2007). Durante la tercera semana de gestación se produce una mayor incidencia de defectos craneofaciales y trastornos mentales en los neonatos (Suzuki, 2007).

Alrededor de la séptima semana de gestación se produce la formación del cuerpo calloso y de las células gliales de la línea media. Así pues, la exposición al alcohol durante este período temprano podría producir agenesia, hipoplasia o anomalías en el cuerpo calloso (Riley et al., 1995).

Entre las semanas 7 y 20 semanas de gestación existe una etapa importante para la migración neural y la proliferación-diferenciación de células neuroepiteliales y, tasas de alcohol de 125-150 mg/dl, alteran los procesos migratorios y el número de neuronas y células gliales en el neocórtex, hipocampo y áreas sensoriales (Rubert et al., 2006) (Miller, 1995).

La exposición de tejido cortical fetal in vitro (entre la semana 15 y 18 de gestación) a dosis de 235 mg/dl de alcohol provoca la alteración de varios genes, incluyendo la regulación a la baja de la expresión de aquellos genes que participan en la formación del cuerpo calloso (Hashimoto-Torii et al., 2011).

Durante el tercer trimestre de la gestación, el feto resulta especialmente vulnerable a la microcefalia inducida por alcohol y a la pérdida de neuronas, sinaptogénesis o defectos de la glía, pudiendo ocasionar trastornos de memoria/ aprendizaje mediados por procesos apoptóticos (Dikranian et al., 2005).

Otros factores que influyen son: el estado nutricional y de salud de la madre, el uso concomitante de otras drogas, la edad de la madre, y el estatus socioeconómico.

1.9 El proceso de la adicción al alcohol

1.9.1 Neurobiología de la adicción al alcohol

Alrededor del 10% de los bebedores de alcohol desarrollan una adicción al alcohol, y de ellos el 4%, lo harán a los 5 años del inicio del consumo (Wagner, Anthony, 2007). La adicción es el resultado de la interacción entre las características farmacológicas de la sustancia (en este caso el alcohol), el sujeto (variables individuales, biográficas, acontecimientos vitales) y el ambiente (hábitos sociales de consumo de alcohol, disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas, historia familiar, etc.).

Aunque no se han aislado receptores específicos para el alcohol se sabe que actúa sobre el centro del placer y la recompensa aumentando la liberación de dopamina. Los mecanismos por los que el alcohol activa la vía dopaminérgica no están totalmente establecidos. Parece ser que, a través de su acción sobre diferentes sistemas de neurotransmisión (GABAérgico, opioide endógeno, glutamatérgico y serotoninérgico) el alcohol estimularía de forma indirecta la vía dopaminérgica.

El etanol interactúa con numerosas estructuras de la membrana neural, capaces de inducir transformaciones celulares que van desde variaciones en la excitabilidad neuronal hasta remodelaciones de las conexiones interneuronales. La exposición aguda al etanol favorece la inhibición en diversas estructuras cerebrales y dificulta la transmisión excitatoria, al facilitar la unión a los receptores inhibidores de

ácido gamma aminobutírico (GABA) de sus agonistas y dificulta el proceso homólogo en los receptores excitatorios N-metil-D-aspartato (NMDA).

El establecimiento de la conducta adictiva al alcohol implica modificaciones funcionales inducidas por dicha sustancia en gran número de estructuras cerebrales (los ganglios basales, el cerebelo, corteza frontal, áreas de procesamiento cognitivo de la neocorteza, zonas de control neurovegetativo, entre otras). El aumento agudo, y las posteriores alteraciones funcionales, de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens del sistema dopaminérgico mesolímbico ante la exposición al etanol juega un papel determinante en el carácter reforzador del etanol (León-Regal M et al., 2014).

Por su consumo continuado se desarrollan tolerancia y dependencia farmacológicas.

1.9.2 Tolerancia al alcohol

El sujeto puede sentir que es más resistente al alcohol cuando inicia la fase de tolerancia. La tolerancia se define como la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. Si no se aumenta la cantidad, se logra un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol. Cuando aparece la tolerancia ya se han puesto en marcha los mecanismos de la adicción al alcohol, con los consiguientes cambios tanto en la farmacocinética del alcohol -por el sistema enzimático oxidativo

microsomal encargado de la propia metabolización del etanol- como en el cerebro (neuroadaptación al alcohol).

1.9.3 Dependencia física del alcohol

La dependencia fisiológica del alcohol es consecuencia de la neuroadaptación que ha tenido por el consumo crónico del alcohol. Al parar bruscamente o disminuir la ingesta del alcohol tras un consumo crónico, existe una hipersensibilidad del cerebro que da lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia del alcohol. Este síndrome es el resultado de los cambios a largo plazo que se han producido sobre todo en los receptores NMDA y GABA (Guerri C. 2006).

El síndrome de abstinencia del alcohol se caracteriza por presentar molestias como náuseas matutinas, flapping, y ansiedad que se calman cuando se bebe alcohol. Cuando el síndrome de abstinencia es más grave, pueden aparecer otros síntomas como aumento de la sudoración y de la frecuencia cardiaca, inquietud y finalmente el Delirium Tremens.

El máximo exponente del síndrome de abstinencia del alcohol es el denominado Delirium tremens, cuadro confusional agudo secundario a la privación alcohólica. Esta grave complicación del síndrome de abstinencia alcohólica aparece en casos de dependencia al alcohol, entre 4-12 horas después de la última ingesta. La ingesta habitual de alcohol para desarrollarlo es muy variable.

La clasificación cronológica y sintomática la exponemos en la tabla

1.34.

Tabla 1.34 Clasificación de fases del delirium tremens

Signos/síntomas	Fase I	Fase II	Fase III
Frecuencia cardíaca	10-110	110-120	>120
Aumento de la PA	10-20 mmHg	10-20 mmHg	30-40 mmHg
Taquipnea	20/22 resp/minuto	22/28 resp/minuto	>28 resp/minuto
Diaforesis	+	++	+++
Temblor	+	++	+++
Hiperreflexia	+	++	+++
Labilidad emocional	+	++	+++
Ansiedad	+	++	+++
Convulsiones	0	+	0
Alucinaciones	0	+	+++

Fuente: Libro electrónico de Temas de Urgencia

1.9.4 Vulnerabilidad genética. Sujetos de riesgo

La genética tiene un importante papel en el desarrollo de la adicción al alcohol. Estudios en gemelos monocigóticos de sujetos alcohólicos, comparados con los gemelos dicigóticos o los hermanos comunes, o en hijos de alcohólicos en familias de no alcohólicos han demostrado que los descendientes de padres alcohólicos hay cuatro veces más riesgo de desarrollar dependencia del alcohol (Goodwin et al.,1974) (Prescott, Kendler,1999). Si bien no sigue una genética mendeliana es posible que exista un grupo relevante de genes que influyan en una variedad de características de personalidad que a su vez predispongan al sujeto al alcoholismo (Mayfield et al., 2002).

1.10 Alcohol y sociedad

1.10.1 Alcohol y conducción

El alcohol produce cambios en el rendimiento psicomotor: aumenta el tiempo de reacción, afecta la coordinación bimanual, la atención (concentrada y dividida) y la resistencia a la monotonía. Además altera la capacidad para juzgar la velocidad, la distancia y la situación relativa del vehículo, así como la habilidad para seguir una trayectoria o hacer frente a lo inesperado. Todo ello provoca una grave alteración en la capacidad de conducir con seguridad e incrementa el riesgo de accidente de tráfico (Kerr, Hindmarch, 1991) (Farré, Roset, Camí, 1996) (Kelly, Darke, Ross, 1991).

Aunque el alcohol produce un marcado deterioro de las funciones cognitivas y psicofísicas, el consumidor de bebidas alcohólicas no es consciente de estos cambios; ya que la intoxicación provoca una sensación subjetiva de mayor seguridad en sí mismo. Bajo los efectos del alcohol son frecuentes las reacciones de euforia, agresividad, conductas temerarias y violentas (Fleming, Mihic, Harris, 2006).

A pesar de ello, el 22% de los conductores hace un consumo de riesgo, el 3'2% hace un abuso y se calcula que un 0'26% tiene una dependencia al alcohol. La mayoría de los conductores españoles (75% de los hombres y 50% de las mujeres) son bebedores habituales, es decir han consumido más de 7 días en los últimos 30.

Este deterioro causado por el alcohol en la capacidad de conducir vehículos es directamente proporcional a su concentración en sangre. La conducción con 0,5 g/l de etanol en sangre supone casi el doble de probabilidad de sufrir un accidente de circulación respecto a la conducción sin ingesta de alcohol, aumentando dicha probabilidad progresivamente a partir de esta concentración; así con 0,8 g/l el riesgo es casi cinco veces mayor que el que presentan los que no han bebido alcohol. La probabilidad de fallecimiento es cinco veces mayor entre los conductores y peatones que presentan una alcoholemia superior a 0,5 g/l (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2007). Se estima que el riesgo relativo de sufrir un accidente mortal con alcoholemias de 0,8 g/l es máximo entre la población de 16-17 años (165 veces) y entre la de 18-19 años (70 veces) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999) (Dirección General de Tráfico, 2002) (Álvarez, Del Río, 2001).

La causa de muerte más frecuente entre los 16 y 24 años son los accidentes de tráfico con intoxicación alcohólica del conductor y a veces también de los acompañantes (Álvarez, Del Río, 2001).

Según publicación de la Dirección General de Tráfico en el año 2010, el 40% de los fallecidos en accidente de tráfico conducían bajo el efecto de una droga, y el alcohol estaba presente en prácticamente la totalidad de ellos, a veces solo y en ocasiones con otras sustancias. El alcohol se encuentra implicado en el 30-50% de los accidentes mortales, en el 20-40% de los accidentes con víctimas no mortales y en el 10-30% de los accidentes con daños materiales exclusivamente.

En Europa se calculan unas 17.000 muertes anuales debidas a accidentes de tráfico en relación con el consumo de alcohol, 1 de cada 3 fallecimientos del tráfico rodado (Anderson, Baumberg, 2006), así como más de 10.000 muertes estimadas de tráfico en personas distintas al conductor intoxicado.

Las tasas de alcoholemia actualmente en vigor (Reglamento General de Circulación, aprobado por Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, publicado en el BOE 306, de 23 de diciembre) por encima de las cuales no se permite la circulación dependiendo del tipo de vehículo son las siguientes:

- Como norma general se establece en 0,5 gramos de alcohol por litro de sangre (o 0,25 mg de alcohol por litro de aire espirado) para personas que conducen vehículos y bicicletas.
- Para los vehículos destinados a transporte de mercancías de más de 3.500 kg, para los vehículos destinados al transporte de viajeros, servicio público, transporte de menores y escolar, de mercancías peligrosas o de servicios de urgencia o transportes especiales, los conductores no podrán superar la tasa de alcohol en sangre de 0,3 gramos por litro de sangre (o de 0,15 mg por litro de alcohol en aire espirado).
- Los conductores de cualquier vehículo, durante los dos años siguientes a la obtención del permiso o licencia que les habilita para conducir, no podrán superar la tasa de alcohol en sangre de 0,3 gramos por litro de sangre (o de 0,15 mg por litro de alcohol en aire espirado).

1.10.2 Alcohol y violencia

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencionado de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupo o comunidad y cuyas consecuencias más probables son lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones en el desarrollo, abandono o muerte (Krug et al., 2002).

Dentro de las formas de violencia a terceros que puede causar el alcohol destacan cuatro tipos que se recogen en la tabla 1.35.

Tabla 1.35 Clasificación de daño causado a terceros por el alcohol.

Clase	Daño	Costos
Familia, hijos y nasciturus	<p>Heridas Muerte</p> <p>Dolor y sufrimiento por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia doméstica • Separación marital <ul style="list-style-type: none"> • Divorcio • Negligencia en cuidados de hijos u hogar • Pobreza • Abuso <ul style="list-style-type: none"> • Distress psicológico <p>Espectro del síndrome alcohólico fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome alcohólico fetal • Síndrome alcohólico fetal incompleto <ul style="list-style-type: none"> • Retraso del neurodesarrollo por el alcohol • Defectos de nacimiento por el alcohol <ul style="list-style-type: none"> • Efecto del alcohol en el feto <p>Abortos Alumbramiento de mortinato Recién nacido de bajo peso</p>	<p>1. Costos tangibles</p> <p>A. Cuidado de la salud</p> <p>B. Acogimiento residencial / institucionalización</p> <p>C. Cuidado en el hogar</p> <p>D. La educación especial</p> <p>E. La pérdida de productividad</p> <p>F. Otros</p> <p>2. Costos intangibles</p> <p>A. Dolor y sufrimiento</p> <p>B. La pérdida de la calidad de vida</p> <p>C. Otros</p>
Violencia Interpersonal, agresión y crimen (incluyendo familias y niños, por ejemplo, la violencia doméstica, maltrato infantil)	<p>Heridas Muerte</p> <p>Daños a la propiedad Dolor y sufrimiento</p>	<p>1. Costos tangibles</p> <p>A. Cuidado de la salud</p> <p>B Valor de la propiedad dañada o destruida</p> <p>C. Costos de procesos legales</p> <p>D. La pérdida de productividad</p> <p>E Otros</p> <p>2. Costos intangibles</p> <p>A. Dolor y sufrimiento</p> <p>B. La pérdida de la calidad de vida</p> <p>C. Otros</p>
Accidentes de tráfico	<p>Heridas Muerte</p> <p>Daños a la propiedad Dolor y sufrimiento</p>	<p>1. Costos tangibles</p> <p>A. Cuidado de la salud</p> <p>B Valor de la propiedad dañada o destruida</p> <p>C. Costos de procesos legales</p> <p>D. La pérdida de productividad</p> <p>E Otros</p> <p>2. Costos intangibles</p> <p>A. Dolor y sufrimiento</p> <p>B. La pérdida de la calidad de vida</p> <p>C. Otros</p>

INTRODUCCION	OBJETIVOS	RESUMEN	DOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSIÓN	CONCLUSIONES	BIBLIOGRAFIA
Otros, por ejemplo, incendios, accidentes de tráfico marítimo, ahogamientos, el dolor y el sufrimiento (por ejemplo, convivir con un alcohólico)			Heridas Muerte Daños a la propiedad Dolor y sufrimiento			1. Costos tangibles A. Cuidado de la salud B Valor de la propiedad dañada o destruida C. Costos de procesos legales D. La pérdida de productividad E Otros 2. Costos intangibles A. Dolor y sufrimiento B. La pérdida de la calidad de vida C. Otros	

Fuente; Navarro et al, 2011

En el *Global status report on alcohol and health* la OMS afirma que *tanto el bebedor como otros pueden ser afectados por sus consecuencias en forma de pérdida de la productividad o del trabajo, ruptura o disfunción en la vida familiar incluyendo violencia doméstica.*

En la tabla 1.6 ya hemos visto que del total de las muertes atribuibles al alcohol las relacionadas con heridas deliberadas son el 8.7% del total. Aunque aparecen más frecuentemente en hombre (265.000 con una DS de 25.8) que en mujeres 21.000 con una DS de 5.2), otros autores afirman que las cifras en mujeres serían mucho más altas porque las mujeres son afectadas por la violencia interpersonal y las conductas de riesgo sexual como consecuencia de los problemas de bebida de sus parejas (Kalichman et al 2007). De hecho en Europa representan el 30,2% de todas las lesiones atribuibles alcohol para las mujeres y solo el 7,9% de todas las lesiones atribuibles al alcohol para los hombres (Shield, 2012).

1.10.3 Alcohol y accidentes

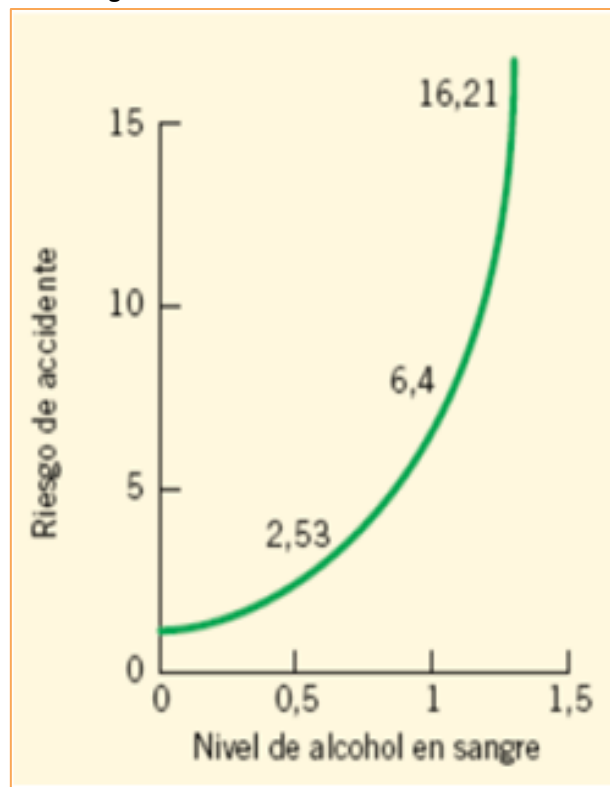
Los accidentes de tráfico causados por el alcohol son lo bastante importantes para que sean una de las cinco prioridades de la Comisión de la UE para

reducir el daño causado por el consumo de alcohol (Commission of the European Communities, 2006).

El inicio temprano en el uso del alcohol (antes de los 14 años) es predictor de la existencia de accidentes de tráfico (Hingson, Heeren, Zakocs, 2001).

El riesgo de un accidente y su relación con las cifras de alcoholemia viene representado en la curva de Freudenberg (Figura 1.17).

Figura 1.17 Curva de Freudenberg



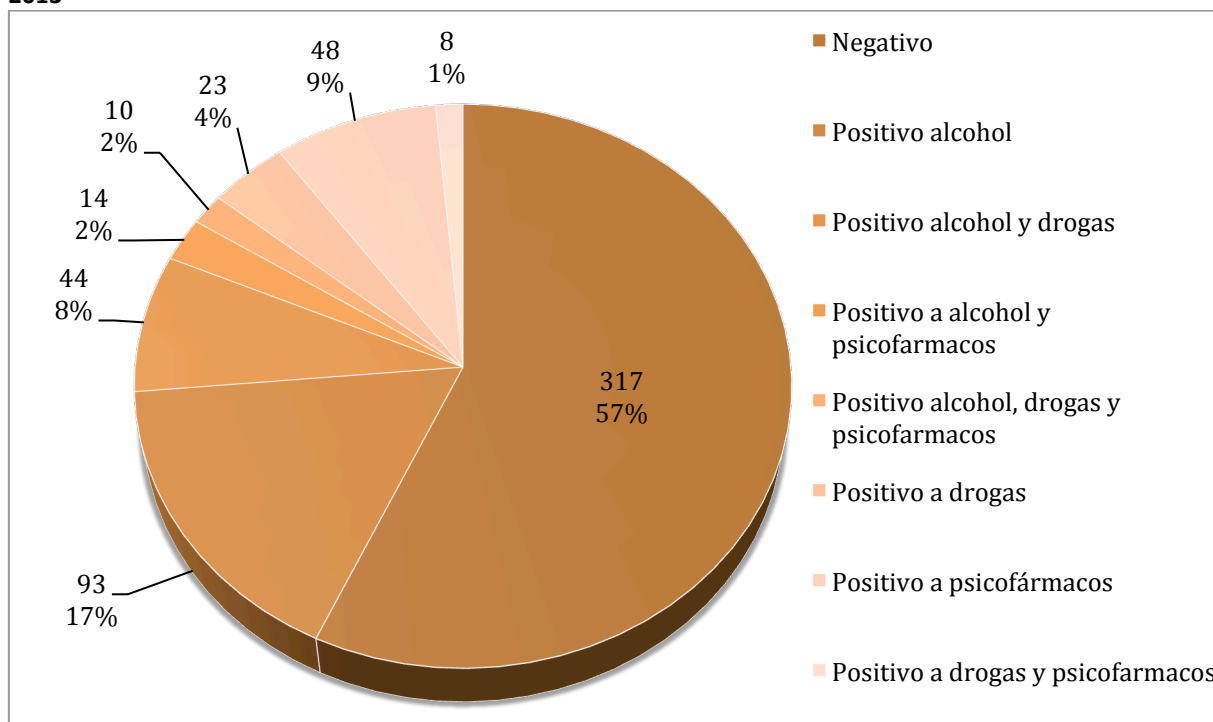
Fuente: DGPNSD Informe alcohol 2007
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>

En nuestro medio, el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses publica una memoria sobre las víctimas analizadas en los centros de toxicología con datos correspondientes al Departamento de Barcelona (de donde

proviene los datos de las Comunidades Autónomas de Cataluña, Aragón, Navarra, Baleares y la Comunidad Valenciana), el Departamento de Madrid (Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, La Rioja, Castilla y León, Madrid, Castilla La Mancha y Murcia); el Departamento de Sevilla (Andalucía, Extremadura, Ceuta y Melilla) y los datos correspondientes a la Delegación de La Laguna (Comunidad Autónoma de Canarias).

En la gráfica 1.58 podemos ver los resultados de los test realizados a los conductores a las diversas sustancias examinadas.

Gráfica 1.58 Distribución según la tasa de alcoholemia de los conductores fallecidos en España en 2013



Fuente: Modificado de Víctimas mortales en Accidentes de Tráfico año 2013. INTCF https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Memoria%20INTCF%202013.pdf?idFile=d9eecb8d-1e61-4a56-aad8-5131679085e1

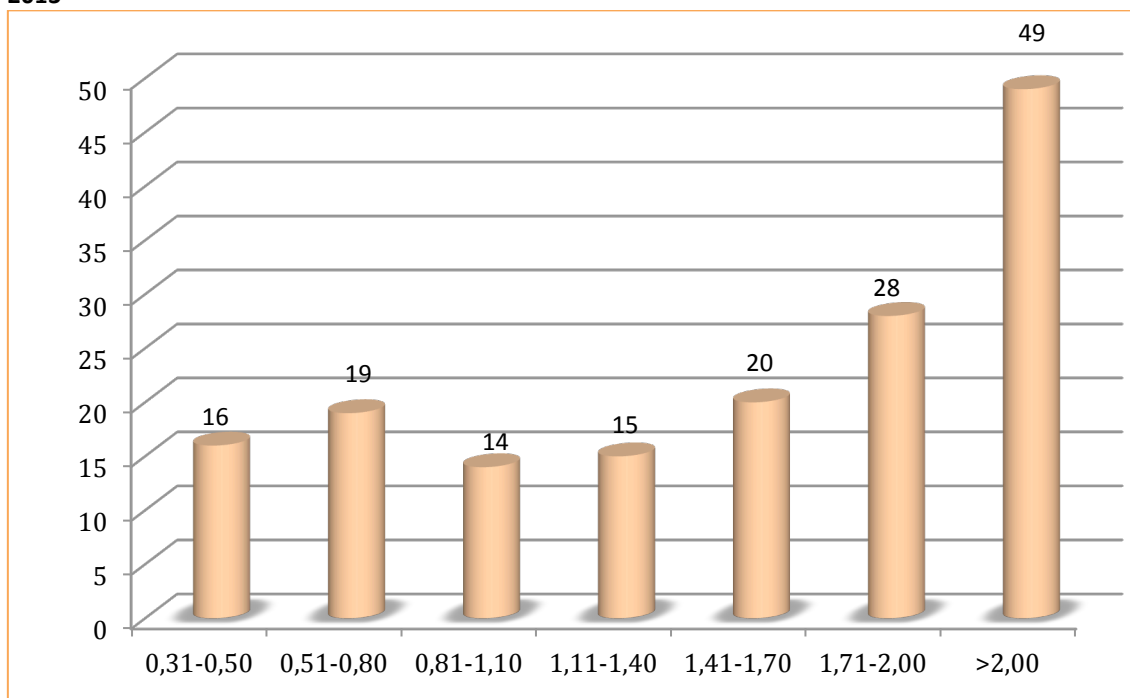
El 43,09% (240) de los conductores fallecidos presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol. De ellos en 161 (67,08% de los conductores que dieron resultado positivos y 28,90% del total de conductores) se

detectó sólo alcohol o alcohol y drogas/psicofármacos. En 93 conductores (38,75% de los conductores que dieron resultado positivos y 16,69% del total de conductores) sólo apareció resultado positivo para el alcohol.

Un nada despreciable 15% del total no habían consumido alcohol pero se encontraban bajo los efectos de otras sustancias psicoactivas.

La distribución según el total de la tasa de alcoholemia se expone en la gráfica 1. 59.

Gráfica 1.59 Distribución según la tasa de alcoholemia de los conductores fallecidos en España en 2013



Fuente: Modificado de Víctimas mortales en Accidentes de Tráfico año 2013. INTCF https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Memoria%20INTCF%202013.pdf?idFile=d9eecb8d-1e61-4a56-aad8-5131679085e1

Hay un aumento considerable de fallecidos con la tasa por encima de 2,01 g/l. La división de las alcoholemias no es igual en todos los tramos, tomando

en el tramo inicial un rango de 0,20 g/l y posteriormente 0,30 g/l. Llama la atención el alto número de fallecidos con alcoholemias bajas.

Los casos de aquellos conductores en quienes el consumo de alcohol fue positivo y se asocian a otras drogas se expresan en la tabla 1.36.

Tabla 1.36 Conductores positivos a alcohol con resultados positivos a otras drogas en España en 2013

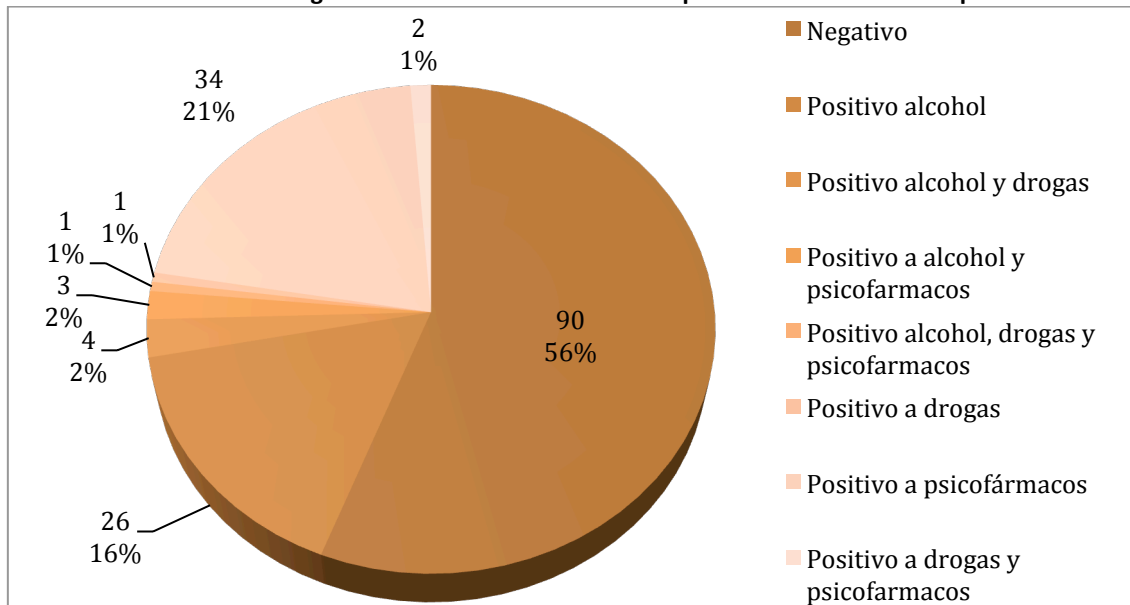
Sustancias	Número de positivos
Alcohol + cocaína	22
Alcohol+ cánnabis	12
Alcohol +benzodiacepina	8
Alcohol + antiepiléptico	2
Alcohol + antidepresivo	3
Alcohol+ cocaína+ cánnabis	4
Alcohol+ cocaína+ anfetamina	1
Alcohol + cocaína + benzodiacepina	2
Alcohol+ cocaína + opiáceos	3
Alcohol +cánnabis + anfetamina	1
Alcohol + cánnabis + benzodiacepina	3
Alcohol +benzodiacepina+ antidepresivo + antiepiléptico	1
Alcohol +cocaína + MDMA +benzodiacepina	1
Alcohol+ cocaína+ cánnabis + anfetamina	1
Alcohol + cánnabis + benzodiacepina + antiinflamatorios	1
Alcohol + cocaína + benzodiacepina + analgésico	2
Alcohol + cánnabis + benzodiacepina + antidepresivo	1
Total	68

Fuente: Víctimas mortales en Accidentes de Tráfico año 2013. INTCF
https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Memoria%20INTCF%202013.pdf?idFile=d9eecb8d-1e61-4a56-aad8-5131679085e1

Destaca el elevado número de personas que consumieron cocaína (36). Hay que tener en cuenta que puede existir un sesgo puesto que algunas de las sustancias (benzodiacepinas, antiinflamatorios, opiáceos,...) pudieron ser administradas por los servicios sanitarios que acudieron al accidente.

Los resultados de los test realizados a los peatones que fallecieron en accidentes de tráfico en 2013 a las diversas sustancias examinadas se exponen en la gráfica 1.60.

Gráfica 1.60 Distribución según la tasa de alcoholemia de los peatones fallecidos en España en 2013



Fuente: Víctimas mortales en Accidentes de Tráfico año 2013. INTCF

https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Memoria%20INTCF%202013.pdf?idFile=d9eecb8d-1e61-4a56-aad8-5131679085e1

El 44,10% (71) de los peatones presentaron resultados positivos para sustancias de abuso y/o psicofármacos. De ellos, en 35 (47,89% de los peatones que dieron resultado positivos y 21,73% del total) se detectó sólo alcohol o alcohol y drogas/psicofármacos. En 26 peatones (36,61% de los peatones que dieron resultado positivos y 16,14% del total de conductores) sólo apareció resultado positivo para el alcohol.

Llama la atención el elevado número de psicofármacos (40 peatones) pero existe también el sesgo de las sustancias administradas por los servicios sanitarios.

En la tabla 1.37 se expone los resultados positivos a las diferentes sustancias de abuso.

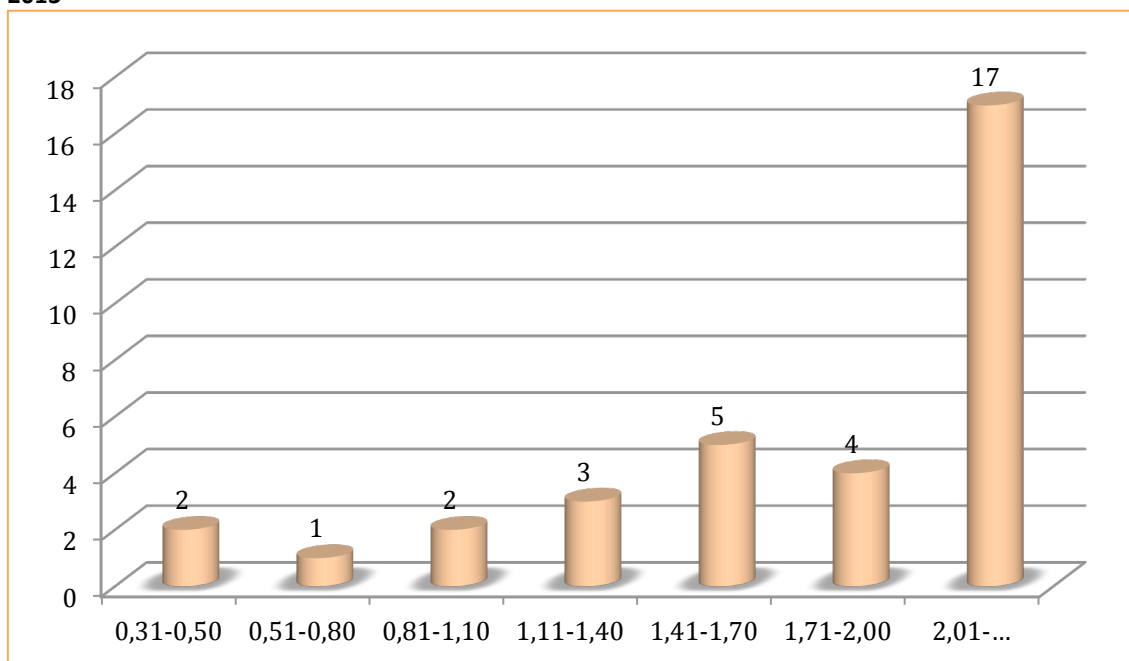
Tabla 1.37 Peatones positivos a alcohol con resultados positivos a otras drogas en 2013

Sustancias	Número de positivos
Alcohol + cocaína	1
Alcohol+ cánnabis	3
Alcohol + benzodiazepina	2
Alcohol + benzodiazepina + antidepresivo	1
Alcohol + cánnabis + benzodiazepina	1
Total	8

Fuente: Víctimas mortales en Accidentes de Tráfico año 2013. INTCF
https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Memoria%20INTCF%202013.pdf?idFile=d9eecb8d-1e61-4a56-aad8-5131679085e1

En la gráfica 1.61 se expone la distribución de las tasas de alcoholemia de los peatones fallecidos.

Gráfica 1.61 Distribución de tasas de alcoholemia positivas de los peatones fallecidos en España en 2013

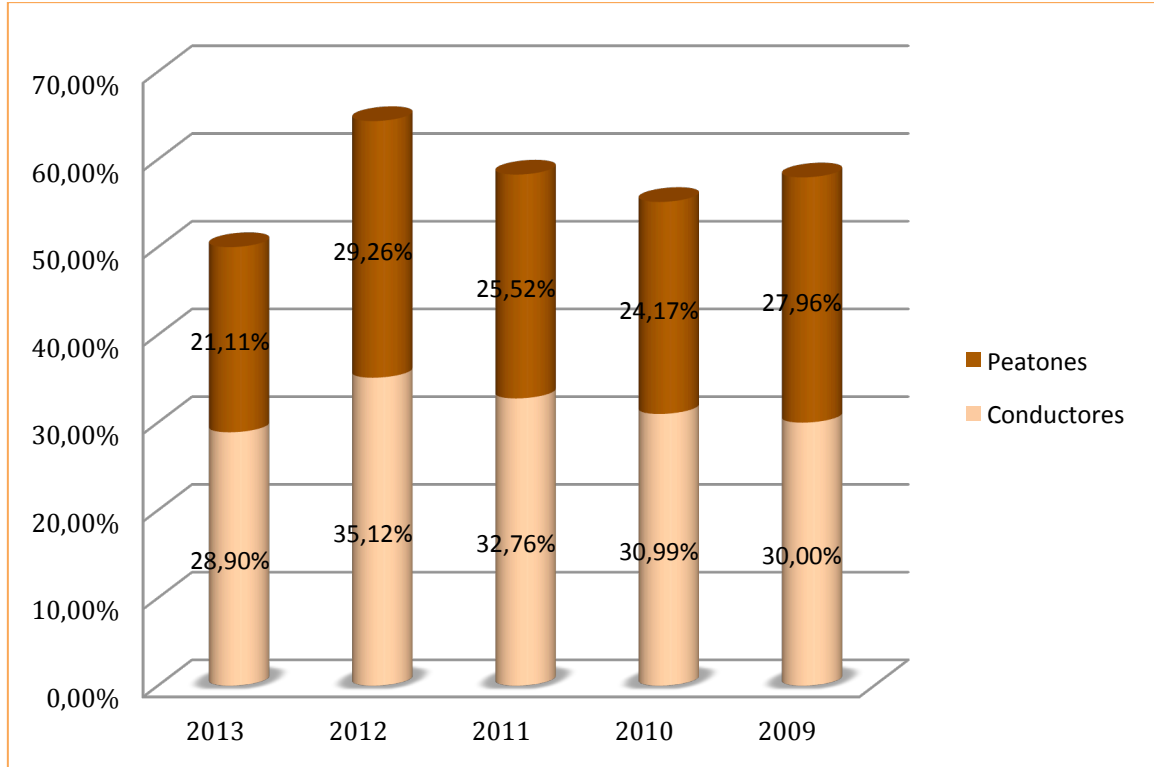


Fuente: modificado de Víctimas mortales en Accidentes de Tráfico año 2013. INTCF
https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Memoria%20INTCF%202013.pdf?idFile=d9eecb8d-1e61-4a56-aad8-5131679085e1

Nuevamente hay un elevado número de víctimas con las cifras más altas de alcoholemia.

La evolución de los casos analizados con resultados positivos en peatones y conductores durante los últimos cinco años se expone en la gráfica 1.62.

Gráfica 1.62 Evolución de alcoholemia positivas de los peatones y conductores fallecidos del 2009 al 2013 en España.



Fuente: Víctimas mortales en Accidentes de Tráfico año 2013. INTCF
https://www.administraciondejusticia.gob.es/paj/PA_WebApp_SGNTJ_NPAJ/descarga/Memoria%20INTCF%202013.pdf?idFile=d9eecb8d-1e61-4a56-aad8-5131679085e1

Se puede apreciar como las cifras de resultados positivos fueron aumentando hasta llegar a 2013, año en el que existe un importante descenso hasta los niveles menores del último lustro, tanto en peatones como en conductores. Hasta el descenso del 2013 la cifra de fallecidos en los peatones del 2009 es la única más alta que la del año posterior.

1.10.4 Muertes violentas

La implicación del alcohol en las lesiones es conocida, ya en un metaanálisis de estudios publicados entre 1975 y 1995 se encontró una alcoholemia mayor o igual a 1 g/l en el 31,5% de las muertes por homicidio, en el 22,7% de los suicidios y en el 31,0% de las producidas en accidentes no de tráfico (Smith, Branas, Miller, 1999).

En un estudio realizado en 13 países de cultura occidental (Bélgica, Canadá, Checoslovaquia, Dinamarca, Finlandia, Luxemburgo, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza, Estados Unidos y Alemania Occidental) se asociaron positivamente las tasas de suicidio con el consumo *per cápita* de alcohol en diez de ellos. Dinamarca, Luxemburgo y Nueva Zelanda fueron la excepción. Las tasas de suicidio también se han asociado con el consumo excesivo de alcohol y el consumo excesivo de alcohol en poblaciones de la antigua URSS y Finlandia. En Irlanda, detectaron la presencia de alcohol en sangre en el 55% de los suicidios (Nemtsov, 2003) (Pirkola, Suominen, Isometsa, 2004) (Bedford, O'Farrell, Howell, 2006).

En un estudio se encontró que la intoxicación por alcohol incrementa el riesgo de suicidio hasta 90 veces, en comparación con la abstinencia (May et al., 2002).

En otro estudio realizado en 14 países europeos se muestra que existe una mayor relación entre la tasa de homicidios y las ventas de alcohol en los países del norte de Europa con relación a los países del sur, (Rossow, 2001) quizás

ligados al patrón de consumo en forma de *binge drinking* que es el más asociado a las conductas violentas (MacDonald et al., 2013).

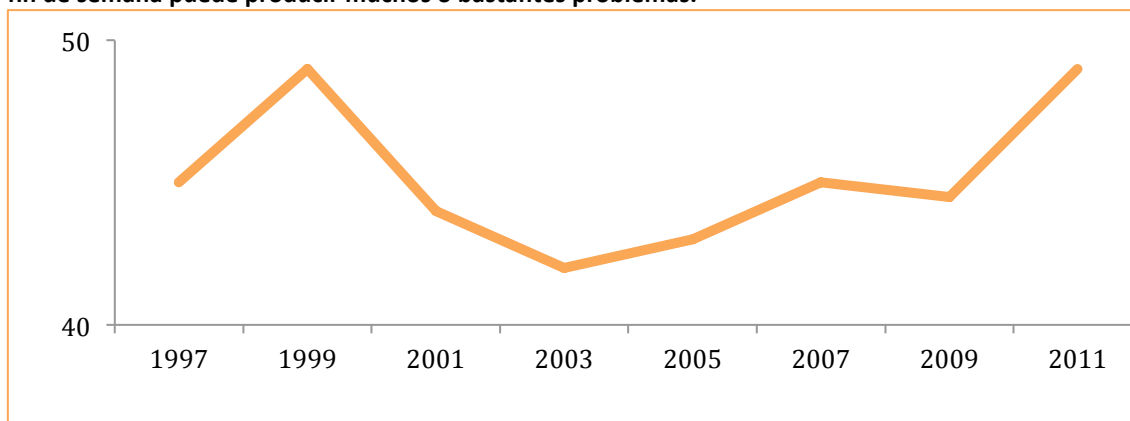
Respecto a los homicidios, en Inglaterra el alcohol representó un papel fundamental en el 6% de los homicidios y un factor asociado en el 39% de los homicidios. En el 42% estaban involucradas personas con una historia de abuso o de dependencia al alcohol (Shaw et al., 2006).

1.10.5 Percepción del riesgo

Las mayores diferencias en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas no se establecen con el patrón de consumo, sino en relación con el tipo de droga consumida. En general, en España el consumo de drogas de comercio legal (alcohol, tabaco e hipnosedantes) se asocia con un menor riesgo que el consumo de drogas de comercio ilegal. Con respecto a las diferencias por sexos, en el año 2005, al igual que en 2003, el riesgo percibido por las mujeres fue bastante superior al percibido por los hombres para todas las conductas de consumo, aunque en el caso de los hipnosedantes las diferencias fueron casi inapreciables (DGPNSD, 2011).

La percepción de riesgo asociada a *consumir 5-6 cañas/copas en un fin de semana* ha aumentado ligeramente pero sigue siendo baja.

Gráfica 1.63 Porcentaje de la población de 15-64 años que piensa que consumir 5-6 cañas/copas en un fin de semana puede producir muchos o bastantes problemas.



Fuente: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>

1.11 Abordaje de los problemas generados por el consumo de alcohol

1.11.1 Estrategias de prevención

Los objetivos últimos de la prevención pasan por disminuir el consumo de alcohol en la medida de lo posible, y de forma prioritaria en los menores de edad, retrasando la edad de inicio de consumo de alcohol, ya que el alcohol en los menores de edad, se asocia con peor evolución del consumo. La edad de inicio es un importante factor pronóstico en el tratamiento del alcoholismo. En este contexto, las medidas reguladoras son acciones preventivas dirigidas cuyo objetivo es prevenir los daños asociados al consumo de alcohol en los menores y tienen mayor impacto que otras acciones (Anderson et al., 2006).

1.11.2 Estrategias de Intervención.

a) Evaluación y Diagnóstico

La historia clínica constituye el elemento básico e instrumento más valioso para la detección de consumo de alcohol, si bien, puede apoyarse en diversas pruebas psicométricas y de laboratorio (Rubio, Martínez, 2000).

Tabla 1.38 Elementos de la historia clínica

Aspectos imprescindibles	Cantidad de alcohol consumida
	Consecuencias del consumo
	Relación entre consumo y consecuencias
	Tiempo de evolución del consumo
Aspectos secundarios	Antecedentes familiares
	Historia personal
	Historia de consumo
	Exploración física
	Pruebas de laboratorio

Fuente: Modificado de Bobes J, Casas M y Gutiérrez M, 2003.

b) Instrumentos para la evaluación del consumo de alcohol

Existen numerosos instrumentos específicos de evaluación de consumo de alcohol que resumimos en la siguiente tabla.

Tabla 1.39 instrumentos específicos de evaluación de consumo de alcohol para población adulta

Test	Número ítems	Duración (minutos)	Características
AUDIT	10	1-2	Consumo en año anterior. Detecta consumo de riesgo, uso perjudicial y dependencia. Sensibilidad 80%, especificidad 90%
CAGE	4	1	Detección de alcoholismo. No incluye cantidad, frecuencia, ni tiempo. Sensibilidad 65-95%, especificidad 40-95%
CBA	22	2-4	Consumo en 2 últimos años. Detección de alcoholismo
Cuestionario abreviado 5p	5	1	Diseñado para detección de bebedores de riesgo. Combina 2 ítems del AUDIT y 3 del CAGE
MALT	34	20-30	MALT-O + MALT-S. Problemas de alcoholismo en pacientes con alto grado de negación. Sensibilidad 100%, especificidad 82%
MAST	25	5-10	No se refiere a ningún tiempo concreto. Sensibilidad 86-99%, especificidad 85-95%
TWEAK	5	1-2	Gestantes y mujeres en edad fértil (15-44 años). Sensibilidad 70%, especificidad 75%
ISCA	3	2	Desarrollo reciente. Atención Primaria Patrón semanal regular e irregular

Modificado de DGPNSD Informe alcohol 2007
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>

c) Marcadores biológicos

Los test de laboratorio pueden dar información objetiva del consumo de alcohol y de la repercusión orgánica de éste. Utilizados de modo aislado tienen falta de sensibilidad y especificidad, por lo cual deben valorarse en el contexto de la evaluación clínica general.

Estos test nos pueden dar datos sobre el consumo reciente de alcohol, que puede constatarse a través de la determinación de la sustancia en varios

fluidos corporales: sangre, aire espirado, orina, saliva, sudor y transdérmica, con una duración aproximada de la positividad en torno a 24 horas.

No existen test de laboratorio específicos para el consumo crónico ni para la dependencia alcohólica. El interés de estos marcadores biológicos en la dependencia y consumo crónico radica básicamente en los siguientes aspectos: ayuda diagnóstica de consumo excesivo mantenido (detección precoz), confirmación diagnóstica, detección de bebedores problema cuando se aplican a grandes grupos poblacionales (diagnóstico epidemiológico), control evolutivo o seguimiento de enfermos alcohólicos (control de abstinencia).

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria recomienda la exploración sistemática de consumo de alcohol en toda persona de más de 14 años, al menos cada dos años (SemFyc, 2007) (SemFyc, 2003).

Los parámetros más comúnmente utilizados para tal fin son la enzima Gamma-Glutamil-Transpeptidasa (GGT), el Volumen Corpuscular Medio (VCM), las transaminasas y la determinación de la Transferrina Carbohidrato Deficiente (CDT). Aunque la realización de GGT y CDT no son específicas, la realización conjunta tiene una capacidad predictiva del 100% en consumidores de más de 6 UBEs/día. No obstante, dado que la CDT no se determina de forma rutinaria en gran número de dispositivos asistenciales, se considera que la determinación conjunta de GGT y VCM constituiría la determinación rutinaria más eficiente, ya que permitiría clasificar a dos tercios de los enfermos (Sáiz et al., 1998).

Tabla 1.40 Marcadores biológicos del consumo excesivo de alcohol

Test	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Falsos positivos	Comentarios
GGT	40-50%	75-85%	Enfermedades hepatobiliares, insuficiencia cardíaca, diabetes, obesidad, tabaquismo, uso de fármacos inductores...	Se normaliza tras 1-4 semanas de abstinencia (su caída en 5 días es patognomónica)
VCM	20-40%	80-90%	Déficits de vitamina B y/o ácido fólico, enfermedad hepática, uso de ciertos fármacos, tabaquismo...	Es menos sensible que la GGT a las fluctuaciones de la abstinencia
GOT	10%	90%	Afecciones musculares, infarto de miocardio, necrosis tubular aguda, hepatopatías...	El cociente GOT/GPT > 2 es muy sugestivo de consumo crónico
CDT	70-95%	69-86%	Enfermedad hepática avanzada, embarazo, síndromes congénitos de glucoproteínas deficientes en hidratos de carbono, variaciones genéticas de la transferrina	Durante la abstinencia el valor de CDT se normaliza en unas 2 semanas. Es destacable su gran especificidad.

Fuente: Tomado de SEP, 2003.

d) Intervenciones Breves

La intervención dependerá del tipo de consumo del paciente. Ante un paciente con un consumo de bajo riesgo se reforzará el estilo de vida actual y se informará sobre las circunstancias en las que no es conveniente consumir alcohol.

Si el paciente presenta un consumo de riesgo o perjudicial pero el CAGE < 2 o AUDIT < 13, las intervenciones breves han demostrado una gran utilidad.

Dicha intervención consiste en el consejo médico encaminado a la modificación del consumo y debe de ser personalizada e incluir:

- Información positiva sobre los beneficios de la moderación.

- Información sobre el peligro de la ingesta excesiva de alcohol.
- Negociación de la reducción de consumo, llegando a un pacto de consumo en la franja de bajo riesgo (11-17 unidades/semana, según sexo).
- Material educativo de apoyo, siempre que sea posible.

Tabla 1.41 Consejos prácticos de reducción del consumo en el bebedor de riesgo no dependiente

Autocontrol:
<p>Monitorice los hábitos de bebida para saber qué cantidad bebe No olvidar lo ya bebido (a lo largo de los años) Defina un límite por día, por semana y por ocasión. Restringir la bebida a sólo algunas ocasiones, por ejemplo nunca entre horas, nunca antes de comer, no beber durante el horario laboral/académico,...</p> <p>Si bebe diariamente, haga pausas en el consumo y no beba nada de alcohol durante 4 o 5 días cada mes Intercalar días sin consumo a la semana No sobrepase diariamente el consumo de alcohol equivalente a 1/4 litro de vino No beber en situaciones de riesgo (embarazo, lactancia, en el trabajo, conducción, tomando medicamentos) No tomar 5 ó más consumiciones en una sola ocasión</p>
Hábitos
<p>No beber nunca en ayunas o al menos demorar la hora de inicio de la ingesta Beba lentamente, a pequeños sorbos No mantener el vaso en la mano entre cada sorbo No dejar la botella a mano para la próxima copa Evite beber antes de las comidas Rechazar bebidas y decidir no beber en algunas ocasiones (por ejemplo las rondas múltiples de tres) No apague nunca la sed bebiendo alcohol</p>
Sobre la bebida
<p>Intercalar de vez en cuando bebidas no alcohólicas. Utilice bebidas de poca graduación en lugar de bebidas fuertes Diluir la bebidas alcohólicas en refrescos</p>
Alcohol como terapia
<p>No beba para solucionar problemas personales (angustia, nerviosismo, etc.) o beber como alivio o escape Identificar las motivaciones para beber No se sume a todas las rondas ni fuerce a beber a los demás Disfrute de las bebidas no alcohólicas de vez en cuando</p>

Fuente: Elaboración propia tomado de semFYC 2007 y de Rodríguez-Martos et al (1999).

e) **Tratamiento del Alcoholismo**

El tratamiento de los alcoholismos será a largo plazo, para la recuperación «integral», con objetivos a corto, medio y largo plazo.

El planteamiento terapéutico de un paciente con dependencia alcohólica deberá cubrir dos fases: la desintoxicación y la deshabituación.

Tabla 1.42 Objetivos del tratamiento del alcoholismo

A corto plazo
Desintoxicación <ul style="list-style-type: none"> • Supresión de ingesta • Evitación/superación del síndrome de abstinencia • Tratamiento de la patología aguda asociada • Si necesaria, intervención social
A medio plazo
Abstinencia absoluta sostenida <ul style="list-style-type: none"> • Por concienciación y decisión personal • Resolver/paliar problemática física, psíquica y social • Detener deterioro biopsicosocial Protagonismo responsable en el tratamiento Extinción de la conducta dependiente <ul style="list-style-type: none"> • Adquirir hábitos personales y habilidades sociales en sobriedad
A largo plazo
Recuperación integral <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar actitudes y hábitos adquiridos • Fomento de desarrollo personal

Fuente: Modificado de Rodríguez-Martos (1989).

La fase de desintoxicación consiste en la supresión brusca y programada del consumo de alcohol, lo cual supone, a su vez, prevenir o tratar el síndrome de abstinencia. Esta tiene lugar en la mayoría de las ocasiones en el entorno ambulatorio, siendo muy recomendable la baja laboral durante una semana, el reposo domiciliario con un ambiente tranquilo (semFYC 2007).

Durante dicho proceso el paciente debe recibir un aporte hidroelectrolítico adecuado, vitaminas del grupo B (B1 + B6 + B12), así como ácido

fólico y/o hierro, si éstos fueran necesarios. El tratamiento farmacológico se centra en fármacos de acción tranquilizante como las benzodiazepinas, el clometiazol y el tiapride. No es conveniente sedar demasiado al paciente ni prolongar el tratamiento más de 2 ó 3 semanas.

La fase de deshabituación tiene la finalidad de consolidar la conducta de no consumo de alcohol. Esto no es simplemente la ausencia de consumo. Es un proceso complejo que requiere un tratamiento estructurado. Habitualmente se apoya en el tratamiento farmacológico, la psicoterapia y los grupos de autoayuda.

Dentro del abordaje farmacológico existen los fármacos interdectores o aversivos cuya misión es disuadir del consumo de alcohol. No suprimen el deseo de ingerir alcohol. En caso de que un interdector sea indicado, deberá de mantenerse durante toda la deshabituación. Existen dos fármacos útiles desde el punto de vista clínico: el disulfiram y la cianamida cálcica. Dichos fármacos ejercen su función mediante un bloqueo del metabolismo del alcohol (inhibición de la enzima aldehidodeshidrogenasa) que da lugar a una intoxicación por acetaldehído, con un típico cuadro de vasodilatación generalizada con enrojecimiento facial, cefalea, taquicardia, hipotensión ortostática, sudación profusa, vómitos, disnea y visión borrosa con sensación de vértigo y obnubilación cuando se ingiere alcohol.

Otros fármacos contra la compulsión a beber y la pérdida de control se centran en el deseo de consumir (*craving*), y en la pérdida de control tras iniciar el

consumo (*priming*). En este grupo tenemos el acamprosato, la naltrexona y, recientemente el nalmefeno.

Dentro de las psicoterapias se incluyen terapias de orientación cognitivo-conductual, terapias psicodinámicas individuales, terapias grupales, terapias familiares, grupos de autoayuda y programas educativos.

Los grupos de autoayuda (Alcohólicos Anónimos, Asociación de Ex Alcohólicos Españoles, Alcohólicos Rehabilitados, etc.) tienen como objetivo principal que los afiliados permanezcan abstinentes del alcohol, así como ayudar a otros alcohólicos a conseguir la sobriedad. La asistencia a estos grupos se puede incorporar como un elemento más al resto de las intervenciones terapéuticas que se estén desarrollando.

La normalización e integración deberían de ser la meta final del tratamiento de la dependencia alcohólica, y podrían definirse como la etapa de recuperación integral del paciente. Habrá que utilizar estrategias psicosociales que permitan la normalización de todos los aspectos personal y familiar, cultural, laboral, social, legal, etc. Es importante la preparación para identificar las situaciones de riesgo y adquirir estrategias para evitar la recaída (Chamorro, 1997).

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Población general trabajadora

- Valorar entre la población general trabajadora su consumo de alcohol en relación a sus condiciones sociolaborales y personales.
- Valorar la relación entre el consumo de alcohol percibido por la población general trabajadora y el consumo de alcohol objetivo medido con nº de UBE.
- Establecer la relación existente entre el tipo de bebidas de consumo y los patrones de vida y ocio.
- Valorar la repercusión del consumo de alcohol en los valores lipídicos, aterogénicos y metabólicos.
- Valorar la influencia de las variables sociodemográficas, culturales y laborales en el consumo de alcohol entre la población general trabajadora.
- Valorar si existe una repercusión personal y laboral en el trabajador consumidor de alcohol, en relación a la cantidad de consumo.

2.2 Pacientes de Unidad de Salud Mental

- Valorar el consumo de alcohol entre los pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM) y la concordancia entre su percepción subjetiva y determinación objetiva.

- Valorar la influencia de las variables sociodemográficas y laborales en el consumo.
- Valorar la influencia de la patología de base, su tratamiento y seguimiento en el consumo de alcohol.
- Establecer un perfil de consumidor entre los pacientes de la USM.

2.3 Población de ex bebedores en la Unidad de Salud Mental

- Valorar la situación previa de consumo en el paciente exbebedor de la USM.
- Valorar la intencionalidad de su abandono en el consumo y las causas del abandono.
- Valorar la influencia de su situación sociolaboral y personal en el abandono del consumo de alcohol.
- Valorar la influencia de las patologías psiquiátricas, de los tratamientos y del control y seguimiento en el abandono.
- Establecer un perfil de exbebedor de la USM.

2.4 Comparativa entre la población general trabajadora y la población de pacientes de la Unidad de Salud Mental

- Establecer las diferencias entre ambos grupos en:
 - Tipo de consumidor.
 - Perfil de consumo.
 - Nivel de consumo/percepción de consumo.

2.5 Comparativa de población trabajadora de ambos grupos: Población general trabajadora y subgrupo de pacientes de Unidad de Salud Mental con empleo

- Establecer las diferencias entre ambos grupos en:
 - Tipo de consumidor.
 - Perfil de consumo.
 - Nivel de consumo/percepción de consumo.
 - Influencia de las patologías en el consumo.

HIPOTESIS

3 HIPOTESIS

3.1 Población general trabajadora

Entre la población general trabajadora el consumo de alcohol es moderado y guarda relación con sus condiciones sociales y laborales. La percepción subjetiva de consumo no se correlaciona con el consumo objetivo. Los patrones de consumo y tipo de bebidas consumidas se relacionan con los estilos de vida y patrones de ocio establecidos. Las variables sociodemográficas, culturales y laborales influyen en el consumo de alcohol entre los trabajadores. El consumo de alcohol genera repercusiones en valores lipídicos, aterogénicos, metabólicos y en el riesgo laboral, en relación a la cantidad de consumo.

3.2 Pacientes de la Unidad Salud Mental

Los pacientes de la USM presentan un consumo de alcohol menor que la población general trabajadora y se relaciona con sus condiciones y arraigo social, familiar y laboral. La patología y su control influyen en el consumo.

3.3 Población de ex bebedores en la Unidad de Salud Mental

Los pacientes de la USM que consumían alcohol, tienden a abandonarlo en relación a su situación familiar, social y laboral y en función del tipo de patología y tratamiento prescrito.

3.4 Comparativa entre la población general trabajadora y los pacientes de la Unidad de Salud Mental

Existen diferencias en el consumo de alcohol y percepción de consumo entre los trabajadores y los pacientes de la USM, siendo distinto el patrón de consumo.

3.5 Comparativa de trabajadores de ambos grupos: Base de población general trabajadora y subgrupo de pacientes de Unidad de Salud Mental con empleo

Existen diferencias en el consumo de alcohol y percepción de consumo entre la población general trabajadora y el subgrupo de pacientes de la USM que tienen empleo, siendo distinto el patrón de consumo.

METODOLOGIA

4 METODOLOGÍA

La recogida de datos consta de dos partes. Por una parte la recogida de datos de los pacientes de USM, y por otra parte los datos recogidos en un estudio descriptivo de una población general laboral.

4.1 Recogida de datos de población laboral

Se recogen los datos de población general trabajadora procedentes de distintas empresas del sector servicios (administración pública) de las Islas Baleares y Comunidad Valenciana.

La muestra de la población general trabajadora es elegida aleatoriamente del total de los trabajadores que acuden a los reconocimientos periódicos de vigilancia de la salud establecidos por las empresas en el año 2011, eligiéndose los impares (50% de la población).

Se solicita autorización mediante consentimiento informado a los trabajadores para la utilización de los datos obtenidos con fines epidemiológicos. Se requiere también la autorización de los Comités de Seguridad y Salud de las empresas, tal y como marca la legislación vigente en prevención de riesgos laborales española.

Se recogen las siguientes variables:

4.1.1 Variables sociodemográficas

a) **Edad**

b) **Sexo**

Masculino y femenino.

c) **Clase social**

Para la valoración de clase social se establecen tres clases sociales: clase 1, clase 2 y clase 3, basándonos en la Clasificación Nacional de Ocupaciones del año 1994 (CNO-94).

En función de ellas se determina el tipo de trabajo: Blue collar (trabajador manual) y white collar (trabajador no manual).

El cálculo de clase social se realiza a partir de la clasificación nacional de ocupaciones del año 1994 (CNO-94), para ello cada uno de los puestos de trabajo de nuestro estudio es incluido en un grupo según la CNO-94. Se tiene en cuenta el listado de ocupaciones del CNO-94 a nivel del tercer dígito, con ello los trabajadores son incluidos en uno de los 6 grupos de la clasificación abreviada (Domingo-Salvany, Regidor, Alonso, 2000):

I. Directivos de la Administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.

II. Directivos de empresas con menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de primer ciclo universitario. Técnicos, artistas y deportistas.

III. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.

IVa. Trabajadores manuales cualificados.

IVb. Trabajadores manuales semicualificados.

V. Trabajadores no cualificados.

Para un mejor manejo de los grupos, a partir de estos 6 grupos, se realiza una nueva clasificación agrupando los trabajadores incluidos en I y II en la categoría de clase social 1, los trabajadores III en la categoría social 2 y finalmente los trabajadores incluidos en IVa, IVb y V se considerarán clase social 3 (Domingo-Salvany, Regidor, Alonso,2000).

La CNO-94 permite también dividir a los trabajadores en manuales (blue collar) y no manuales (white collar), para ello se tiene en cuenta el listado de ocupaciones del CNO-94 a nivel del primer dígito, del 1 al 9. Los trabajadores con un primer dígito entre 1 y 4 se consideran trabajadores no manuales mientras que los trabajadores con un primer dígito comprendido entre 5 y 9 serán incluidos en la categoría de trabajadores manuales (Domingo-Salvany, Regidor, Alonso,2000).

d) **Nivel de estudios**

El nivel de estudios lo hemos agrupado en cinco niveles.

- Estudios elementales: aquellos con estudios inferiores a graduado escolar, incluyendo en este grupo a aquellos que no saben leer ni escribir.
- Estudios primarios: los que han terminado el Graduado escolar o la ESO.
- Estudios secundarios: los que han obtenido Bachiller, módulo de FP o estudios superiores al graduado escolar ESO pero que no han iniciado una licenciatura o terminado una diplomatura.
- Estudios medios: los que han terminado una diplomatura o tienen una licenciatura o grado sin terminar.
- Estudios superiores: los que poseen licenciaturas o grados terminados.

4.1.2 **Datos de consumo de alcohol**

Si los sujetos consumen alcohol se recogen los siguientes datos:

- El número de días a la semana que consume alcohol.
- El número de copas que consume los días que consume.

- El tipo de alcohol consumido, dividiéndolo en vino, cerveza, destilados (donde entran las bebidas destiladas tomadas tanto solas como combinadas) y un cuarto grupo de los que consumen tanto fermentadas como destiladas.
- De estos datos hemos obtenido los ml. de bebida y los ml. de alcohol a la semana.
- Frecuencia de consumo en número de días: todos los días, 3 días/semana, fines de semana, mensualmente, nunca (no bebedor).
- Cantidad de alcohol en copas/día: no consumo, 1 copa, 2 copas, 3 copas, más de 3 copas.
- Se calcula la puntuación según escala de consumo AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).
- Número de Unidades de Bebidas Estándar (UBE). Para valorar el consumo de alcohol durante la anamnesis se emplea un cuestionario cumplimentado por el personal sanitario y elaborado por los autores, en el que se recoge el número de veces a la semana de consumo, el tipo de bebida y la cantidad, todo ello referido al último mes. (Anexo 1)

A partir de estos datos se calculan los gramos de alcohol y el nº de .

Se establece una graduación de consumo, considerando: consumo de bajo riesgo (< de 14 UBE por semana en mujeres y menos de 21 en hombres), consumo de riesgo (entre

14 y 20,9 en mujeres y 21 y 34,9 en hombres) y consumo abusivo (> de 21 en mujeres y 35 en hombres).

Para el cálculo de el nº de UBE hemos seguido las equivalencias que mostramos en la tabla 1.43.

Tabla 1.43 Cálculo del nº de UBE según el tipo y número de bebidas consumidas

Tipo de bebida	Volumen	Número de Unidades de Bebidas Estándar
Vino	1 vaso (100 ml)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 ml)	1
	1 litro	5
Destilados	1 carajillo (25 ml)	1
	1 chupito (50 ml)	2
	1 copa (50 ml)	1
	1 combinado (50 ml)	2
	1 litro	40
Jerez, cava, vermut	1 copa (50 ml)	1
	1 vermut (100 ml)	2
	1 litro	20

Adaptado de campaña de alcohol y menores. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2007)

4.1.3 Repercusión metabólica del consumo

a) Valoración hepática

Se recogen los datos de las enzimas hepáticas glutamato-oxalacetato transaminasa (GOT), glutamato piruvato transaminasa (GPT), gamma-glutamyl-transferasa (GGT).

b) Valoración de lípidos

Se recogen los datos de colesterol total, lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL), y triglicéridos.

c) Valoración ponderal

Se estimará el peso corporal mediante el Índice de Masa Corporal (IMC).

4.1.4 Riesgos laborales asociados al consumo

Se valora la existencia de accidentes de tráfico y accidentes de trabajo (no de tráfico).

4.1.5 Patologías previas de Riesgo Cardiovascular

Se recoge la existencia de Hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, antecedentes coronarios, accidentes cerebrovasculares.

4.2 Recogida de datos de pacientes de Unidad de Salud Mental

Se recogen datos procedentes de los pacientes que acuden a consulta en la USM. Los pacientes son seleccionados de modo aleatorio entre todos los pacientes que acuden a consulta desde el 28 de febrero hasta el 15 de octubre del 2014. Se recogen datos a aquellos que el paciente citado a la hora siguiente avisa de que no podrá acudir. Llegamos a un tamaño muestral de 304 de los que 111 son exbebedores.

Se utiliza un código de identificación para los datos de cada paciente, respetando la protección de datos de carácter personal.

Se recogen las siguientes variables:

4.2.1 Variables sociodemográficas

a) **Edad**

b) **Sexo**

Masculino y femenino

c) **Situación familiar**

Dividimos en divorciado, casado, soltero y viudo. Equiparamos el hecho de estar separado con el de estar divorciado y el hecho de tener una convivencia estable en pareja con el hecho de estar casado.

d) **Existencia de hijos dentro de la familia**

e) **El arraigo sociofamiliar**

Recogemos si como soporte familiar en la isla tienen únicamente a familiares de primer grado (padres, pareja, hijos), que hemos denominado como familia nuclear; si tienen también a la familia extensa (abuelo, tíos, primos, o familia política); o si no tienen ningún tipo de soporte familiar.

f) **Situación sociolaboral**

En la hemos recogido cinco categorías atendiendo a si se trata de: ama de casa, desempleado, pensionista, trabajador fijo y trabajador eventual.

g) **Trabajo que desempeñan**

En los trabajadores, eventuales o fijos, hemos recogido los trabajos que desempeñan en el momento de la recogida de datos.

h) **Clase social**

Para la valoración de clase social hemos seguido el mismo procedimiento descrito con la población general trabajadora.

i) **Nivel de estudios**

El nivel de estudios lo hemos agrupado en cinco niveles siguiendo el mismo esquema que con la población general trabajadora.

4.2.2 Datos de consumo de alcohol

Se recogen datos de consumo de alcohol en el momento de la visita. Dependiendo de si consumen o no consumen se dividen en dos categorías: el consumidor actual y el no consumidor. Estos últimos a su vez se dividen en aquellos que nunca han consumido alcohol de manera habitual (abstemios) y en ex consumidores, que son aquellos sujetos que no consuman alcohol en el momento de la recogida de datos pero lo han consumido en algún momento de su vida.

a) Consumidor actual

Recogemos los mismos datos que en la población general trabajadora.

b) Ex bebedor

Este grupo será

•Motivo de abandono, que hemos agrupado en cuatro bloques:

- Aquellos que habían iniciado un tratamiento farmacológico incompatible con el alcohol y habían dejado de beber, (excluyendo de estos fármacos los aversivos del alcohol).
- Aquellos que lo habían dejado por prescripción médica.

- Aquellos que habían dejado por existir una presión socio familiar para que abandonasen su hábito enólico.
 - Aquellos que voluntariamente habían decidido dejar de beber.
 - Expectativas de abandono: recogemos si la intención de abandonar el alcohol es una decisión definitiva o lo ven como algo provisional y retomaran el consumo más adelante.
 - Consumo de alcohol previo: recogemos los mismos datos que en el consumidor actual: días a la semana que existe consumo, el número de copas, el tipo de alcohol consumido (vino, cerveza, destilados, varios), ml. de bebida, ml. de alcohol, puntuación según escala de consumo AUDIT y las UBE.
- c) **Abstemio**

No se recogen datos de consumo de alcohol por no existir.

4.2.3 Otras adicciones

Se recogen también datos de otras adicciones especificando si fueron o son consumidores habituales.

Tanto en los exconsumidores como en los consumidores actuales las sustancias recogidas son cánnabis, cocaína, hipnóticos, anabolizantes, alcohol o varias sustancias.

El hecho de que no aparezcan anfetaminas, MDMA, heroína, u otras se debe a que los sujetos que consumían esas sustancias también consumían otras, formando parte del grupo de “varias sustancias”.

4.2.4 Diagnósticos principales

Se recogen los diagnósticos principales de los sujetos en el momento que acuden a la consulta. Dado el elevado número de diagnósticos diferentes los hemos agrupado según los capítulos del CIE 10. Así tenemos:

- a) **F00-F09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos**
- b) **F10-F19 Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas**
- c) **F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes**
- d) **F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)**

Este grupo lo hemos dividido en dos bloques, por la diferente psicopatología, tratamiento y epidemiología que presentan los trastornos agrupados en este capítulo.

En un primer bloque que denominamos “bipolar” hemos agrupado los diagnósticos correspondientes a F30 trastorno bipolar, F31 trastornos del humor afectivos (Hipomanía y manía) y F34.0 ciclotimia.

El otro bloque que denominamos “depresión” lo constituye F32 y F33, que corresponden a los episodios depresivos y a los trastornos depresivos recurrentes, junto con F34.1 distimia y los F38 otros trastornos del humor afectivos y F39 trastornos del humor sin especificación.

- e) **F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos**
- f) **F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos**
- g) **F60-69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto**
- h) **F70-79 Retraso mental**
- i) **F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico**

Al ser todos los sujetos de la muestra mayores de edad los diagnósticos del capítulo no aparecen.

- j) **F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**

En este grupo hemos incluido a los pacientes diagnosticados TDAH en el adulto.

4.2.5 Tratamientos psiquiátricos prescritos

Se han clasificado los tratamientos prescritos en cinco grandes grupos atendiendo a la indicación principal del fármaco: antidepresivos, antipsicóticos, benzodiacepinas e hipnóticos, eutimizantes, estimulantes y otros.

a) **Antidepresivos**

En el grupo de antidepresivos se han incluido tanto los clásicos (tricíclicos tetracíclicos, Inhibidores de la mono aminoxidasa,..) como los más modernos (ISRS, ISNR, duales, agomelatina,...).

b) **Antipsicóticos**

En el grupo de antipsicóticos hay algunos fármacos que también tienen efecto antidepresivo (p.ejem. quetiapiapina) o algunos con efecto eutimizante indicados en trastorno bipolar (p.ejem olanzapina), pero se ha atendido a su indicación principal.

c) **Benzodiacepinas e hipnóticos**

En las benzodiacepinas e hipnóticos se incluyen tanto los del grupo Z (zolpidem, zoplicona,..) como a todas las benzodiacepinas.

d) **Eutimizantes**

Los eutimizantes incluyen antiepilépticos usados como estabilizadores del ánimo, (valproato, topiramato, lamotrigina,...) y sales de litio. La pregabalina, usada también como ansiolítico, dado que es un antiepiléptico se ha incluido en este grupo.

e) **Estimulantes**

Los estimulantes se refieren al metilfenidato en sus distintas formas galénicas.

f) **Otros**

En el grupo de otros está el biperideno, y fármacos usados para el Alzheimer.

4.2.6 Tiempo de seguimiento

Se especifica el tiempo de seguimiento en la USM para valorar cronicidad de la patología registrando la fecha de la primera visita y la fecha de visita actual (cuando se recogen los datos).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Base de datos de la población general laboral

5.1.1 Análisis descriptivo

a) Variables sociodemográficas y de consumo

Los siguientes descriptivos corresponden a algunas variables de la base de la población general trabajadora. El total de pacientes es de $N = 1180$.

Para las variables categóricas se presentan tablas de frecuencias absolutas (n) y porcentajes respecto el total de sujetos (N). Para las variables continuas se muestran los estadísticos: media, desviación típica (DT), mínimo, percentil 25 ($P25$), mediana, percentil 75 ($P75$) y máximo.

Tabla 5.1 Descriptivos de la edad

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
1180	46.03	8.15	22.00	41.00	46.00	52.00	67.00

La edad media de los participantes en el estudio se sitúa en 46,03 años.

Existe una mayor participación de hombres que de mujeres en el estudio, siendo la distribución por sexo de un 62,88% de hombres, frente a un 37,12% de mujeres.

Tabla 5.2 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo

	n	%(N)
Mujeres	438	37.12%
Hombres	742	62.88%

Tabla 5.3 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios

	n	%(N)
Primarios/Elementales	309	26.19%
Secundarios/Grado medio	729	61.78%
Superiores	142	12.03%

Respecto al nivel medio de estudios de los participantes, el mayor porcentaje corresponde a personas con estudios secundarios (61,79%) y primarios (26,19%), siendo el total de ambos el 87,97% del global.

Tabla 5.4 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol

	n	%(N)
3 días/semana	29	2.46%
Fines de semana	472	40.00%
Mensualmente	163	13.81%
Nunca	214	18.81%
Semanalmente	4	0.34%
Todos los días	298	25.25%

Considerando el consumo de alcohol referido por la población laboral, el 40% afirma ser bebedor de fin de semana y el 25,25% afirma beber todos los días.

Tabla 5.5 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la cantidad de alcohol

Nº de copas	n	%(N)
0	215	18,22%
1	280	23.73%
2	599	50,76%
3	70	5,93%
> 3	16	1,3%

En referencia a la cantidad bebida un porcentaje igual, del 23,73% afirma beber una copa cuando bebe. El resto se reparte de forma desigual en los diferentes consumos. El 50,76% de la población general trabajadora afirma beber más de 2 copas.

Tabla 5.6 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

	n	%(N)
Cerveza	450	38.14%
Vino	322	27.29%
Destilados	41	3.47%
Varios/todos ellos	152	12.88%
Nada	215	18.22%

La bebida más consumida es la cerveza (38,14%), seguida del vino (27,29%). En los dos extremos llama la atención un porcentaje del 12,88% que bebe todo tipo de bebidas y, por el contrario un 18,22% que no bebe.

Gráfica 5.1 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

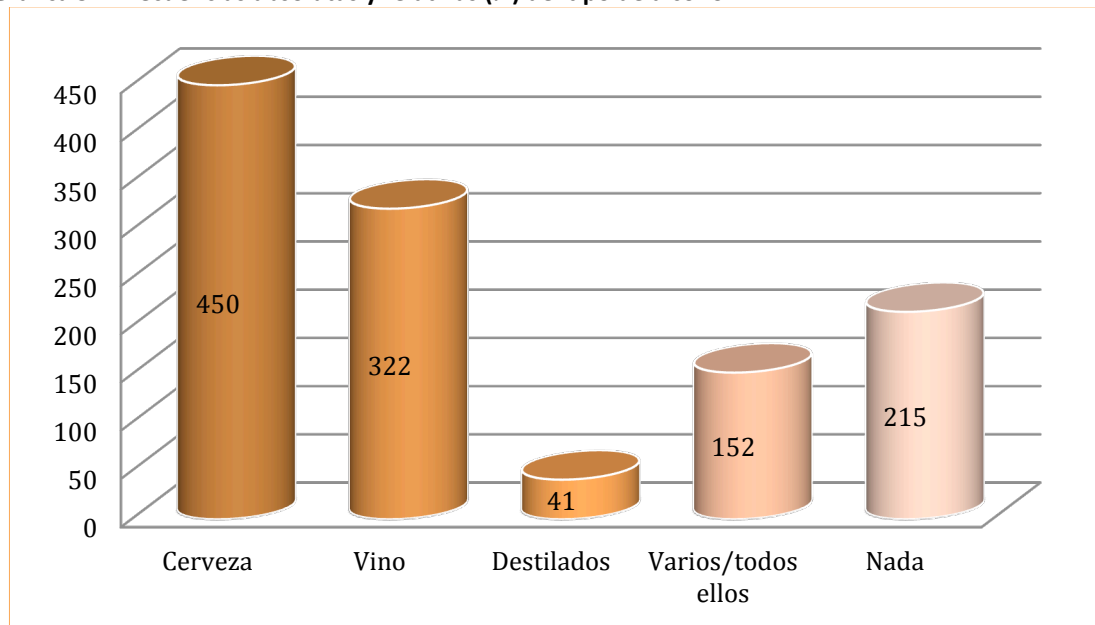


Tabla 5.7 Descriptivos de los ml. de bebida

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
1180	414.4	271.26	0.0	250.00	500.00	666.00	1500.00

Considerando globalmente a toda la población la cantidad de bebida consumida estaría en unas cifras medias de 414.4 ml.

Tabla 5.8 Descriptivos de los ml. de bebida solo de las personas que beben

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
965	506.7	207.75	50.00	333.00	500.00	666.00	1500.00

Si esta media se establece sólo para el grupo de personas que afirma beber, la cantidad media de alcohol consumido se situaría en 506,7 ml.

Tabla 5.9 Descriptivos de los ml. de alcohol

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
1180	38.98	26.80	0.00	19.98	39.96	65.00	130.00

De forma individualizada en la población total, el consumo de alcohol/persona se situaría en 38,98 ml.

Tabla 5.10 Descriptivos de los ml. de alcohol/día

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
1180	18.49	21.88	0.00	1.40	18.49	20.00	130.00

De forma individualizada en la población total, el consumo de alcohol/persona/día se situaría en 18,49 ml.

Tabla 5.11 Descriptivos de los ml. de alcohol solo de las personas que beben

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
965	47.67	21.53	19.98	32.50	39.96	65.00	130.00

En el grupo de población general trabajadora que afirman ser consumidores de alcohol, la media de alcohol/persona se situaría en 47,67 ml.

Tabla 5.12 Descriptivos de los ml. de alcohol/día solo de las personas que beben

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
965	22.61	22.19	0.70	9.30	17.10	32.50	130.00

En el grupo de población general trabajadora que afirman ser consumidores de alcohol, la media de alcohol/persona/día se situaría en 22.61 ml.

Tabla 5.13 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la puntuación de la escala de consumo

	n	%(N)
0	212	17.97%
1	247	20.93%
2	381	32.29%
3	216	18.31%
4	102	8.64%
5	15	1.27%
6	6	0.51%
7	0	0.00%
8	1	0.08%

Las cifras resultantes de medición de escala de consumo (AUDIT) muestran que el 73,81% de la población se encontraría comprendida en una puntuación entre 0-3, es decir consumos muy bajos y la totalidad de la población no supera la puntuación de 8, considerada como límite.

Gráfica 5.2 Frecuencias absolutas de la puntuación de la escala de consumo

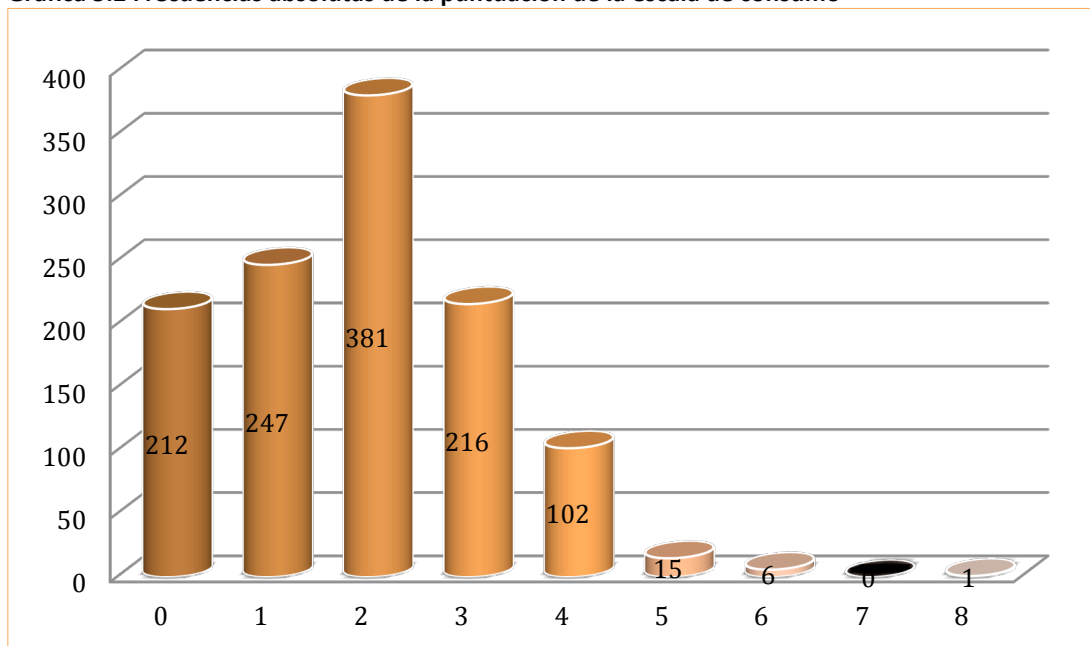


Tabla 5.14 Descriptivos del nº de UBE

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
965	38,15	17,22	16	26	32	52	104

Tabla 5.15 Descriptivos del nº de UBE categorizada

UBE	n	%(N)
Leve	97	10,05%
Moderado	349	36,17%
Severo	519	53,78%

El nº de UBE está categorizada según:

1. Leve: UBE < 14 en mujeres; UBE <21 en hombres.
2. Moderado: UBE ≥14 y UBE≤21 en mujeres; UBE ≥21 y UBE≤35 en hombres.
3. Severo: UBE>21 en mujeres; UBE>35 en hombres.

Tabla 5.16 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el sexo

UBE (N=965)	Mujeres	Hombres
Leve	0 (0 %)	97 (10,05 %)
Moderado	54 (5,60 %)	295 (30,57 %)
Severo	261 (27,05 %)	258 (26,74 %)

Gráfica 5.3 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el sexo

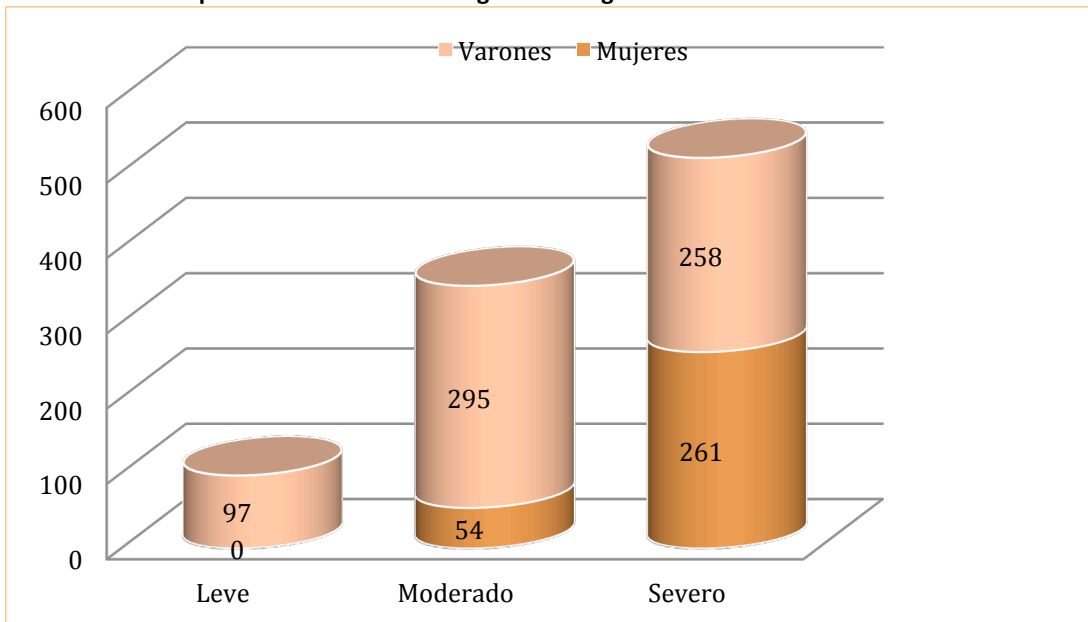
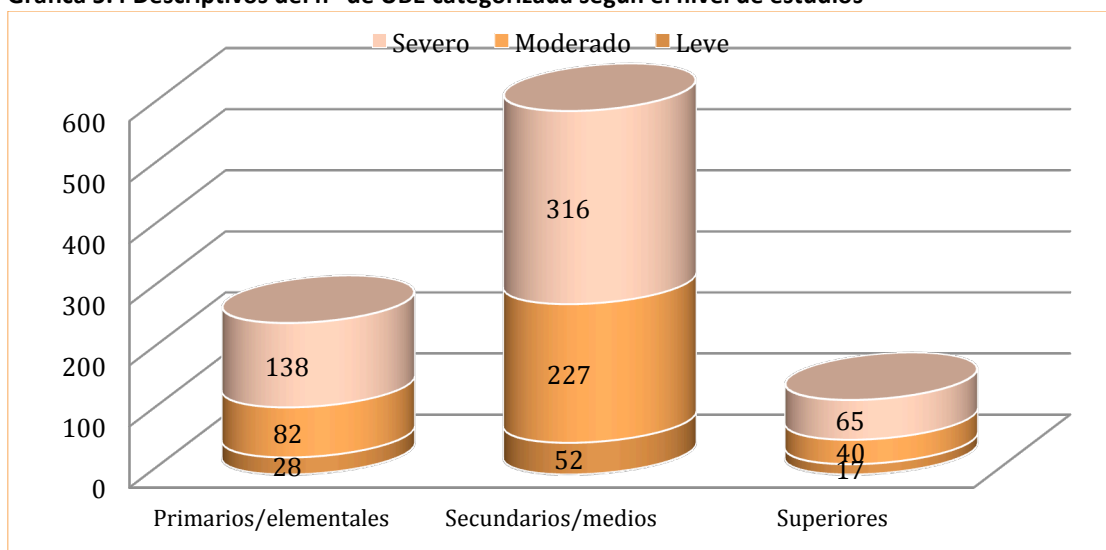


Tabla 5.17 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios

UBE (N=965)	Primarios/elementales	Secundarios/medios	Superiores
Leve	28 (2,90 %)	52 (5,39 %)	17 (1,76 %)
Moderado	82 (8,50 %)	227 (23,52 %)	40 (4,15 %)
Severo	138 (14,30 %)	316 (32,75 %)	65 (6,74 %)

El consumo de alcohol es mayor en hombres que en mujeres en todos los grados de consumo y mayor en la población general trabajadora con niveles de estudios elementales o medios que entre la población general trabajadora con estudios superiores, también en todos los grados de consumo.

Gráfica 5.4 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios



b) Características del trabajo

Tabla 5.18 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo

	n	%(N)
Manual	778	65.93%
No manual	402	34.07%

La población general trabajadora participante en el estudio realiza fundamentalmente trabajos de tipo manual (blue collar), siendo menor el porcentaje de personas que desempeñan trabajos no manuales (white collar).

Tabla 5.19 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO11)

	n	%(N)
1	184	15.59%
2	941	79.75%
3	55	4.66%

Atendiendo a la clasificación en clases sociales, el mayor porcentaje de población general trabajadora se localiza en la clase 3.

Tabla 5.20 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el tipo de trabajo

UBE (N=965)	Manual	No manual
Leve	64 (6,63 %)	33 (3,42 %)
Moderado	239 (24,77 %)	110 (11,40 %)
Severo	327 (33,89 %)	192 (19,90 %)

Gráfica 5.5 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el tipo de trabajo

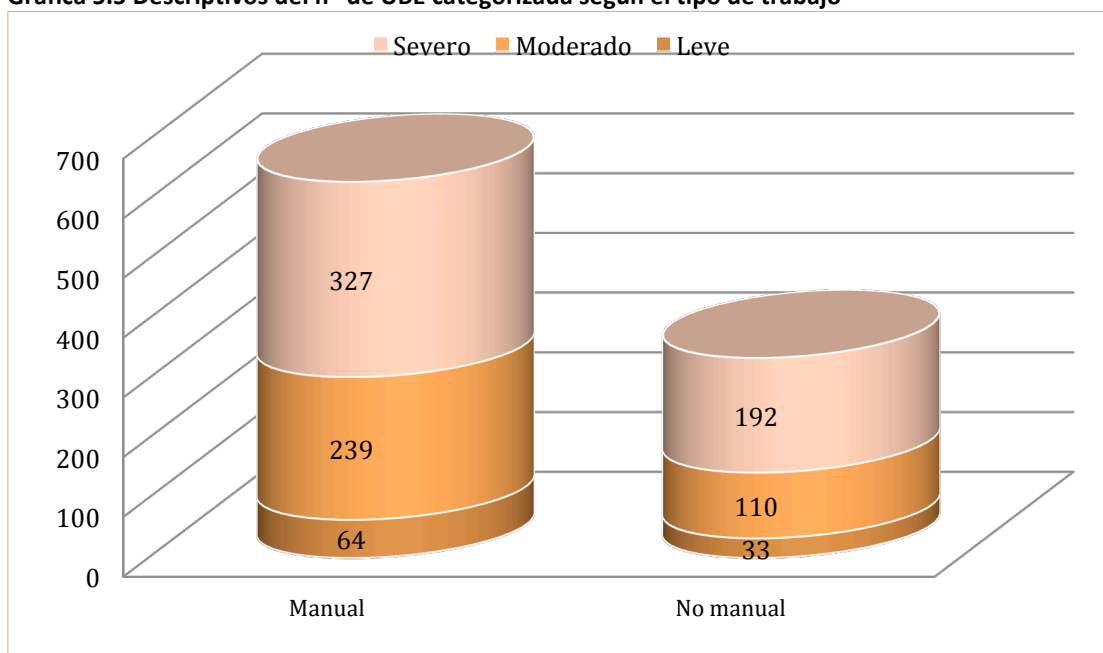
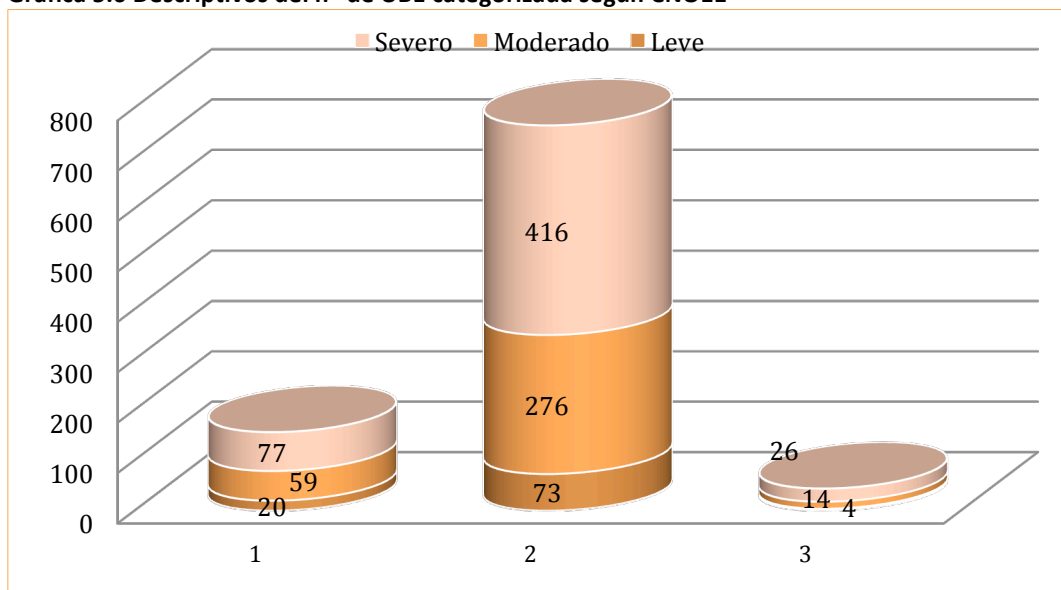


Tabla 5.21 Descriptivos del nº de UBE categorizada según CNO11

UBE	1	2	3
Leve	20 (2,07 %)	73 (7,56 %)	4 (0,41 %)
Moderado	59 (6,11 %)	276 (28,60 %)	14 (1,45 %)
Severo	77 (7,98 %)	416 (43,11 %)	26 (2,69 %)

Gráfica 5.6 Descriptivos del nº de UBE categorizada según CNO11



c) Repercusión metabólica

Tabla 5.22 Descriptivos de GOT

GOT	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	25.39	17.93	2.00	16.00	21.00	29.00	357.00
No beben	215	22.21	13.60	7.00	14.00	19.00	26.00	111.00
Total	1180	24.81	17.26	2.00	16.00	21.00	29.00	357.00

Tabla 5.23 Descriptivos de GPT

GPT	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	26.01	20.42	10.00	20.00	23.00	28.00	575.00
No beben	215	23.28	7.97	11.00	19.00	22.00	25.00	71.00
Total	1180	25.51	18.80	10.00	20.00	23.00	28.00	575.00

Tabla 5.24 Descriptivos de GGT

GGT	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	35.75	42.31	8.00	18.00	26.00	39.00	589.00
No beben	215	27.28	21.83	9.00	15.50	21.00	31.00	157.00
Total	1180	34.21	39.51	8.00	17.00	25.00	37.00	589.00

La población general trabajadora que afirma beber muestra cifras más elevadas de GOT, GPT y GGT, siendo especialmente llamativa la diferencia de esta última (8.53 UI/L).

Gráfica 5.7 Valores medios de GOT,GPT,GGT en bebedores, no bebedores y muestra total

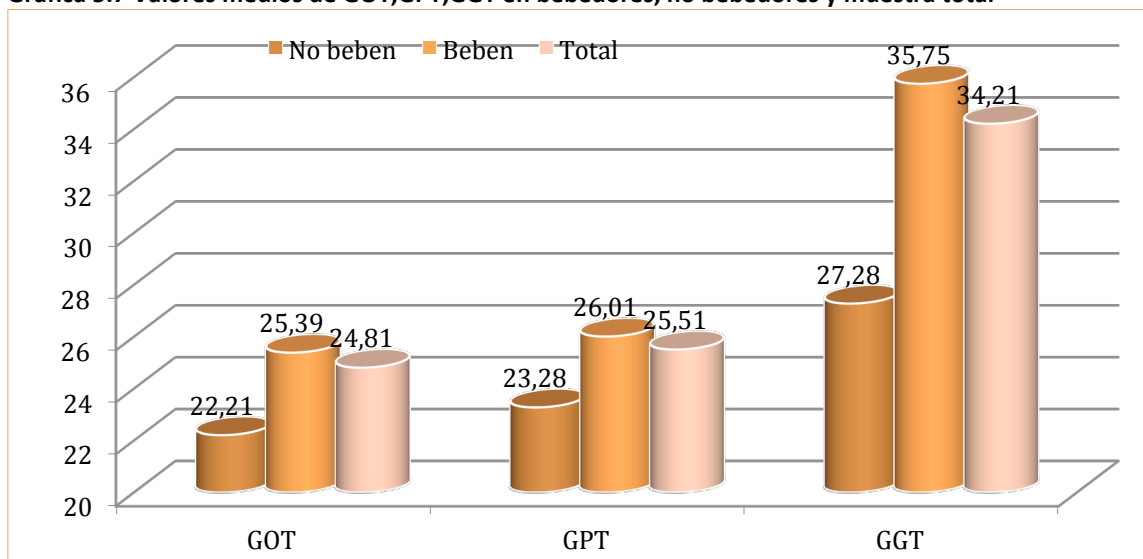


Tabla 5.25 Descriptivos de colesterol

Colesterol	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	205.80	36.33	93.00	180.00	203.00	229.00	400.00
No beben	215	201.00	35.72	112.00	178.00	199.00	223.00	342.00
Total	1180	204.90	36.25	93.00	180.00	202.00	228.00	400.00

Tabla 5.26 Descriptivos de triglicéridos

Triglicéridos	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	127.20	83.13	34.00	75.00	104.00	155.00	744.00
No beben	215	111.40	71.30	21.00	64.00	91.00	135.50	527.00
Total	1180	124.30	81.31	21.00	73.00	103.00	152.00	744.00

Tabla 5.27 Descriptivos de LDL

LDL	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	126.10	31.03	35.00	106.00	124.00	145.00	299.00
No beben	215	123.50	32.92	0.04	101.00	124.00	140.00	239.00
Total	1180	125.60	31.38	0.04	105.00	124.00	144.00	299.00

Tabla 5.28 Descriptivos de HDL

HDL	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	54.31	12.05	25.00	46.00	53.00	61.00	118.50
No beben	215	54.87	12.58	25.00	46.00	54.00	62.00	100.00
Total	1180	54.41	12.15	25.00	46.00	53.00	61.00	118.50

La población general trabajadora que afirman beber muestra cifras más elevadas de colesterol total, LDL y triglicéridos, pero cifras similares de HDL (si bien se trata de una tendencia, pero como se ve más adelante sin significación estadística).

Gráfica 5.8 Valores medios de colesterol, LDL, HDL y triglicéridos en bebedores, no bebedores y muestra total

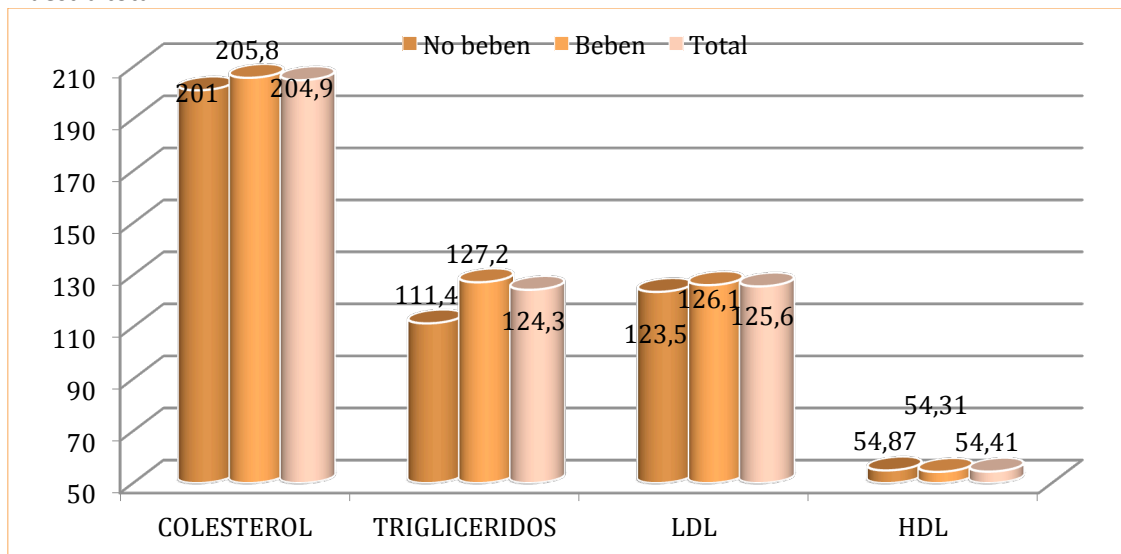
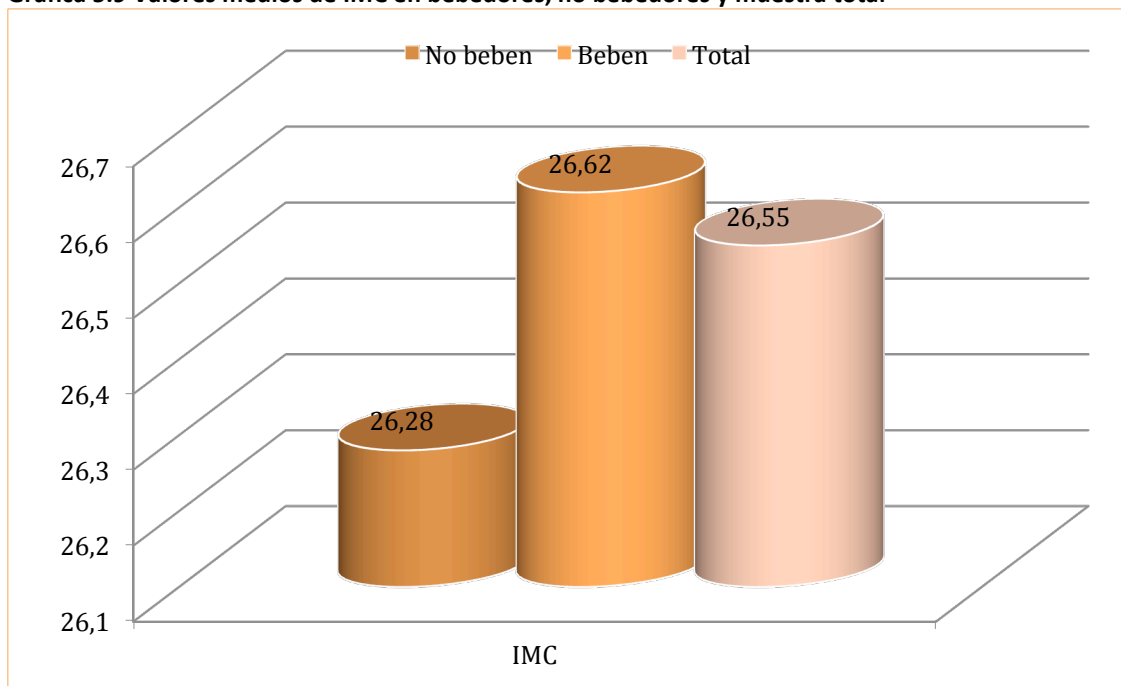


Tabla 5.29 Descriptivos de IMC

IMC	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	965	26.62	4.06	16.55	23.93	26.16	28.57	47.02
No beben	215	26.28	3.94	17.68	23.75	25.89	28.66	39.38
Total	1180	26.55	4.04	16.55	23.91	26.10	28.60	47.02

Gráfica 5.9 Valores medios de IMC en bebedores, no bebedores y muestra total



d) **Riesgos laborales**

Tabla 5.30 Frecuencias absolutas y relativas (%) de accidentes de trabajo o tráfico

	n	%(N)
Si	172	14.58%
No	1008	85.42%

De forma mayoritaria los trabajadores encuestados no habían sufrido accidentes de tráfico o de trabajo.

Tabla 5.31 Frecuencias absolutas y relativas (%) de accidentes de trabajo o tráfico según nº de UBE

UBE	No	Sí
Leve	87 (9,02 %)	10 (1,04 %)
Moderado	296 (30,67 %)	53 (5,49 %)
Severo	446 (46,22 %)	73 (7,56 %)

Gráfica 5.10 Frecuencias absolutas y relativas (%) de accidentes de trabajo o tráfico según nº de UBE

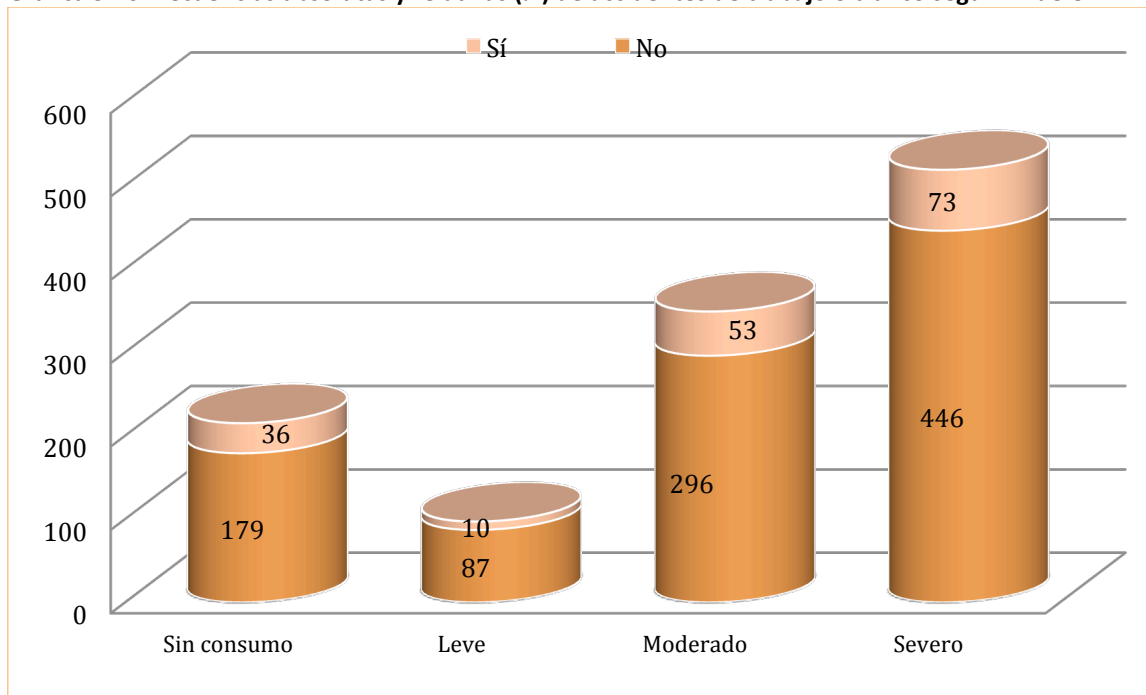


Tabla 5.32 Frecuencias absolutas y relativas (%) de tratamientos por patologías

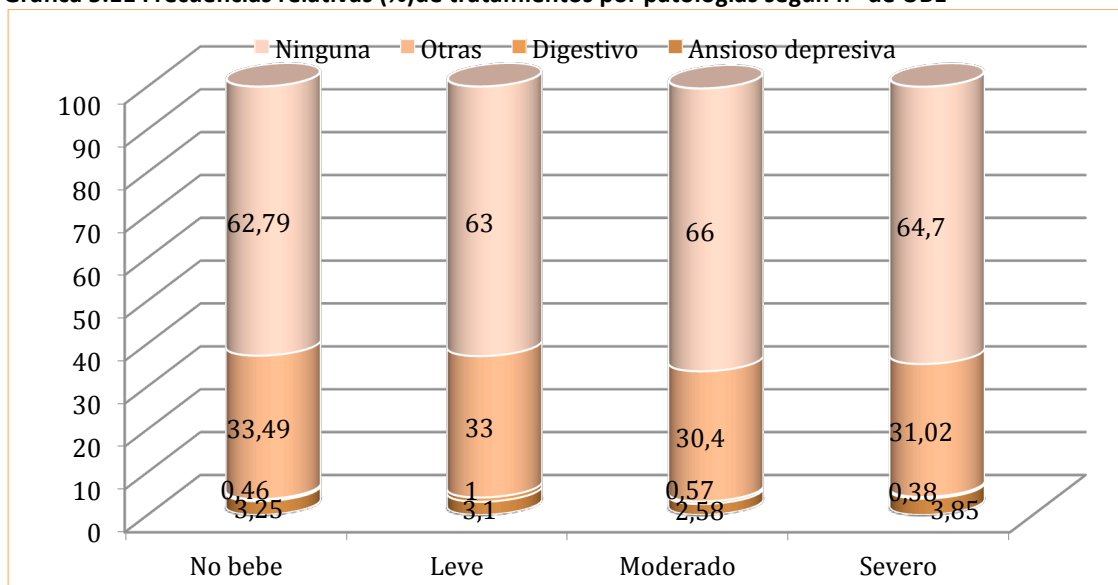
	n	%(N)
Ansioso-depresiva	39	3.31%
Digestiva	6	0.51%
Ninguna	764	64.75%
Otras	371	31.44%

De forma mayoritaria en la población general trabajadora afirmaban no padecer patologías asociadas.

Tabla 5.33 Frecuencias absolutas y relativas (%de tratamientos por patologías según nº de UBE

UBE	Ansioso-depresiva	Digestiva	Ninguna	Otras
Leve	3 (0.31 %)	1 (0.10 %)	61 (6,32 %)	32 (3,32 %)
Moderado	9 (0.93 %)	2 (0.21 %)	232 (24,04 %)	106 (10,98 %)
Severo	20 (2,07 %)	2 (0.21 %)	336 (34,82 %)	161 (16,68 %)

Gráfica 5.11 Frecuencias relativas (%)de tratamientos por patologías según nº de UBE



5.1.2 Análisis bivariante

a) Relación del nº de UBE con el sexo

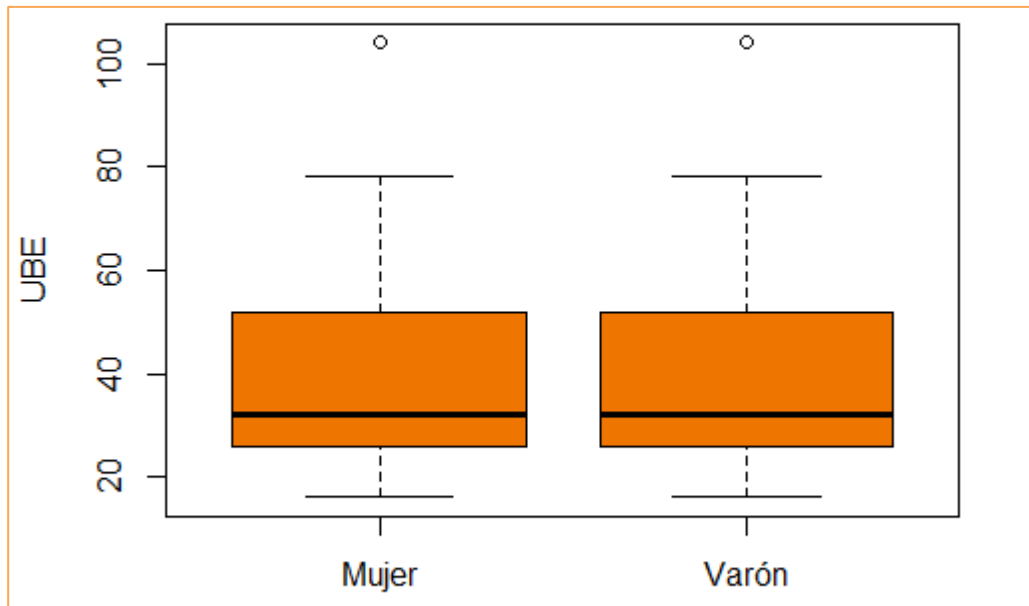
Tabla 5.34 Datos del análisis bivariante entre el nº de UBE categorizada y el sexo

UBE (N=965)	Mujeres	Hombres	p-valor
Leve	0 (0 %)	97 (14,92 %)	< 0.001
Moderado	54 (17,14%)	295 (45,38 %)	
Severo	261 (82,86 %)	258 (39,69 %)	
Total	315	650	

Si observamos el análisis bivariante entre el nº de UBE categorizada y el sexo, vemos que sí que hay diferencias. Claramente se observa que la proporción de la población general trabajadora con consumo leve y moderado es mayor en hombres que en mujeres. Lo contrario ocurre con los bebedores severos, que la proporción es mayor en las mujeres.

Si observamos el gráfico, vemos que numéricamente los valores del nº de UBE según el sexo se encuentran en un rango muy similar. Las medianas son prácticamente iguales.

Gráfica 5.12 Diagrama de cajas de valores de nº de UBE según el sexo en formato de cajas

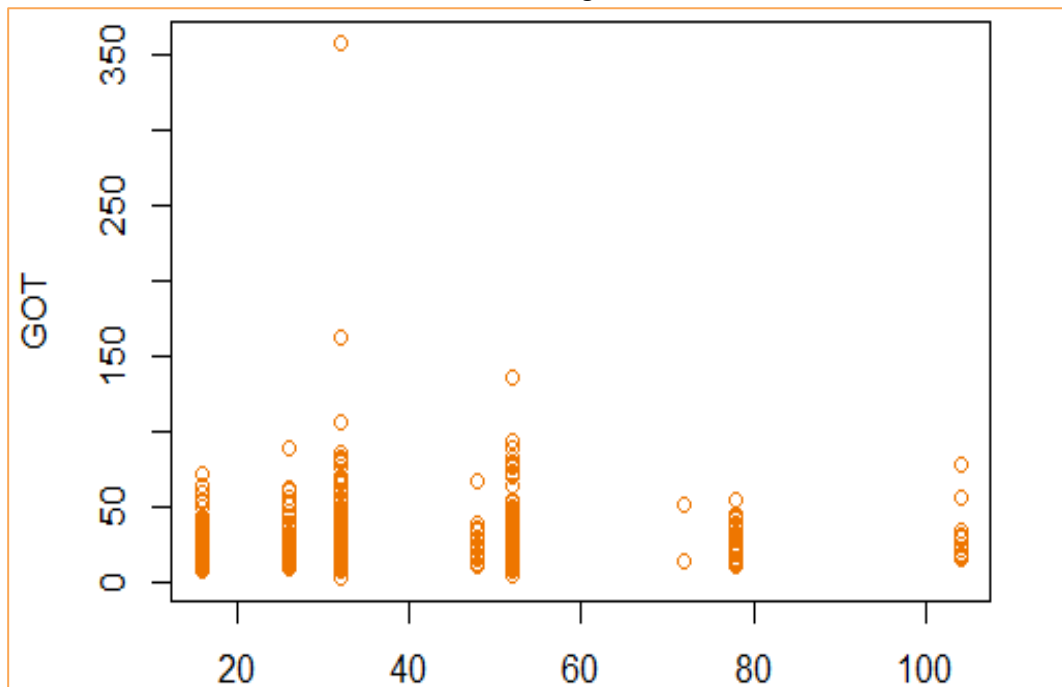


b) Relación del nº de UBE con las variables de repercusión metabólica

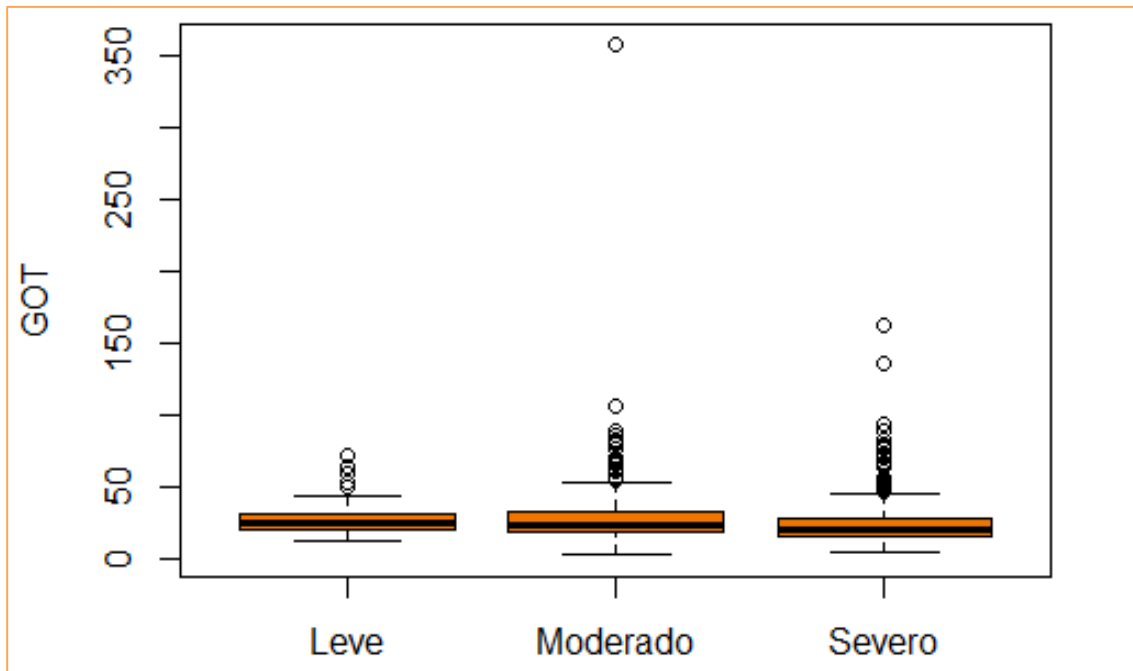
- GOT vs. UBE

Correlación: $\text{Cor}(\text{GOT}, \text{UBE})=0.013$.

Gráfica 5.13 Relación de los valores del nº de UBE según el GOT



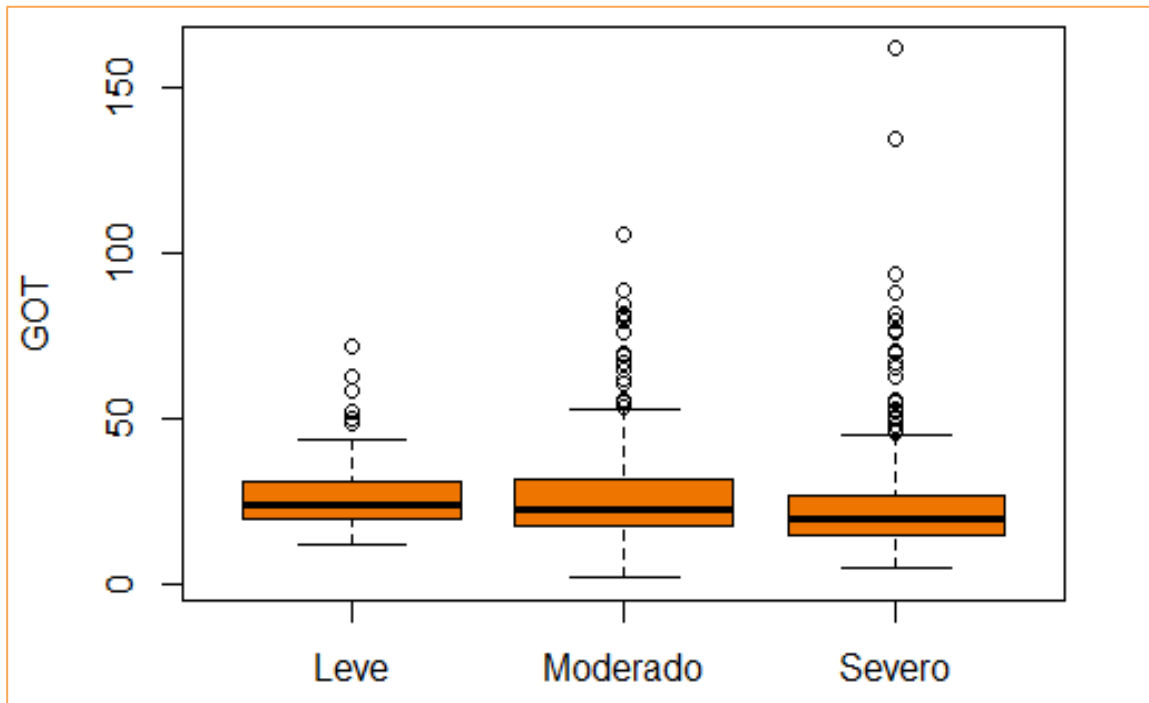
Gráfica 5.14 Relación de los valores de nº de UBE según el sexo en formato de cajas



Vemos un valor extremo que dificulta la interpretación de las cajas.

Lo eliminamos para ver con más detalle el diagrama de cajas.

Gráfica 5.15 Relación de los valores de nº de UBE según la GOT en formato de cajas sin valor extremo



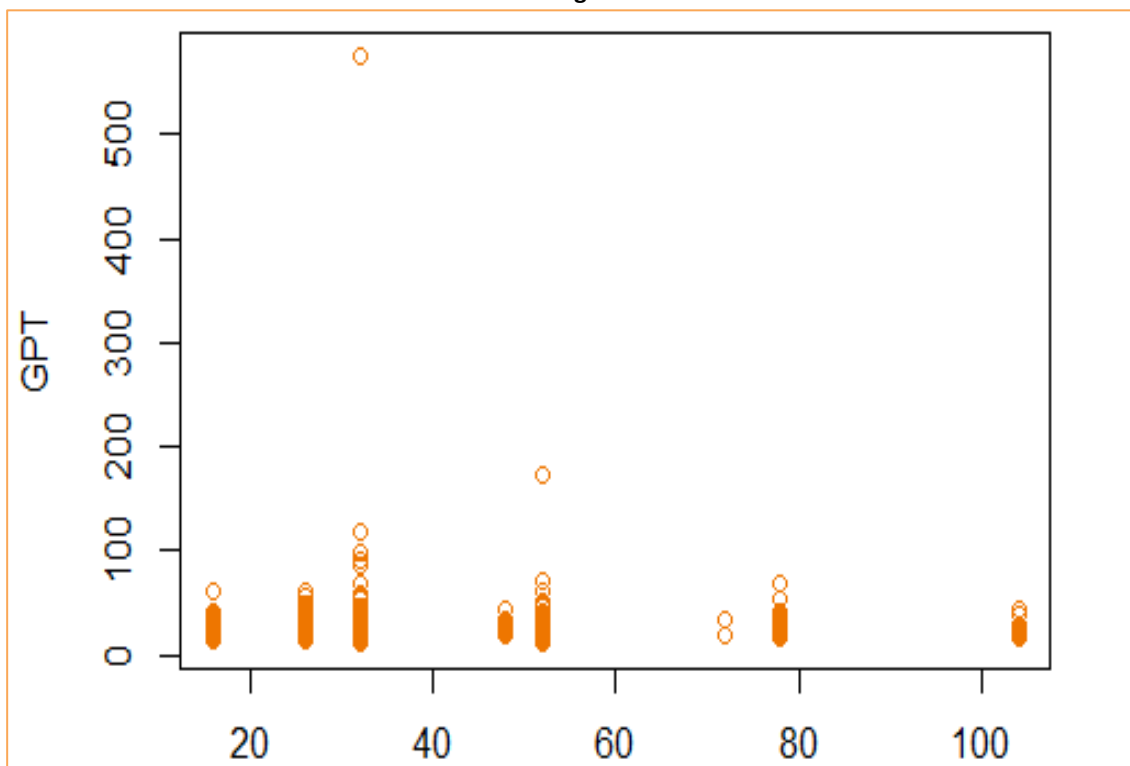
Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores de GOT difieren según los niveles del nº de UBE. Obtenemos un p-valor $< 0,001$, lo que indica que hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de GOT según los niveles nº de de UBE. En la gráfica, se puede apreciar, levemente, que los niveles de GOT en la categoría 'severo' son ligeramente menores.

Mediana GOT en UBE Leve = 24; mediana GOT en UBE Moderado = 23; mediana GOT en UBE Severo = 20.

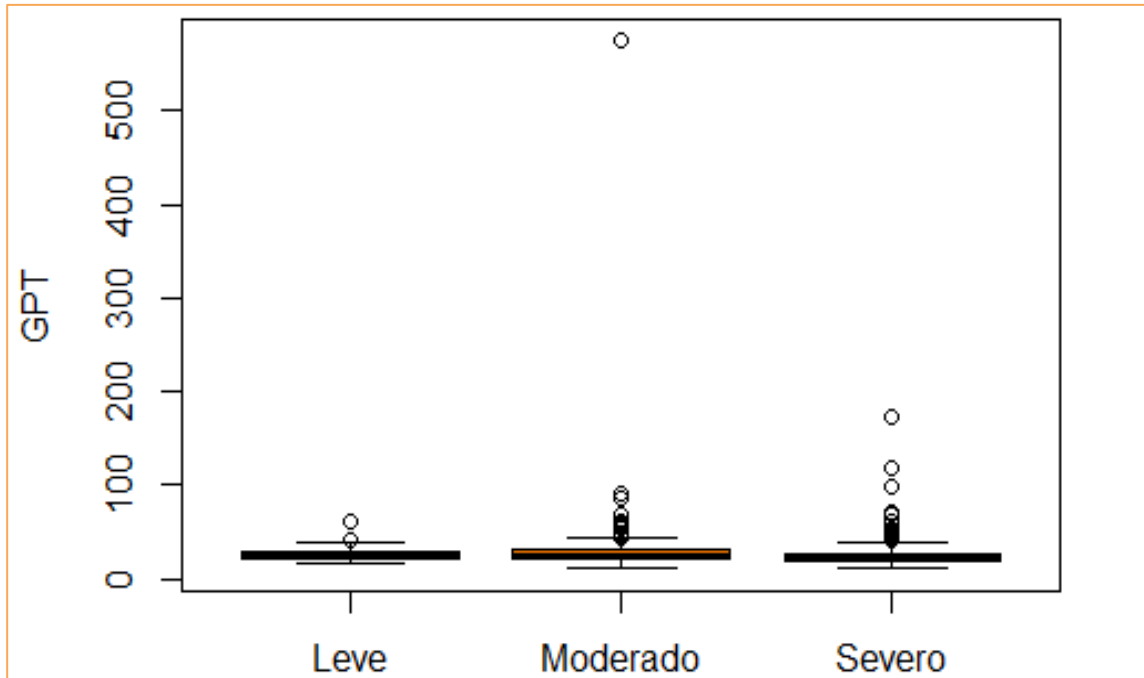
- **GPT vs. UBE**

Correlación: $\text{Cor}(\text{GPT}, \text{UBE})=0.016$ (no hay relación lineal).

Gráfica 5.16 Relación de los valores de nº de UBE según la GPT



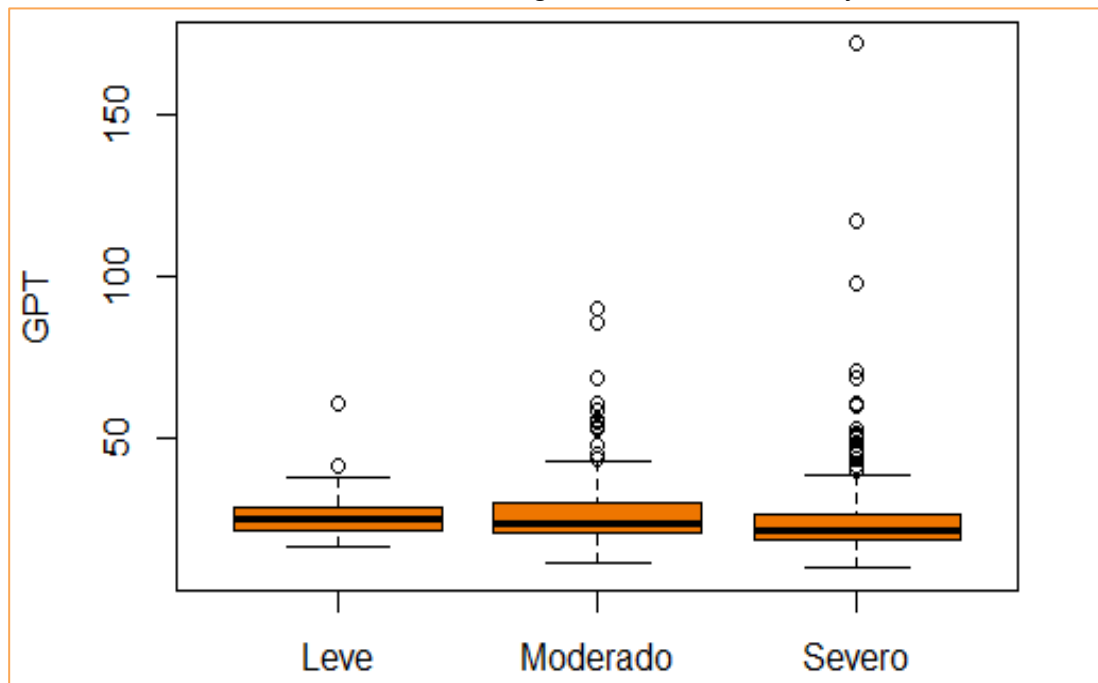
Gráfica 5.17 Relación de los valores de nº de UBE según la GPT en formato de cajas



Vemos un valor extremo que dificulta la interpretación de las cajas.

Lo eliminamos para ver con más detalle el diagrama de cajas.

Gráfica 5.18 Relación de los valores de nº de UBE según la GPT en formato de cajas sin extremo



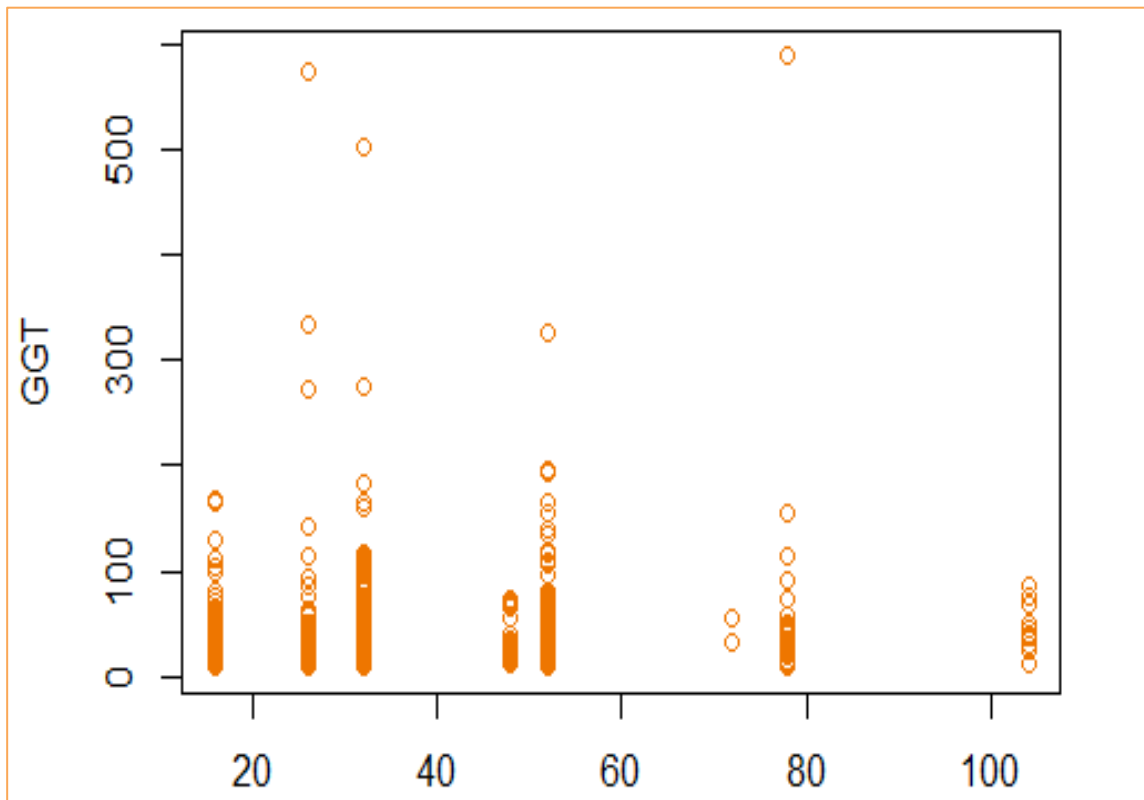
Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores de GPT difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p-valor $< 0,001$, lo que indica que hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de GPT según los niveles de nº de UBE. En la gráfica, se puede apreciar, levemente, que los niveles de GPT en la categoría 'severo' son ligeramente menores.

Mediana GPT en UBE Leve = 25; mediana GPT en UBE Moderado = 24; mediana GPT en UBE Severo = 22.

- **GGT vs. UBE**

Correlación: $\text{Cor}(\text{GGT}, \text{UBE})=0.085$ (no hay relación lineal).

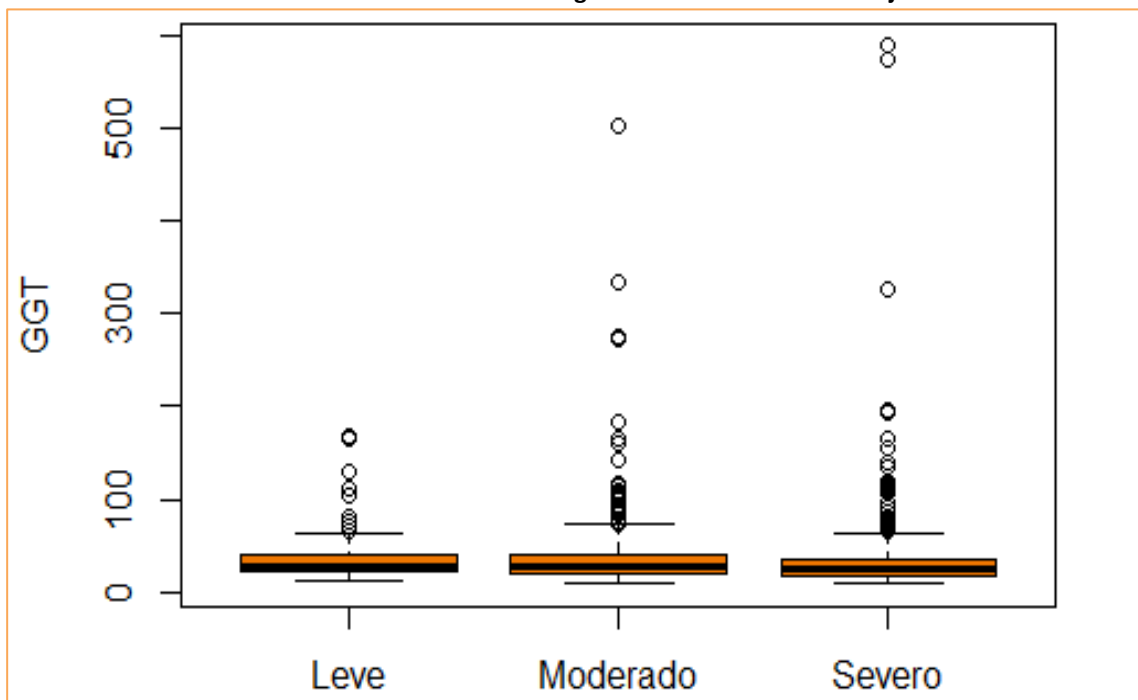
Gráfica 5.19 Relación de los valores de nº de UBE según la GGT



Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores del GGT difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p-valor $< 0,001$, lo que indica que hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de GGT según los niveles de nº de UBE. En la gráfica, se puede apreciar, levemente, que los niveles de GGT en la categoría 'severo' son ligeramente menores.

Mediana GPT en UBE Leve = 28; mediana GPT en UBE Moderado = 28; mediana GPT en UBE Severo = 24.

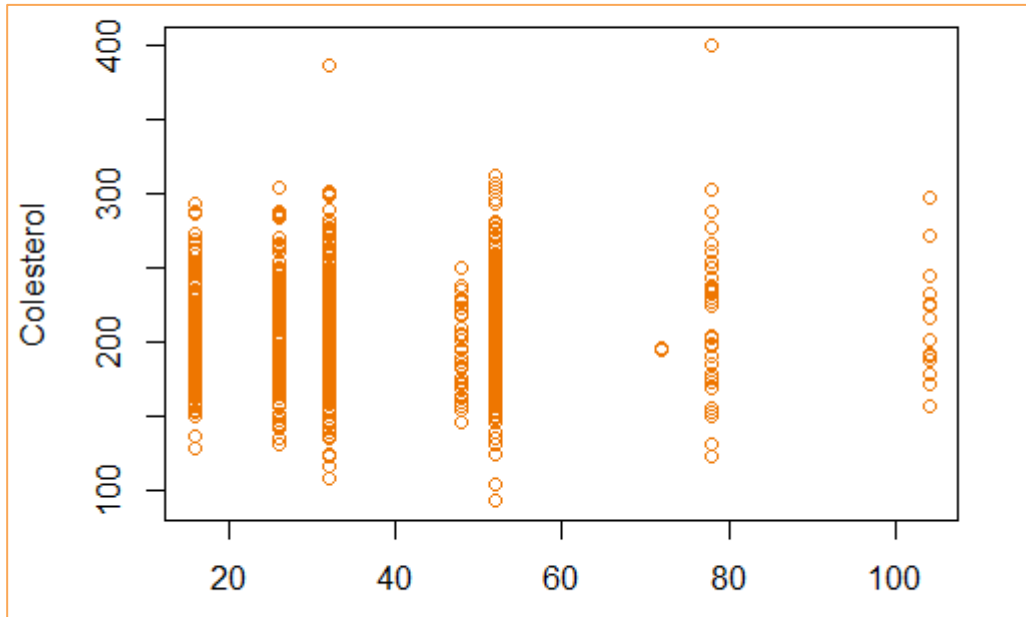
Gráfica 5.20 Relación de los valores de nº de UBE según la GGT en formato de cajas



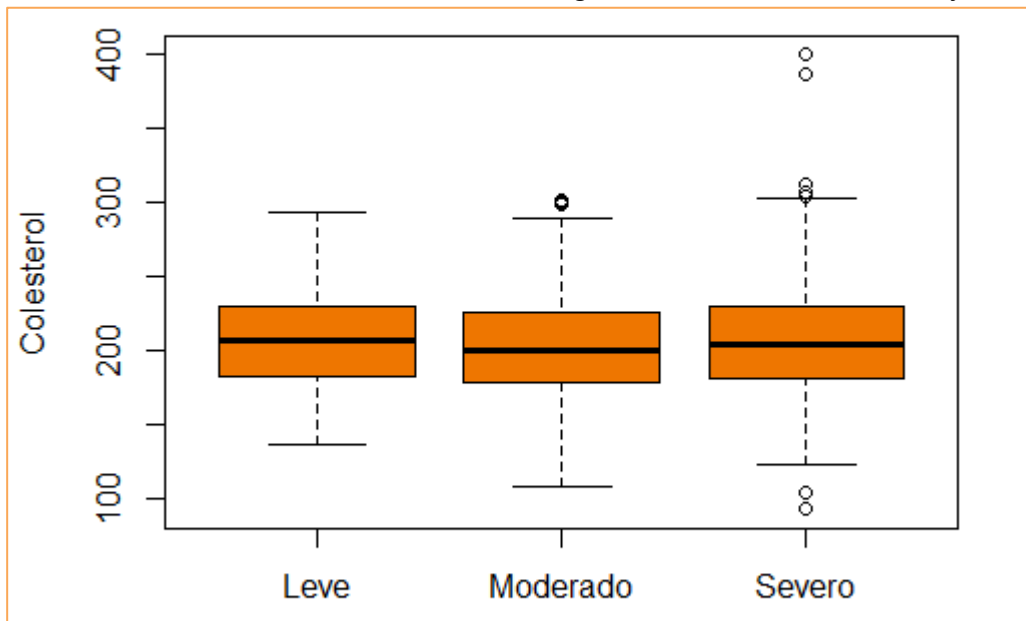
- **Colesterol vs. UBE**

Correlación: $\text{Cor}(\text{Colesterol}, \text{UBE})=0.08$ (no hay relación lineal).

Gráfica 5.21 Relación de los valores de nº de UBE según el colesterol



Gráfica 5.22 Relación de los valores de nº de UBE según el colesterol en formato de cajas



Aplicamos un análisis de la varianza (ANOVA) para examinar si la media de los valores del colesterol difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un $p\text{-valor}=0.273 > 0.05$, lo que indica que NO hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de colesterol según los niveles de nº de UBE.

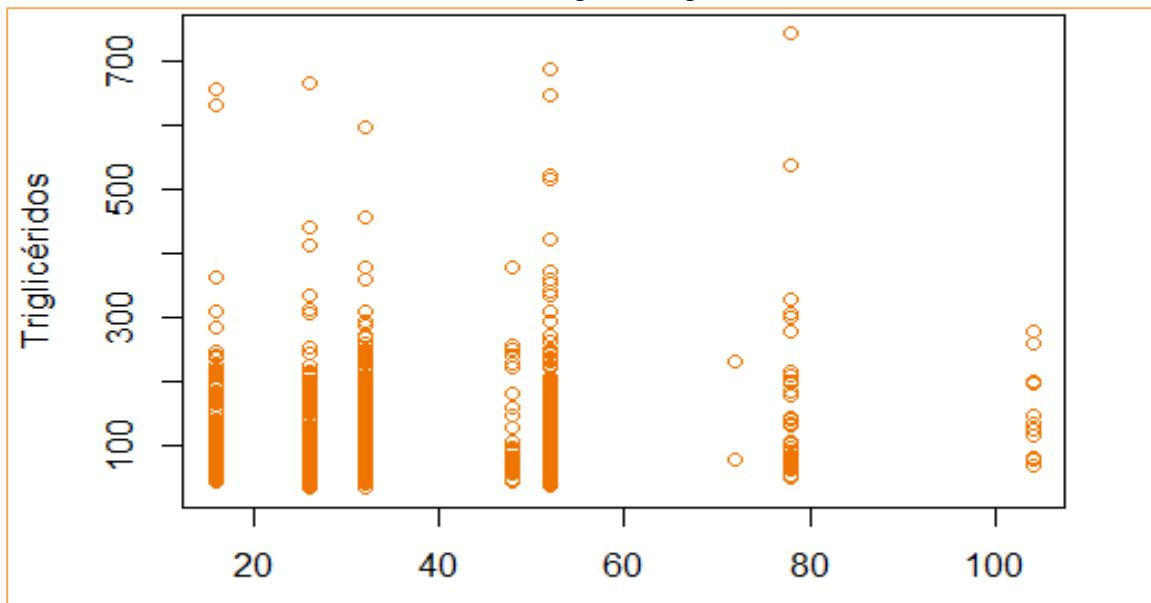
Media colesterol en UBE Leve = 208.37; media colesterol en UBE

Moderado = 203.38; media colesterol en UBE Severo = 207.00.

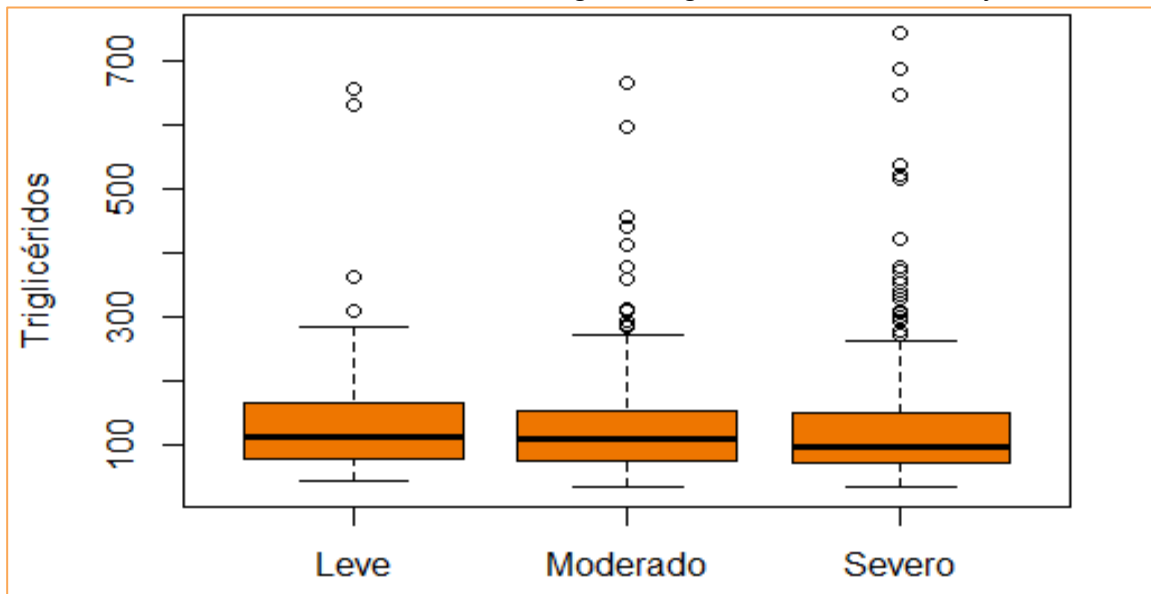
- **Triglicéridos vs. UBE**

Correlación: $\text{Cor}(\text{Triglicéridos}, \text{UBE})=0.077$ (no hay relación lineal).

Gráfica 5.23 Relación de los valores de nº de UBE según los triglicéridos



Gráfica 5.24 Relación de los valores de nº de UBE según los triglicéridos en formato de cajas



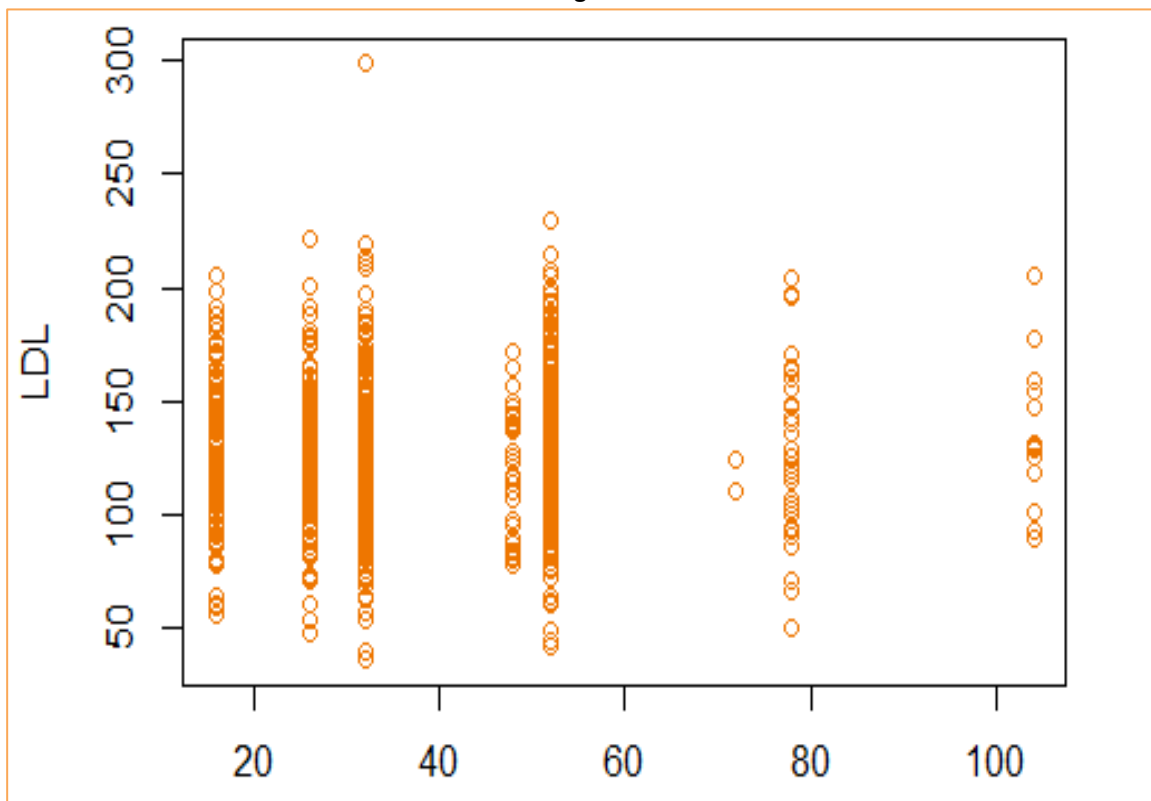
Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores de los triglicéridos difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un $p\text{-valor}=0.089>0.05$, lo que indica que NO hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores de los triglicéridos según los niveles de nº de UBE.

Mediana triglicéridos en UBE Leve = 114; mediana triglicéridos en UBE Moderado = 110; mediana triglicéridos en UBE Severo = 99.

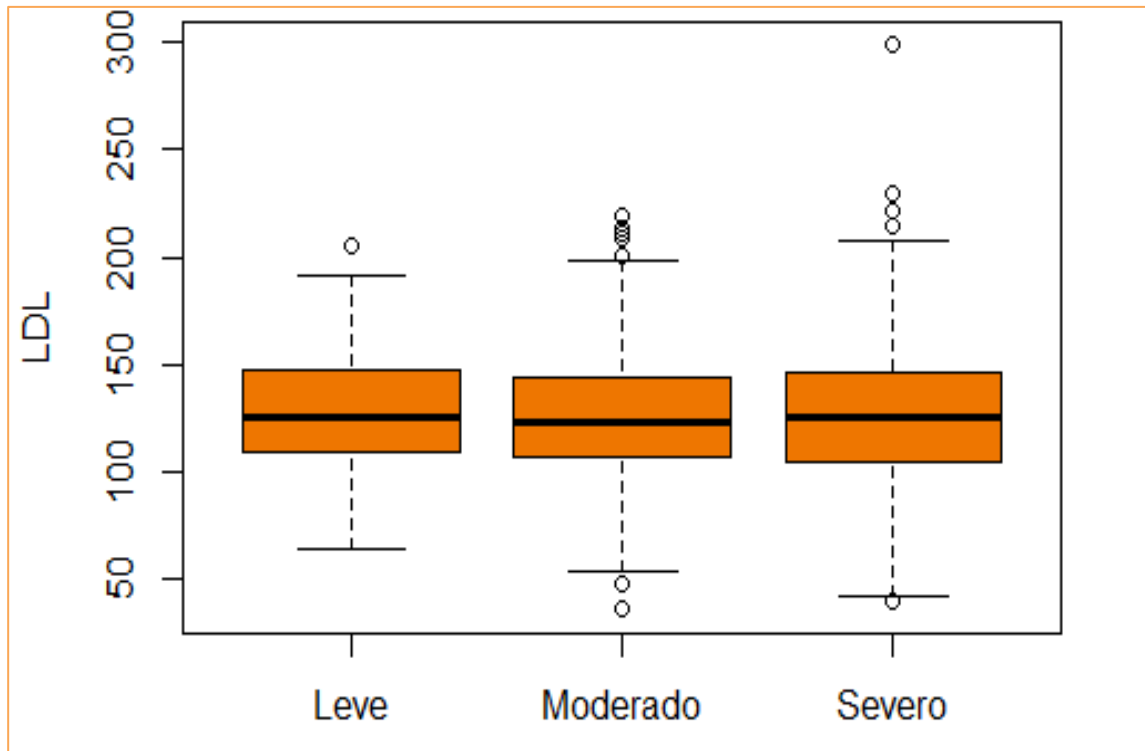
- **LDL vs. UBE**

Correlación: $\text{Cor}(\text{LDL}, \text{UBE})=0.055$ (no hay relación lineal).

Gráfica 5.25 Relación de los valores de nº de UBE según la LDL



Gráfica 5.26 Relación de los valores de nº de UBE según la LDL en formato de cajas



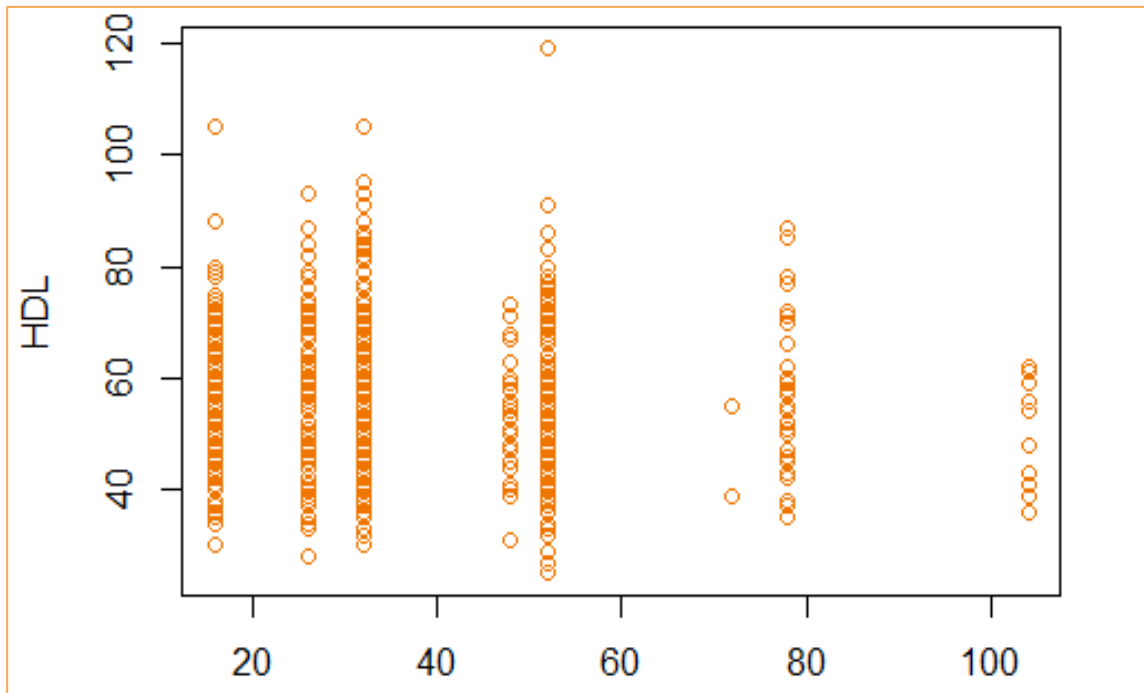
Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores del LDL difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p-valor=0.358>0.05, lo que indica que NO hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores del LDL según los niveles de nº de UBE.

Mediana LDL en UBE Leve = 125; mediana LDL en UBE Moderado = 123; mediana LDL en UBE Severo = 125.

- **HDL vs. UBE**

Correlación: $\text{Cor}(\text{HDL}, \text{UBE}) = -0.040$ (no hay relación lineal).

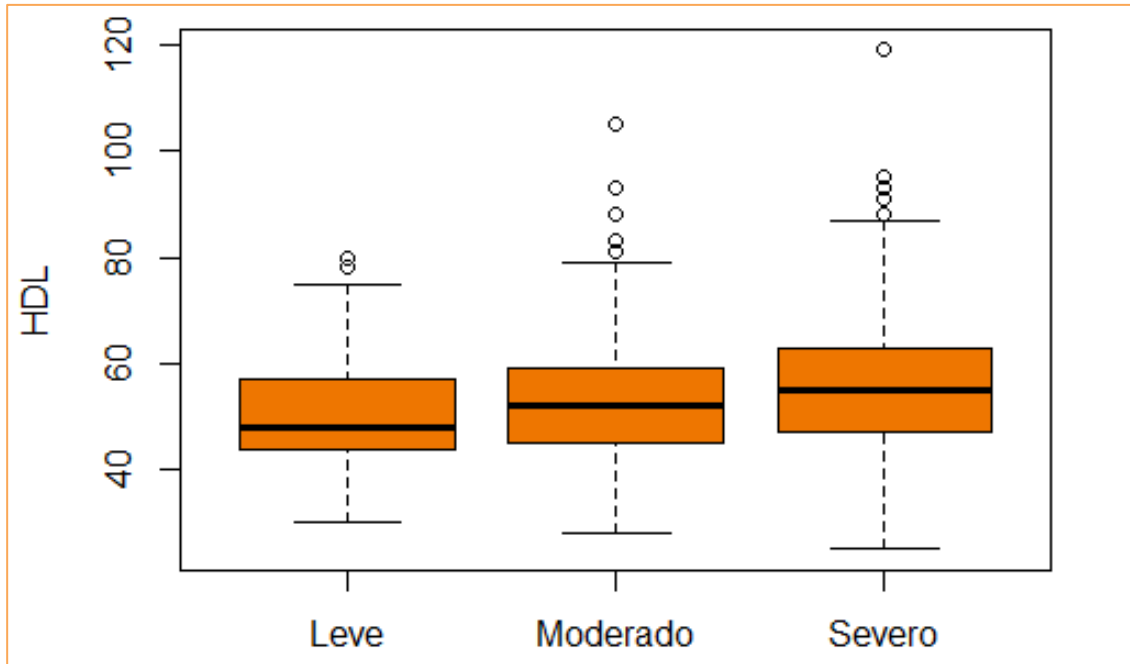
Gráfica 5.27 Relación de los valores de nº de UBE según la HDL en formato de cajas



Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores del HDL difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p-valor < 0.001, lo que indica que Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores del HDL según los niveles de nº de UBE. En el diagrama de cajas apreciamos una ligera tendencia creciente.

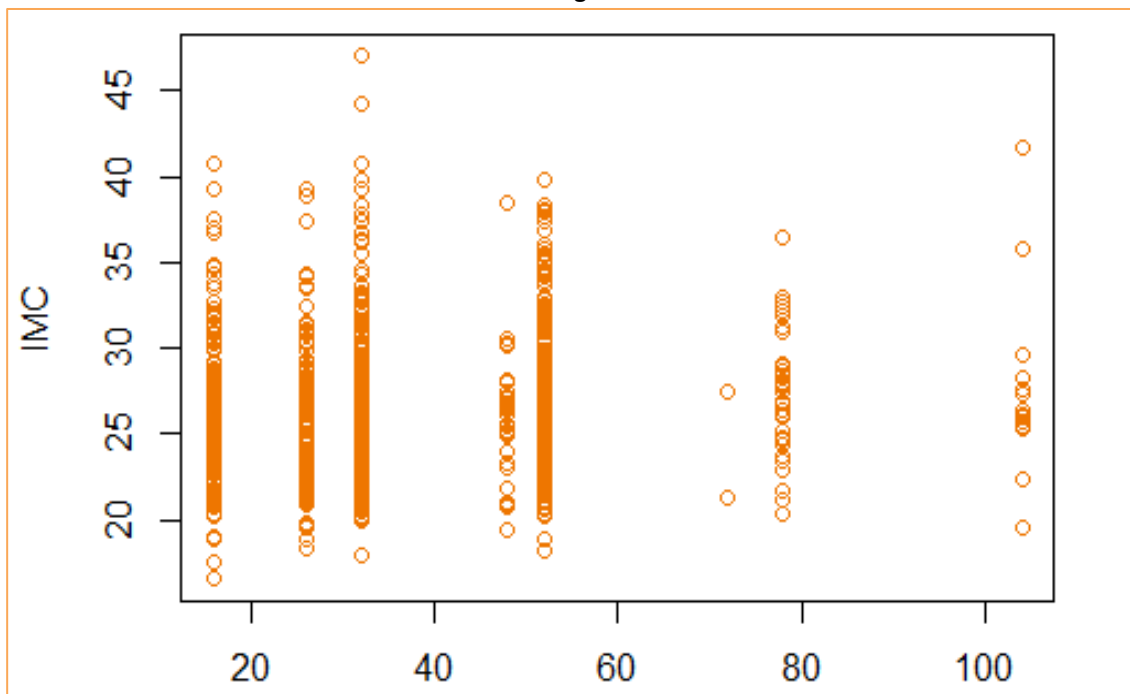
Mediana HDL en UBE Leve = 48; mediana HDL en UBE Moderado = 52; mediana HDL en UBE Severo = 55.

Gráfica 5.28 Relación de los valores de nº de UBE según la HDL en formato de cajas

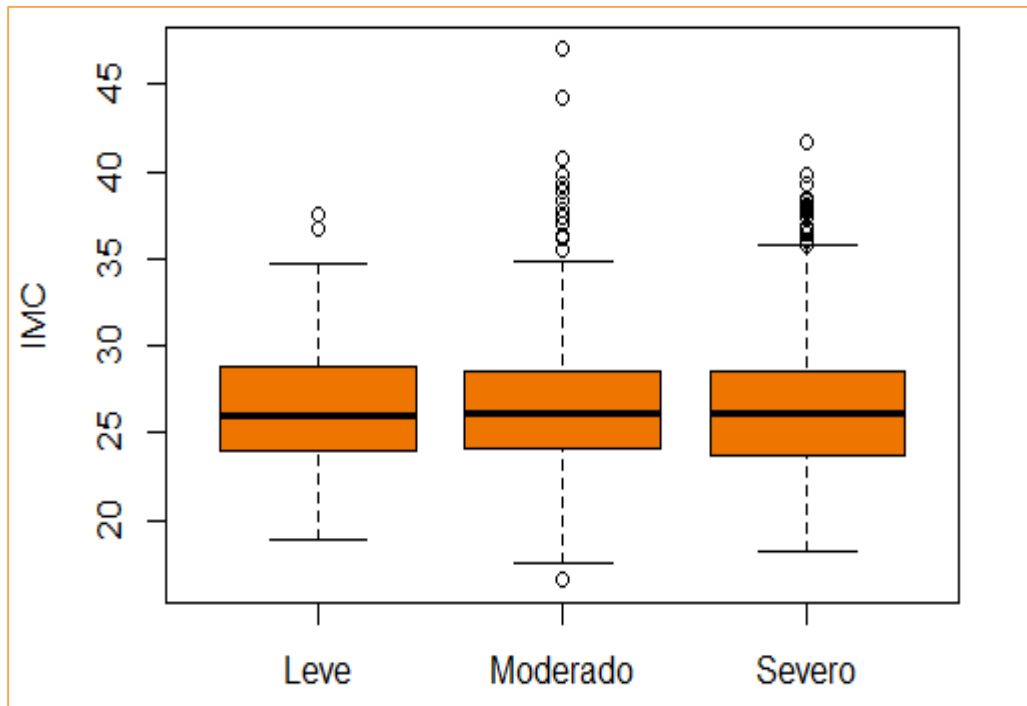


- IMC vs. UBE

Gráfica 5.29 Relación de los valores de nº de UBE según la IMC



Gráfica 5.30 Relación de los valores de nº de UBE según la IMC en formato de cajas



Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores del IMC difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p-valor=0.811, lo que indica que NO hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores del IMC según los niveles de nº de UBE.

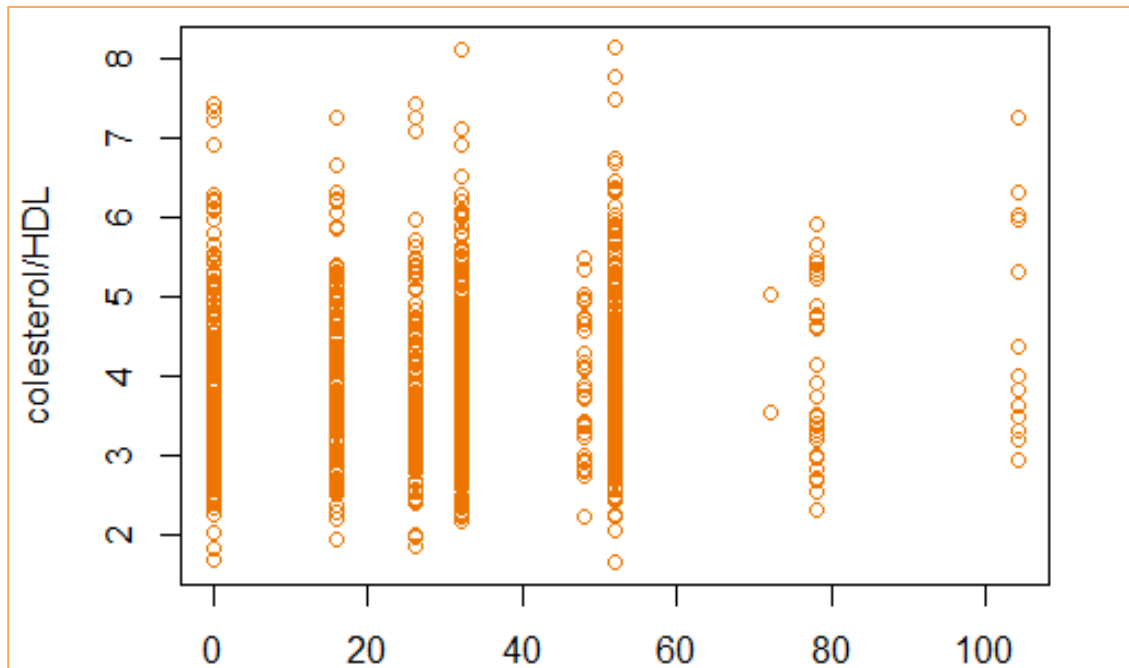
Mediana IMC en UBE Leve = 25.99; mediana IMC en UBE Moderado = 26.2; mediana IMC en UBE Severo = 26.17.

- **Colesterol/HDL vs. UBE**

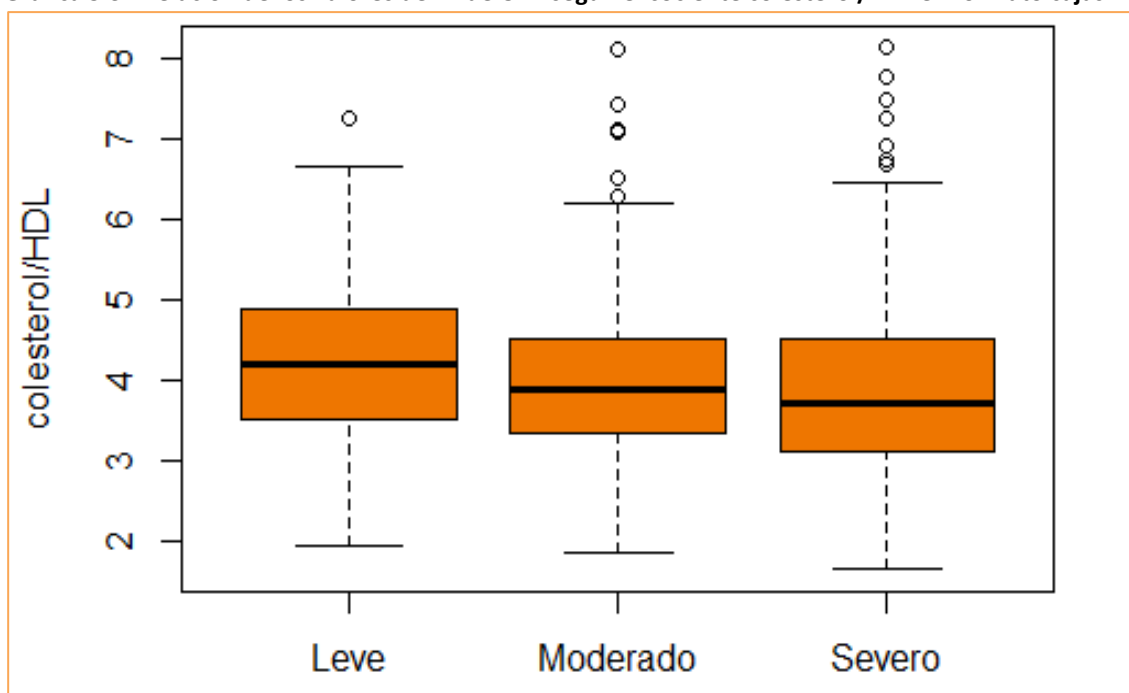
Tabla 5.35 Datos del análisis bivalente entre el nº de UBE categorizada y el cociente colesterol/HDL

Colesterol/HDL	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	1180	3.95	1.02	1.63	3.21	3.80	4.58	8.14
No beben	1180	3.84	1.07	1.67	3.05	3.71	4.43	7.44
Total	1180	3.93	1.03	1.63	3.19	3.78	4.56	8.14

Gráfica 5.31 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/HDL



Gráfica 5.32 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/HDL en formato cajas



Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores del colesterol/HDL difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p -valor < 0.001 , lo que indica que Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre

los valores del colesterol/HDL según los niveles de nº de UBE. Según el diagrama de cajas se observa una tendencia decreciente.

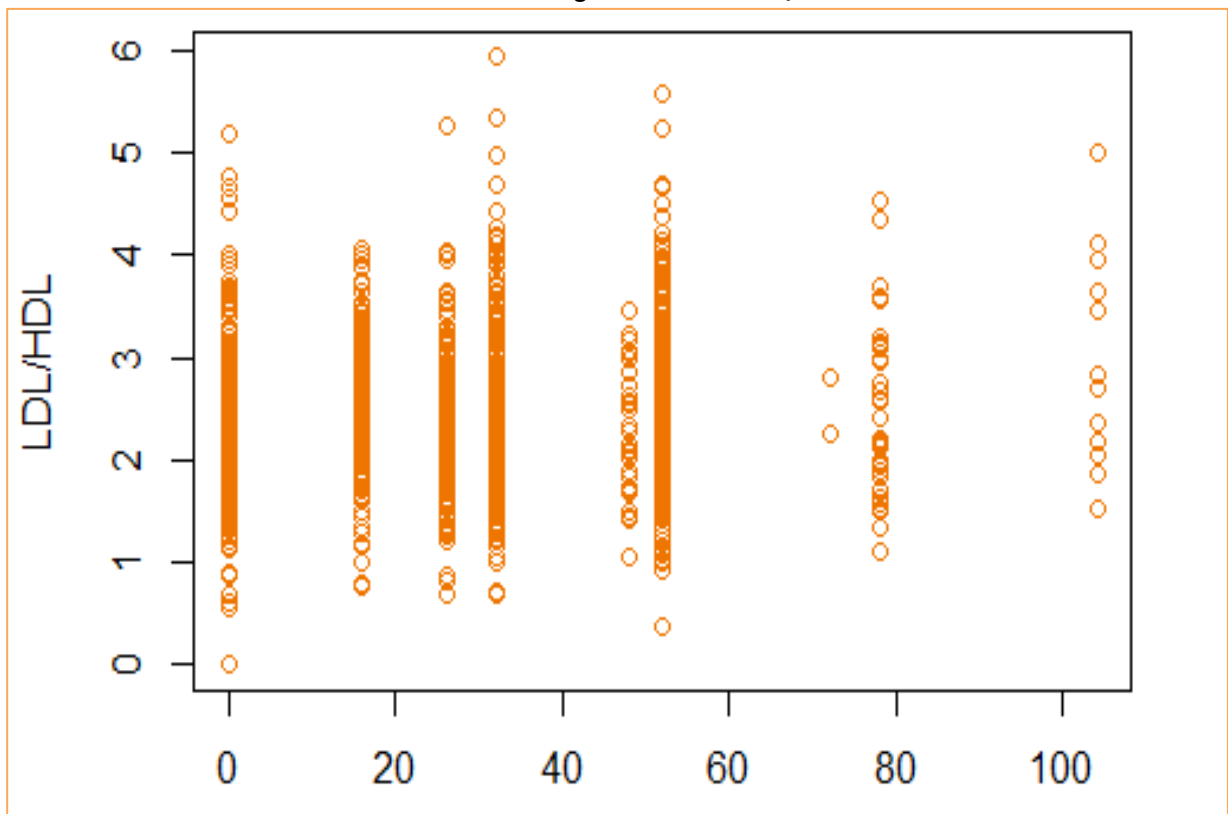
Mediana colesterol/HDL en UBE Leve = 4.20; mediana colesterol/HDL en UBE Moderado = 3.87; mediana colesterol/HDL en UBE Severo = 3.7.

- LDL/HDL vs. UBE

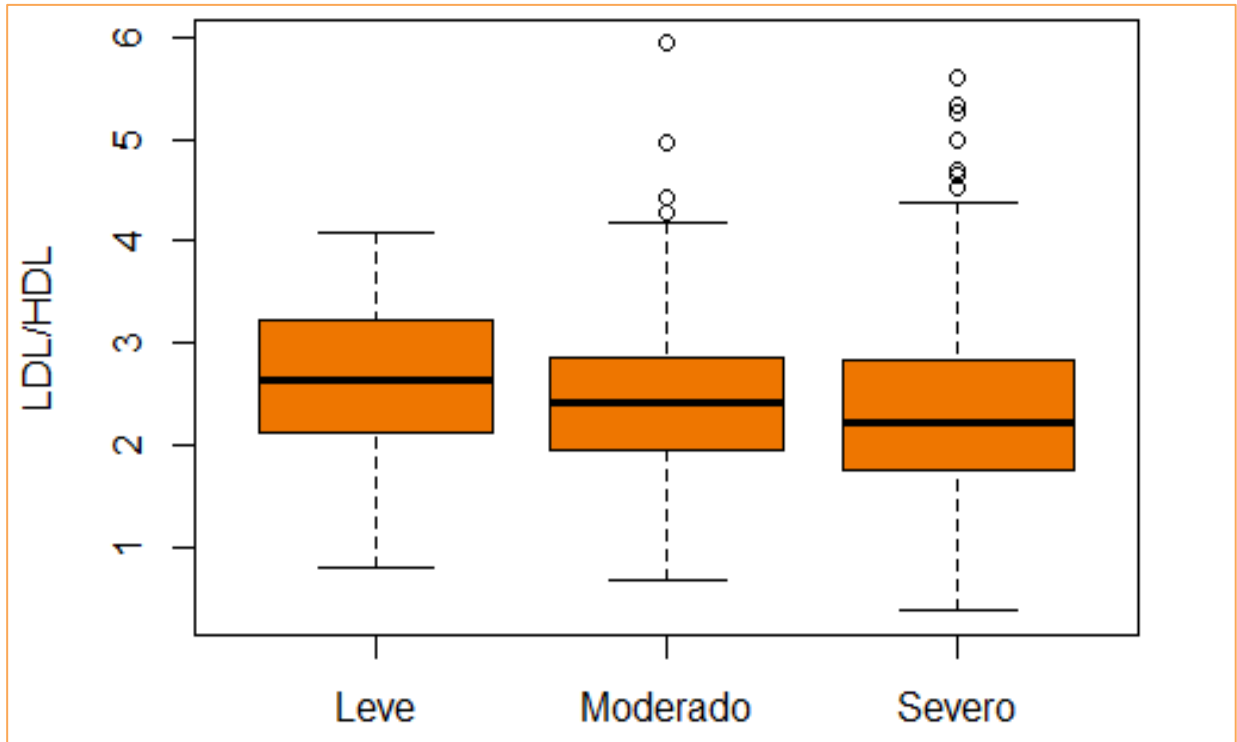
Tabla 5.36 Datos del análisis bivalente entre el nº de UBE categorizada y el cociente LDL/HDL

LDL/HDL	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Beben	1180	2.43	0.77	0.37	1.87	2.35	2.87	5.94
No beben	1180	2.37	0.85	0.00	1.73	2.26	2.84	5.20
Total	1180	2.42	0.79	0.00	1.85	2.34	2.87	5.94

Gráfica 5.33 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente LDL/HDL



Gráfica 5.34 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente LDL/HDL con formato de cajas

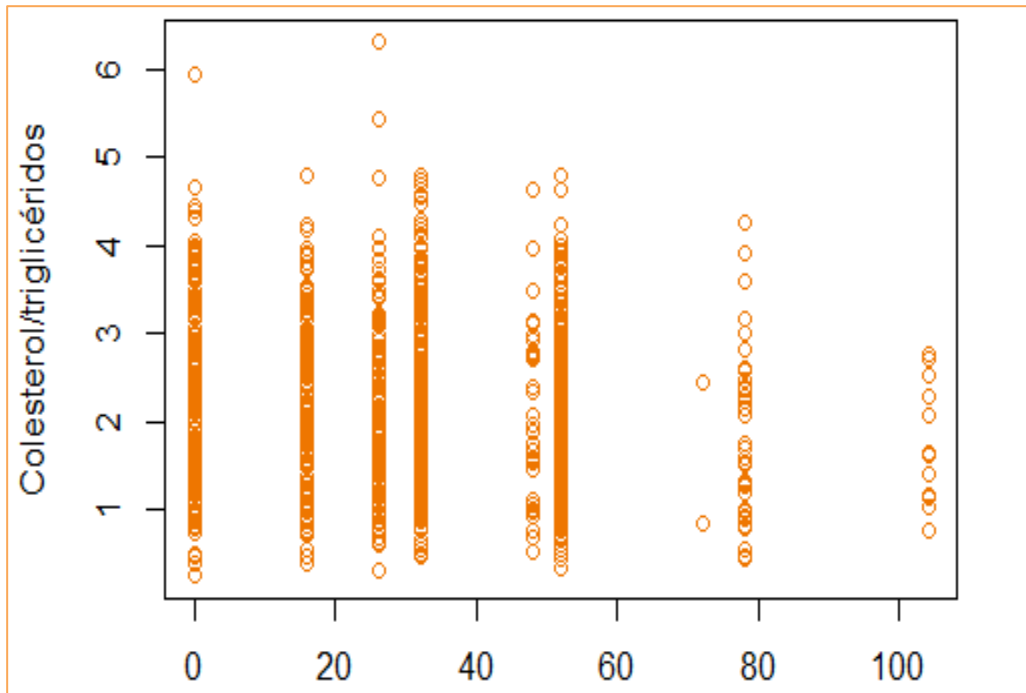


Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores del LDL/HDL difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p-valor < 0.001 , lo que indica que Sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores del LDL/HDL según los niveles de nº de UBE. Según el diagrama de cajas se observa una tendencia decreciente.

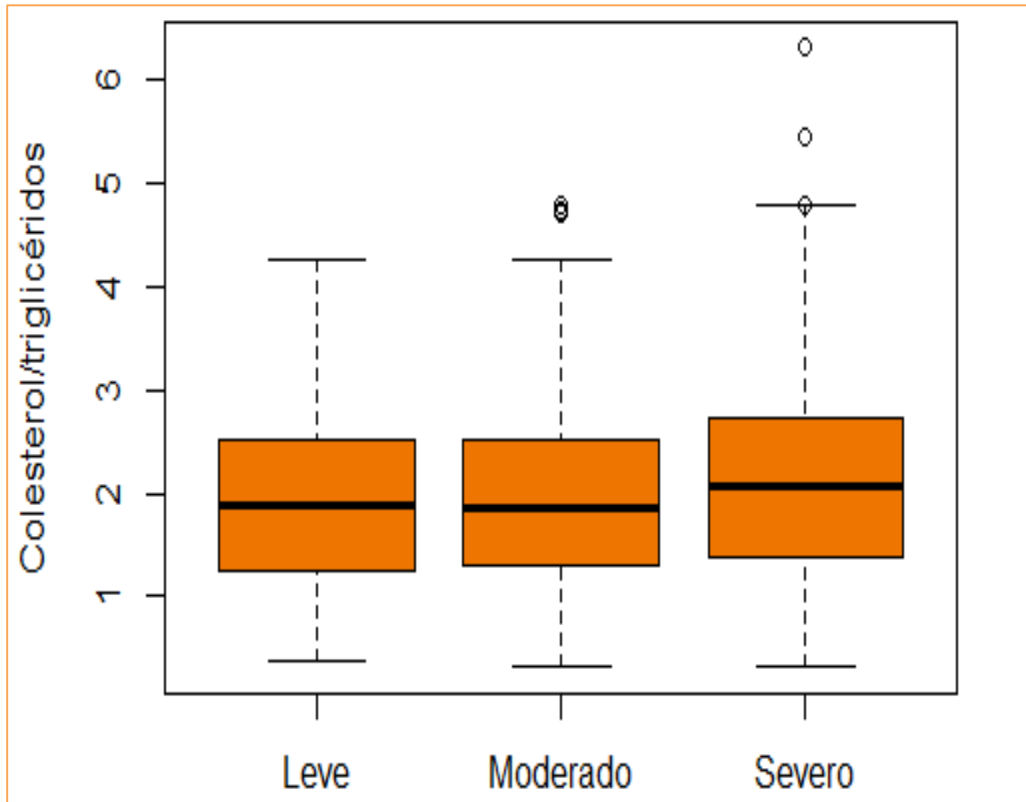
Mediana LDL/HDL en UBE Leve = 2.64; mediana LDL/HDL en UBE Moderado = 2.40; mediana LDL/HDL en UBE Severo = 2.22.

- **Colesterol/triglicéridos vs. UBE**

Gráfica 5.35 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/Triglicéridos



Gráfica 5.36 Relación de los valores de nº de UBE según el cociente colesterol/Triglicéridos



Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si la mediana de los valores del colesterol/triglicéridos difieren según los niveles de nº de UBE. Obtenemos un p-valor=0.047, aunque muy próximo al nivel de significación, indica que sí hay diferencias estadísticamente significativas entre los valores del colesterol/triglicéridos según los niveles de nº de UBE. Según el diagrama de cajas se observa una tendencia decreciente, siendo los valores del cociente en el grupo de consumo severo los más altos.

Mediana colesterol/triglicéridos en UBE Leve = 1.88; mediana colesterol/triglicéridos en UBE Moderado = 1.86; mediana colesterol/triglicéridos en UBE Severo = 2.06.

Existen diferencias estadísticamente significativas según los niveles de nº de UBE en las transaminasas, HDL e índices aterogénicos; en el resto de medidas de repercusión metabólica no se encuentran diferencias.

c) **Relación de la escala de consumo AUDIT con las variables de repercusión metabólica**

La puntuación de la escala de consumo varía entre 0 y 40, mostrando mayor dependencia al alcohol cuanto más alta es esta.

En nuestro caso la puntuación máxima obtenida es de 8.

Tabla 5.37 Descriptivo de datos de la puntuación en el AUDIT

AUDIT	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
	965	2.26	1.06	0.00	1.00	2.00	3.00	8.00

Si utilizamos la puntuación como variable cuantitativa, y calculamos las correlaciones entre ésta y las variables de repercusión metabólica, ninguna de estas correlaciones supera el 0.1, lo que indica que no existe ninguna relación lineal entre ellas.

Probamos a categorizar la escala AUDIT según:

- Sin problemas relacionados con el consumo de alcohol: “Independiente”; puntuación entre 0-7 (hombres) y puntuación entre 0-5 (mujeres).
- Consumidor de alcohol de riesgo: puntuación entre 8-12 (hombres) y entre 6-12 (mujeres).
- Problemas físico-psíquicos con la bebida y probablemente dependencia alcohólica: “Dependencia”; puntuación entre 13-40 (hombres y mujeres).

Tabla 5.38 Descriptivos de los datos de la puntuación en el AUDIT categorizada según el sexo

AUDIT (N=965)	Mujeres	Hombres
Independiente	315 (32.64 %)	649 (67.25 %)
Consumidor de alcohol de riesgo	0 (0 %)	1 (0.10%)
Dependiente	0 (0 %)	0 (0 %)

Observando la tabla anterior se detectan diferencias entre la percepción de la dependencia al alcohol por parte de los pacientes y el nº de UBE registrada.

De las personas consumidoras de alcohol, tenemos a 519 con una categoría de severa según la categorización realizada del nº de UBE. Mientras que la escala AUDIT indica que todas las personas consideran que no tienen problemas relacionados con el alcohol. Esto genera ciertas discrepancias.

Debido a la falta de pacientes en las categorías de “consumidor de alcohol de riesgo” y “dependiente” no podemos hacer comparaciones tal y como se han hecho con el nº de UBE.

5.1.3 Análisis multivariante

Realizamos un análisis multivariante para explicar el consumo de alcohol (nº de UBE) a partir de las características socio-demográficas.

Añadimos como variables independientes (posibles predictoras): la edad, el sexo, el tipo de trabajo (manual/no manual) y el nivel de estudios (primarios/secundarios/superiores).

Obtenemos los resultados expuestos en la tabla 5.39.

Tabla 5.39 Resultados del análisis multivariante

Variabes	Coficiente (estimación)	Error estándar	Estadístico de contraste	p-valor
Edad	0.00005	0.00004	0.783	0.434
Sexo (Varón)	-0.002	0.0008	-2.390	0.017*
Trabajo (no manual)	-0.001	0.0008	-1.758	0.079
Estudios (secundarios)	0.0005	0.0009	0.571	0.568
Estudios (superiores)	0.001	0.001	0.932	0.351

La única variable significativa es el sexo, con un p-valor de 0.017. La estimación del coeficiente de regresión es de -0.002, el signo negativo indica que los hombres tienen un consumo de alcohol menor que las mujeres. Esto podría ser por el alto porcentaje de mujeres que presentan consumos elevados. A pesar de ello, el valor es tan cercano a 0 que las variaciones entre ambos sexos podrían considerarse insignificantes.

Si realizamos una selección de variables (para examinar qué variables son las más influyentes en el consumo de alcohol), las variables que entrarían

en el modelo son el sexo y el puesto de trabajo, con p-valores de 0.022 y 0.136 respectivamente. Únicamente el sexo, resulta de nuevo significativo. El coeficiente (estimación) de regresión del sexo toma un valor de -0.001 (presenta pocos cambios respecto al anterior, -0.002), sigue siendo negativo y muy próximo a 0. Lo que sigue indicando que las variaciones del nº de UBE entre ambos sexos son insignificantes, y podría considerarse que el consumo de alcohol es muy similar entre ellos.

5.2 Base de datos: Pacientes de Unidad de Salud Mental

5.2.1 Análisis descriptivo

El total de pacientes es de **N = 304**.

Para las variables categóricas se presentan tablas de frecuencias absolutas (n) y porcentajes respecto el total de sujetos (N). Para las variables continuas se muestran los estadísticos: media, desviación típica (DT), mínimo, percentil 25 (P25), mediana, percentil 75 (P75) y máximo.

a) Variables sociodemográficas

Tabla 5.40 Descriptivos de la edad

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
304	47.81	12.80	19.00	38.00	48.00	57.00	85.00

Tabla 5.41 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo

	n	%(N)
Mujeres	175	57.57%
Hombres	129	42.43%

La edad media de los pacientes analizados es de 48 años. Existe una mayor proporción de mujeres en el colectivo de pacientes analizados, si bien la proporción entre ambos sexos es bastante similar.

Tabla 5.42 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios

	n	%(N)
Primarios/Elementales	179	58.88%
Secundarios/Grado medio	122	40.13%
Superiores	3	0.99%

En la muestra predominan los pacientes con estudios primarios o elementales, siendo muy escasa la presencia de pacientes con estudios superiores, que no alcanza el 1% de la muestra.

Tabla 5.43 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la situación familiar

	n	%(N)
Casado-pareja de hecho	124	40.79
Divorciado	71	23.36
Soltero	91	29.93
Viudo	18	5.92

La mayor parte de los pacientes participantes están casados o con pareja estable, siendo muy reducida la presencia de viudos/as. Si tomamos en conjunto aquellos que no tienen pareja estable (divorciados y solteros), suponen el 53% de la población.

Tabla 5.44 Frecuencias absolutas y relativas (%) de presencia/ausencia de hijos

	n	%(N)
Sin hijos	221	72.70%
Con hijos	83	27.30%

La mayoría de la población participante no tiene hijos.

Tabla 5.45 Frecuencias absolutas y relativas (%) del arraigo socio-familiar

	n	%(N)
Extensa	105	34.54%
No	31	10.20%
Nuclear	168	55.26%

La población participante residente con una familia nuclear o extensa, siendo minoritario el grupo de personas sin arraigo en la isla.

b) Variables de consumo

Tabla 5.46 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol

	n	%(N)
Nunca	174	57.24%
Mensualmente	43	14.14%
Semanalmente	17	5.59%
Fines de semana	17	5.59%
3 días/semana	7	2.30%
Todos los días	46	15.13%

Un porcentaje mayoritario de los pacientes participantes afirman no haber bebido nunca, con gran variabilidad entre los que beben sobre sus hábitos de consumo.

Gráfica 5.37 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol

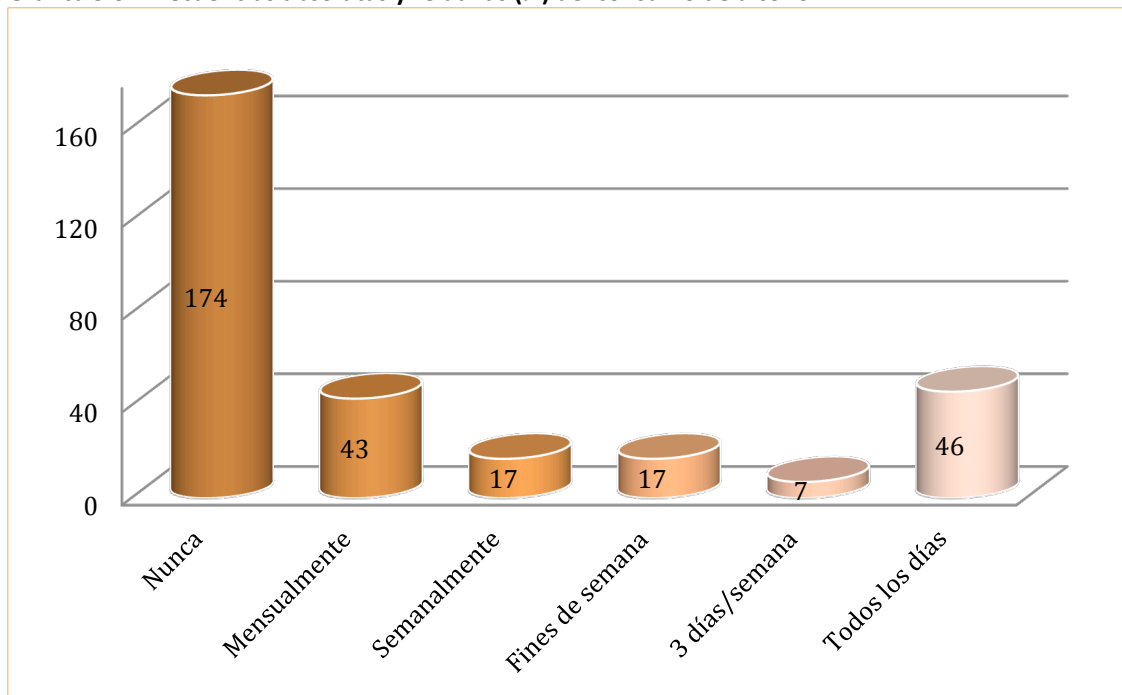


Tabla 5.47 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la cantidad de alcohol

Nº de copas	n	%(N)
0	174	57.24%
1	59	19.41%
2	34	11.18%
3	16	5.26%
> 3	21	6.91%

La mayoría de los pacientes refieren no beber nunca y entre los pacientes que beben el consumo referido es moderado (1-2 copas), siendo muy reducido el grupo de grandes bebedores (más de 3).

Tabla 5.48 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

	n	%(N)
Cerveza	55	18.09%
Vino	33	10.86%
Destilados	15	4.93%
Varios/todos ellos	27	8.88%
Nada	174	57.24%

En cuanto al tipo de bebida más consumido entre los que afirman consumir alcohol, son la cerveza y el vino los tipos de bebidas alcohólicas más consumidas.

Gráfica 5.38 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

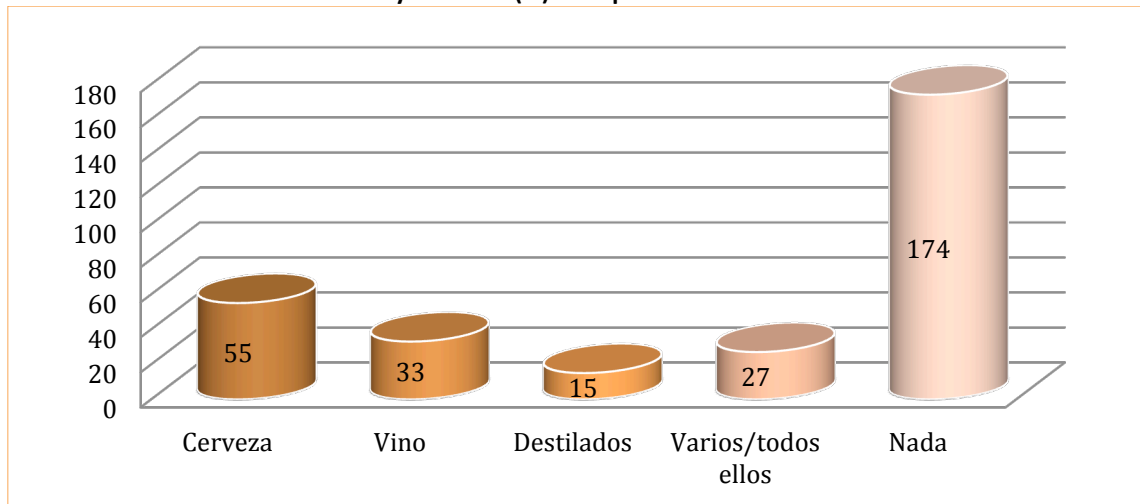


Tabla 5.49 Descriptivos de los ml. de bebida (población consumidora de alcohol)

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
130	644.40	617.90	50.00	250.00	333.00	666.00	3330.00

Tabla 5.50 Descriptivos de los ml. de alcohol (población consumidora de alcohol)

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
130	32.50	42.08	19.98	20.00	32.50	60.00	260.00

Considerando a la población consumidora de alcohol la cantidad de bebida consumida estaría en unas cifras medias de 644.4 ml. con una cantidad media de alcohol de 32,50 ml.

Tabla 5.51 Descriptivos de los ml. de alcohol/semana (total) (población consumidora de alcohol)

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
130	185.00	252.02	19.98	32.50	65.00	227.00	1820.00

De forma individualizada en la población consumidora de alcohol, el consumo de alcohol/persona se situaría en 185 ml.

Tabla 5.52 Descriptivos de los ml. de alcohol/día (total) (población consumidora de alcohol)

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
130	26.42	36.00	2.85	4.64	9.29	32.50	260.00

De forma individualizada en la población consumidora de alcohol, el consumo de alcohol/persona/día se situaría en 26.42 ml.

Tabla 5.53 Descriptivos de la puntuación de la escala de consumo (AUDIT)

Población	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Población total	304	3.12	5.31	0.00	0.00	1.00	3.00	31.00
Población consumidora de alcohol	130	6.26	6.77	0.00	2.00	3.00	7.75	31.00
Población no consumidora de alcohol	174	0.77	1.49	0.00	0.00	0.00	1.00	9.00

Si el consumo de alcohol se cuantifica según los resultados obtenidos mediante la escala AUDIT, la puntuación media entre los bebedores se sitúa en 6,26, con un promedio semanal de 9,75 UBE.

Tabla 5-54 Descriptivos del nº de UBE semanal

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
130	9.75	13.60	1.00	1.25	4.00	12.00	70.00

Tabla 5.55 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal

UBE (N=130)	Mujeres	Hombres	Total
Leve	60 (81.08 %)	44 (78.57 %)	104 (80.00 %)
Moderado	6 (8.11 %)	9 (16.07 %)	15 (11.54 %)
Severo	8 (10.81 %)	3 (5.36 %)	11 (8.46 %)
Total	74	56	130

Si se diferencia este consumo en función del sexo, se observa que, en general las mujeres tienen niveles de consumo más leves que los hombres, pero que dentro del minoritario grupo de pacientes con consumo severo, se muestra un porcentaje más elevado de mujeres que de hombres.

Gráfica 5.39 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal

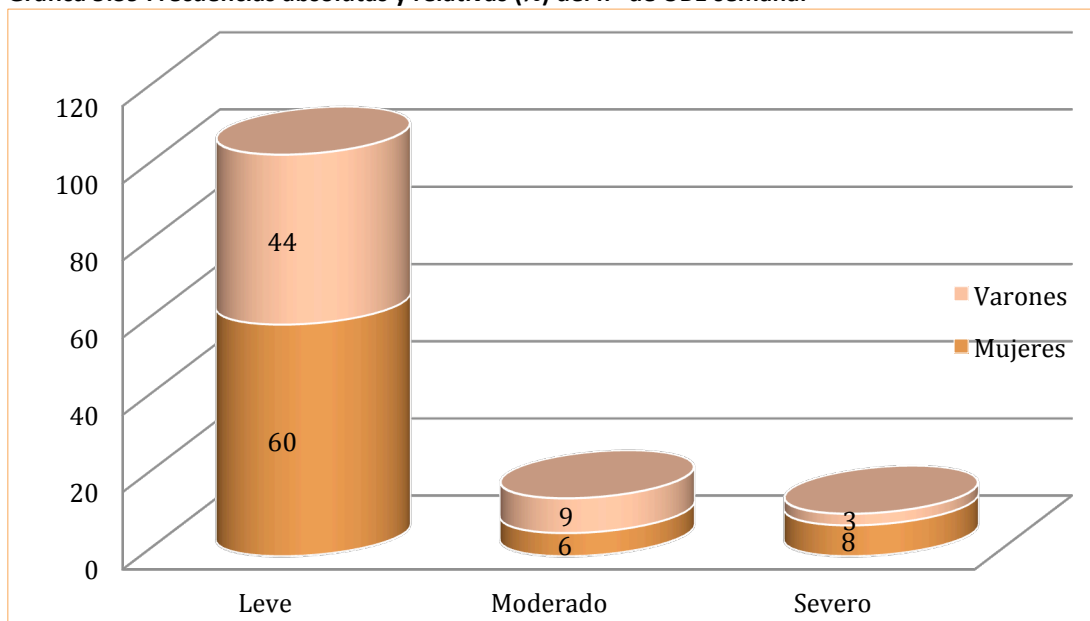
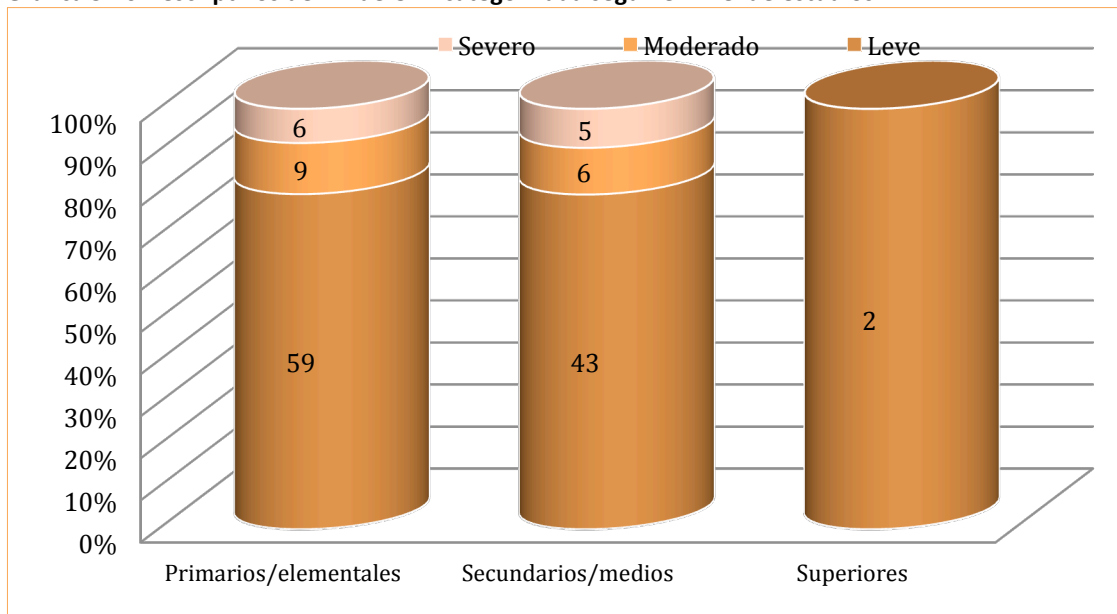


Tabla 5.56 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios

UBE (N=130)	Primarios/elementales	Secundarios/medios	Superiores
Leve	59 (32.96 %)	43 (35.25 %)	2 (66.67 %)
Moderado	9 (5.03 %)	6 (4.92 %)	0 (0.00 %)
Severo	6 (3.35 %)	5 (4.10 %)	0 (0.00 %)
Total	74	54	2

Es más elevado el consumo cuanto más bajo es el nivel de estudios en todos los niveles de consumo.

Gráfica 5.40 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios



c) Características del trabajo

Tabla 5.57 Frecuencias absolutas y relativas (%) la situación socio-laboral

	n	%(N)
Ama de casa	12	3.95%
Desempleado	70	23.03%
Pensionista	108	35.53%
Trabajador eventual	34	11.18%
Trabajador fijo	80	26.32%

Entre la población que participan solo un porcentaje global del 37% trabaja de forma fija o eventual, siendo mayoritarios los que no forman parte de la población laboral activa, destacando el grupo de pensionistas y el de desempleados.

Tabla 5.58 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según CIUO 2011

	n	%(N)
Manual	86	28.29%
No manual	40	13.16%
Sin trabajo	178	58.55%

Tabla 5.59 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la clase social según CIUO 2011

	n	%(N)
1	9	2.96%
2	32	10.53%
3	86	28.29%

Dentro de los pacientes que trabajan, la mayoría lo hacen en puestos de trabajo manual, también denominados Blue collar y englobados en la clase social 3 fundamentalmente (clase social más baja).

Tabla 5.60 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo

UBE (N=130)	Manual	No manual	Pensionistas/Desempleados
Leve	40 (46.51 %)	17 (42.5 %)	47 (26.40 %)
Moderado	4 (4.65 %)	2 (5.0 %)	9 (5.06 %)
Severo	2 (2.33 %)	3 (7.5 %)	6 (3.37 %)
Total	46	22	62

El grado de consumo es mayor en los trabajadores manuales que en los no manuales, salvo en el minoritario grupo de bebedores severos donde prácticamente son iguales, con una leve superioridad de los trabajadores no manuales. Es también mayor el consumo en todos los grados cuanto más baja es la clase social de pertenencia, mayor en la clase 3 que en la 2 y en la 1.

Gráfica 5.41 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo

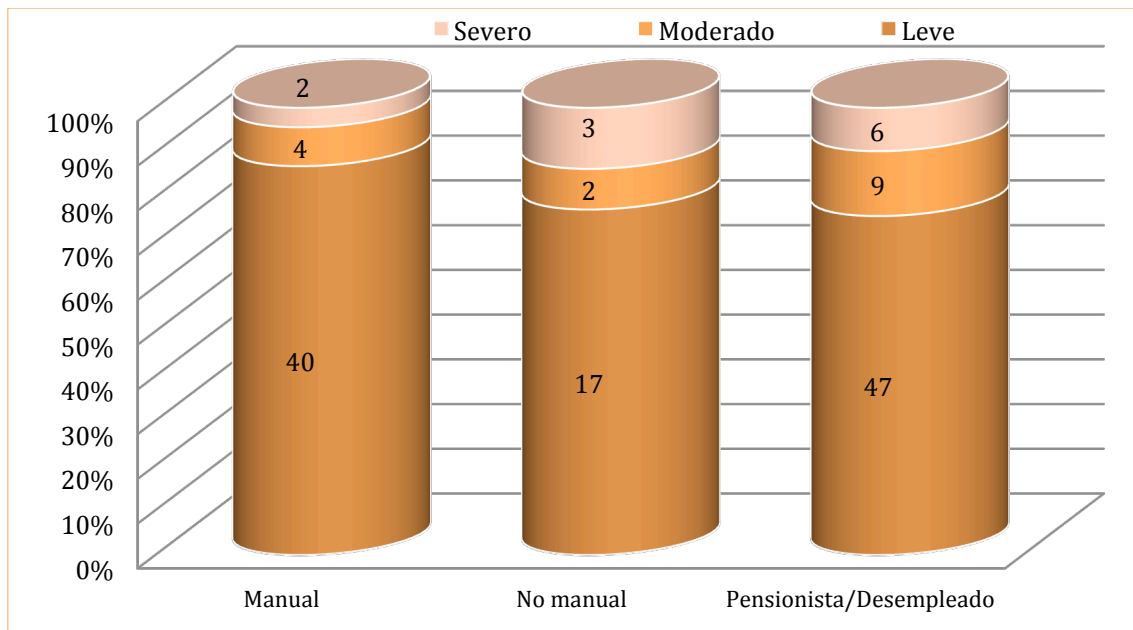
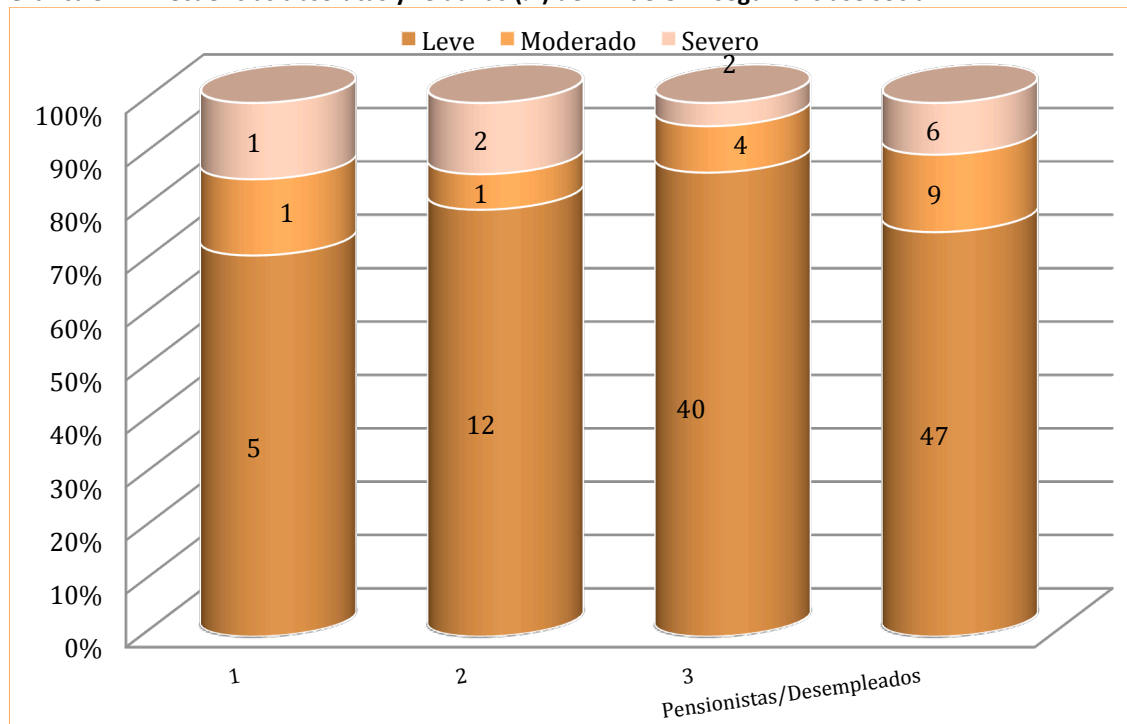


Tabla 5.61 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según la clase social CIUO-11

	1	2	3	Pensionistas/Desempleados
Leve	5 (55.56 %)	12 (37.50 %)	40 (46.51 %)	47 (26.55 %)
Moderado	1 (11.11 %)	1 (3.12 %)	4 (4.65 %)	9 (5.08 %)
Severo	1 (11.11 %)	2 (6.25 %)	2 (2.33 %)	6 (3.39 %)
Total	7	15	46	62

Gráfica 5.42 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según la clase social



d) Adicciones y características de la patología

Tabla 5.62 Frecuencias absolutas y relativas (%) de otras adicciones

	n	%(N)
Sí	34	11.18%
No	223	73.36%
Ex-hipnóticos	2	0.66%
Ex-alcohol	19	6.25%
Ex-cánnabis	7	2.30%
Ex-cocaína	1	0.33%
Ex-policonsumidor	18	5.92%

Atendiendo a lo referido por la muestra, tan solo un pequeño porcentaje es consumidor de otro tipo de tóxicos diferentes al alcohol.

Tabla 5.63 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y nº de UBE (semanal)

	Sí	No	Ex adictos
Leve	16	78	10
Moderado	4	10	8
Severo	1	8	2
Total	21	96	20

Se observa mayor consumo de alcohol en todos sus grados entre los pacientes que no tienen otro tipo de adicciones.

Gráfica 5.43 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y nº de UBE (semanal)

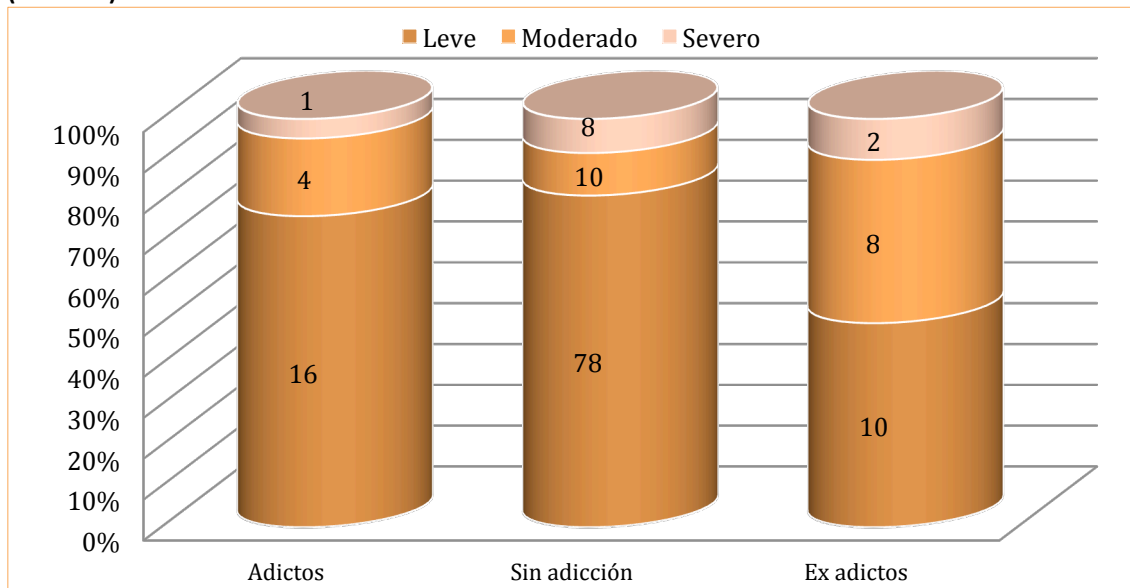


Tabla 5.64 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de adicciones

	n	%(N)
No	260	85.53%
Anabolizantes	1	0.33%
Cánnabis	28	9.21%
Cocaína	1	0.33%
Cortes en la muñeca	1	0.33%
Hipnóticos	5	1.64%
Policonsumo	8	2.63%

El mayor consumo de sustancias entre los adictos, lo es hacia el cánnabis, siendo muy poca la prevalencia de consumo de otro tipo de sustancias.

Tabla 5.65 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas

	n	%(N)
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos	5	1.64%
F10-F19 Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	8	2.63%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	70	23.03%
F30-39 Trastornos del humor bipolar	38	12.5%
F30-39 Trastornos del humor Depresivos	64	21.05%
F40-49 trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	108	35.53%
F60-69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto	27	8.88%
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	5	1.64%

Tabla 5.66 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los pacientes con pluripatologías

	n	%(N)
Con pluripatologías	23	7.57%
Solo una patología	281	92.43%

Tabla 5.67 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas de los pacientes que tienen solo una patología

	n	%(N=281)
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos	3	1.07%
F10-F19 Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	0	0.00%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	68	24.2%
F30-39 Trastornos del humor Bipolar	38	13.52%
F30-39 Trastornos del humor Depresivos	57	20.28%
F40-49 trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	93	33.1%
F60-69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto	17	6.05%
90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	5	1.78%
Total	281	100.00%

El mayor grupo de pacientes participantes en el estudio presentan patología ansiosa o depresiva, siendo también reseñable el grupo de pacientes psicóticos. La mayor parte de los pacientes presenta una patología única.

Tabla 5.68 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los tratamientos

	n	%(N)
Antidepresivos	202	66.45%
Antipsicóticos	136	44.74%
Benzodiacepinas	191	62.83%
Eutimizantes	60	19.74%
Estimulantes	7	2.3%
Otros	4	1.32%

En cuanto a los tratamientos prescritos son mayoritarios, en concordancia con las patologías anteriormente reseñadas, los antidepresivos, benzodiacepinas y antipsicóticos.

Tabla 5.69 Descriptivos del tiempo (en años) de seguimiento en USM

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
304	6.56	9.00	0.00	0.00	2.00	10.00	40.00

La mayor parte de los pacientes que participan en el estudio tiene un periodo de seguimiento en la USM de menos de un año, si bien el promedio considerando el global de los pacientes supera los 6 años, a expensas del porcentaje de más de 10 años de seguimiento en la unidad.

Categorizamos el tiempo que transcurre entre la derivación del paciente a USM y la visita según: menos de un año, entre 1 y 3 años, entre 3 y 10 años y más de 10 (inclusive).

Tabla 5.70 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tiempo de seguimiento en USM.

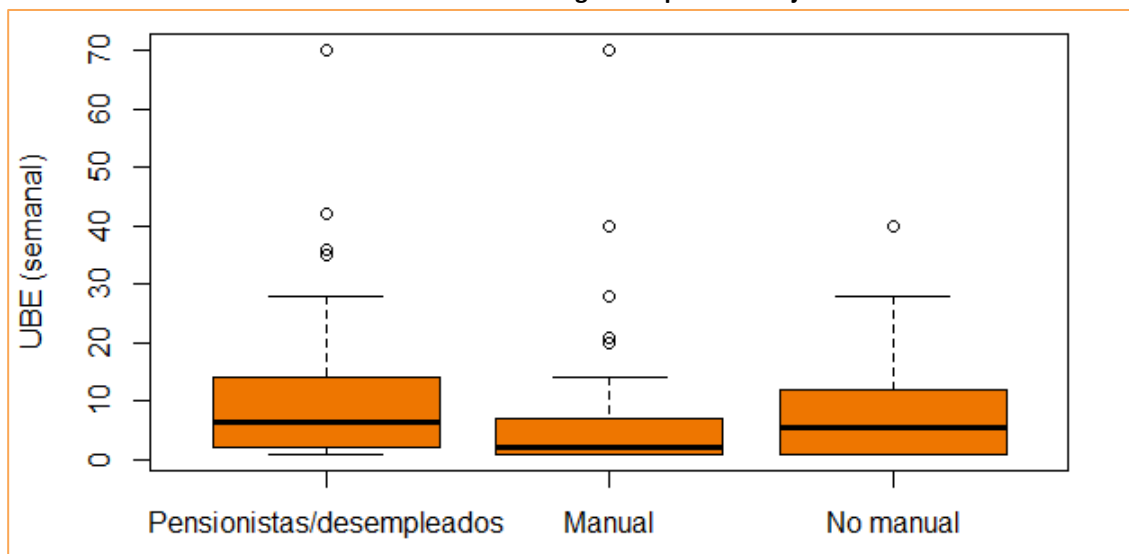
	n	%(N)
Menos de 1 año	141	46.38%
Entre 1 y 3 años	38	12.50%
Entre 3 y 10 años	44	14.47%
Más de 10 años	81	26.64%

5.2.2 Análisis bivariante

En los gráficos y análisis estadísticos siguientes, solo se tienen en cuenta a los pacientes que consumen alcohol (UBE > 0).

a) Relación entre el consumo de alcohol y las características laborales

Gráfica 5.44 Relación de los valores de nº de UBE según el tipo de trabajo

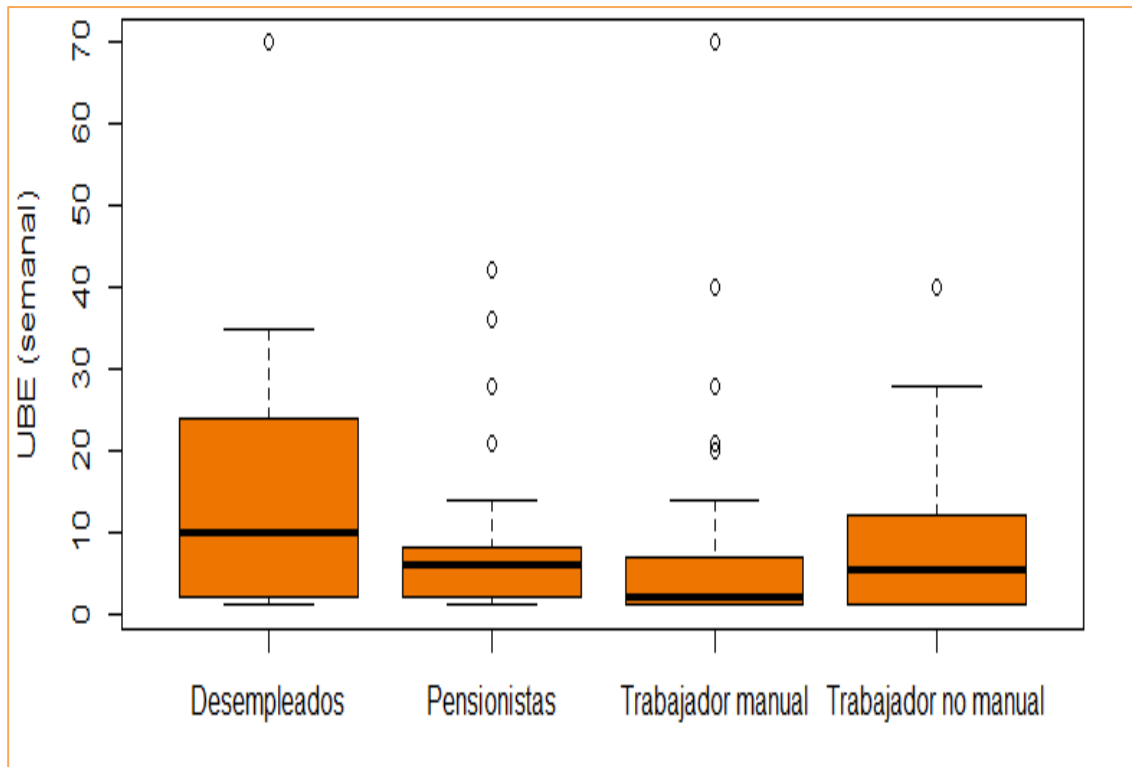


Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de nº de UBE según los distintos grupos de tipo de trabajo (incluyendo a los pensionistas y desempleados). Obtenemos un p-valor de 0.065, lo que indica que no existen diferencias en el consumo (UBE semanal) según los trabajadores de tipo manual, no manual y los pacientes que no desempeñan ningún trabajo.

Eliminamos a las amas de casa del grupo de trabajadores 'manuales' y separamos en grupos distintos a los pensionistas de los desempleados. El test de

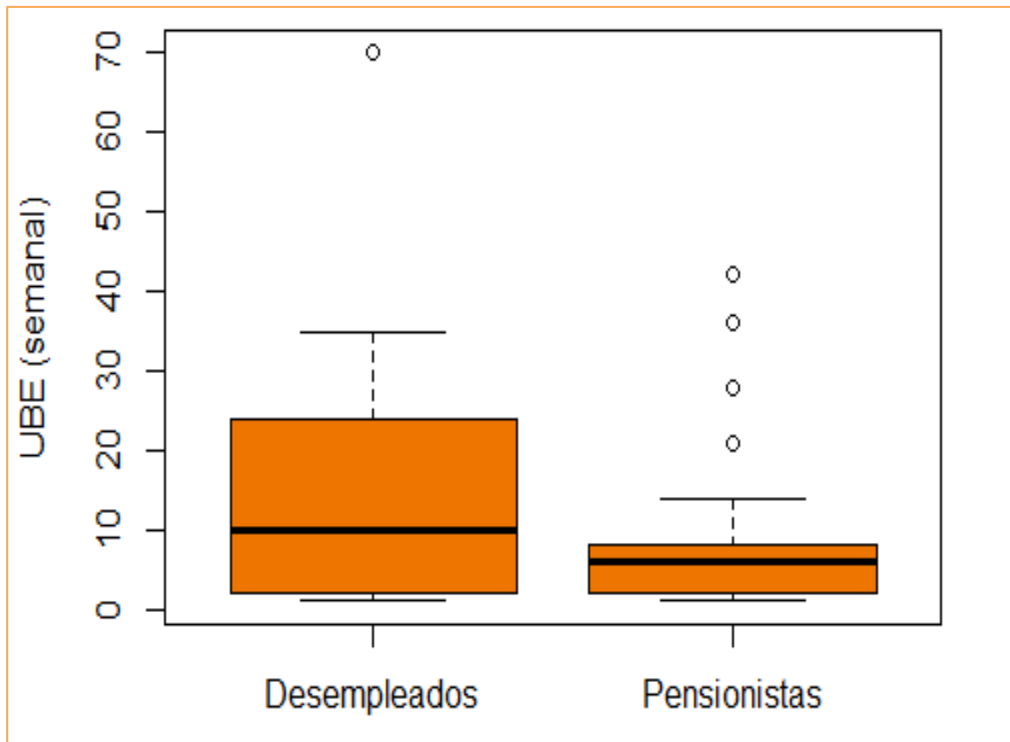
Kruskal Wallis nos devuelve un p-valor de 0.152, de nuevo no significativo, lo que indica que no existen diferencias en el consumo de alcohol según pensionistas, desempleados y trabajadores manuales y no manuales.

Gráfica 5.45 Relación de los valores de nº de UBE según el tipo de trabajo



Si examinamos por separado a los pensionistas y desempleados que consumen alcohol ($n=37$ y 25 , respectivamente), vemos en el gráfico siguiente que los desempleados tienen valores de UBE más variables que los pensionistas y una mediana ligeramente superior respecto al segundo grupo (mediana desempleado=10; mediana pensionista=6). A pesar de ello, el test de Wilcoxon no aprecia diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol (según nº de UBE) entre ambos grupos (p -valor=0.131).

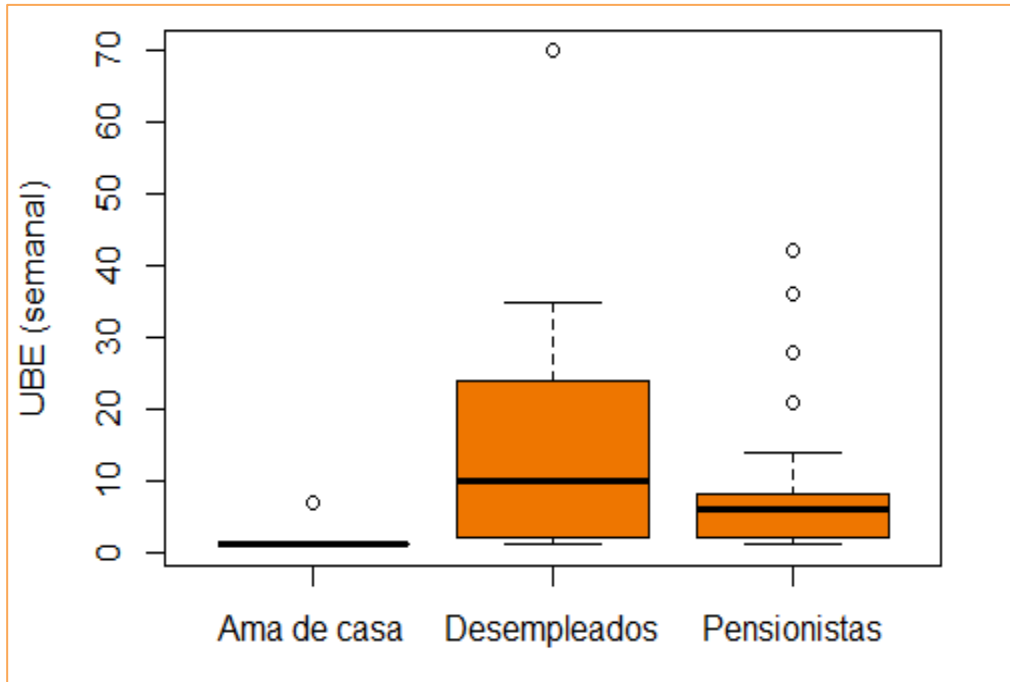
Gráfica 5.46 Relación de los valores de nº de UBE en desempleados y pensionistas



Realizamos una comparación entre los desempleados, pensionistas y amas de casa para determinar si existen diferencias significativas en el consumo de alcohol. Aplicamos el test de Kruskal-Wallis y obtenemos un p-valor = **0.023**, significativo. Esto indica que sí que hay diferencias en el consumo de alcohol (según UBE semanal) entre los tres grupos. Concretamente (si realizamos comparaciones múltiples post-hoc), se detectan diferencias entre las amas de casa y los desempleados con un p-valor de 0.022.

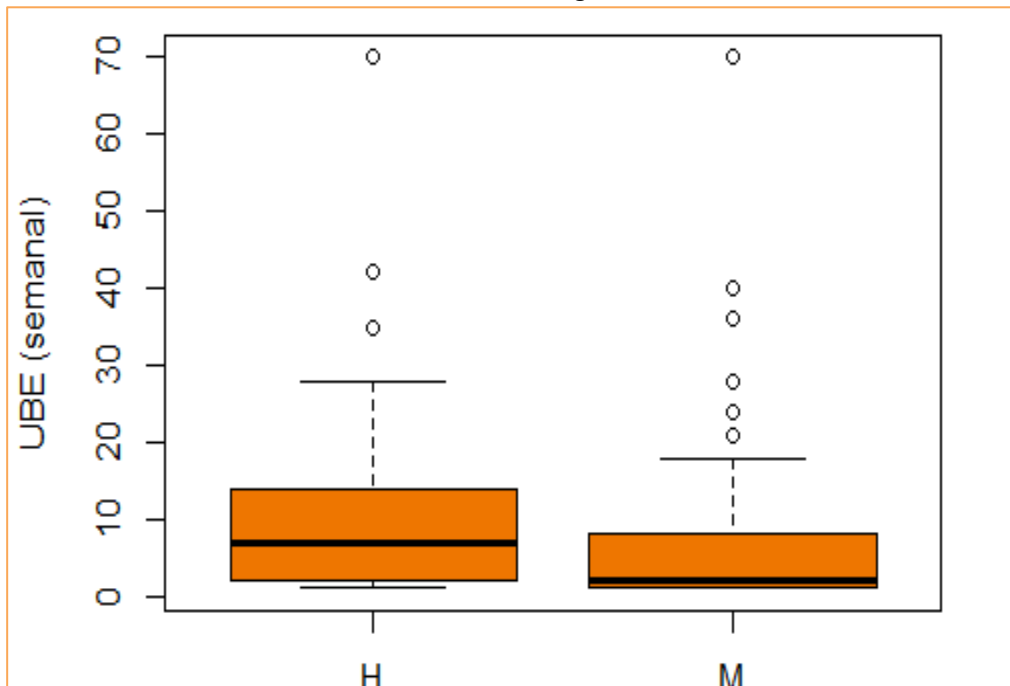
Gráficamente observamos que la mediana de UBE semanales de las amas de casa es bastante menor que los otros dos grupos.

Gráfica 5.47 Relación de los valores de nº de UBE según amas de casa, desempleados o pensionistas



- b) **Relación entre el consumo de alcohol y las características socio demográficas y aspectos familiares**

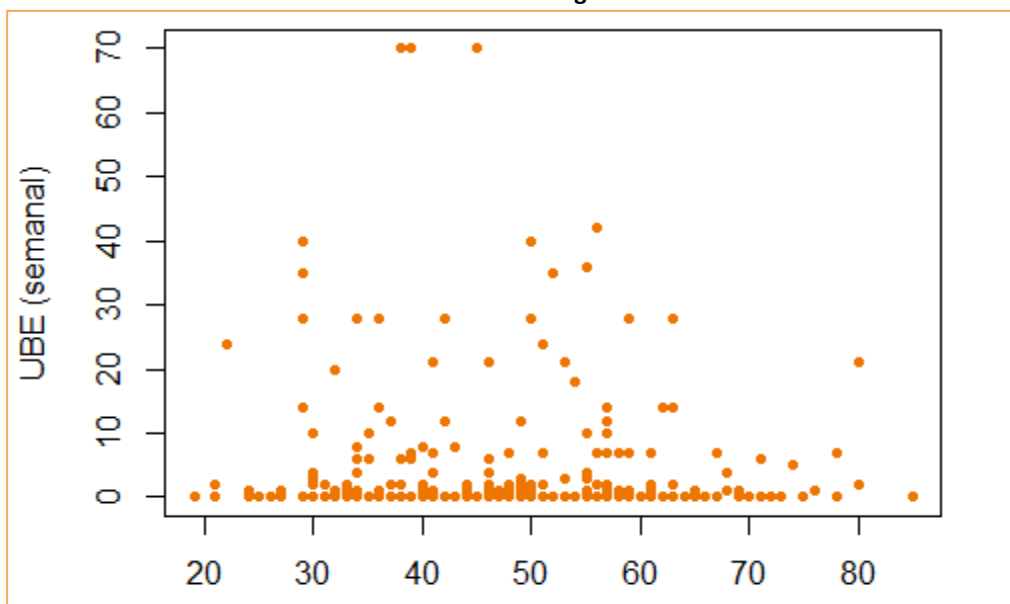
Gráfica 5.48 Relación de los valores de nº de UBE según el sexo



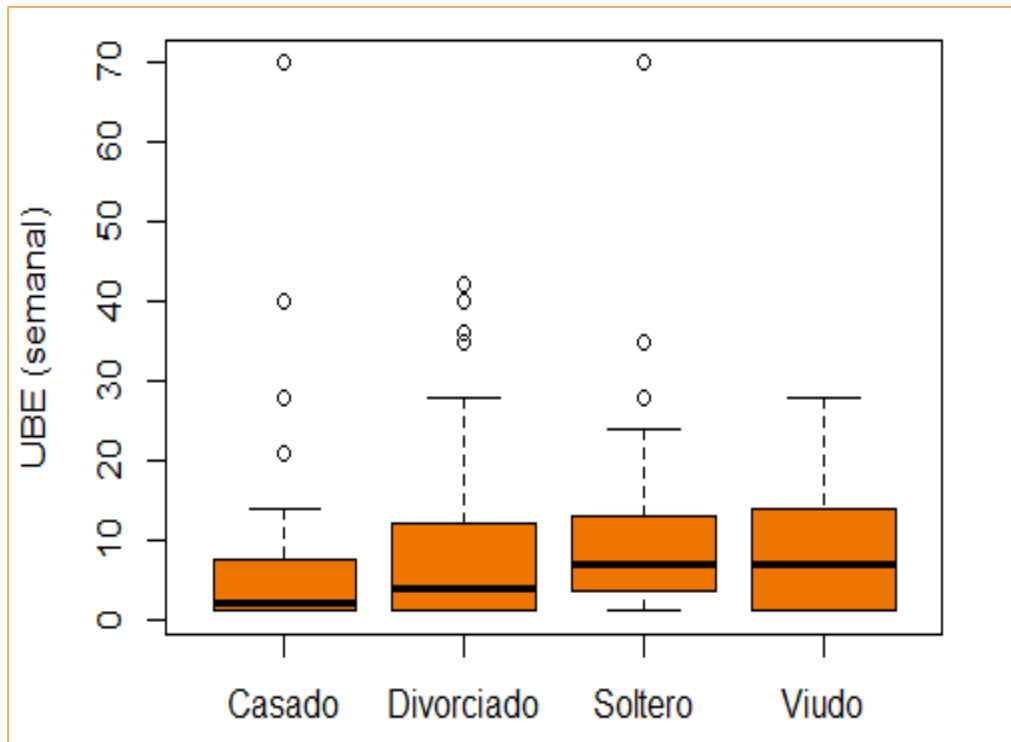
Aplicamos el test de Wilcoxon para examinar si hay diferencias entre el consumo de alcohol según el nº de UBE (semanal) en hombres y mujeres. Obtenemos un p-valor significativo de 0.009, lo que indica que sí que existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres. Si observamos la gráfica anterior, se ve que el valor mediano de nº de UBE es más elevado en hombres.

La correlación entre el nº de UBE y la edad es de -0.05, el signo negativo indica una dirección decreciente, es decir, a mayor edad menor es el nº de UBE del paciente. Sin embargo, el valor es muy próximo a 0, por lo que la correlación es entre ambas variables es insignificante (no hay correlación lineal).

Gráfica 5.49 Relación de los valores de nº de UBE según la edad



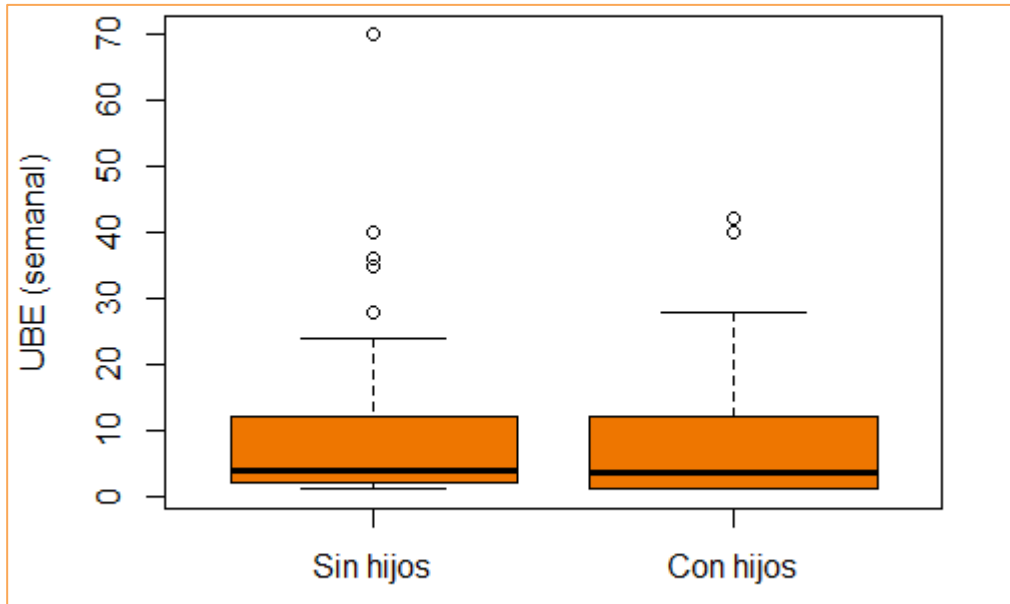
Gráfica 5.50 Relación de los valores de nº de UBE según el estado civil en formato de cajas



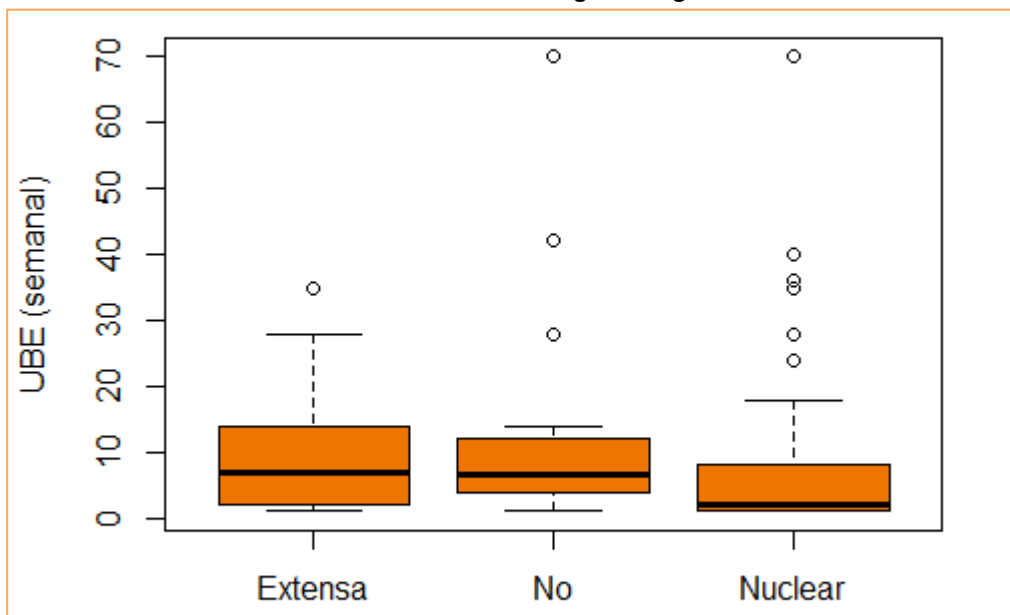
El gráfico muestra una tendencia creciente de niveles de nº de UBE en las categorías de pacientes casados, divorciados y solteros, disminuyendo ligeramente en los pacientes viudos. A pesar de esta tendencia gráfica, el test de Kruskal-Wallis nos devuelve un p-valor de 0.073, lo que indica que estadísticamente no se encuentran diferencias en el consumo de alcohol (según los niveles de nº de UBE) y la situación familiar del paciente.

Tampoco se observan diferencias en el consumo de alcohol según si los pacientes tienen hijos o no. El test de Wilcoxon nos proporciona un p-valor de 0.058, mostrando la no significatividad.

Gráfica 5.51 Relación de los valores de nº de UBE según la presencia de hijos



Gráfica 5.52 Relación de los valores de nº de UBE según arraigo familiar en la isla



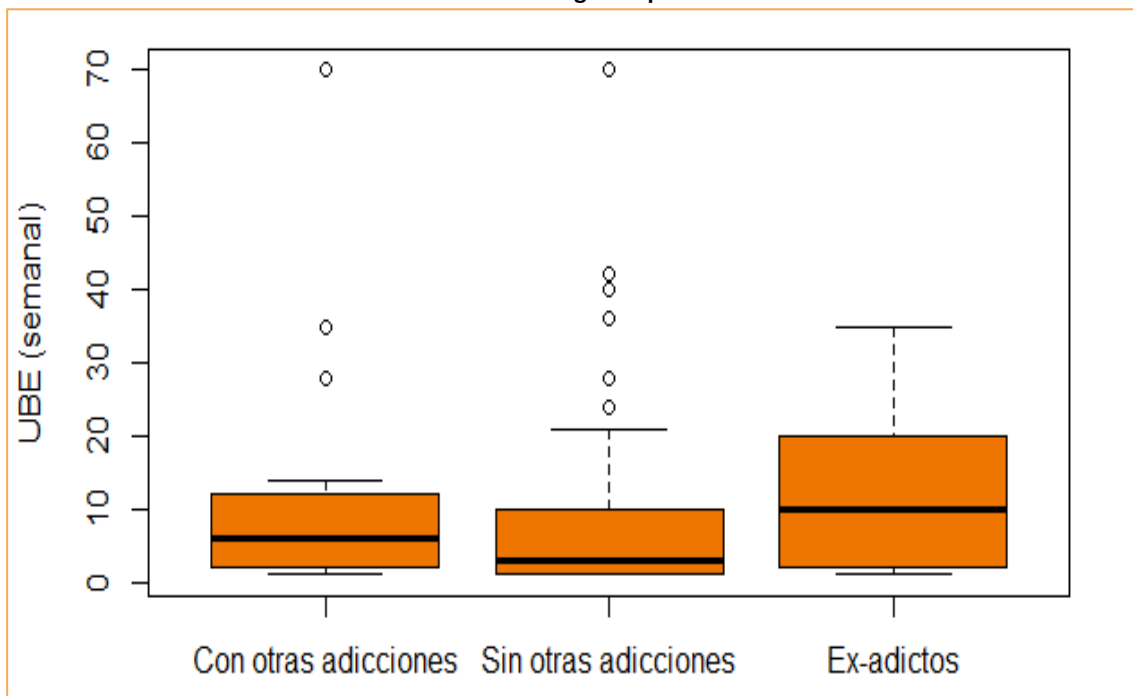
Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si hay diferencias en el consumo de alcohol según el arraigo familiar. Obtenemos un p-valor de 0.040, lo

que indica que sí hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo medio (mediano) de alcohol según el arraigo familiar del paciente.

Observando la gráfica, vemos un consumo (mediano) más elevado en los dos primeros grupos, siendo los que menos consumen aquellos que tienen un arraigo familiar nuclear.

c) **Relación entre el consumo de alcohol y otras adicciones y patologías**

Gráfica 5.53 Relación de los valores de nº de UBE según la presencia de adicciones



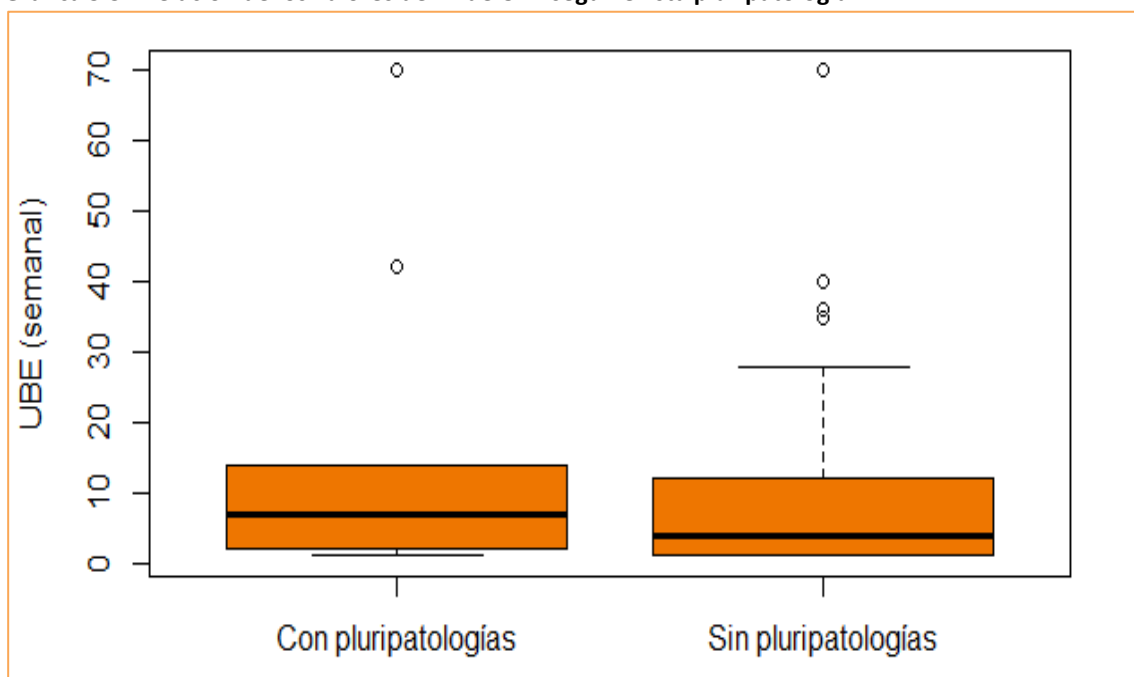
Gráficamente observamos que el valor mediano de las UBE en el grupo de pacientes ex adictos es más elevado que en el resto de grupos. Además se aprecia que el menor consumo mediano se encuentra en el grupo de pacientes que no tienen otras adicciones a parte del alcohol.

A pesar de esta apreciación, el test de Kruskal-Wallis proporciona un p-valor no significativo (0.282), lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol si los pacientes tienen o no otras adicciones.

Examinamos también si existen diferencias entre el consumo de alcohol y aquellos pacientes que presentan pluri-patologías respecto de los que solo tienen una patología. De nuevo, no obtenemos diferencias entre ambos grupos. El test de Wilcoxon nos devuelve un p-valor de 0.388, no significativo.

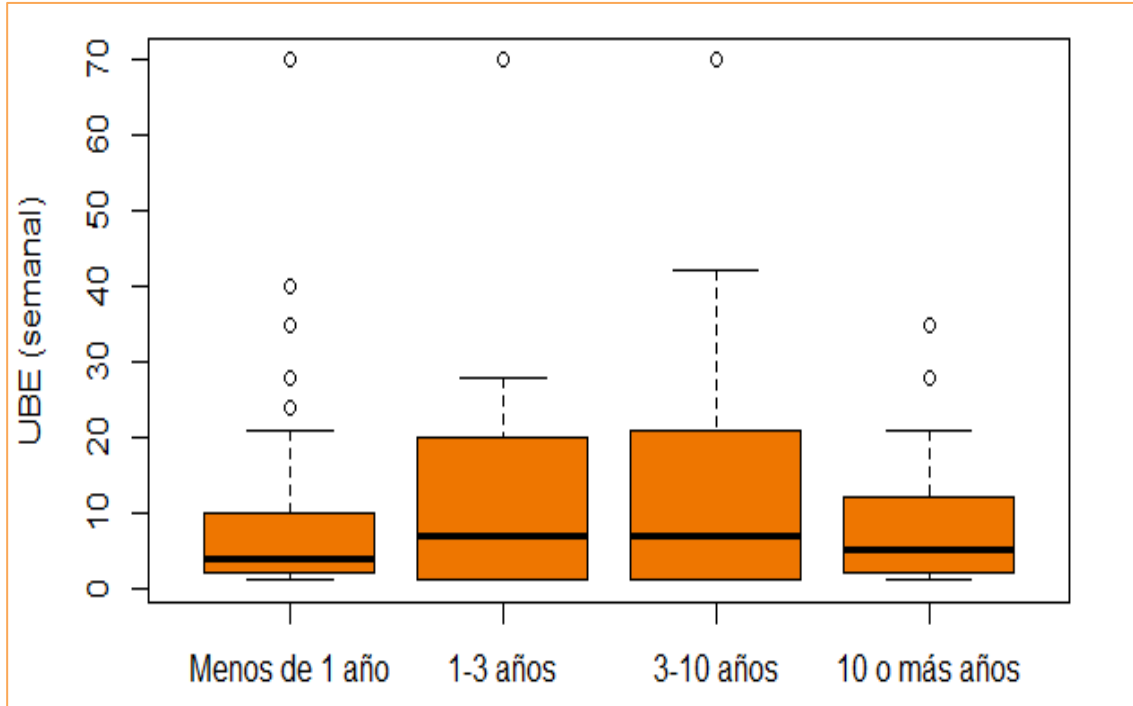
Sin embargo, si observamos el gráfico vemos que el valor mediano de UBE en los pacientes con pluripatologías es ligeramente más elevado que el resto. Aun así, el rango de valores es muy similar.

Gráfica 5.54 Relación de los valores de nº de UBE según exista pluripatología



Examinamos también la relación entre el consumo de alcohol y el tiempo (en años) que los pacientes están en seguimiento en la USM.

Gráfica 5.55 Relación de los valores de nº de UBE según el tiempo de tratamiento



Aplicamos el test de Kruskal-Wallis y obtenemos un p-valor de 0.891, no significativo, lo que indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol según los años que llevan en USM.

A pesar de ello, gráficamente se observan valores más altos en los pacientes que están entre 1 y 10 años.

5.2.3 Análisis multivariante

Modelizamos el consumo de alcohol (UBE semanal) con un modelo lineal generalizado. Como variables explicativas (covariables) introducimos el sexo, la edad, presencia de pluripatologías/ausencia y el tipo de medicación.

(Nota: además de estas variables se han hecho pruebas introduciendo el tipo de trabajo, nivel de estudios, arraigo familiar, tiempo del paciente en USM y la presencia/ausencia de otras adicciones. Ninguno de los modelos planteados presentaba variables significativas ni un buen ajuste).

En la tabla 5.71 se muestran los resultados de la inferencia estadística. El Modelo 1 presenta los resultados del modelo que incluye a todas las covariables arriba citadas; mientras que el Modelo 2 contiene al modelo resultante de realizar una selección de variables, eliminando las variables no significativas y utilizando el Criterio de Información de Akaike (AIC) como criterio de selección (el mejor modelo es el que menor AIC presenta).

El modelo final (Modelo 2) presenta como variables significativas el sexo y el uso de benzodiazepinas y eutimizantes como tratamiento. La estimación del coeficiente de regresión en los tres casos es negativo (-5.62, -8.61 y -3.23, respectivamente), lo que indica que:

Las mujeres tienen un consumo medio de alcohol (en términos de UBE) menor que los hombres, concretamente de 5.62 unidades menos. Los pacientes

con tratamientos de benzodiazepinas o eutimizantes tienen un consumo menor de alcohol que los que no tienen esta medicación, concretamente de 8.61 y 3.23 unidades menos de UBE, respectivamente.

(Observamos que en el Modelo 2 se incluye la edad, que sigue siendo no significativa. Esto es debido a que si la eliminamos del modelo, el ajuste empeora).

Tabla 5.71 Resultados de la inferencia estadística de los modelos 1 y 2.

Variable	Modelo 1			Modelo 2		
	Coficiente estimado	Error estándar	p- valor	Coficiente estimado	Error estándar	p- valor
Interceptación	19.91	5.29	< 0.001	23.72	4.37	<0.001
Sexo (Mujer)	-5.20	2.35	0.029	-5.62	2.17	0.012
Edad	-0.07	0.06	0.256	-0.09	0.06	0.126
Pluripatología	1.14	2.40	0.636	--	--	--
Antidepresivos	0.34	1.27	0.787	--	--	--
Antipsicóticos	2.55	2.44	0.297	--	--	--
Benzodiazepinas	-8.15	3.11	0.001	-8.61	2.97	0.004
Eutimizantes	-3.09	1.33	0.022	-3.23	1.22	0.009
AIC	837.45			832.98		

5.3 Base de datos: Exconsumidores de alcohol

5.3.1 Análisis descriptivo

El total de pacientes es de $N = 111$. Para las variables categóricas se presentan tablas de frecuencias absolutas (n) y porcentajes respecto el total de sujetos (N). Para las variables continuas se muestran los estadísticos: media, desviación típica (DT), mínimo, percentil 25 (P25), mediana, percentil 75 (P75) y máximo.

a) Variables sociodemográficas

Tabla 5.72 Descriptivos de la edad

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	47.17	12.23	19.00	39.00	48.00	56.00	85.00

La edad media de la población de ex bebedores se sitúa ligeramente por encima de los 47 años.

Tabla 5.73 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo

	n	%(N)
Mujeres	51	45.95%
Hombres	60	54.05%

En la muestra existe un mayor porcentaje de hombres que han abandonado el alcohol.

Tabla 5.74 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios

	n	%(N)
Primarios/Elementales	69	62,16%
Secundarios/Grado medio	41	36,94%
Superiores	1	0,90%

Predominan los pacientes con estudios primarios o elementales, siendo anecdótica la presencia de personas con estudios superiores.

Tabla 5.75 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la situación familiar

	n	%(N)
Casado-pareja de hecho	39	35.14%%
Divorciado	24	21.62%
Soltero	41	36.94%
Viudo	7	6.31%

Existe muy escasa diferencia entre los participantes casados o con pareja estable, y los solteros. Siendo muy reducida la presencia de viudos/as, con un grupo intermedio de divorciados.

Tabla 5.76 Frecuencias absolutas y relativas (%) de presencia/ausencia de hijos

	n	%(N)
Sin hijos	84	75.68%
Con hijos	27	24.32%

Tabla 5.77 Frecuencias absolutas y relativas (%) del arraigo socio-familiar

	n	%(N)
Extensa	35	31.53%
No	11	9.91%
Nuclear	65	58.56%

La mayoría de la población participante no tiene hijos, pero tiene a la familia nuclear en la isla. Una gran parte tiene familia extensa, siendo escaso el grupo de personas sin ningún arraigo familiar en la isla.

b) **Variables de consumo**

Cuando esta población consumía alcohol, un porcentaje mayoritario de los pacientes bebía todos los días seguido por el porcentaje que bebía sólo el fin de semana.

Tabla 5.78 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol

	n	%(N)
Mensualmente	16	14.41%
Semanalmente	20	18.02%
Fines de semana	27	24.32%
3 días/semana	6	5.41%
Todos los días	42	37.84%

Gráfica 5.56 Frecuencias absolutas y relativas (%) del consumo de alcohol

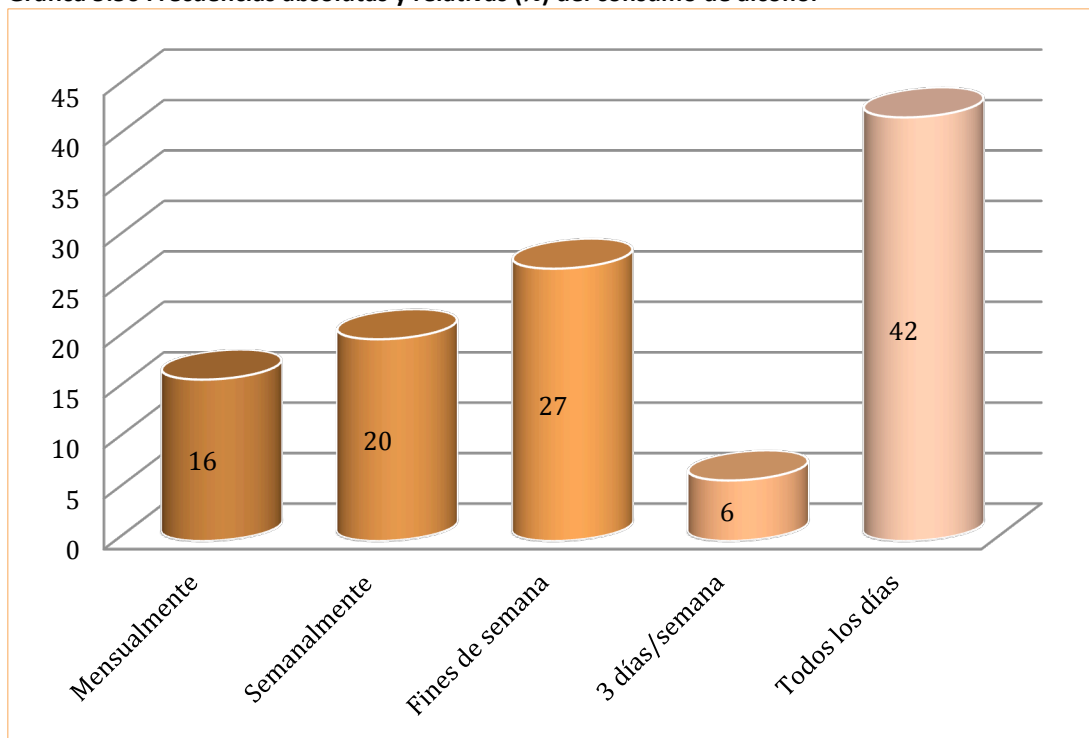


Tabla 5.79 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la cantidad de alcohol

Nº de copas	n	%(N)
1	31	27.93%
2	18	16.22%
3	8	7.21%
> 3	54	48.65%

Tabla 5.80 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

	n	%(N)
Cerveza	45	40.54%
Vino	15	13.51%
Destilados	25	22.52%
Varios/todos ellos	26	23.42%

En cuanto al tipo de bebida más consumido, la cerveza es la más frecuente pero los destilados y el grupo que bebe todo tipo de bebidas alcohólicas son

mucho más habituales que en los otros grupos (en pacientes de USM 4,93% y 8,88% y en población general trabajadora 5,47 y 12,88%).

Gráfica 5.57 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

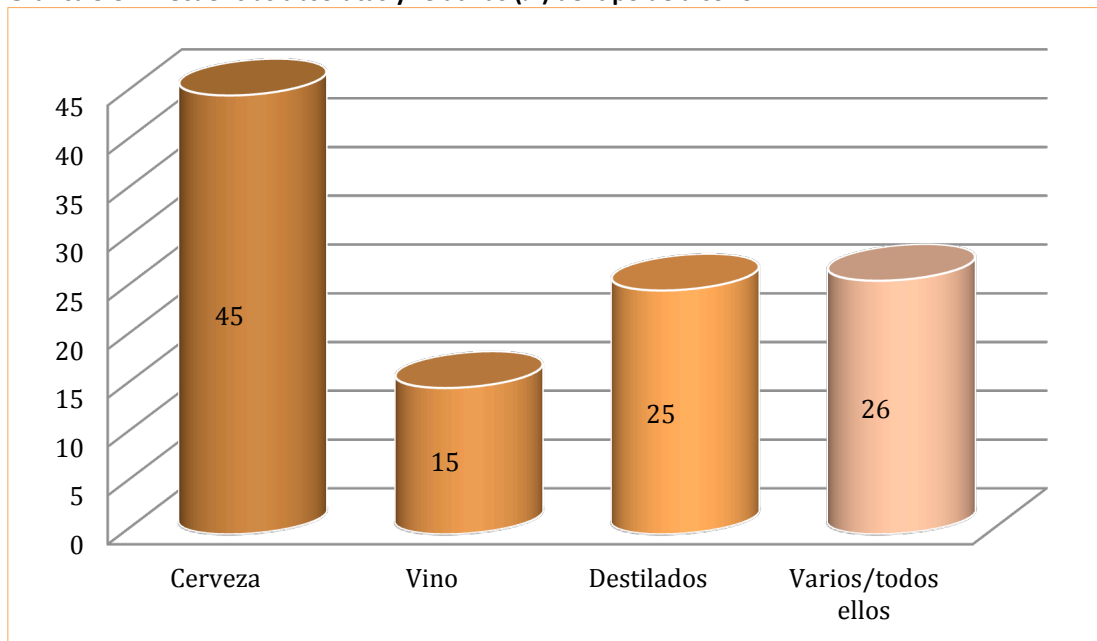


Tabla 5.81 Descriptivos de los ml. de bebida

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	1030.00	1045.95	50.00	275.00	666.00	1498.00	5000.00

Tabla 5.82 Descriptivos de los ml. de alcohol

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	95.99	98.97	15.00	32.50	65.00	109.90	650.00

Tabla 5.83 Descriptivos de los ml. de alcohol/semana

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	391.60	553.94	5.00	40.00	160.00	559.40	2800.00

Tabla 5.84 Descriptivos de los ml. de alcohol/día (total) (población bebedora)

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	55.94	79.13	0.71	5.71	22.86	79.92	400.00

Los consumos de alcohol cuantificados en función del número de copas referidos por la población se sitúa en una media de 391,6 ml/semana y en 55,94 ml./día. En esta población también la desviación típica es muy pronunciada mostrando una gran variabilidad.

Tabla 5.85 Descriptivos de la puntuación de la escala de consumo (AUDIT) en la actualidad

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	0.99	1.79	0.00	0.00	0.00	1.00	9.00

Tabla 5.86 Puntuación de la escala de consumo (AUDIT)

	n	%(N)
0	63	56.76%
1	22	19.82%
2	16	14.41%
3	3	2.70%
4	2	1.80%
5	0	0.00%
6	2	1.80%
7	0	0.00%
8	0	0.00%
9	3	2.70%

Algunos pacientes presentan puntuación en el AUDIT a pesar de no consumir alcohol porque este test se realiza sobre el alcohol consumido en el último año, y varios pacientes llevaban menos de una año sin beber.

Tabla 5.87 Descriptivos del nº de UBE semanal

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	23.99	40.11	1.00	3.00	14.00	30.00	280.00

Tabla 5.88 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal

UBE (N=130)	Mujeres	Hombres	Total
Leve	32 (62.75%)	33 (55.00%)	65 (58.56%)
Moderado	7 (13.73%)	14 (23.33%)	21 (18.92%)
Severo	12 (23.53%)	13 (21.67%)	25 (22.52%)
Total	51	60	111

Si se diferencia este consumo en función del sexo, se observa que no existen grandes diferencias, pero que en el consumo leve se muestra un porcentaje más elevado de mujeres que de hombres a expensas del consumo moderado.

Gráfica 5.58 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE semanal

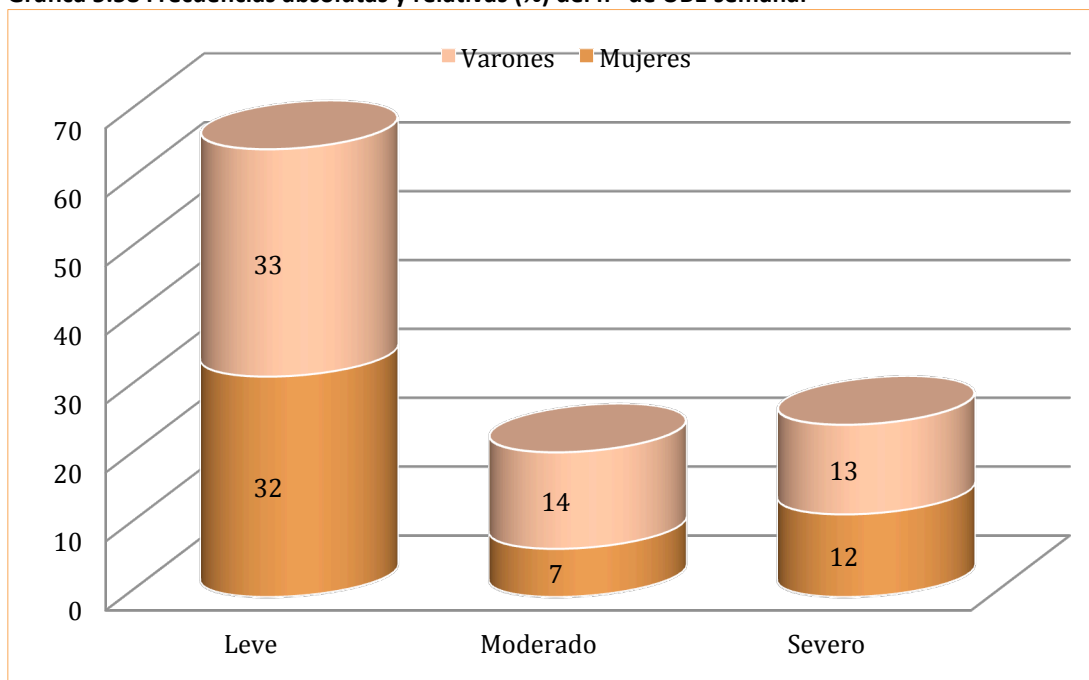
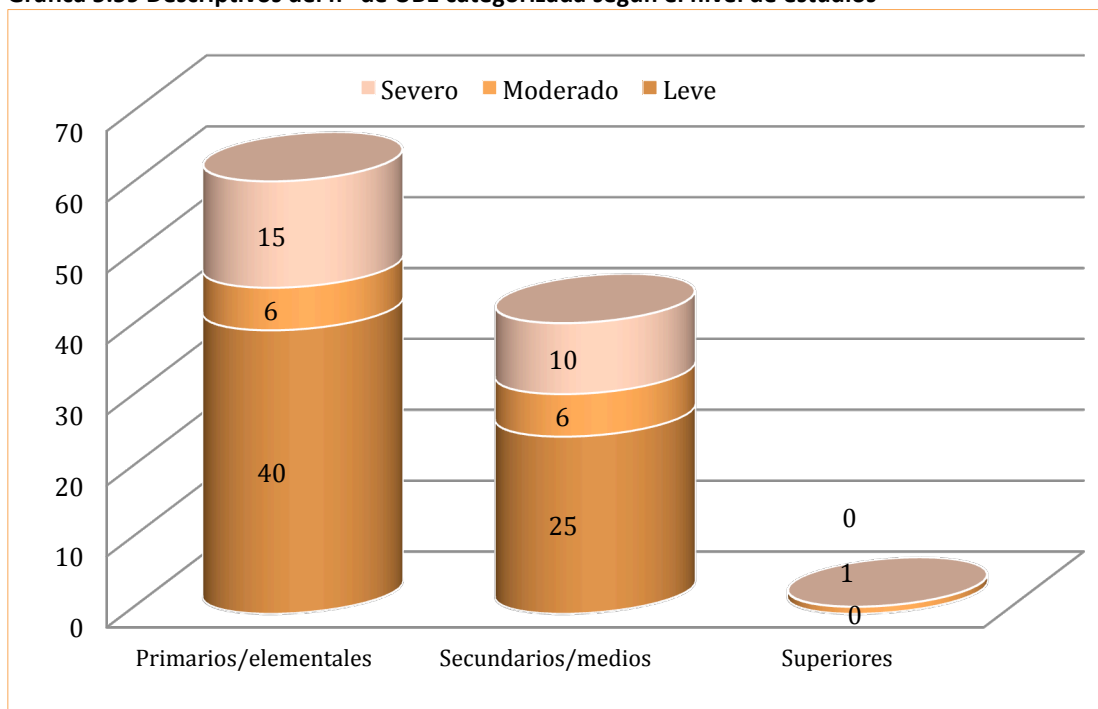


Tabla 5.89 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios

UBE (N=111)	Primarios/elementales	Secundarios/medios	Superiores
Leve	40 (57.97%)	25 (60.98%)	0 (0%)
Moderado	14 (20.29%)	6 (14.63%)	1 (100%)
Severo	15 (21.74%)	10 (24.39%)	0 (0%)
Total	69	41	1

El consumo de alcohol es más elevado cuanto más bajo es el nivel de estudios en todos los niveles de consumo. Dentro de los niveles primarios/elementales y secundarios/medios es más frecuente el consumo leve seguido del moderado en los primarios/elementales y el severo en los secundarios/medios. El único individuo con estudios superiores presenta un consumo moderado.

Gráfica 5.59 Descriptivos del nº de UBE categorizada según el nivel de estudios



c) Características del trabajo

Tabla 5.90 Frecuencias absolutas y relativas (%) la situación socio-laboral

	n	%(N)
Ama de casa	4	3.60%
Desempleado	32	28.83%
Pensionista	45	40.54%
Trabajador eventual	8	7.21%
Trabajador fijo	22	19.82%

Entre los pacientes ex bebedores que participan en el estudio solo un porcentaje global del 27,03% trabaja de forma fija o eventual, siendo mayoritarios los que no forman parte de la población laboral activa, destacando el grupo de pensionistas (40,54%) y el de desempleados (28,83%).

Tabla 5.91 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según CIUO 2011

	n	%(N)
Manual	25	22.5
No manual	9	8.11
Sin trabajo	77	69.37

Dentro de los pacientes que trabajan, la mayoría lo hacen en puestos de trabajo manual, también denominados Blue collar y englobados en la clase social 3 fundamentalmente (clase social más baja).

Tabla 5.92 Frecuencias absolutas y relativas (%) de la clase social según CIUO 2011

	n	%(N)
1	2	1.80
2	7	6.31
3	25	22.52

Tabla 5.93 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo

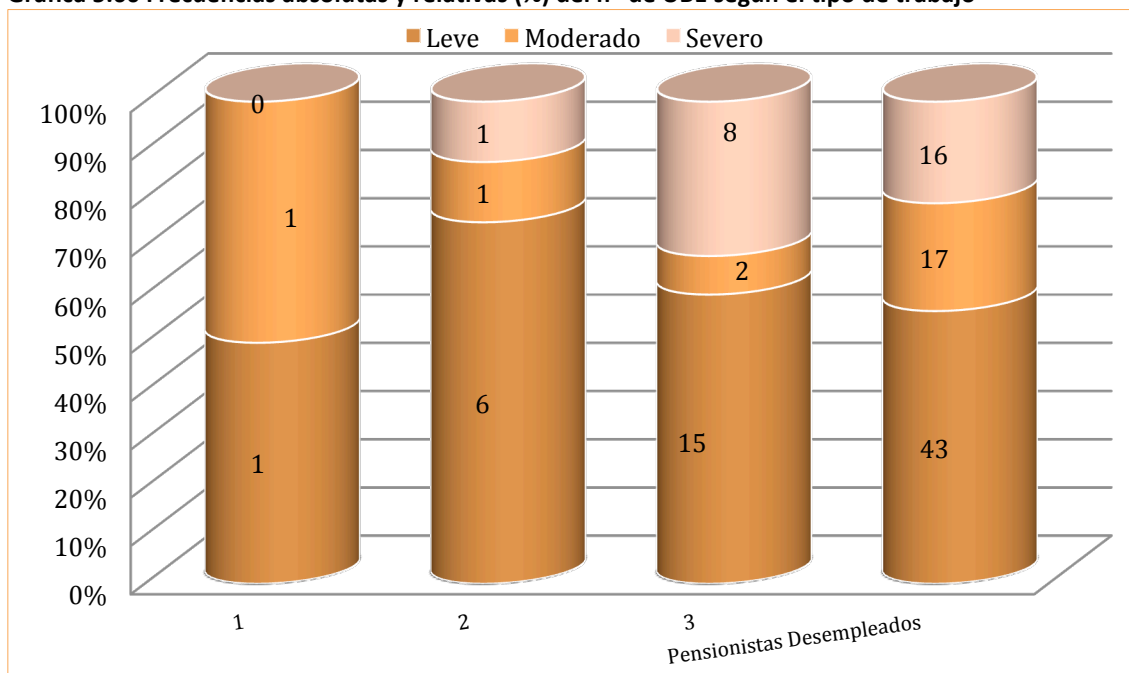
UBE (N=130)	Manual	No manual	Pensionistas/Desempleados
Leve	15 (57.14%)	6 (66.00%)	44 (66-67%)
Moderado	2 (22.08%)	2 (22.00%)	17 (22.22%)
Severo	8 (20.78%)	1 (11.00%)	16 (11.11%)
Total	25	9	77

Tabla 5.94 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según la clase social CIUO-11

UBE (N=130)	1	2	3	Pensionistas/Desempleados
Leve	1 (50.00%)	6 (75.00%)	15 (60.00%)	43 (56.58%)
Moderado	1 (50.00%)	1 (12.50%)	2 (8.00%)	17 (22.37%)
Severo	0 (0.00%)	1 (12.50%)	8 (32.00%)	16 (21.05%)
Total	2	8	25	76

El grado de consumo es mayor en los trabajadores manuales que en los no manuales, salvo en el grupo de bebedores moderados donde prácticamente son iguales. Es también mayor en todos los grados, cuanto más baja es la clase social de pertenencia, mayor en la clase 3 que en la 2 y en la 1.

Gráfica 5.60 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nº de UBE según el tipo de trabajo



d) Adicciones y características de la patología

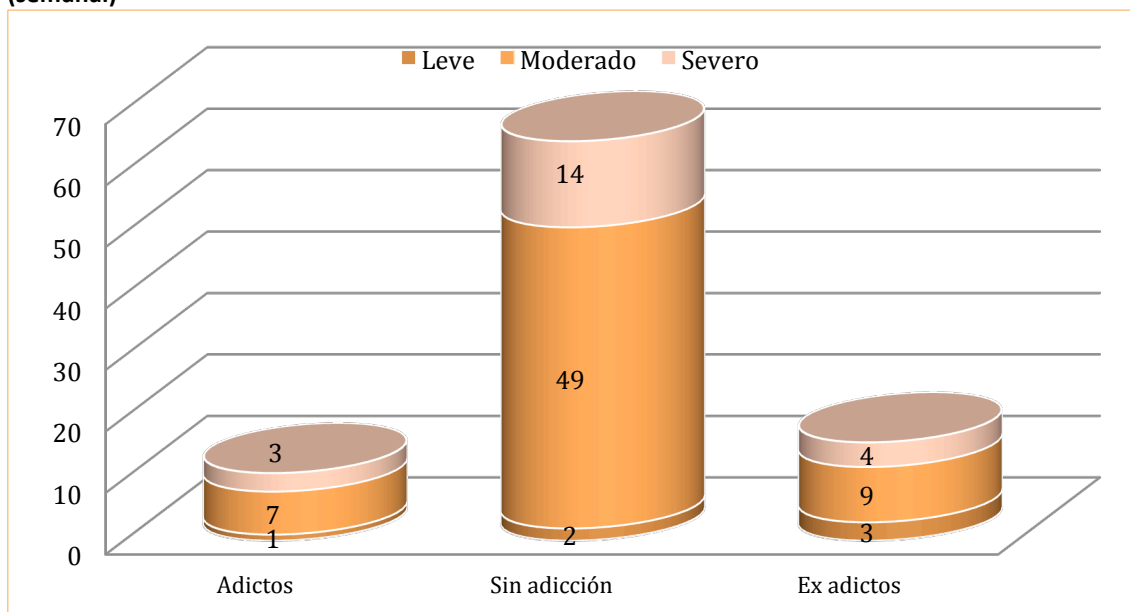
Tabla 5.95 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y nº de UBE (semanal)

	n	%(N)
Sí	10	9.01%
No	69	62.16%
Ex-hipnóticos	0	0.00%
Ex-alcohol	19	17.12%
Ex -cánnabis	2	1.80%
Ex -cocaína	0	0.00%
Ex - policonsumo	11	9.91%

Tabla 5.96 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y nº de UBE (semanal)

	Sí	No	Ex adictos
Leve	1	2	3
Moderado	7	49	9
Severo	3	14	4
Total	11	65	16

Gráfica 5.61 Frecuencias absolutas y relativas (%) de pacientes con/sin adicciones y nº de UBE (semanal)



El mayor consumo de sustancias entre los adictos, lo es hacia el cánnabis, siendo muy poca la prevalencia de consumo de otro tipo de sustancias.

Tabla 5.97 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de adicciones

	n	%(N)
No	95	85.59%
Anabolizantes	0	0.00%
Cánnabis	11	10.00%
Coca	0	0.00%
Cortes en la muñeca	0	0.00%
Hipnóticos	3	2,70%
Policonsumo	2	1.80%

Tabla 5.98 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de adicciones (se incluye sólo a los pacientes que responden "sí" en la tabla 5.95)

	n	%(N)
Anabolizantes	0	0.00%
Cánnabis	8	80.00%
Coca	0	0.00%
Cortes en la muñeca	0	0.00%
Hipnóticos	1	10.00%
Poli	1	10.00%
Total	10	100.00%

El mayor grupo de pacientes participantes en el estudio presentan mayoritariamente algún tipo de psicosis seguido de patología ansiosa.

La mayor parte de los pacientes presenta una patología única.

Tabla 5.99 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas

	n	%(N)
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos	1	0.90%
F10-F19 Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	2	1.80%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	38	34.23%
F30-39 Trastornos del humor Bipolar	16	14.41%
F30-39 Trastornos del humor Depresivos	16	14.41%
F40-49 trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	32	28.83%
F60-69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto	11	9.91%
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1	0.90%

Tabla 5.100 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los pacientes con pluripatologías

	n	%(N)
Con pluripatologías	7	6.31%
Solo una patología	104	93.69%

Tabla 5.101 Frecuencias absolutas y relativas (%) de las patologías psiquiátricas de los pacientes que tienen solo una patología

	n	%(N=281)
F00-F09 Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos	0	0.00%
F10-F19 Trastornos mentales del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas	0	0.00%
F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	37	35.58%
F30-39 Trastornos del humor Bipolar	16	15.38%
F30-39 Trastornos del humor Depresivos	15	14.42%
F40-49 trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	28	26.92%
F60-69 Trastornos de la personalidad y el comportamiento del adulto	7	6.73%
F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	1	0.96%
Total	104	100.00%

Tabla 5.102 Frecuencias absolutas y relativas (%) de los tratamientos

	n	%(N)
Antidepresivos	67	60.36%
Antipsicóticos	63	56.76%
Benzodiazepinas	68	61.26%
Eutimizantes	22	19.82%
Estimulantes	0	0.00%
Otros	2	1.80%

Los tratamientos prescritos con mayor frecuencia son las benzodiazepinas, los antidepresivos, y los antipsicóticos, existiendo escasa diferencia entre ellos. La presencia de eutimizantes es escasa, los estimulantes son inexistentes y el porcentaje de fármacos de otros grupos es meramente referencial.

Tabla 5.103 Descriptivos del tiempo (en años) de seguimiento en USM.

N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
111	8.40	10.57	0.00	1.00	3.00	14.00	40.00

Categorizamos el tiempo que transcurre entre la primera visita del paciente a la USM y la visita en la que se toman los datos en cuatro categorías: menos de un año, entre 1 y 3 años, entre 3 y 10 años y más de 10 (inclusive).

Tabla 5.104 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tiempo de seguimiento en USM

	n	%(N)
Menos de 1 año	45	40.54
Entre 1 y 3 años	13	11.71
Entre 3 y 10 años	16	14.41
Más de 10 años	37	33.33

e) Motivo y tiempo de abandono del alcohol

Tabla 5.105 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tiempo de abandono del consumo de alcohol

	n	%(N)
Definitivo	98	88.29
Provisional	13	11.71

La mayor parte de los pacientes de la muestra que han abandonado el alcohol lo han hecho de manera definitiva.

Tabla 5.106 Frecuencias absolutas y relativas (%) del motivo de abandono del alcohol

	n	%(N)
Por la medicación	39	35.14
Prescripción médica	15	13.51
Presión socio familiar	6	5.41
Voluntaria	51	45.95

Tabla 5.107 Frecuencias absolutas del motivo y tiempo de abandono del alcohol

	Definitivo		Provisional	
	n	%(n)	n	%(n)
Por la medicación	33	33,67%	6	46,15%
Prescripción médica	14	14,28%	1	7,7%
Presión socio familiar	5	5,10%	1	7,7%
Voluntaria	46	46,93%	5	38,46%

El motivo que reconocen con más frecuencia es el convencimiento propio, refiriendo que lo han abandonado de manera voluntaria. El segundo motivo más frecuente es la toma de medicación. Un porcentaje mínimo reconoce que se debe a la presión de la familia o social.

Para el abandono provisional el motivo más frecuente es la toma de medicación, seguido por la decisión voluntaria. Para el abandono definitivo sucede a la inversa, siendo la motivación más frecuente es la decisión voluntaria seguido de la toma de medicación.

Tabla 5.108 Frecuencias absolutas del motivo de abandono del alcohol según el tiempo de seguimiento en USM

	≤1 año	1-3 años	3-10 años	≥10 años
Por la medicación	11	6	4	18
Prescripción médica	6	2	2	5
Presión socio familiar	3	1	1	1
Voluntaria	25	4	9	13

Tabla 5.109 Frecuencias absolutas del tiempo de abandono del alcohol según el tiempo de seguimiento en USM

	≤1 año	1-3 años	3-10 años	≥10 años
Definitivo	36	12	15	35
Provisional	9	1	1	2

La toma de medicación es la causa más frecuente entre la población que lleva más años en seguimiento en la USM. La prescripción médica tiene mayor frecuencia entre los que llevan menos de un año o más de 10 años. Por otra parte, la presión socio familiar parece haber incidido más en los que llevan menor tiempo de seguimiento, ya que la mitad de los abstinentes por esta causa llevan menos de un año de seguimiento.

Mientras que el abandono voluntario es la causa más frecuente entre los que llevan menos de un año y entre los que llevan de tres a 10 años en seguimiento, entre los pacientes que llevan de uno a tres años o más de diez la causa más frecuente de cese del hábito enólico es la toma de medicación.

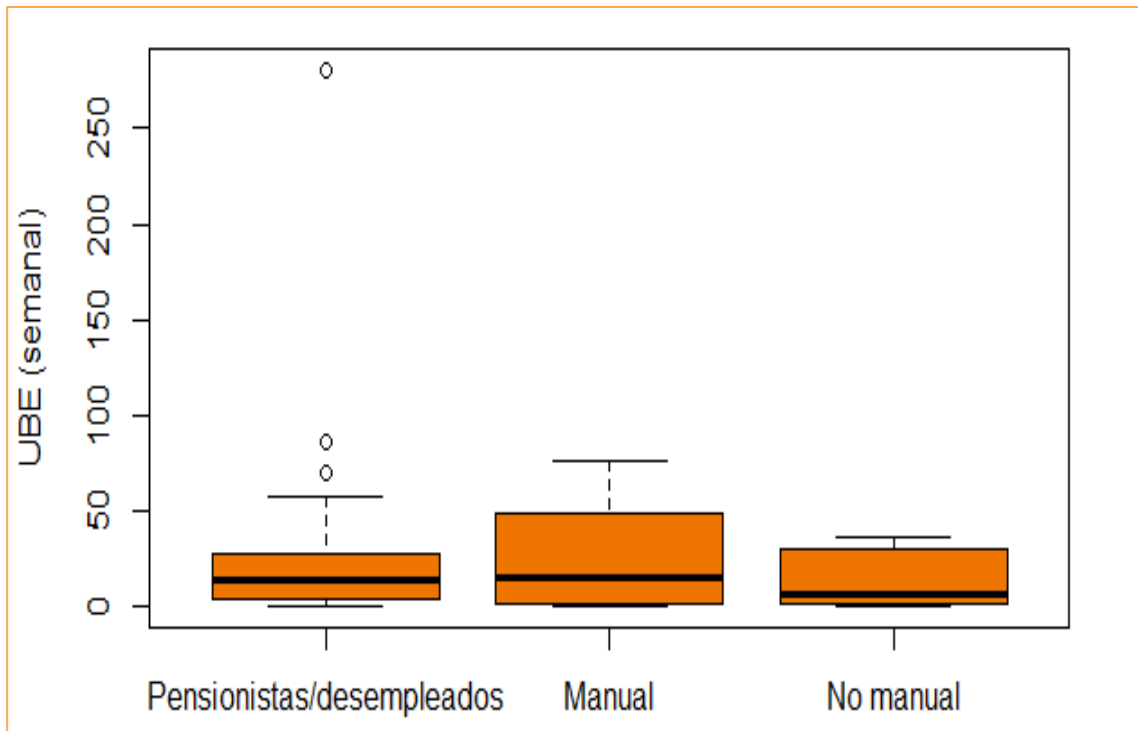
El abandono de alcohol definitivo se concentra en los dos extremos del tiempo de seguimiento (menos de un año o más de diez), mientras que el abandono provisional es mucho más frecuente en los pacientes con menos de un año de seguimiento.

5.3.2 Análisis bivariante

En el análisis bivariante se incluyen los 111 participantes que son exbebedores.

a) Relación entre el consumo de alcohol y las características laborales

Gráfica 5.62 Relación de los valores de nº de UBE según las características laborales



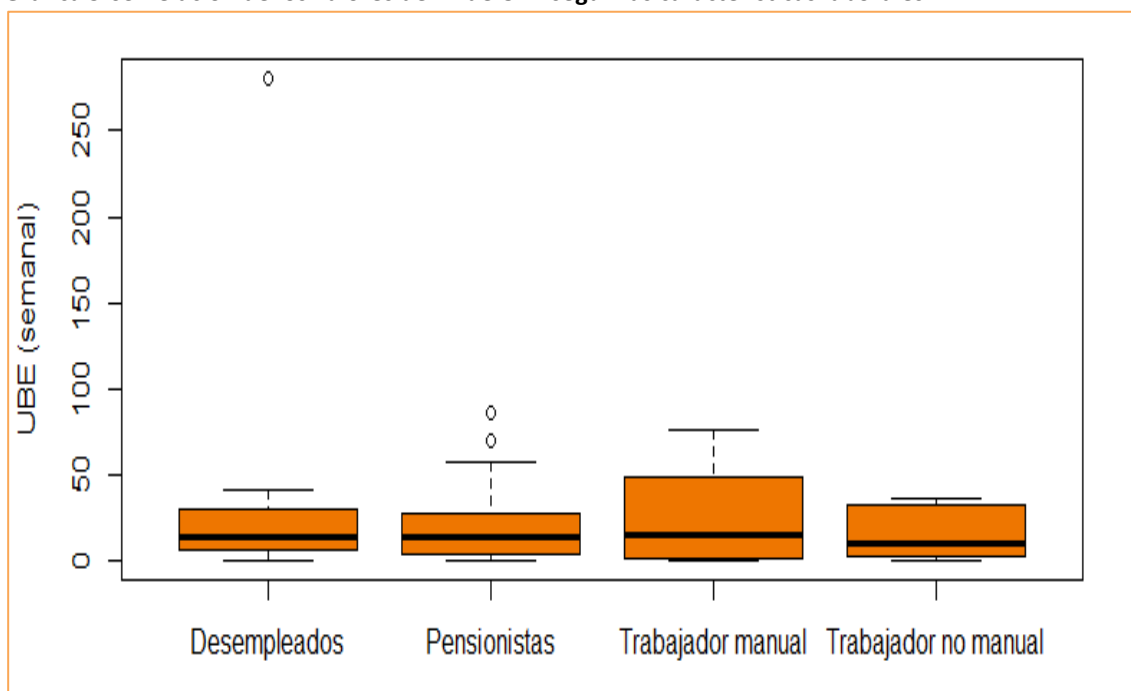
Aplicamos el test de Kruskal-Wallis para examinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de nº de UBE según los distintos grupos de tipo de trabajo (incluyendo a los pensionistas y desempleados). Obtenemos un p-valor de 0.786, lo que indica que no existen diferencias en el

consumo de alcohol (UBE semanal) según los trabajadores de tipo manual, no manual y los pacientes que no desempeñan ningún trabajo.

Eliminamos a las amas de casa del grupo de trabajadores 'manuales' y separamos en grupos distintos a los pensionistas de los desempleados (ver gráfica siguiente). El test de Kruskal Wallis nos devuelve un p-valor de 0.923, de nuevo no significativo, lo que indica que no existen diferencias en el consumo de alcohol según pensionistas, desempleados y trabajadores manuales y no manuales.

Gráficamente se observa que los cuatro grupos tienen una mediana muy similar, a pesar de que los trabajadores (sobre todo los manuales) tengan una mayor variabilidad y valores algo más elevados en el consumo de alcohol. También destaca el elevado consumo (UBE > 250) en uno de los desempleados.

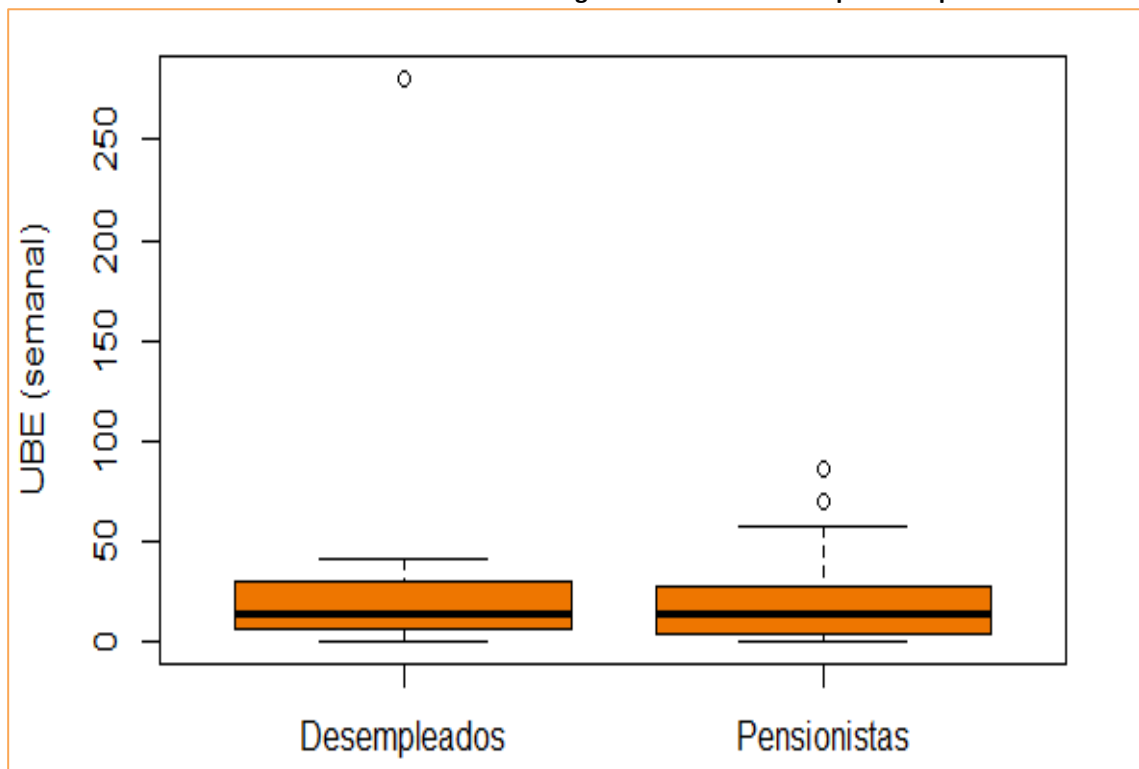
Gráfica 5.63 Relación de los valores de nº de UBE según las características laborales



Si examinamos por separado a los pensionistas y desempleados que consumen alcohol (n=32 y 45, respectivamente), vemos en el gráfico siguiente que ambos grupos tienen valores de nº de UBE muy similares. Esto no ocurre en los pacientes de la USM que actualmente consumen alcohol.

El test de Wilcoxon devuelve un p-valor de 0.656, lo que confirma que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medianas.

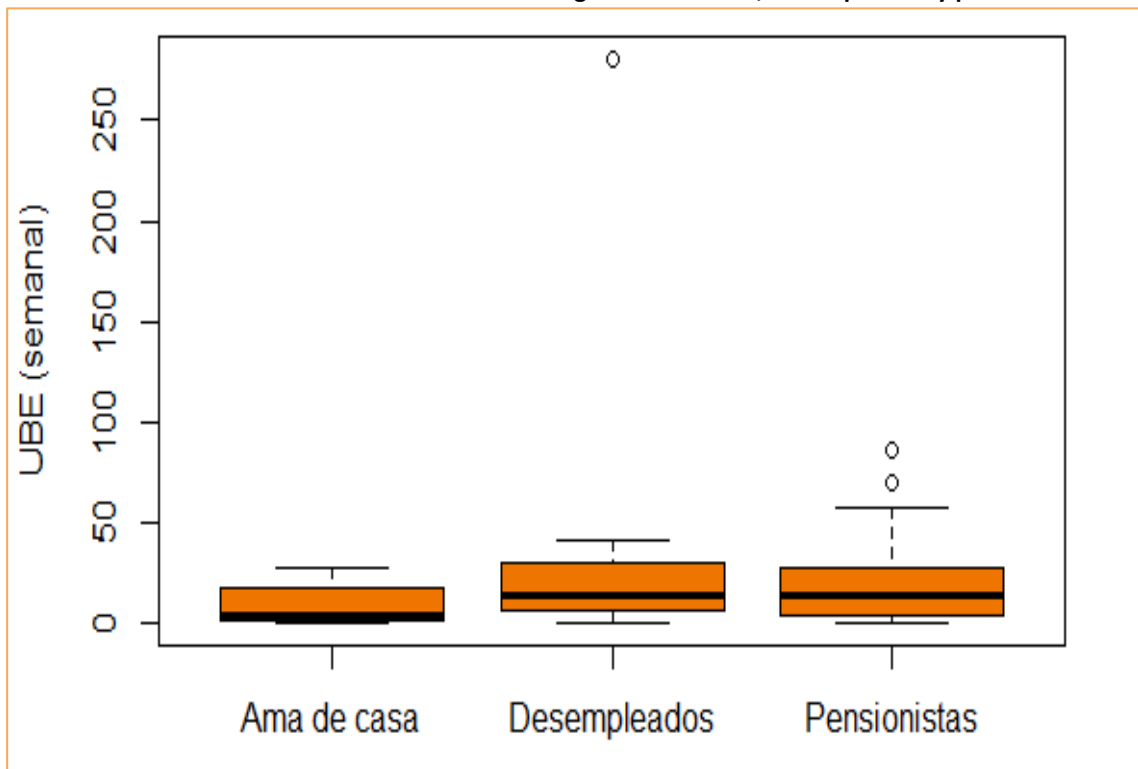
Gráfica 5.64 Relación de los valores de nº de UBE según situación de desempleado o pensionista



Realizamos una comparación entre los desempleados, pensionistas y amas de casa para determinar si existen diferencias significativas en el consumo de alcohol. Aplicamos el test de Kruskal-Wallis y obtenemos un p-valor = 0.439, no

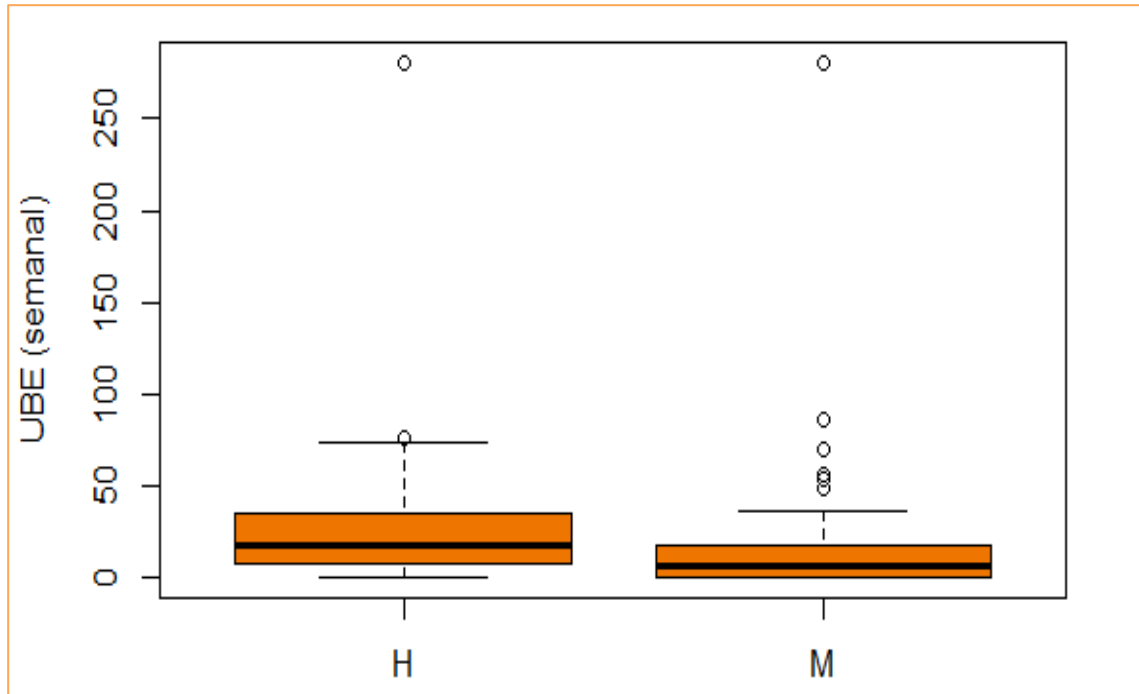
significativo, indicando que no hay diferencias en el consumo de alcohol (según nº de UBE semanal) entre los tres grupos. A pesar de ello, gráficamente observamos que la mediana de nº de UBE semanales de las amas de casa es algo menor que los otros dos grupos (mediana Amas de casa = 4.5; mediana desempleados = 14; mediana pensionistas = 14).

Gráfica 5.65 Relación de los valores de nº de UBE según ama de casa, desempleados y pensionistas



b) **Relación entre el consumo de alcohol y las características socio demográficas y aspectos familiares**

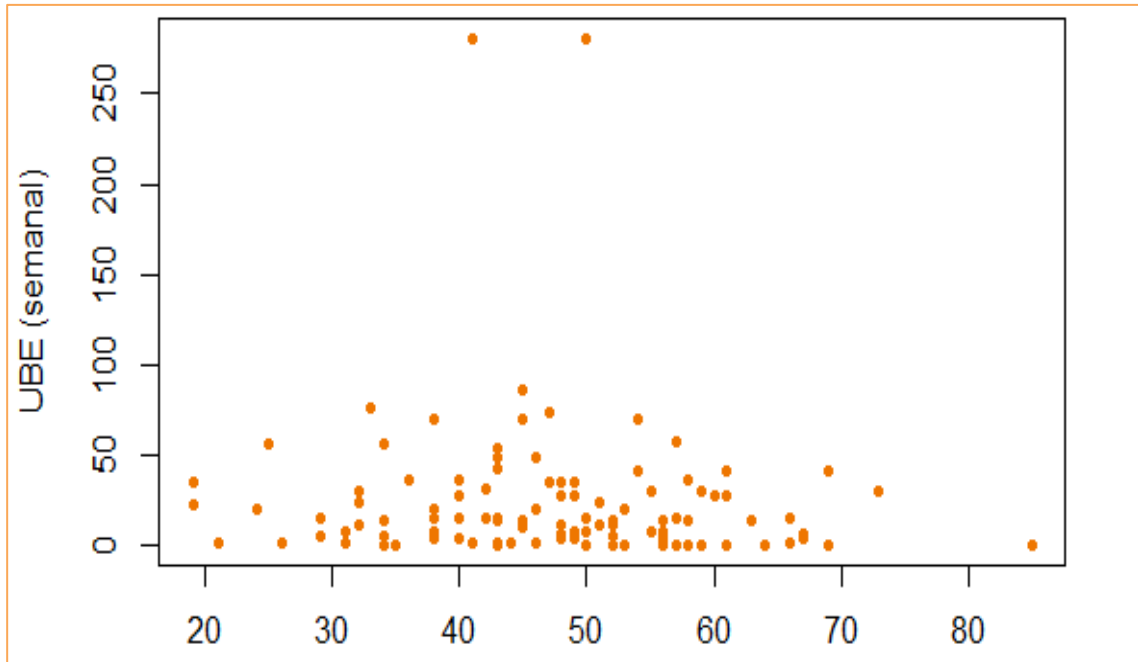
Gráfica 5.66 Relación de los valores de nº de UBE según el sexo



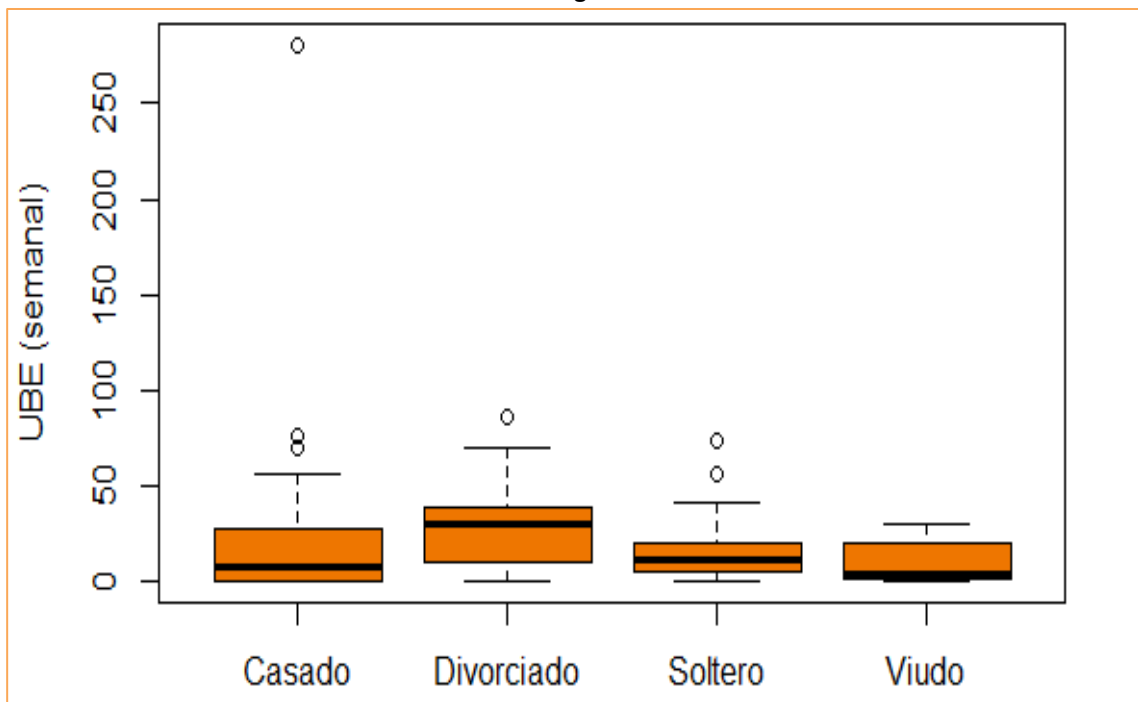
Aplicamos el test de Wilcoxon para examinar si hay diferencias entre el consumo de alcohol según el nº de UBE (semanal) en hombres y mujeres. Obtenemos un p-valor significativo de 0.002, lo que indica que sí que existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres. Si observamos la gráfica anterior, se ve que el valor mediano de nº de UBE es más elevado en los hombres.

La correlación entre el nº de UBE y la edad es de -0.16, el signo negativo indica una “dirección” decreciente, es decir, a mayor edad menor es el nº de UBE del paciente. Sin embargo, el valor es muy próximo a 0, por lo que la correlación es entre ambas variables es insignificante (no hay correlación lineal).

Gráfica 5.67 Relación de los valores de nº de UBE según la edad



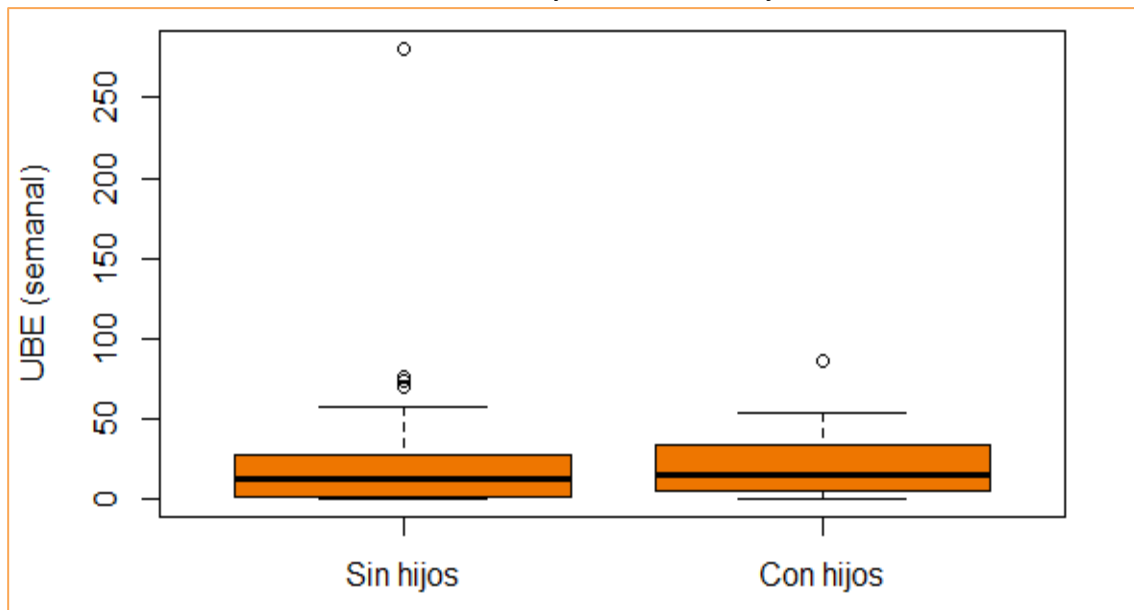
Gráfica 5.68 Relación de los valores de nº de UBE según la situación familiar



Gráficamente se observa que los divorciados tienen un consumo mediano de alcohol más elevado que el resto de grupos, que se sitúan en niveles similares.

Estadísticamente, el test de Kruskal-Wallis nos devuelve un p-valor no significativo, tomando un valor de 0.108.

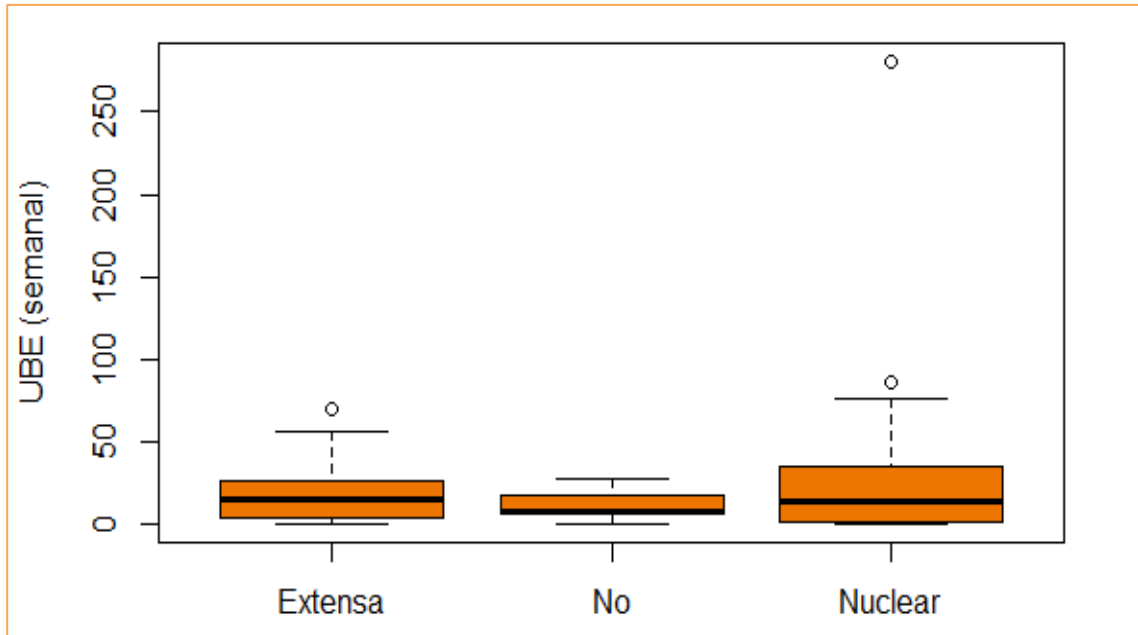
Gráfica 5.69 Relación de los valores de nº de UBE y la existencia de hijos



El mismo resultado se obtiene si comparamos a los pacientes que tienen carga familiar (hijos) o no. Obtenemos un p-valor de 0.322, no significativo.

Si examinamos si existen diferencias en el consumo de alcohol según el arraigo familiar de los pacientes, el test de Kruskal-Wallis devuelve un p-valor de 0.597. Esto indica que no hay diferencias en los valores del nº de UBE semanales según los tres grupos examinados.

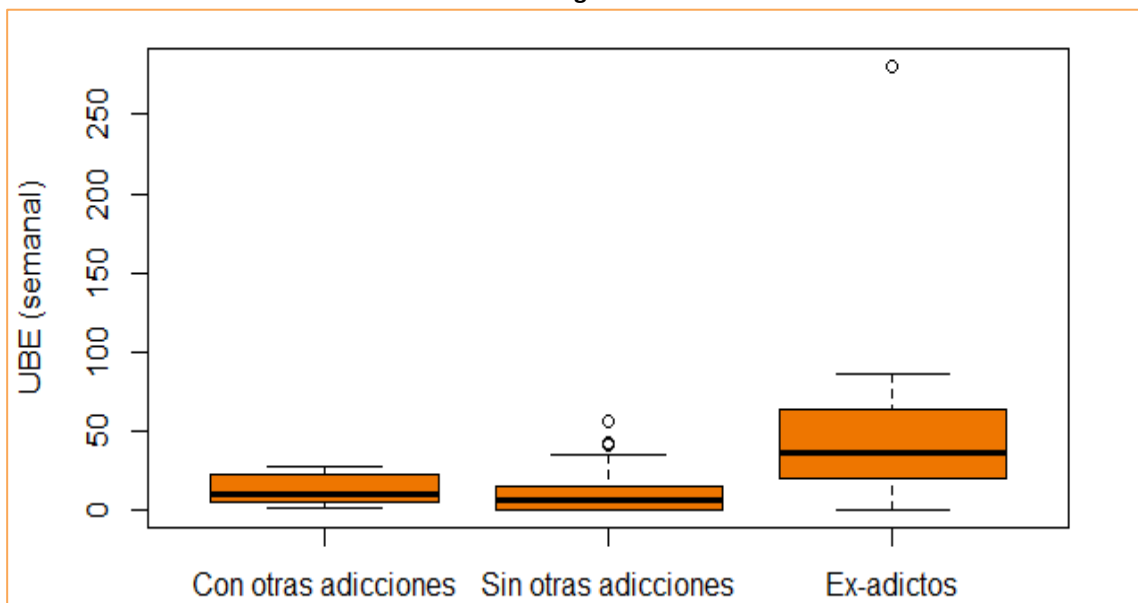
Gráfica 5.70 Relación de los valores de nº de UBE según el arraigo familiar en la isla



Gráficamente si se observa que lo pacientes con una familia de tipo nuclear, tiene una mayor variabilidad en el consumo de alcohol. Pero en los tres casos, las medianas son muy similares.

c) **Relación entre el consumo de alcohol y otras adicciones y patologías**

Gráfica 5.71 Relación de los valores de nº de UBE según la existencia de otras adicciones

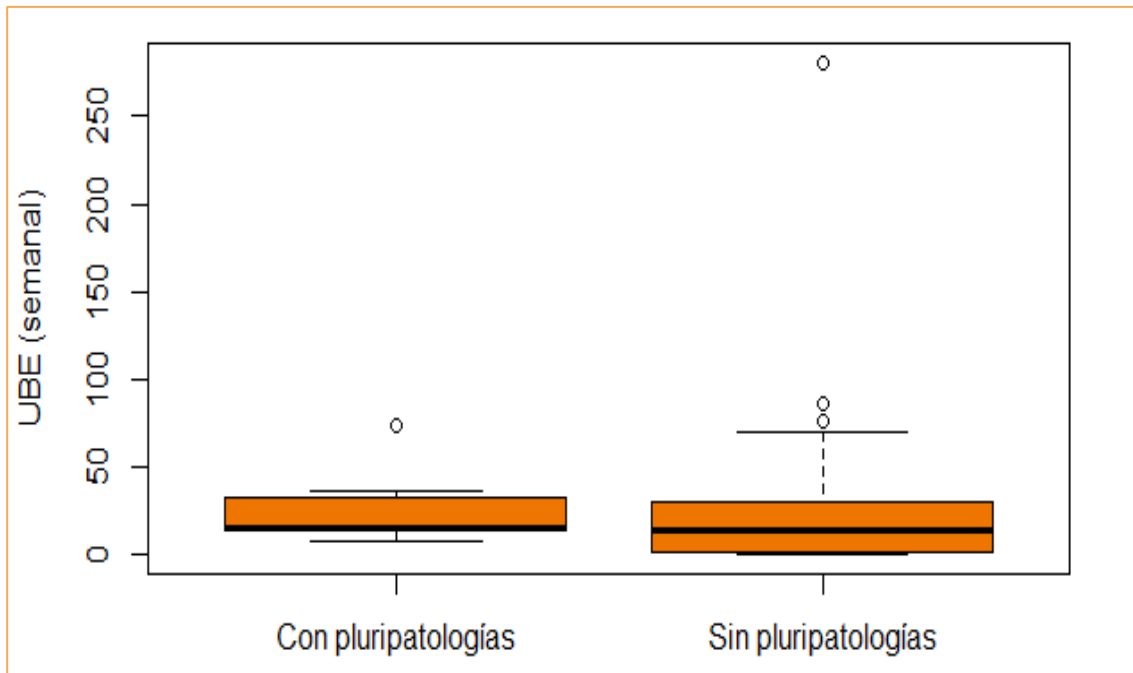


Examinamos el consumo en los pacientes que presentan otras adicciones, ex adictos o que no consumen nada más que alcohol. Gráficamente se observa una clara diferencia, respecto al consumo de alcohol, en los pacientes ex adictos, que muestran un consumo de alcohol más elevado.

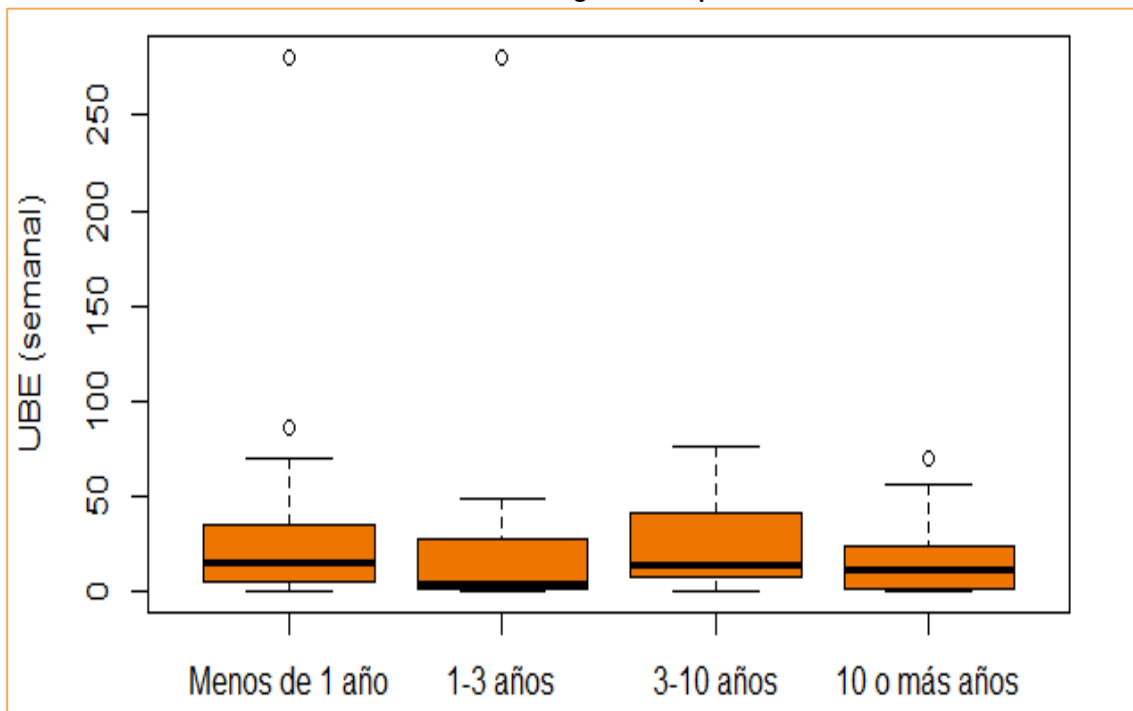
El test de Kruskal-Wallis nos devuelve un p-valor significativo (< 0.001), lo que corrobora lo examinado en el gráfico. Los test de comparaciones múltiples post-hoc confirman que no se encuentran diferencias entre los pacientes con/sin otras adicciones (0.710); mientras que sí que hay diferencias entre los ex adictos y pacientes con otras adicciones (p-valor=0.012) y sin otras adicciones (p-valor <0.001).

Examinamos también si existen diferencias entre el consumo de alcohol y aquellos pacientes que presentan pluri-patologías respecto de los que solo tienen una patología. De nuevo, no obtenemos diferencias entre ambos grupos. El test de Wilcoxon nos devuelve un p-valor de 0.177, no significativo.

Gráfica 5.72 Relación de los valores de nº de UBE según la comorbilidad



Gráfica 5.73 Relación de los valores de nº de UBE según el tiempo de tratamiento

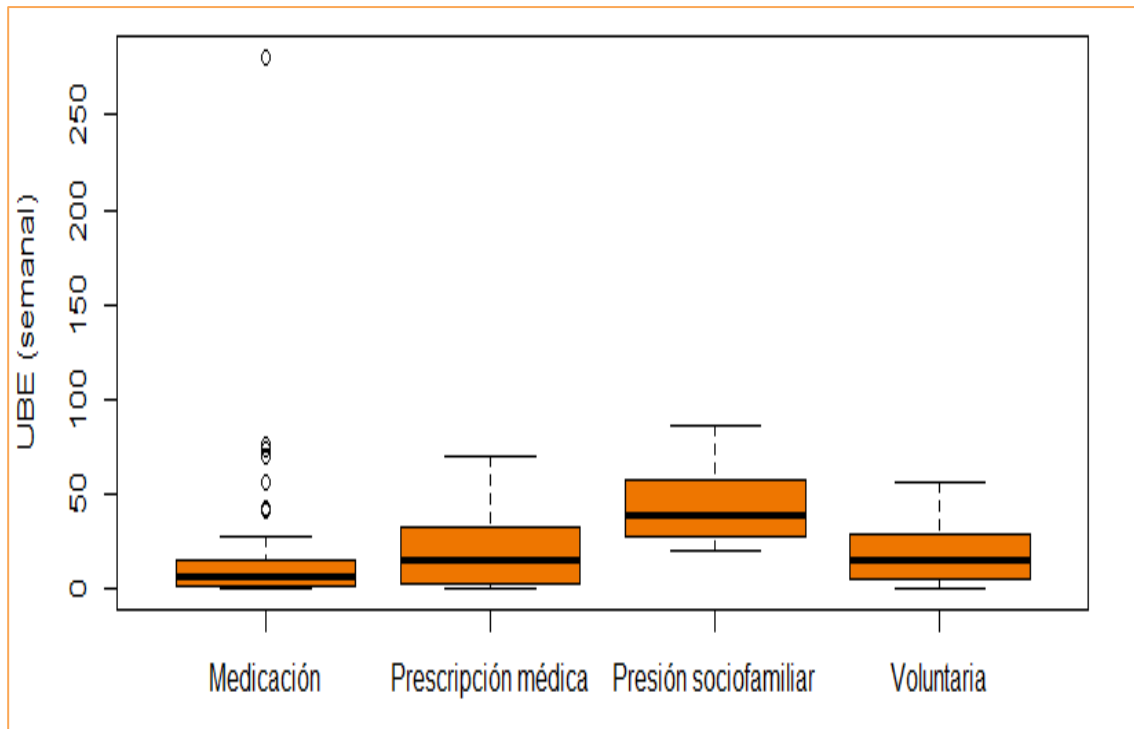


El gráfico anterior muestra la relación entre el consumo de alcohol y el tiempo del paciente en la USM. Se observa que las medianas de UBE son muy

similares en los cuatro grupos. El test de Kruskal-Wallis confirma que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con un p-valor de 0.497.

d) **Relación entre el consumo de alcohol el motivo y tiempo de abandono.**

Gráfica 5.74 Relación de los valores de nº de UBE según el motivo de abandono



El gráfico anterior muestra la cantidad de alcohol (en términos de nº de UBE semanal) de los pacientes ex consumidores de alcohol y el motivo del abandono del alcohol. Se observa que los que más consumían son los que han abandonado el consumo por presión socio familiar, seguidos del abandono voluntario y por prescripción médica y por último los que abandonan el alcohol por la medicación eran los que menos consumían.

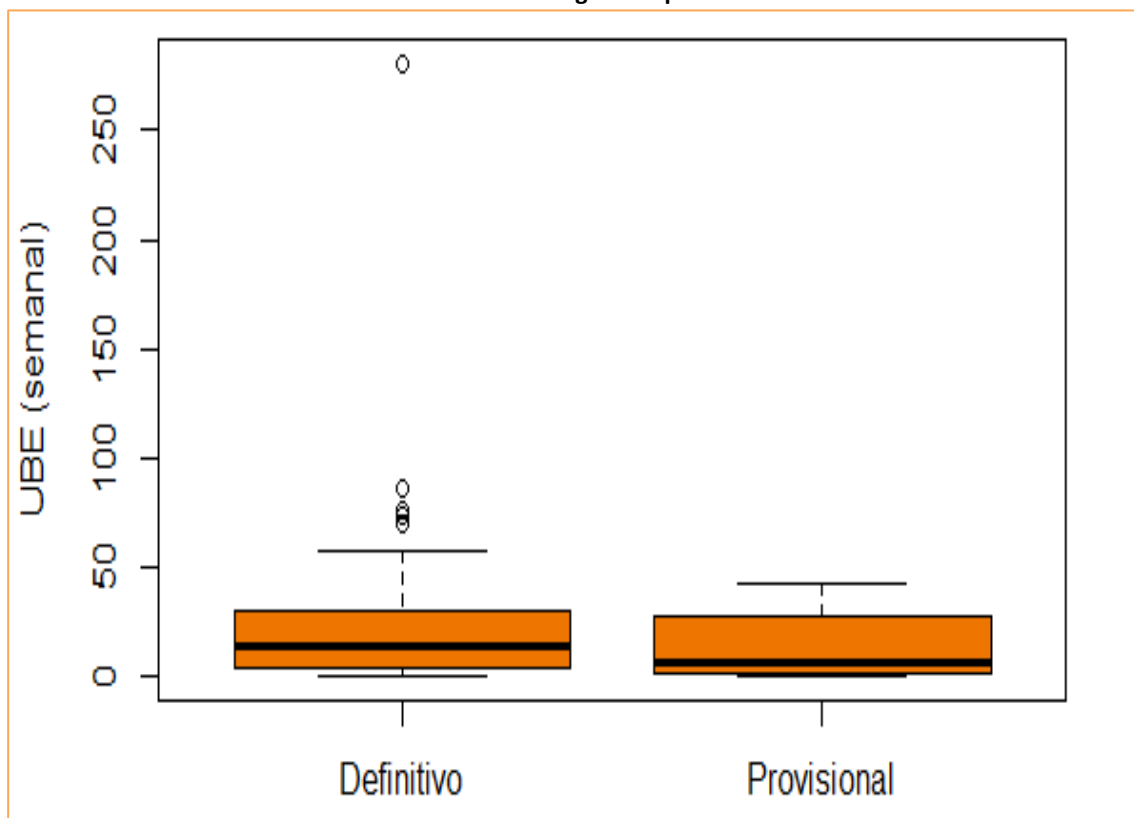
El test de Kruskal-Wallis muestra un p-valor de 0.018, lo que indica que se observan diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes causas

de abandono en el consumo de alcohol. Concretamente estas diferencias se encuentran entre los grupos de abandono por la medicación y presión sociofamiliar (p -valor = 0.011).

Analizamos también si los que abandonan el alcohol de forma provisional bebían más que los definitivos o no.

El gráfico siguiente muestra que el consumo de alcohol en ambos grupos era muy similar, siendo ligeramente superior en el caso de los que abandonan el alcohol de forma definitiva. El test de Wilcoxon verifica que no existen diferencias significativas entre ambos grupos respecto al consumo de alcohol (p -valor = 0.332).

Gráfica 5.75 Relación de los valores de nº de UBE según el tipo de abandono



5.3.3 Análisis multivariante

Ningún modelo planteado presenta variables que sean estadísticamente significativas. Quizás el hecho de ser ex adictos a otras sustancias hace que el consumo de alcohol sea más elevado.

5.4 Resultados comparación: Poblacion general de trabajadores vs. pacientes de Unidad de Salud Mental

5.4.1 Diferencias en el perfil del consumidor de alcohol

El total de pacientes consumidores de alcohol de la base de datos de población general trabajadora es de **N = 965**, y los consumidores de alcohol de los pacientes de la USM son un total de **N = 130**.

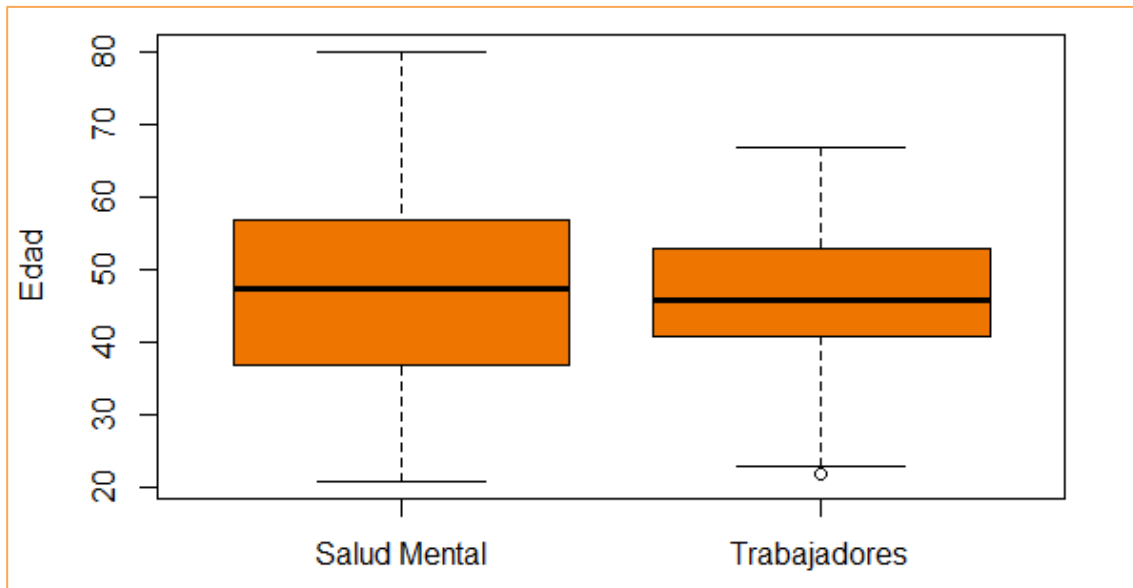
a) Variables sociodemográficas

Examinamos si existen diferencias entre la edad en ambos grupos. La tabla siguiente muestra los estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes consumidores de alcohol.

Tabla 5.110 Descriptivos de la edad

Pacientes	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	965	46,25	8,16	22,00	41,00	46,00	53,00	67,00
USM	130	47,40	12,81	21,00	37,25	47,50	57,00	80,00

Gráfica 5.76 Relación de los valores de la edad entre las muestras.



Tanto numérica como gráficamente vemos que los valores medios (y medianos) de la edad en ambos grupos de pacientes consumidores de alcohol son muy similares. Si aplicamos un test estadístico (test de Wilcoxon) para examinar si existen diferencias en la edad en ambos grupos, obtenemos un p-valor de 0,534, lo que indica que no hay diferencias en las medianas de las edades.

En ambos grupos el perfil del paciente consumidor de alcohol tiene una media de edad muy similar, en torno a los 46-47 años.

Tabla 5.111 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo según grupos

	Hombres	Mujeres	p-valor
Población general trabajadora	650 (67,36%)	315 (32,64%)	< 0,0001
USM	56 (43,08%)	74 (56,92%)	

Examinamos si existen diferencias entre la proporción de hombres y mujeres en ambos grupos; el test de la Chi-cuadrado nos devuelve un p-valor significativo, lo que indica que el sexo de los pacientes consumidores de alcohol no es

independiente de 'grupo' en que se encuentra (base de población general trabajadora vs. población de USM).

Según las proporciones en ambos grupos: la proporción de hombres que consumen alcohol es mayor en la base de población general trabajadora que en la de pacientes de USM; mientras que en el caso de las mujeres consumidoras ocurre lo contrario, la proporción de mujeres consumidoras de alcohol en la USM es estadísticamente superior que en el grupo de población general trabajadora.

Tabla 5.112 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios según grupos

	Población general trabajadora	USM	p-valor
Primarios/Elementales	248 (25,70%)	74 (56,92%)	< 0,0001
Secundarios/Grado medio	595 (61,66%)	54 (41,54%)	
Superiores	122 (12,64%)	2 (1,54%)	

Aplicamos el test Chi-cuadrado para examinar si el nivel de estudios de los pacientes consumidor de alcoholes es homogéneo en ambos grupos. Obtenemos un p-valor menor de 0,0001, significativo, lo que indica que los grupos no son homogéneos.

Si observamos las proporciones en cada grupo vemos que los pacientes consumidores de alcohol que tienen estudios medios o superiores son más altos en la base de datos de población general trabajadora; mientras que la proporción de pacientes con estudios elementales es superior entre los pacientes de la USM.

b) **Características del trabajo**

Tabla 5.113 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según grupos

	Población general trabajadora	USM	p-valor
Manual	630 (65,28%)	46 (35,38%)	0,792
No manual	335 (34,72%)	22 (16,92%)	
No trabajadores	0 (0,00%)	62 (47,69%)	

Aplicamos el test de la Chi-cuadrado para examinar si el tipo de trabajo (manual/no manual) se distribuye de forma homogénea en ambos grupos. Obtenemos un p-valor de 0,792, lo que implica que no existe ninguna relación entre el tipo de trabajo desempleado por el paciente y el grupo al que pertenezcan (población general trabajadora/pacientes de USM).

c) **Características del consumo de alcohol**

Analizamos si existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol, según nº de UBE, en ambos grupos de pacientes.

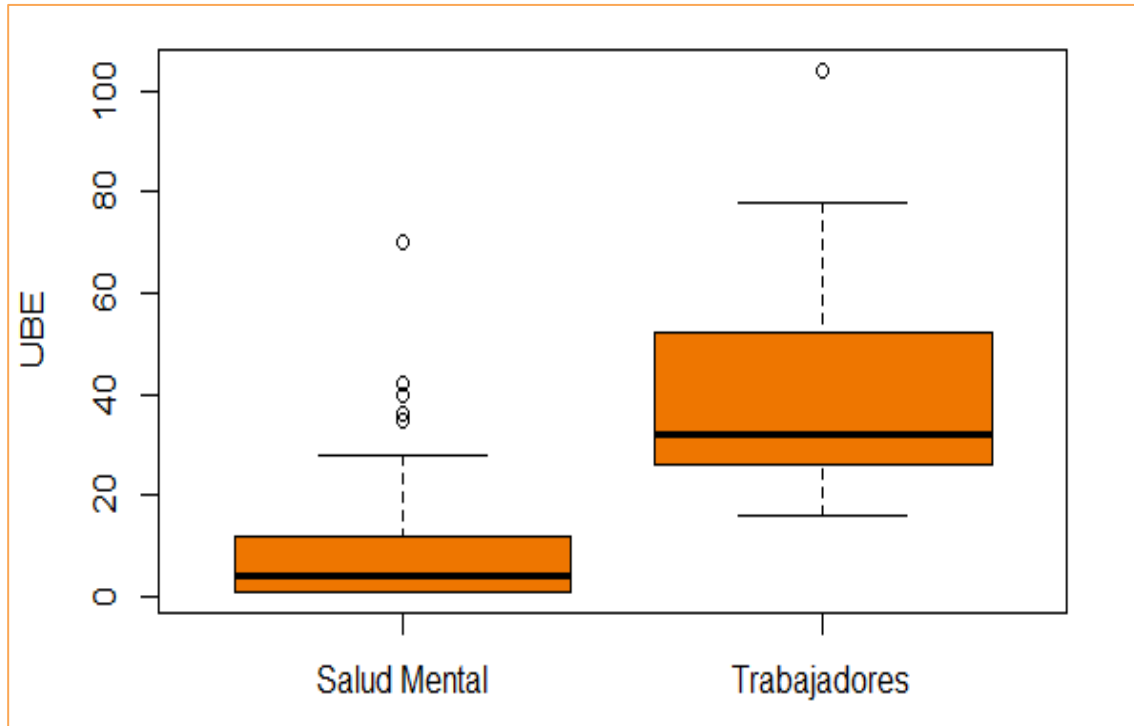
La tabla siguiente recoge los estadísticos descriptivos del consumo de alcohol para ambos grupos:

Tabla 5.114 Descriptivos del nº de UBE

Pacientes	N	Media	DT	Min	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	965	38,15	17,22	16,00	26,00	32,00	52,00	104,00
USM	130	9,75	13,60	1,00	1,25	4,00	12,00	70,00

A simple vista se observa que el nivel de consumo en la muestra de población general trabajadora es más elevado que en los pacientes de USM.

Gráfica 5.77 Relación de los valores de nº de UBE según las muestras



Aplicamos el test de Wilcoxon para examinar dichas diferencias y obtenemos un p-valor $< 0,0001$, lo que implica que sí que hay diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol en ambos grupos.

Examinamos si existen diferencias en la puntuación de la escala AUDIT registrada para los dos grupos de pacientes:

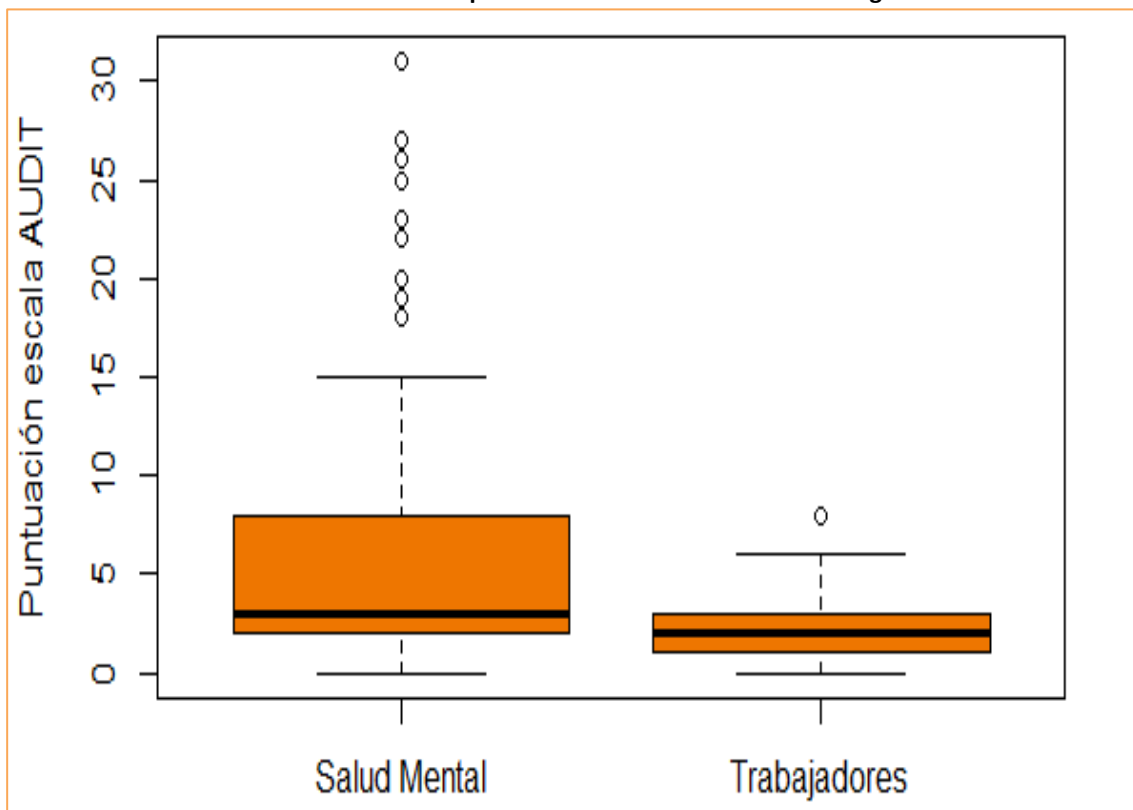
Tabla 5.115 Descriptivos de la escala AUDIT

Pacientes	N	Media	DT	Min	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	965	2,26	1,06	0,00	1,00	2,00	3,00	8,00
USM	130	6,26	6,77	0,00	2,00	3,00	7,75	31,00

Si observamos tanto la tabla de descriptivos como el gráfico siguiente, vemos que la población de USM tiene valores más elevados que la población del grupo de población general trabajadora; siendo estadísticamente significativa esta diferencia (p -valor $< 0,0001$) según el test de Wilcoxon.

Resulta llamativo el resultado tan contrario al obtenido con los valores de nº de UBE para ambos grupos. Esto podría significar la poca percepción que tiene la población general trabajadora sobre su consumo de alcohol.

Gráfica 5.78 Relación de los valores de las puntuación en la escala de AUDIT según la muestra



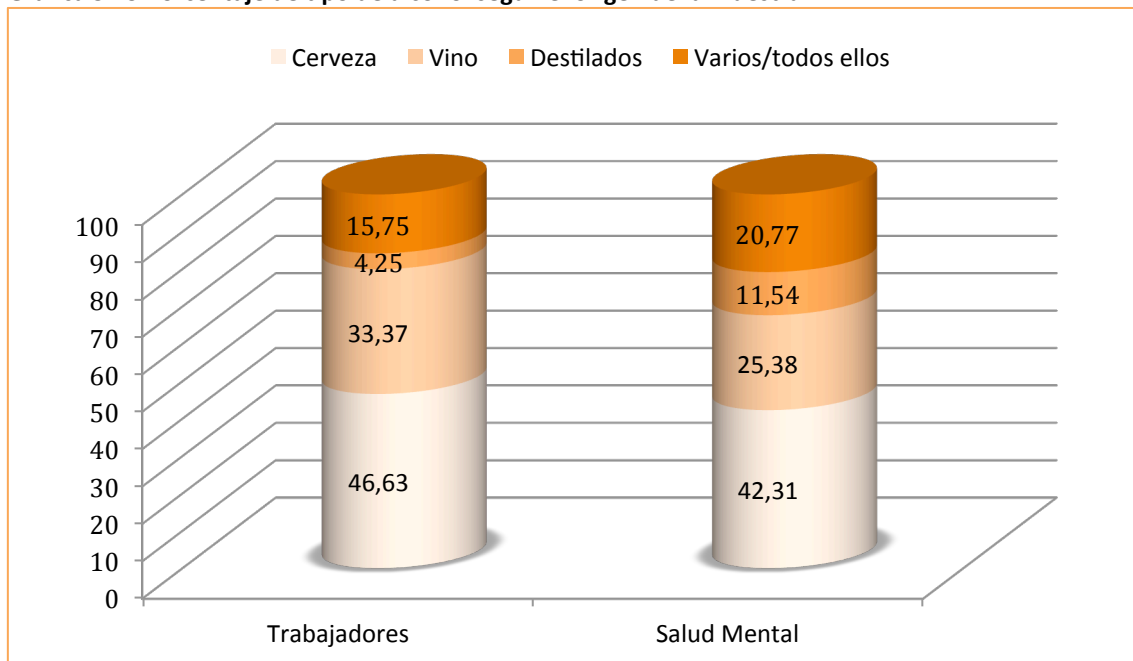
Examinamos también el tipo de alcohol que consumen ambos grupos de población.

Tabla 5.116 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

	Población general trabajadora	USM
Cerveza	450 (46,63%)	55 (42,31%)
Vino	322 (33,37%)	33 (25,38%)
Destilados	41 (4,25%)	15 (11,54%)
Varios/todos ellos	152 (15,75%)	27 (20,77%)

Aplicamos el test de la Chi-cuadrado para examinar si el tipo de bebida alcohólica consumida es homogénea en ambos grupos. Obtenemos un p-valor = 0,0009 < 0,05; esto indica que el tipo de bebida consumida depende del grupo de pacientes.

Gráfica 5.79 Porcentaje de tipo de alcohol según el origen de la muestra



Observamos la gráfica y vemos que el grupo de población general trabajadora consume en mayor proporción cerveza y vino; mientras que el grupo de

pacientes de USM consume en mayor proporción las bebidas destiladas y varios tipos de bebida en general.

d) Repercusión de la patología en el consumo

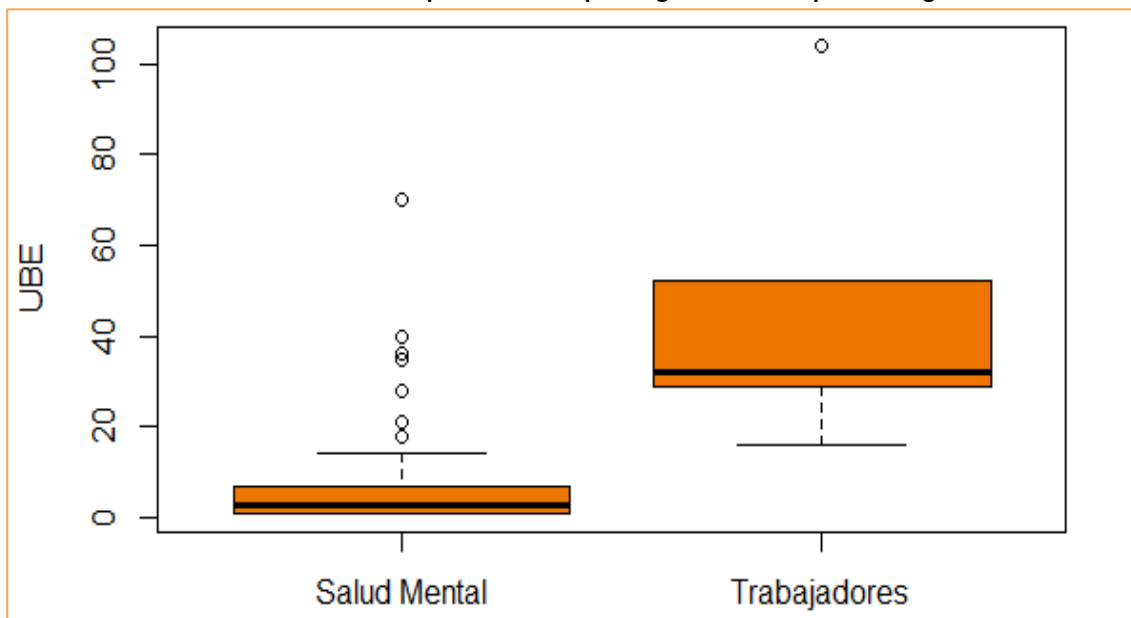
Examinamos únicamente a los pacientes ansioso-depresivos de ambas bases de datos, ya que es la única patología que tienen en común y por tanto sobre la que se pueden examinar las diferencias.

La tabla siguiente presenta una descripción del consumo (UBE) en los pacientes con dicha patología de ambos grupos.

Tabla 5.117 Descriptivos de las UBE en pacientes ansiosos-depresivos

Pacientes	N	Media	DT	Min	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	32	37,81	17,60	16,00	30,50	32,00	52,00	104,00
USM	82	7,93	11,99	1,00	1,00	2,50	7,00	70,00

Gráfica 5.80 Relación de nº de UBE en pacientes con patología ansioso depresiva según la muestra



Se observa tanto numérica como gráficamente una gran diferencia en los valores de nº de UBE en los pacientes con patología ansioso-depresiva en ambos grupos. La población general trabajadora con dicha patología presentan un consumo de alcohol, según nº de UBE, más elevado que los pacientes de USM.

Aplicamos el test de Wilcoxon para examinar si hay diferencias estadísticamente significativas y obtenemos un p-valor $< 0,0001$, lo que indica que, efectivamente, hay diferencias en el consumo de alcohol en ambos grupos de pacientes que presentan esta patología.

5.5 Resultados comparación: Población general laboral vs. Pacientes de Unidad de Salud Mental con empleo

5.5.1 Diferencias en el perfil del consumidor de alcohol

El total de personas consumidoras de alcohol entre la población general trabajadora es de $N = 965$, y la población con empleo y que consume alcohol entre los pacientes de USM es de $N = 68$.

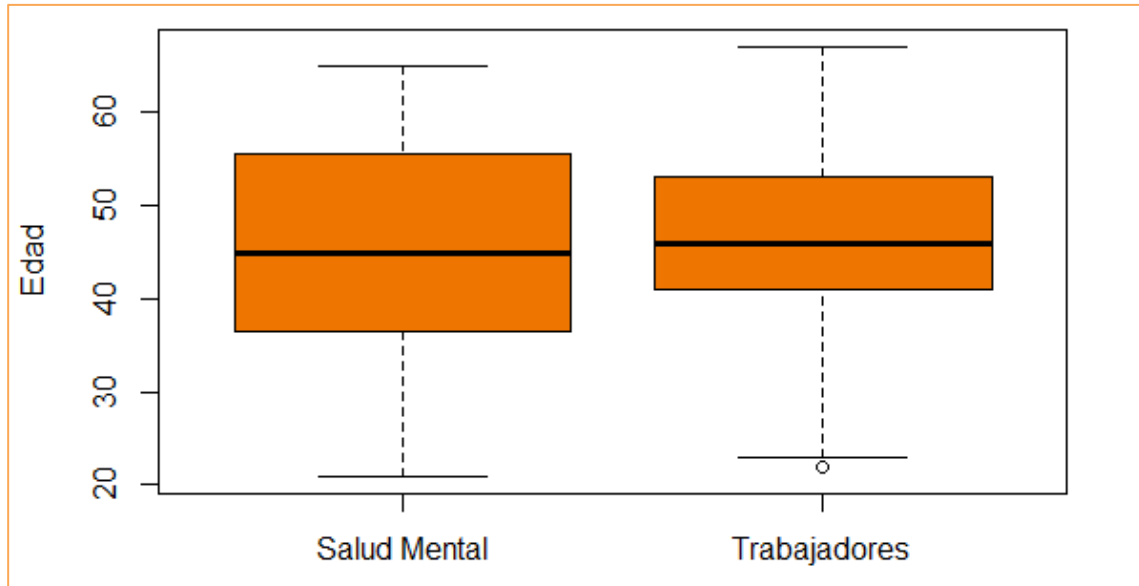
a) Variables sociodemográficas

Examinamos si existen diferencias entre la edad en ambos grupos. La tabla siguiente muestra los estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes consumidores de alcohol.

Tabla 5.118 Descriptivos de la edad

Pacientes	N	Media	DT	Min.	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	965	46,25	8,16	22,00	41,00	46,00	53,00	67,00
USM	68	44,93	10,50	21,00	36,75	45,00	55,25	65,00

Gráfica 5.81 Relación de la edad según la muestra



Tanto numérica como gráficamente vemos que los valores medios (y medianos) de la edad en ambos grupos de pacientes consumidores de alcoholes son muy similares. Aplicamos el test de Wilcoxon para examinar si existen diferencias en la edad en ambos grupos, obtenemos un p-valor de 0,309, lo que indica que no hay diferencias en las medianas de las edades.

En ambos grupos el perfil del paciente consumidor de alcohol tiene una media de edad muy similar, en torno a los 44-46 años.

Tabla 5.119 Frecuencias absolutas y relativas (%) del sexo según grupos

	Hombres	Mujeres	p-valor
Población general trabajadora	650 (67,36%)	315 (32,64%)	< 0,0001
USM	23 (33,82%)	45 (66,18%)	

Examinamos si existen diferencias entre la proporción de hombres y mujeres en ambos grupos; el test de la Chi-cuadrado nos devuelve un p-valor significativo, lo que indica que el sexo de los pacientes consumidores de alcohol no es independiente del 'grupo' en que se encuentra (base de población general trabajadora vs. población de USM).

Según las proporciones en ambos grupos: la proporción de hombres que consumen alcohol es mayor en la base de población general trabajadora que en la de USM; mientras que en el caso de las mujeres consumidoras ocurre lo contrario, la proporción de mujeres consumidoras de alcohol en USM es estadísticamente superior que en el grupo de población general trabajadora.

Tabla 5.120 Frecuencias absolutas y relativas (%) del nivel de estudios según grupos

	Población general trabajadora	USM	p-valor
Primarios/Elementales	248 (25,70%)	38 (55,88%)	< 0,0001
Secundarios/Grado medio	595 (61,66%)	28 (41,18%)	
Superiores	122 (12,64%)	2 (2,94%)	

Aplicamos el test Chi-cuadrado para examinar si el nivel de estudios de los pacientes consumidores de alcohol es homogéneo en ambos grupos. Obtenemos un p-valor menor de 0,0001, significativo, lo que indica que los grupos no son homogéneos.

Si observamos las proporciones en cada grupo vemos que los pacientes consumidores de alcohol que tienen estudios medios o superiores son más

altos en la base de datos de población general trabajadora; mientras que la proporción de pacientes con estudios elementales es superior entre los de USM.

b) Características del trabajo

Tabla 5.121 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de trabajo según grupos

	Población general trabajadora	USM	p-valor
Manual	630 (65,28%)	46 (67,65%)	0,792
No manual	335 (34,72%)	22 (32,35%)	

Aplicamos el test de la Chi-cuadrado para examinar si el tipo de trabajo (manual/no manual) se distribuye de forma homogénea en ambos grupos. Obtenemos un p-valor de 0,792, lo que implica que no existe ninguna relación entre el tipo de trabajo desempeñado por el paciente y el grupo al que pertenezcan (población general trabajadora/pacientes de USM).

c) Características del consumo de alcohol

Analizamos si existen diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol, según las UBE, en ambos grupos de población.

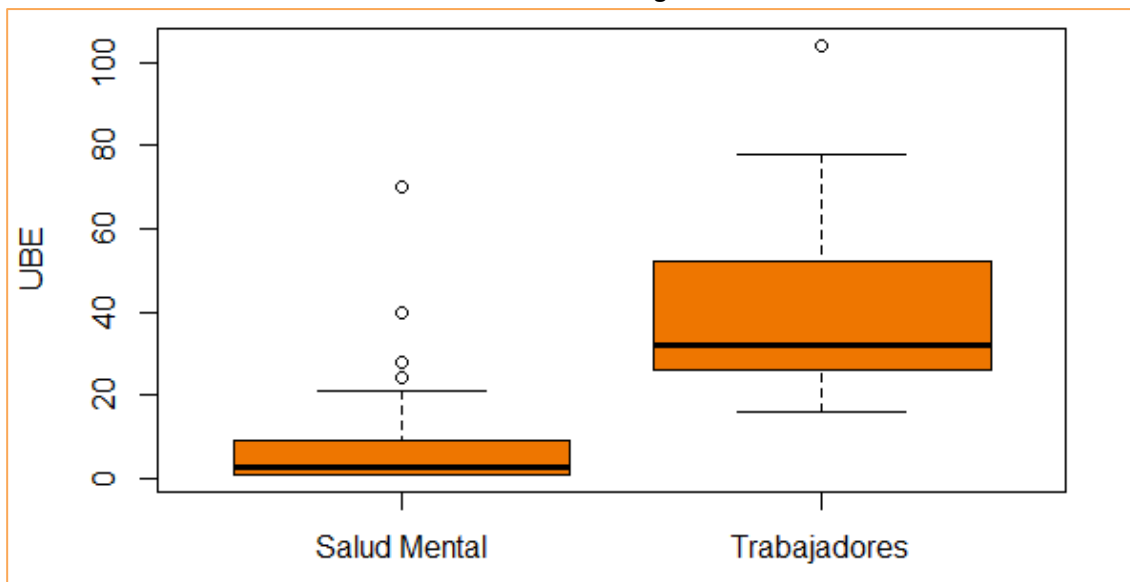
La tabla siguiente recoge los estadísticos descriptivos del consumo de alcohol para ambos grupos.

Tabla 5.122 Descriptivos del nº de UBE

Pacientes	N	Media	DT	Min	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	965	38,15	17,22	16,00	26,00	32,00	52,00	104,00
USM	68	8,16	12,19	1,00	1,00	2,50	8,50	70,00

Se observa que el nivel de consumo de los pacientes de la base de población general trabajadora es más elevado que los pacientes de USM que tienen empleo.

Gráfica 5.82 Relación del consumo medido en nº de UBE según la muestra



Aplicamos el test de Wilcoxon para examinar dichas diferencias y obtenemos un p-valor $<0,0001$, lo que implica que sí que hay diferencias estadísticamente significativas entre el consumo de alcohol en ambos grupos.

Examinamos si existen diferencias en la puntuación de la escala AUDIT registrada para los dos grupos de pacientes:

Tabla 5.123 Descriptivos de la escala AUDIT

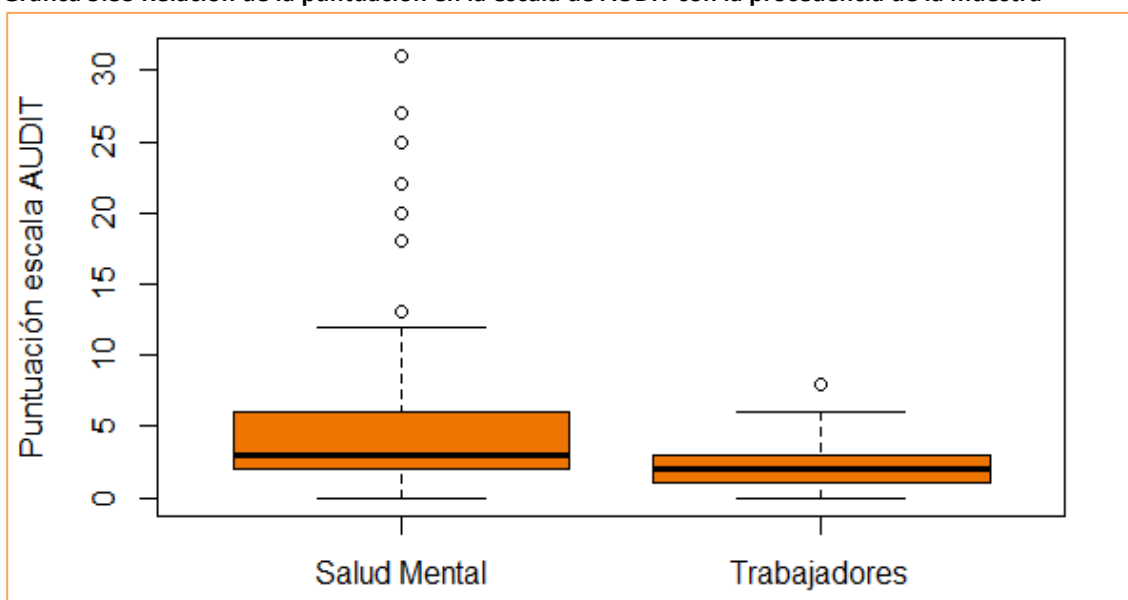
Pacientes	N	Media	DT	Min	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	965	2,26	1,06	0,00	1,00	2,00	3,00	8,00
USM	68	5,49	6,50	0,00	2,00	3,00	6,00	31,00

Si observamos tanto la tabla de descriptivos como el gráfico siguiente, vemos que los pacientes de USM tienen valores más elevados que los pacientes del grupo de población general trabajadora; siendo estadísticamente significativa esta diferencia (p -valor $< 0,0001$) según el test de Wilcoxon.

Encontramos resultados opuestos y contrarios en ambas variables referentes al consumo de alcohol (UBE y AUDIT) entre ambos grupos. Mientras que los valores del nº de UBE calculados a partir del consumo referido muestran que los pacientes de USM tienen un consumo significativamente menor que las personas del grupo de población general trabajadora; los valores de la puntuación AUDIT reflejan que los pacientes de USM tiene una percepción de consumo de alcohol mayor.

Volvemos a encontrar, entre ambos grupos de trabajadores, una clara diferencia en cuanto a la percepción del consumo de alcohol.

Gráfica 5.83 Relación de la puntuación en la escala de AUDIT con la procedencia de la muestra



Examinamos también el tipo de alcohol que consumen ambos grupos de pacientes.

Tabla 5.124 Frecuencias absolutas y relativas (%) del tipo de alcohol

	Población general trabajadora	USM
Cerveza	450 (46,63%)	29 (42,65%)
Vino	322 (33,37%)	20 (29,41%)
Destilados	41 (4,25%)	4 (5,88%)
Varios/todos ellos	152 (15,75%)	15 (22,06%)

Aplicamos el test de la Chi-cuadrado para examinar si el tipo de bebida alcohólica consumida es homogénea en ambos grupos. Obtenemos un p-valor = 0,481, no significativo lo que indica que el tipo de bebida consumida es independiente del grupo de personas. Este resultado difiere del obtenido con los pacientes consumidores de USM en los que si se observaban estas diferencias significativas.

d) Repercusión de la patología en el consumo

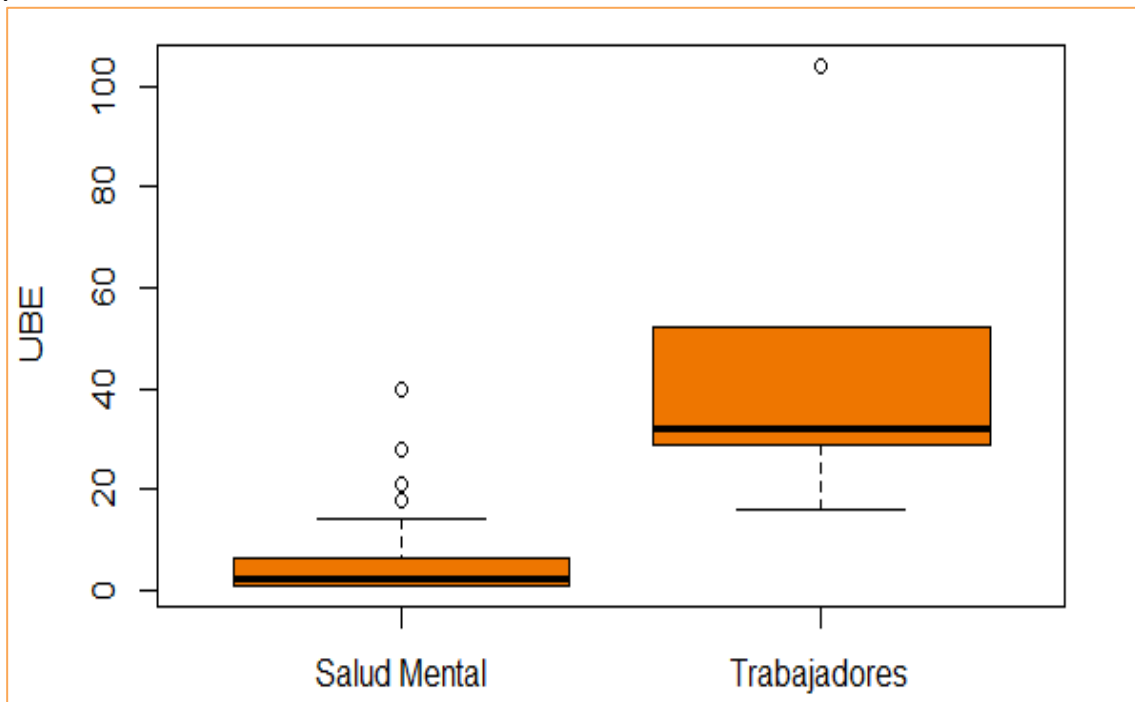
Examinamos únicamente a los pacientes ansioso-depresivos de ambas bases de datos, ya que es la única patología que tienen en común y por tanto sobre la que se pueden examinar las diferencias.

La tabla siguiente presenta una descripción del consumo (UBE) en los pacientes con dicha patología de ambos grupos.

Tabla 5.125 Descriptivos de nº de UBE en pacientes ansiosos-depresivos

Pacientes	N	Media	DT	Min	P25	Mediana	P75	Max
Población general trabajadora	32	37,81	17,60	16,00	30,50	32,00	52,00	104,00
USM	48	6,40	9,53	1,00	1,00	2,00	6,25	40,00

Gráfica 5.84 Relación del consumo medido en nº de UBE en pacientes ansioso depresivos según la procedencia de la muestra



Se observa tanto numérica como gráficamente una gran diferencia en los valores de nº de UBE en los pacientes con patología ansioso-depresiva en ambos grupos. La población general trabajadora con dicha patología o en tratamiento por estos procesos presentan un consumo de alcohol, según nº de UBE, más elevado que los pacientes de USM en tratamiento por las mismas patologías.

El test de Wilcoxon nos devuelve un p-valor $< 0,0001$, lo que indica que, efectivamente, hay diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol en ambos grupos de pacientes que presentan esta patología.

DISCUSIÓN

6 DISCUSIÓN

La tesis realizada tiene su base fundamental en el análisis comparativo del consumo de alcohol entre dos colectivos bien diferenciados de la población Española: el colectivo de población general trabajadora (1.180 personas), con datos recogidos desde enero-diciembre de 2011 y el de pacientes de una USM (304 personas), con datos recogidos desde febrero-octubre 2014, y parte de la hipótesis de que existen diferencias cualitativas y cuantitativas entre ambos colectivos, guardando estas diferencias relación con sus condiciones personales, culturales, sociales y también laborales, en aquellos casos en los que se encuentran incorporados al mundo del trabajo.

Interesa destacar de forma específica la diferente percepción subjetiva del consumo de alcohol en ambos colectivos cuando se contrasta los datos referidos al consumo objetivo, medido en nº de UBE (Unidad de Bebida Estándar), y la influencia en el caso de los pacientes de USM, de la/las patologías de base y sus tratamientos en dicho consumo.

El primer análisis se centra en el estudio de las características del colectivo de población general trabajadora para posteriormente, analizar los resultados que nos describen las particularidades de la población integrada por los pacientes de USM, realizándose con posterioridad tres comparativos específicos: en comparativo global de los resultados obtenidos en ambas poblaciones, bien diferenciadas entre si; el comparativo entre la población que trabaja dentro de los

pacientes de la USM con los datos obtenidos de la población general trabajadora; y finalmente, hacer una valoración específica de aquellos pacientes de la USM que, siendo consumidores previos de alcohol, en el momento actual eran exbebedores, analizando las causas de dicho abandono y su intencionalidad futura.

Analizaremos los resultados obtenidos de forma individualizada:

En el colectivo de población general trabajadora, el estudio descriptivo sobre las características del consumo de alcohol muestra una discrepancia entre el consumo objetivo (medible en nº de UBE) y la percepción subjetiva de dicho consumo. Así, éste colectivo muestra cifras de consumo de moderadas a severas, con un bajo porcentaje de consumo severo, lo que contrasta con la baja percepción que de dicho consumo tienen la población general trabajadora y que se muestra en el AUDIT, con cifras que van del 1-3.

Los resultados de consumo coinciden con los aportados por otros autores y que muestran cifras del 54,8% de consumo moderado en población trabajadora y de un bajo consumo de riesgo, del 1,5% (García-Díaz, Fernández-Feito, Arias, 2015).

La población general trabajadora pertenece al sector servicios y tiene una jornada laboral con turno fijo de mañana, tarde o noche, si bien el turno de trabajo no ha sido considerado en este estudio. Algunos autores han centrado sus estudios en colectivos productivos diferentes al nuestro, como el hostelero o el sector de la construcción, donde se observan cifras más elevadas de consumo que las

obtenidas en este trabajo (Benavides, Ruiz-Forés, Delclós, 2013), si bien la mayor parte de los autores han analizado el consumo entre la población trabajadora relacionándolo con aspectos no valorados en este trabajo, como el estrés laboral o el turno de trabajo. Un estudio realizado en población trabajadora Japonesa, en la que se valoran estos aspectos, orienta hacia un consumo mayor de alcohol e incluso un consumo de riesgo relacionado con los turnos de noche o con el trabajo a turnos y con el estrés laboral (Morikawa et al., 2012).

En nuestro trabajo se observa una baja percepción de consumo de alcohol, por debajo de lo observado en la determinación objetiva. Esta baja percepción en cuanto al riesgo de consumo, ya había sido señalada por otros autores, que orientan en este punto hacia intervenciones formativas que puedan ayudar en la prevención (Sprague, Vinson, 2015).

El patrón de consumidor en esta población, orienta hacia un consumo diario y/o de fin de semana y a un consumo mayoritario de cerveza o de vino. En la bibliografía consultada, también otros autores hacen referencia al peso que tiene el vino como bebida entre los consumidores y su baja percepción de consumo. En concreto, un estudio realizado en más de 35.000 personas del sector público Finlandés muestra un elevado consumo de vino, especialmente domiciliario, tanto en hombres como en mujeres (Halonen et al., 2014), que ya había sido apuntado en un estudio previo de 1994 también en población Finlandesa (Kerr et al., 2004), si bien en este último estudio hacía referencia a un mayor consumo de vino y cerveza entre los hombres y a otro tipo de licores en las mujeres.

Los resultados de nuestro trabajo concluyen que no se observa un mayor índice de accidentalidad en las personas que consumen alcohol y que existe una baja repercusión del consumo de alcohol en valores lipídicos, aterogénicos, metabólicos, aunque esta repercusión guarda relación con la cantidad consumida, siendo algo mejores los resultados obtenidos en consumidores moderados (en referencia a que se les calcula un menor riesgo cardiovascular) que en no consumidores de alcohol. Estos resultados coinciden con los de otros autores en cuanto a el efecto beneficioso del consumo moderado de alcohol en riesgo cardiovascular (Fernández-Solà, 2015), especialmente asociado, en el caso del vino y de la cerveza, al efecto protector cardiovascular de los polifenoles (Arranz et al., 2012). Sin embargo, la asociación entre el consumo elevado de alcohol en población general trabajadora y el incremento en riesgo cardiovascular ha sido referido en estudios previos realizados en ámbito laboral y en población similar del sector servicios (Vicente-Herrero et al., 2015).

El tipo de trabajo, resulta en nuestro estudio un factor condicionante en el consumo existiendo un mayor consumo de alcohol entre los trabajadores manuales (blue collar). Los trabajos de algunos autores orientan hacia que una mayor permisividad con el consumo de alcohol, una falta de habilidades por parte de los supervisores para el manejo de los problemas de abuso de alcohol, los mayores riesgos en el trabajo y un menor contacto con otros compañeros favorece el aumento del consumo de alcohol en los trabajadores manuales (blue collar) (Biron, Bamberger, Noyman, 2011). De forma similar, los resultados de otros estudios

afirman que los trabajadores blue collar tienen un mayor riesgo de consumo y una baja percepción del riesgo y orientan hacia actuaciones en salud laboral tendentes a incluir predictores de percepción de consumo de riesgo en este colectivo (Hwang, Hong, Kim, 2012), si bien otros trabajos orientan el mayor o menor consumo en relación a la satisfacción laboral y hacia la propia actitud del trabajador frente a la vida y frente al trabajo que al tipo de trabajo realizado (Moore, Grunberg, Greenberg, 2000). Algunos autores incluyen entre las bebidas a considerar, especialmente en colectivos de riesgo, las bebidas energéticas alcohólicas (Cheng et al., 2012).

En el colectivo de pacientes de USM detectamos una mayor proporción de personas no-consumidoras en el momento de la entrevista que en la de población general laboral, probablemente relacionado con la situación asistencial y clínica en la USM, en contra de la situación de población trabajadora “considerada sana” y en actividad laboral. El consumo de alcohol en este colectivo (entre los que no son exbebedores) es mayor que el consumo que entre la población general laboral, y con mayor variedad de bebidas, aunque siga siendo mayoritario el uso de cerveza y de vino. Se detecta una mayor correlación entre los resultados del AUDIT y los obtenidos con nº de UBE, lo que habla de una percepción adecuada del consumo.

Estudios consultados en relación al consumo de alcohol entre pacientes con patologías en la USM confirman la existencia de una relación significativa entre dichas patologías, especialmente depresión, trastornos del sueño y las modificaciones en el estilo de vida, entre las que se incluye el consumo de alcohol, si bien estos autores hablan de la influencia en estos hábitos de factores raciales y

étnicos que pudieran incluirse como predictores en los programas intervencionistas (Owusu, Quinn, Wang, 2015). También otros autores coinciden en nuestros resultados en cuanto a la mayor asociación de consumo de alcohol en pacientes con depresión, si bien obtienen un resultado sorprendente en cuanto a un ligero descenso del consumo cuando se asocian procesos depresivos y ansiosos (Bellos et al., 2013).

Nuestros resultados orientan hacia un mayor consumo entre los pacientes de USM en relación a su situación familiar (según estén divorciados, solteros y viudos). También otros autores han detectado esta relación, en concreto sobre la relación de consumo de alcohol de forma previa y posterior a los divorcios en ambos miembros de la pareja, con una mayor tendencia al consumo en estos casos en las mujeres, aunque sin resultados concluyentes y que requieren una mayor confirmación (Rognmo et al., 2013). Estudios previos, de 2008, en población indígena de Taiwan, relacionan el consumo de alcohol en niveles altos (AUDIT>8) con problemas de salud, entre ellos especialmente en personas con patologías mentales y/o con una bajo nivel de conocimiento de los riesgos asociados al alcohol (Yen et al., 2008). La relación de mayor vulnerabilidad al consumo de alcohol de los pacientes psiquiátricos ha sido confirmado por diferentes estudios, que orientan hacia actuaciones coordinadas entre psiquiatras y adictólogos en orden a obtener unos mejores resultados (Lang et al., 2014).

Cuando realizamos el análisis específico de la población de USM, con consumo previo de alcohol y exbebedora en el momento de la entrevista, se muestra que existe un elevado consumo previo (de moderado a severo) y con una elevada

proporción de mujeres entre las exconsumidoras, que supera a los hombres, siendo tanto mayor el consumo cuanto menor es el nivel formativo.

El abandono del consumo de alcohol por el paciente atendido de patología mental resulta imprescindible, puesto que la asociación de ambas patologías dificulta el pronóstico y retarda la recuperación de la patología mental de base (Alves, Kessler, Ratto. 2004), pero también la propia patología psiquiátrica puede suponer una recaída en el consumo de alcohol o de otras sustancias, si bien la respuesta no es la misma con todas ellas, por lo que algunos autores aconsejan separar el grupo de los exconsumidores de alcohol y el de otro tipo de sustancias, a fin de evitar el riesgo de recaídas con el uso de diagnósticos precisos con el apoyo de entrevistas clínicas estructuradas (Bradizza, Stasiewicz, Paas, 2006). Los pacientes con mayor nivel de ansiedad y angustia en las escalas probablemente tengan un mayor riesgo de recaída y de miedo a no poder mantener la situación de sobriedad (Velasquez, Carbonari, DiClemente, 1999).

La bibliografía apoya los resultados obtenidos en este trabajo coincidiendo en que el mayor número de exbebedores se encuentra entre los pacientes con procesos de ansiedad o depresión que acostumbran a ser muy proactivos en los programas intervencionistas de abandono del alcohol y en los que debe centrarse la actuación para evitar recidivas y obtener mayor eficacia (Grothues et al., 2005), siendo menos efectiva la intervención cuando se asocian comorbilidades (Grothues et al., 2007). En el caso de los pacientes psicóticos, nuestros resultados muestran un porcentaje elevado entre los exconsumidores. La literatura muestra en

estudios de 2014 que en el caso de las psicosis, el consumo de alcohol supone un empeoramiento de su estado de ánimo que parece ser reversible, pero que en todo caso recomienda de reducción del consumo de cara a la obtención de mejores resultados (Barrowclough et al., 2014) (Thornton, Kay-Lambkin, 2015).

La comparativa entre la población general laboral y la población de pacientes de la USM nos orienta hacia un mayor consumo de alcohol en niveles de moderado a severo entre los pacientes de USM, pero también de una menor proporción global de bebedores, por abandono del consumo al iniciar el tratamiento especializado.

Entre la población general laboral, los niveles de consumo son inferiores, pero también lo es la menor percepción del consumo, lo que puede dificultar en este colectivo la eficacia de los programas de intervención al considerarse *población falsamente sana* e incluir el consumo de alcohol en sus hábitos diarios de vida.

Entre la población de USM, la bibliografía orienta hacia reducciones significativas tanto en la severidad del consumo, como en la frecuencia del mismo tras las intervenciones ambulatorias, si bien el enfoque intervencionista ha de diferir según se trate de bebedores de alto consumo o de pacientes con comorbilidades psiquiátricas anteriores / actuales, ya que estas pueden requerir un enfoque terapéutico más intensivo en el tratamiento para optimizar los resultados (Manning et al., 2012).

La percepción del consumo de alcohol es importante para poder establecer programas preventivos y evitar los efectos adversos en la salud e, incluso muertes asociadas al consumo de alcohol, según refieren algunos autores. Una mayoría de los consumidores de alcohol desconocen los programas existentes de los servicios de salud o de los servicios sociales y en la mayor parte de los casos las intervenciones van ligadas a la mediación de servicios legales por lo que se aboga por una mejor gestión para poder detectar y evaluar estos problemas asociados al alcohol en función de directrices basadas en la evidencia (Morris, Johnson, Morrison, 2012). En esta línea se pronuncian autores de Estados Unidos que abogan también por intervenciones desde los Servicios Primarios de Salud y desde Salud Pública para consumidores de riesgo, implementando las estrategias de intervención e incorporándolas como práctica de rutina en la atención primaria y en medicina preventiva (Whitlock et al., 2004) (Carter. 2004) (recommendations from the United States Preventive Services Task Force, 2004).

La comparativa de trabajadores de ambos grupos: base de población general laboral y subgrupo de pacientes de USM que trabajan, muestra resultados de mayor consumo de alcohol entre los hombres consumidores en la población general trabajadora y entre las mujeres del subgrupo de pacientes de USM que trabajan, coincidiendo este resultado con el comparativo de ambas poblaciones cuando no se excluye a los pacientes de USM que no trabajan. Por lo que se puede afirmar que el mayor consumo de alcohol entre las pacientes (mujeres) de USM es independiente de

su integración o no a la vida laboral, sino que guarda relación con otras variables entre las que sin duda hay que incluir la patología de base que es atendida en USM.

La bibliografía consultada confirma las diferencias en ambos sexos en cuanto al consumo de alcohol como herramienta de uso en integración social. Los hombres y las mujeres difieren radicalmente en sus tasas de consumo de alcohol y en diferentes patrones de consumo, con un mayor consumo en los hombres en estos contextos de bebida social aunque se carece de evidencia experimental en las diferencias sexuales en cuanto a la respuesta social y emocional al alcohol.

Los hombres muestran una mayor recompensa social en el consumo de alcohol y ello orienta hacia una más profunda investigación en este campo de mejora social, como dirección prometedora para la investigación de los factores subyacentes en estas diferencias observadas por sexo en cuanto al consumo social del alcohol (Fairbairn et al., 2015). Si bien las publicaciones científicas se reafirman en que el abuso del alcohol coproduce una amplia gama de problemas de Salud Mental, hay escasez de datos sobre la asociación entre el abuso de alcohol y otros problemas de Salud Mental y, en consecuencia, sobre las diferencias de sexo entre ellos, sin embargo algunos autores han mostrado en sus trabajos que las mujeres autorrefieren un mayor nivel de angustia psico-fisiológica y patología familiar, mientras que los hombres refieren más problemas comunitarios y de salud.

De forma general, los hombres beben más que las mujeres y son más propensos a tener problemas con el alcohol, así como mayor abuso de sustancias,

pero, tanto para hombres y mujeres, el nivel de consumo de alcohol varía directamente con la gravedad de los síntomas psico-fisiológicos y problemas en la comunidad y de salud, siendo este un concepto clásico en la bibliografía médica (O'Hare, 1995).

Junto al alto consumo observado en mujeres, cabe hablar también de una mayor vulnerabilidad a la dependencia y a sus efectos como confirman estudios apoyados en cambios cerebrales objetivados por Resonancia Nuclear Magnética, donde se describe un inicio más tardío en el consumo, pero un desarrollo más rápido de la dependencia en las mujeres, con efectos de daño orgánico gradual más rápido en forma de atrofia cerebral, que parece desarrollarse más rápido en mujeres y que se observa también en otros órganos (corazón, músculo, hígado) (Mann et al., 2005). Los estudios de otros autores aunque confirman esta mayor vulnerabilidad al daño, no muestran diferencias significativas entre las mujeres y los hombres en cuanto a tasas de abstinencia y de abandono de consumo tras los programas de deshabituación (Diehl et al., 2007).

En relación al mayor consumo en ambos colectivos entre los trabajadores manuales sobre los no manuales, los resultados de nuestra tesis coinciden con los reflejados por otros autores. Ya en 1989 se mostraba un mayor consumo entre los desempleados y dentro del grupo de trabajadores, mejores resultados entre los trabajadores no manuales que entre los manuales, diferencias que son mayores entre los pacientes psiquiátricos en tratamiento hospitalario, por lo que apoyan una reducción del consumo basada en actuaciones combinadas en las que se

incluyan medidas adicionales que faciliten llegar a todos los grupos sociales (Romelsjö, Diderichsen, 2007).

En nuestro estudio, en ambos grupos, el mayor consumo se produce entre los niveles de formación intermedios, aunque destaca la mayor proporción de consumidores de estudios superiores entre los trabajadores de la población general, con respecto de los pacientes trabajadores de Salud Mental, en los que predominan los estudios elementales. Coincidiendo este resultado con el comparativo de ambas poblaciones cuando no se excluye a los pacientes de Salud Mental que no trabajan. La literatura consultada muestra en sus revisiones que hay una relación entre el estatus socioeconómico y una serie de condiciones atribuibles al alcohol, aunque se necesitan más investigaciones para caracterizar mejor la relación entre el consumo de alcohol el estatus socioeconómico y el riesgo de enfermedad atribuible al alcohol, con el fin de obtener una mayor comprensión de los mecanismos y vías que influyen en el riesgo diferencial de daño entre las personas de nivel socioeconómico bajo y alto (Jones et al., 2015).

El nivel de consumo en nuestro estudio es más alto porcentualmente entre los trabajadores que entre los pacientes trabajadores de Salud Mental, pero la percepción de consumo es también mayor entre los pacientes de Salud Mental, coincidiendo este resultado con el comparativo de ambas poblaciones cuando no se excluye a los pacientes de Salud Mental que no trabajan, lo que refleja que el hecho de estar siendo tratado de una patología es el hecho diferencial en la auto percepción de consumo y no el trabajo en sí mismo.

En ambos grupos la bebida más consumida es la cerveza, seguida del vino, si bien entre los pacientes de Salud Mental es más elevado el consumo entre los bebedores de destilados y bebidas varias. El hecho de que el mayor consumo sea de las bebidas de más fácil acceso y más asequibles, como el vino o la cerveza, ha sido valorado también por algunos autores dentro del sector público Finlandés, que hablan de la influencia en cuanto a la proximidad y accesibilidad a los puntos de venta (tener 3 ó más puntos de venta en un radio no superior a 500m.) en relación al mayor consumo tanto en hombres como en mujeres, siendo esta relación más evidente en el caso del vino como bebida habitual (Halonen et al., 2014).

Los procesos depresivos son en ambos grupos, la patología que se asocia con mayor frecuencia con el consumo de alcohol, tanto entre los “considerados sanos” como son la población general trabajadora, como los “considerados enfermos” por estar en tratamiento en Unidad de Salud Mental, si bien se produce un mayor consumo de alcohol entre los trabajadores-pacientes de la Unidad de Salud Mental, coincidiendo este resultado con el comparativo de ambas poblaciones, cuando no se excluye a los pacientes de Salud Mental que no trabajan. Ello indica que es el factor patología tratada y controlada en Salud Mental el elemento diferenciador entre los pacientes con diagnóstico de depresión y consumo asociado de alcohol, que acuden a control y seguimiento por parte de atención especializada y que probablemente se encuentren en estadios más severos de sintomatología y de consumo, influyendo ambos factores en el agravamiento mutuo. En estos resultados parecen coincidir también los obtenidos por otros autores y, concretamente, los que muestra un estudio

llevado a cabo en 2.979 pacientes dependientes del alcohol, de los que el 77 % sufría trastornos psiquiátricos y / o somáticos y que en la mayor parte de los casos se asoció significativamente el consumo de alcohol con la depresión (Odlaug et al., 2015).

Algunos autores relacionan también el consumo de alcohol con la depresión y con la existencia de conductas violentas con el paso del tiempo (específicamente con la violencia de sexo), en una población de mujeres africanas, por lo que proponen en casos de especial riesgo incorporar visitas domiciliarias para la mejora la salud emocional de las mujeres, especialmente en casos de nivel socioeconómico bajo, incluso en los inicios del proceso depresivo (Rotheram-Borus et al., 2015).

Concluimos esta reflexión destacando como fortalezas de nuestro estudio el elevado número de trabajadores analizados, así como de pacientes tratados en la Unidad de Salud Mental, especialmente por la complejidad en la recogida de datos en ambos colectivos, lo que ha permitido establecer las similitudes y diferencias entre ellos, y los distintos patrones de consumo y perfiles de consumidor, así como las variables que mayor influencia tienen en ambos colectivos

Como limitaciones, hay de considerar que no se han podido cuantificar variables como en nivel de estrés en ambos colectivos y, específicamente, el estrés laboral en aquellos participantes de ambos grupos incorporados a la actividad laboral. Tampoco dentro de los trabajadores se ha observado la diferenciación

concreta en aquellos cuyo trabajo es a turnos o nocturno, colectivos estos en los que la literatura detecta mayores niveles de consumo y mayor proporción de consumidores.

Supone también una limitación no poder extrapolar los resultados de la población trabajadora a la población general al haberse excluido a las personas de menos de 18 años o de más de 65 (no activas laboralmente), si bien pueden ser orientativos para obtener conclusiones de posterior aplicación en programas de salud pública, asumiendo ese sesgo limitante.

Como opciones para futuras investigaciones estará el realizar la inclusión de estos aspectos no valorados y los condicionantes extralaborales de índole social que pueden afectar al consumo o aspectos valorados por otros autores como la proximidad y accesibilidad a los puntos de venta o de dispensación, como factor facilitador mencionado en algunos trabajos.

En España preocupa esta temática, que ha sido reflejada en diferentes publicaciones del último año, tanto en cuanto a los elevados niveles de consumo (Vicente-Herrero et al., 2014), como por la influencia de variables sociales y laborales implicadas (Vicente-Herrero, López-González. 2014), por su repercusión en accidentes de tráfico (Vicente-Herrero et al. 2014) y por su frecuente asociación con conductas violentas que implican conflictividad legal y cuya trascendencia viene recogida en la jurisprudencia española (Ruiz-Flores Bistuer et al. 2015).

Sin duda el consumo de alcohol constituye una preocupación en todos los países, tanto por sus implicaciones sociales, económicas, laborales y de

conductas violentas (problemática que se aborda desde los Servicios de Salud Laboral de las empresas, desde la Atención Primaria y desde la Atención especializada), como por sus repercusiones en la patología psiquiátrica o el aumento de otros tipos de conductas adictivas, sobre las que puede realizarse una labor que será tanto más eficaz cuanto mayor conocimiento que se tenga de los factores que influyen en el inicio del consumo y en su posterior mantenimiento en el tiempo con la repercusión socioeconómica, laboral y personal que comporta.

CONCLUSIONES

7 CONCLUSIONES

7.1 Población general trabajadora

- El consumo de alcohol muestra repercusión en los valores lipídicos, aterogénicos y hepáticos con una tendencia directamente relacionada con las cifras de UBE de consumo:
 1. Los valores de HDL disminuyen según aumenta el consumo de alcohol.
 2. Los valores de GOT, GPT y GGT aumentan según lo hace el consumo de alcohol.
 3. Los valores de IMC aumentan según lo hace el consumo de alcohol.
- El consumo de alcohol se relaciona con el nivel cultural, siendo mayor cuanto menor es el nivel de estudios.
- El consumo de alcohol se relaciona con el tipo de trabajo desempeñado, siendo mayor en los trabajos de tipo manual (blue collar).
- Existen discrepancias entre la percepción del consumo de alcohol por parte del trabajador medido con el AUDIT y el consumo registrado mediante el cálculo de nº de UBE.
- El perfil de trabajador, en relación al consumo de alcohol en la población general trabajadora estudiada, es la de un varón de 46 años, con estudios secundarios/grado medio, con un patrón de consumo de fin de semana, con

consumo de cerveza en cantidad de dos cañas, que desempeña un trabajo manual y perteneciente a la clase social 3 según la clasificación nacional de ocupaciones 2011 (CNO11).

7.2 Población de Unidad de Salud Mental

- En el colectivo de pacientes de USM existe un mayor consumo medido en nº de UBE entre los hombres que entre las mujeres.
- El consumo se incrementa en las personas más jóvenes y va decreciendo a medida que aumenta la edad.
- En relación a su situación social, las amas de casa consumen menos alcohol que los pensionistas, trabajadores y desempleados.
- El arraigo social es un factor favorecedor de un menor consumo, siendo la presencia de familia nuclear en la isla, un factor que se relaciona con el menor consumo de alcohol.
- La situación social influye en el consumo de alcohol, siendo mayor en los colectivos de casados, divorciados y solteros que en el de viudos.
- La historia previa de otras adicciones favorece el mayor consumo de alcohol.

- Los pacientes que reciben tratamientos con benzodicepinas o eutimizantes tienen un consumo menor de alcohol que los que reciben otro tipo de medicaciones psiquiátricas.
- El perfil de paciente de USM se corresponde con el de una mujer de 48 años, con estudios primarios/elementales, casada, sin hijos, con familia nuclear en la isla, que no bebe, pensionista, sin otras adicciones, diagnosticada de un trastorno de ansiedad en tratamiento con antidepresivos, y en tratamiento con antidepresivos desde hace menos de un año.
- El perfil de consumidor entre los pacientes de USM se corresponde con una mujer de 47 años, casada, sin hijos, con estudios primarios/elementales, con familia nuclear en la isla, que bebe ocasionalmente, con consumo de cerveza en cantidad de una caña, que desempeña un trabajo manual y perteneciente a la clase social 3 según la clasificación nacional de ocupaciones 2011 (CNO11).

7.3 Población ex bebedores en Unidad de Salud Mental

- El abandono del consumo de alcohol entre los pacientes de la USM se debe fundamentalmente a presiones familiares y sociales.
- La voluntad de abandono en el colectivo de exbebedores tenía una intencionalidad definitiva y voluntaria.

- El colectivo con mayor proporción entre los exbebedores de USM es el de pensionistas.
- La presencia de otras adicciones se relacionaba con mayor consumo de alcohol en el colectivo de exbebedores.
- El mayor grado de abandono se da en el colectivo de pacientes psicóticos.
- El mayor grado de abandono se da en el colectivo de pacientes en tratamiento con benzodiazepinas.
- El perfil del paciente de USM ex bebedor se corresponde con un varón de 47 años, con estudios primarios/elementales, soltero, sin hijos, con únicamente la familia nuclear en la isla, que bebía todos los días, habitualmente cerveza y en cantidad de más de tres cañas, pensionista, sin otras adicciones, diagnosticado de psicosis en tratamiento con benzodiazepinas, con ocho años de seguimiento.

7.4 Comparativa de población general trabajadora y población de Unidad de Salud Mental

- No hay diferencia de consumo por edad pero si por sexo, siendo más frecuente el consumo en las mujeres de USM.
- El nivel de estudios en USM es inferior.

- El grupo de población general trabajadora consume más alcohol, sobre todo aquellos afectos de patologías ansiosas, que los del grupo de USM pero el AUDIT es mayor en el grupo de USM.
- El tipo de consumo es más pernicioso en USM (bebidas de mayor graduación).

7.5 Comparativa de población general trabajadora y subgrupo de pacientes de Unidad de Salud Mental con empleo

- No hay diferencia de consumo por edad pero si por sexo, siendo más frecuente el consumo en las mujeres de USM.
- El nivel de estudios en USM es inferior.
- El nivel de trabajo es similar en ambos grupos.
- El grupo de población general trabajadora consume más alcohol, sobre todo aquellos afectos de patologías ansiosas, que los del grupo de USM pero el AUDIT es mayor en el grupo de USM.
- No hay diferencias en el tipo de alcohol consumido.

BIBLIOGRAFÍA

8 BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, F. J., & Del Río, M. C. (2001). Alcohol y accidentes de tráfico: ¿prevenir qué?. *Trastornos Adictivos*, 3(3), 172-180.
- Álvarez, F. J., & Del Río, M. C. (2001). *Farmacología del alcohol*. En: G. Rubio y J. Santo Domingo (Eds), Curso de especialización en alcoholismo (pp. 1-24). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, vol 2.
- Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 51-53.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5, 5th ed. Arlington, VA: *American Psychiatric Association*. Disponible en: [<http://dsm.psychiatryonline.org>]. Consultado el 1 de septiembre de 2015.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Reino Unido: *Institute of Alcohol Studies*.
- Arranz, S., Chiva-Blanch, G., Valderas-Martínez, P., Medina-Remón, A., Lamuela-Raventós, R. M., & Estruch, R. (2012). Wine, beer, alcohol and polyphenols on cardiovascular disease and cancer. *Nutrients*, 4(7), 759-781.

- Baliunas, D. O., Taylor, B. J., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S., & Rehm, J. (2009). Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes A systematic review and meta-analysis. *Diabetes care*, 32(11), 2123-2132.
- Baliunas, D. O., Taylor, B. J., Irving, H., Roerecke, M., Patra, J., Mohapatra, S., & Rehm, J. (2009). Alcohol as a Risk Factor for Type 2 Diabetes A systematic review and meta-analysis. *Diabetes care*, 32(11), 2123-2132.
- Barrowclough, C., Eisner, E., Bucci, S., Emsley, R., & Wykes, T. (2014). The impact of alcohol on clinical outcomes in established psychosis: a longitudinal study. *Addiction*, 109(8), 1297-1305.
- Bedford, D., O'Farrell, A., & Howell, F. (2006). Blood alcohol levels in persons who died from accidents and suicide. *Irish medical journal*, 99(3), 80-83.
- Bellos, S., Skapinakis, P., Rai, D., Zitko, P., Araya, R., Lewis, G., ... & Mavreas, V. (2013). Cross-cultural patterns of the association between varying levels of alcohol consumption and the common mental disorders of depression and anxiety: Secondary analysis of the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *Drug and alcohol dependence*, 133(3), 825-831.
- Benavides, F. G., Ruiz-Forès, N., Delclós, J., & Domingo-Salvany, A. (2013). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 248-253.

- Bhatara, V., Loudenberg, R., & Ellis, R. (2006). Association of attention deficit hyperactivity disorder and gestational alcohol exposure an exploratory study. *Journal of Attention Disorders, 9*(3), 515-522.
- Biron, M., Bamberger, P. A., & Noyman, T. (2011). Work-related risk factors and employee substance use: insights from a sample of Israeli blue-collar workers. *Journal of occupational health psychology, 16*(2), 247.
- Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clinical psychology review, 26*(2), 162-178.
- Carter, M. A. (2004). Review: brief multicontact behavioural counselling interventions in primary care reduce risky or harmful alcohol use. *Evidence Based Nursing, 7*(4), 108-108.
- Chamorro, L. (1997). *Tratamiento del alcoholismo*. En: Valbuena A, Alamo C (Eds.), *Avances en toxicomanías y alcoholismo. Aspectos conceptuales, farmacológicos, clínico-terapéuticos y médico-legales*. Madrid: Universidad de Alcalá. Servicio de Publicaciones.
- Cheng, W. J., Cheng, Y., Huang, M. C., & Chen, C. J. (2012). Alcohol dependence, consumption of alcoholic energy drinks and associated work characteristics in the Taiwan working population. *Alcohol and alcoholism, 47*(4), 372-379.

- Clausen, T., Rossow, I., Naidoo, N., & Kowal, P. (2009). Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. *Addiction*, *104*(7), 1147-1154.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). *Alcohol. Informe de la comisión clínica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado el 1 de septiembre de 2015. Disponible en: [<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>].
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. *Informe sobre alcohol. 2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Consultado el 23/08/2015. Disponible en: [<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>].
- Commission of the European Communities (2006). *An EU strategy to support member states in reducing alcohol related harm*. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels: Commission of the European Communities. Consultada el 4 de abril de 2014. Disponible en: [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf].
- Courtney, K. E., & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological bulletin*, *135*(1), 142.
- Diehl, A., Croissant, B., Batra, A., Mundle, G., Nakovics, H., & Mann, K. (2007). Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men?. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *257*(6), 344-351.

- Dikranian, K., Qin, Y. Q., Labruyere, J., Nemmers, B., & Olney, J. W. (2005). Ethanol-induced neuroapoptosis in the developing rodent cerebellum and related brain stem structures. *Developmental Brain Research*, 155(1), 1-13.
- Dirección General de Tráfico. (2002). *Guía de Educación Vial para educación secundaria*. Madrid: Dirección General de Tráfico.
- Domingo-Salvany, A., Regidor, E., Alonso, J., Alvarez-Dardet, C., Borrell, C., Doz, F., & Rodríguez, J. (2000). Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Aten Primaria*, 25(5), 350-63.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Edwards, G., Marshall, E. J., Cook, C. C. H. (2003). *The treatment of drinking problems: A guide for the helping professions*. New York: Cambridge University Press.
- Fairbairn, C. E., Sayette, M. A., Amole, M. C., Dimoff, J. D., Cohn, J. F., & Girard, J. M. (2015). Speech volume indexes sex differences in the social-emotional effects of alcohol. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 23(4), 255.
- Famy, C., Streissguth, A. P., & Unis, A. S. (2014). Mental illness in adults with fetal alcohol syndrome or fetal alcohol effects. *American Journal of Psychiatry*, 155:552–554.

- Farré M, Roset PN, Camí J. (1996). *Combinación de sustancias psicoactivas y conducción de vehículos*. En: F. J. Álvarez, ed. *Fármacos y conducción de vehículos* (pp. 39-44), Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve. Disponible en: [<http://www.esteve.org/?wpdmact=process&did=ODYwLmhvdGxpbms=>]. Consultado el 21 de abril de 2014.
- Farré, M., & Abanades, S. (2006). *Farmacología del poliabuso de drogas*. En: Pérez de los Cobos J.C., Valderrama J.C., Cervera G. & Rubio G. (eds), SET de Trastornos Adictivos. Tomo 1, (pp. 10-13). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Farré, M., De la Torre, R., Llorente, M., Lamas, X., Ugena, B., Segura, J., & Camí, J. (1993). Alcohol and cocaine interactions in humans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 266(3), 1364-1373.
- Fernández-Solà, J. (2015). Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nature Reviews Cardiology*. [Epub ahead of print Jun 2015].
- Fleming M, Mihic J, Harris RA. (2006). *Ethanol*. En: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL (eds.), Goodman & Gilman. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 11th ed. (pp. 591-606). New York: McGrawHill.
- Freixa, F. (1976). El alcohol, droga institucionalizada. *Jano*, 246(10).
- García-Díaz, V., Fernández-Feito, A., Arias, L., & Lana, A. (2015). Tobacco and alcohol consumption according to workday in Spain. *Gaceta Sanitaria* Sep-Oct;29(5):364-9.

- Goodwin, D. W., Schulsinger, F., Møller, N., Hermansen, L., Winokur, G., & Guze, S. B. (1974). Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 31(2), 164-169.
- Grothues, J. M., Bischof, G., Reinhardt, S., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2008). Effectiveness of brief alcohol interventions for general practice patients with problematic drinking behavior and comorbid anxiety or depressive disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 94(1), 214-220.
- Grothues, J., Bischof, G., Reinhardt, S., Hapke, U., Meyer, C., John, U., & Rumpf, H. J. (2005). Intention to change drinking behaviour in general practice patients with problematic drinking and comorbid depression or anxiety. *Alcohol and alcoholism*, 40(5), 394-400.
- Gual, A., & Colom, J. (1997). Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe?. *Addiction*, 92(s1), S21-S31.
- Guerri, C. (2006). *Alcohol: bases biológicas*. En: Pérez de los Cobos JC, Valderrama JC, Cervera G, Rubio, G (eds), Tratado SET de Trastornos Adictivos, (pp. 153-157). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Guerri, C., Bazinet, A., & Riley, E. P. (2009). Foetal alcohol spectrum disorders and alterations in brain and behaviour. *Alcohol and alcoholism*, agn105.
- Halonen, J. I., Kivimäki, M., Pentti, J., Virtanen, M., Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Vahtera, J. (2014). Association of the Availability of Beer, Wine, and Liquor

Outlets with Beverage-Specific Alcohol Consumption: A Cohort Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(4), 1086-1093.

- Hashimoto-Torii, K., Kawasawa, Y. I., Kuhn, A., & Rakic, P. (2011). Combined transcriptome analysis of fetal human and mouse cerebral cortex exposed to alcohol. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(10), 4212-4217.
- Hellemans, K. G., Sliwowska, J. H., Verma, P., & Weinberg, J. (2010). Prenatal alcohol exposure: fetal programming and later life vulnerability to stress, depression and anxiety disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6), 791-807.
- Hendershot, C. S., Stoner, S. A., Pantalone, D. W., & Simoni, J. M. (2009). Alcohol use and antiretroviral adherence: review and meta-analysis. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 52(2), 180.
- Hernández-López, C., Farré, M., Roset, P. N., Menoyo, E., Pizarro, N., Ortuño, J., ... & De la Torre, R. (2002). 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) and alcohol interactions in humans: psychomotor performance, subjective effects, and pharmacokinetics. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 300(1), 236-244.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Jamanka, A., & Howland, J. (2000). Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. *Jama*, 284(12), 1527-1533.

- Hingson, R., Heeren, T., & Zakocs, R. (2001). Age of drinking onset and involvement in physical fights after drinking. *Pediatrics*, *108*(4), 872-877.
- Hwang, W. J., Hong, O., & Kim, M. J. (2012). Factors associated with blue-collar workers' risk perception of cardiovascular disease. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *42*(7), 1095-1104.
- Jones, L., Bates, G., McCoy, E., & Bellis, M. A. (2015). Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, *15*(1), 400.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Kaufman, M., Cain, D., & Jooste, S. (2007). Alcohol use and sexual risks for HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: systematic review of empirical findings. *Prevention science*, *8*(2), 141-151.
- Kelly, E., Darke, S., & Ross, J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and alcohol review*, *23*(3), 319-344.
- Kerr, J. S., & Hindmarch, I. (1991). Alcohol, Cognitive Function and Psychomotor Performance. *Reviews on environmental health*, *9*(2), 117-122.
- Kerr, W. C., Greenfield, T. K., Bond, J., Ye, Y., & Rehm, J. (2004). Age, period and cohort influences on beer, wine and spirits consumption trends in the US National Alcohol Surveys. *Addiction*, *99*(9), 1111-1120.

- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Lang, J. P., Bonnewitz, M. L., Kusterer, M., & Lalanne-Tongio, L. (2014). Alcohol consumption in patients with psychiatric disorders: Assessment and treatment. *L'Encephale*, 40(4), 301-307.
- León-Regal M., González-Otero L., León-Valdés A., de-Armas-García J., Urquiza-Hurtado A., Rodríguez-Caña G. (2014). Bases neurobiológicas de la adicción al alcohol. *Revista Finlay*, 4(1), 40-53.
- Lönnroth, K., Williams, B. G., Stadlin, S., Jaramillo, E., & Dye, C. (2008). Alcohol use as a risk factor for tuberculosis—a systematic review. *BMC public health*, 8(1), 289.
- Lopez Ibor Aliño, J.J., & Miyar, M.V. (Eds.). (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Macdonald, S., Greer, A., Brubacher, J. R., Cherpitel, C., Stockwell, T., & Zeisser, C. (2013). Alcohol Consumption and Injury. *Alcohol Science Policy and Public Health*, 171-78.
- Mann, K., Ackermann, K., Croissant, B., Mundle, G., Nakovics, H., & Diehl, A. (2005). Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: are women more vulnerable?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(5), 896-901.

- Manning, V., Gomez, B., Koh, P. K., Ng, A., Guo, S., Kandasami, G., & Wong, K. E. (2013). Treatment outcome and its predictors among Asian problem drinkers. *Drug and alcohol review, 32*(2), 178-186.
- Mattson, S. N., & Riley, E. P. (1998). A review of the neurobehavioral deficits in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22*(2), 279-294.
- Mattson, S. N., & Roebuck, T. M. (2002). Acquisition and retention of verbal and nonverbal information in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 26*(6), 875-882.
- Mattson, S. N., Riley, E. P., Delis, D. C., Stern, C., & Jones, K. L. (1996). Verbal learning and memory in children with fetal alcohol syndrome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20*(5), 810-816.
- Mattson, S. N., Riley, E. P., Gramling, L., Delis, D. C., & Jones, K. L. (1998). Neuropsychological comparison of alcohol-exposed children with or without physical features of fetal alcohol syndrome. *Neuropsychology, 12*(1), 146.
- May, P. A., Van Winkle, N. W., Williams, M. B., McFeeley, P. J., DeBruyn, L. M., & Serna, P. (2002). Alcohol and suicide death among American Indians of New Mexico: 1980–1998. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(3), 240-255.

- Mayfield, R. D., Lewohl, J. M., Dodd, P. R., Herlihy, A., Liu, J., & Harris, R. A. (2002). Patterns of gene expression are altered in the frontal and motor cortices of human alcoholics. *Journal of neurochemistry*, 81(4), 802-813.
- Miller, M. W. (1995). Effect of Pre or Postnatal Exposure to Ethanol on the Total Number of Neurons in the Principal Sensory Nucleus of the Trigeminal Nerve: Cell Proliferation and Neuronal Death. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(5), 1359-1363.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2007). *El alcohol te destroza por partida doble*, 8-10. Campañas 2007-Alcohol y menores. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [<http://www.msssi.gob.es/campañas/campanas07/alcoholmenores1.htm>]. Consultado el 1 de septiembre de 2015.
- Mohapatra, S., Patra, J., Popova, S., Duhig, A., & Rehm, J. (2010). Social cost of heavy drinking and alcohol dependence in high-income countries. *International journal of public health*, 55(3), 149-157.
- Mooney, S. M., & Miller, M. W. (2007). Time-specific effects of ethanol exposure on cranial nerve nuclei: gastrulation and neuronogenesis. *Experimental neurology*, 205(1), 56-63.
- Moore, S., Grunberg, L., & Greenberg, E. (2000). The relationships between alcohol problems and well-being, work attitudes, and performance: are they monotonic?. *Journal of substance abuse*, 11(2), 183-204.

- Morikawa, Y., Sakurai, M., Nakamura, K., Nagasawa, S. Y., Ishizaki, M., Kido, T., ... & Nakagawa, H. (2013). Correlation between shift-work-related sleep problems and heavy drinking in Japanese male factory workers. *Alcohol and alcoholism*, 48(2), 202-206.
- Morris, M., Johnson, D., & Morrison, D. S. (2012). Opportunities for prevention of alcohol-related death in primary care: results from a population-based cross-sectional study. *Alcohol*, 46(7), 703-707.
- Navarro, H. J., Doran, C. M., & Shakeshaft, A. P. (2011). Measuring costs of alcohol harm to others: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 114(2), 87-99.
- Nemtsov, A. (2003). Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965–1999. *Drug and alcohol dependence*, 71(2), 161-168.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558-1565.
- O'Hare, T. (1995). Mental health problems and alcohol abuse: Co-occurrence and gender differences. *Health & Social Work*, 20(3), 207-214.
- Odlaug, B. L., Gual, A., DeCourcy, J., Perry, R., Pike, J., Heron, L., & Rehm, J. (2015). Alcohol dependence, co-occurring conditions and attributable burden. *Alcohol and alcoholism*, agv088.

- Organización Mundial de la Salud. (1994). CIE-10. *Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.
- Owusu, D., Quinn, M., & Wang, K. S. (2015). Alcohol Consumption, Depression, Insomnia and Colorectal Cancer Screening: Racial Differences. *International journal of high risk behaviors & addiction*, 4(2).
- Paton, A. (2005). Alcohol in the body: Author's reply. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7493), 732.
- Patra, J., Taylor, B., Irving, H., Roerecke, M., Baliunas, D., Mohapatra, S., & Rehm, J. (2010). Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality for different stroke types-a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 10(1), 258.
- Pirkola, S. P., Suominen, K., & Isometsä, E. T. (2004). Suicide in alcohol-dependent individuals. *CNS drugs*, 18(7), 423-436.
- Popova, S., Rehm, J., Patra, J., & Zatonski, W. (2007). Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol and alcoholism*, 42(5), 465-473.
- Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (1999). Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 34-40.

- Ramstedt, M. (2010). How much alcohol do you buy? A comparison of self-reported alcohol purchases with actual sales. *Addiction*, 105(4), 649-654.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233.
- Rehm, J., Room, R., Graham, K., Monteiro, M., Gmel, G., & Sempos, C. T. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9), 1209-1228.
- Rehm, J., Shield, K. D., Rehm, M. X., Gmel, G., & Frick, U. (2012). *Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Toronto, Canadá: Centre for Addiction and Mental Health.
- Riley, E. P., Mattson, S. N., Sowell, E. R., Jernigan, T. L., Sobel, D. F., & Jones, K. L. (1995). Abnormalities of the corpus callosum in children prenatally exposed to alcohol. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(5), 1198-1202.
- Rodríguez-Martos Dauer, A., Gual Solé, A., & Llopis Llácer, J. J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina clínica*, 112(12), 446-450.

- Roebuck-Spencer, T. M., & Mattson, S. N. (2004). Implicit strategy affects learning in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(9), 1424-1431.
- Roebuck, T. M., Simmons, R. W., Mattson, S. N., & Riley, E. P. (1998). Prenatal exposure to alcohol affects the ability to maintain postural balance. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(1), 252-258.
- Roerecke, M., & Rehm, J. (2012). The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 107(7), 1246-1260.
- Rognmo, K., Torvik, F. A., Ildstad, M., & Tambs, K. (2013). More mental health problems after divorce in couples with high pre-divorce alcohol consumption than in other divorced couples: results from the HUNT-study. *BMC public health*, 13(1), 852.
- Romelsjö, A., & Diderichsen, F. (1989). Changes in alcohol-related inpatient care in Stockholm County in relation to socioeconomic status during a period of decline in alcohol consumption. *American journal of public health*, 79(1), 52-56.
- Room, R., & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of studies on alcohol*, 61(3), 475-483.
- Room, R., Ferris, J., Laslett, A. M., Livingston, M., Mugavin, J., & Wilkinson, C. (2010). The drinker's effect on the social environment: a conceptual framework for

studying alcohol's harm to others. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1855-1871.

- Rossow, I. (2001). Alcohol and homicide: a cross-cultural comparison of the relationship in 14 European countries. *Addiction*, 96(1s1), 77-92.
- Rotheram-Borus, M. J., Tomlinson, M., Le Roux, I., & Stein, J. A. (2015). Alcohol use, partner violence, and depression: a cluster randomized controlled trial among urban South African mothers over 3 years. *American journal of preventive medicine*. [Ahead of print].
- Rubert, G., Miñana, R., Pascual, M., & Guerri, C. (2006). Ethanol exposure during embryogenesis decreases the radial glial progenitor pool and affects the generation of neurons and astrocytes. *Journal of neuroscience research*, 84(3), 483-496.
- Rubio G, Martínez M. *Evaluación de los problemas relacionados con el alcohol: historia clínica, instrumentos y marcadores biológicos*. En: Rubio G, Santo-Domingo J. *Guía práctica de intervención en el alcoholismo* (pp.193-211). Madrid. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid / Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 2000.
- Rubio, G., Jiménez, M. A., Ponce, G., & Santo-Domingo, J. (2003). *Evaluación de los trastornos por uso de alcohol*. En Bobes J, Casas M, Gutierrez M (Eds): *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Ars Médica.

- Ruiz-Flores, M., Vicente Herrero, M. T., Torres, I., & López, A. A. Consumo de alcohol y comportamientos violentos. Aspectos médico-legales: una revisión desde la jurisprudencia española. *Revista CES DERECHO ISSN*, 2145-7719.
- Saar, I. (2009). The social costs of alcohol misuse in Estonia. *European addiction research*, 15(1), 56-62.
- Saiz, P. A., González, M. P., Bousoño, M., & Bobes, J. (1998). Marcadores biológicos de la conducta alcohólica. *Psiquiatr Biol*, 5(Supl 1), 35-39.
- Salleras Sanmartí, L., & Bach Bach, L. (1988). Alcohol y salud. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 8va ed. Barcelona: Salvat, 1000-15.
- Sánchez, A., & Hidalgo, M. J. (2000). *Efectos fetales del alcohol*. *El Síndrome alcohólico fetal*. En: Cuevas y Sanchís (Dir): Tratado de Alcoholología, (pp. 285-303).. Madrid: Ed. Nilo.
- Shaw, J., Hunt, I. M., Flynn, S., Amos, T., Meehan, J., Robinson, J., ... & Appleby, L. (2006). The role of alcohol and drugs in homicides in England and Wales. *Addiction*, 101(8), 1117-1124.
- Shield KD, Kehoe T, Gmel GJ et al. (2012) *Societal burden of alcohol*. In: Anderson P, Møller L & Galea G (eds.) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches (pp.10-28). Geneva, Switzerland: World Health Organization Regional Office for Europe.

- Shield, K.D., Rylett, M.J., Gmel, G., & Rehm, J. (2013). *Part 1. Trends in alcohol consumption and alcohol-attributable mortality in the EU in 2010*. In: World Health Organization Regional Office for Europe (eds.), *Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013* (pp. 3-14). Geneva, Switzerland: WHO Regional Office for Europe.
- Simmons, R. W., Thomas, J. D., Levy, S. S., & Riley, E. P. (2010). Motor response programming and movement time in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Alcohol*, 44(4), 371-378.
- Smith, G. S., Branas, C. C., & Miller, T. R. (1999). Fatal nontraffic injuries involving alcohol: a metaanalysis. *Annals of emergency medicine*, 33(6), 659-668.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo de trabajo del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) (2007). *Cómo actuar ante el consumo de alcohol. Guía para profesionales de atención primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en [<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/AlcoholAtencionPrimaria.pdf>]. Consultado el 1 de septiembre de 2015.
- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria. (1999). *Guía como ayudar a prevenir las lesiones por accidente de tráfico*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en:

[http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/accidentes/docs/GUIA_PREV_ACC_TR_AFIC_O.pdf]. Consultado el 1 de septiembre de 2015.

- Sociedad Española de Psiquiatría. (2000). *Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre Diagnóstico y Tratamiento del alcoholismo y otras dependencias*. Madrid: Aula Médica.
- Sokol, R. J., Delaney-Black, V., & Nordstrom, B. (2003). Fetal alcohol spectrum disorder. *Jama*, 290(22), 2996-2999.
- Soler-Insa, P., Freixa, F., & Reina, F. (1988). *Trastornos por dependencia del alcohol: Conceptos actuales*. Madrid: Laboratorios Delagrangue.
- Sprague, D. J., & Vinson, D. C. (2015). Patient perceptions of risky drinking: knowledge of daily and weekly low-risk guidelines and standard drink sizes. *Substance abuse*, (just-accepted), 00-00.
- Stockley, I. (2004). Interacciones farmacológicas. *Barcelona: Pharma Editores*, 13-32.
- Streissguth, A. P., Aase, J. M., Clarren, S. K., Randels, S. P., LaDue, R. A., & Smith, D. F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Jama*, 265(15), 1961-1967.
- Sulik, K. K. (2005). Genesis of alcohol-induced craniofacial dysmorphism. *Experimental biology and medicine*, 230(6), 366-375.

- Suzuki, K. (2007). Neuropathology of developmental abnormalities. *Brain and Development*, 29(3), 129-141.
- Thornton, L. K., & Kay-Lambkin, F. J. (2015). Negative effect of alcohol use on mood among people with psychosis. *Evidence Based Mental Health*, 18(2), e3-e3.
- US Preventive Services Task Force. (2004). Screening and counseling to reduce alcohol misuse: recommendations from the United States Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 140, 1-64.
- Velasquez, M. M., Carbonari, J. P., & Diclemente, C. C. (1999). Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: the relation of the transtheoretical model variables to psychiatric distress in dually diagnosed patients. *Addictive behaviors*, 24(4), 481-496.
- Vicente Herrero, M. T., & López González, Á. A. (2014). Consumo de Alcohol en Trabajadores Españoles del Sector Servicios: Variables Sociodemográficas y Laborales Implicadas. *Ciencia & trabajo*, 16(51), 158-163.
- Vicente Herrero, M. T., López, Á. A., Capdevila García, L., Terradillos García, M. J., & Aguilar Jiménez, E. (2015). Cardiovascular risk parameters, metabolic syndrome and alcohol consumption by workers. *Endocrinología y Nutrición (English Edition)*, 62(4), 161-167.

- Vicente Herrero, M. T., Ruiz-Flores, M., Bozzini, D., Capdevila García, L., Ramírez García M. J., & Lopez, Á. A. (2014). Consumo de alcohol y riesgo de accidentes de tráfico en España. Aspectos preventivos. *Medicina Balear*, 18.
- Vicente Herrero, M. T., Ruiz-Flores, M., Capdevila García, L., Ramírez García, M. J., Terradillos García, M., & López, Á. A. (2014). Consumo de alcohol Situación mundial actual, repercusión en la salud y aspectos laborales. *Rev. Asoc. Esp. Espec. Med. Trab*, 389-398.
- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2007). Male–female differences in the risk of progression from first use to dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol. *Drug and alcohol dependence*, 86(2), 191-198.
- Warren, K. R., & Li, T. K. (2005). Genetic polymorphisms: impact on the risk of fetal alcohol spectrum disorders. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 73(4), 195-203.
- West, J. R., Goodlett, C. R., Bonthuis, D. J., & Pierce, D. R. (1988). Manipulating peak blood alcohol concentrations in neonatal rats: review of an animal model for alcohol-related developmental effects. *Neurotoxicology*, 10(3), 347-365.
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T., & Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 140(7), 557-568.

- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultado el 1 de septiembre de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1]
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultado el 1 de septiembre de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf].
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health-2011*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultado el 1 de septiembre de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf]
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health-2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Consultado el 1 de septiembre de 2015. Disponible en: [http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1]
- Yen, C. F., Hsiao, R. C., Ries, R., Liu, S. C., Huang, C. F., Chang, Y. P., & Yu, M. L. (2008). Insight into alcohol-related problems and its associations with severity of alcohol consumption, mental health status, race, and level of acculturation in

southern Taiwanese indigenous people with alcoholism. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 34(5), 553-561.

- Zador, P. L. (1991). Alcohol-related relative risk of fatal driver injuries in relation to driver age and sex. *Journal of studies on alcohol*, 52(4), 302-310.

ANEXO 1: Cuestionario elaborado por los autores

Consumo de alcohol

1- Cuando consume-frecuencia:

- Nunca
- Mensualmente
- Semanalmente
- Fines de semana
- 3 días/semana
- Todos los días

2- Cantidad de alcohol

- 1 copa
- 2 copas
- 3 copas
- Más de 3 copas

3- Tipo de alcohol que consume

- Carajillo
- Cerveza
- Cubata
- Vino
- Whisky
- Varios/todos ellos

4- Cc de bebida: calculado UBE

5- Cc de alcohol: calculado en de gramos de alcohol

La formula sería:

$$\text{gramos alcohol} = \frac{\text{volumen (expresado en c.c.)} \times \text{graduación} \times 0,8}{100}$$

Es decir si una persona consume 100 c.c. de un vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto ingerida es:

$$\frac{100 \text{ c.c.} \times 13 \times 0,8}{100} = 10,4 \text{ gr alcohol puro}$$

Otro ejemplo, en una cerveza de cuarto (250 c.c.) y de graduación 4,8 grados, la cantidad de alcohol absoluto es:

$$\frac{250 \times 4,8 \times 0,8}{100} = 9 \text{ gr alcohol puro}$$

6- Alcohol/semana: calculado en función del patrón de consumo (diario, ocasional, fin semana)

7- Alcohol /día : calculado según gramos de alcohol por día

Cálculo de UBE

1 UBE:	200 ml de cerveza (caña o quinto), o 100 ml de vino (vaso pequeño), o 50 ml de vino generoso (jerez),		
	o 50 ml de cava (1 copa), o 25 ml de licor (1 carajillo)		
2 UBE:	1 copa de coñac (50 ml), o 1 combinado (50 ml), o 1 vermut (100 ml), o 1 whisky (50 ml)		
	Tipo de bebida	Volumen	Número de unidades
	Vino	1 vaso (100 cc)	1
		1 l	10
	Cerveza	1 caña (200 cc)	1
		1 l	5
	Copas	1 copa (50 ml)	2
		1 carajillo (25 ml)	1
		1 combinado (50 ml)	2
		1 l	40
	Jerez, cava, vermut	1 copa (50 ml)	1
		1 vermut (100 ml)	2
		1 l	20