

Consumo de alcohol en adolescentes

Estudio poblacional sobre el consumo de alcohol en jóvenes adolescentes de países de ingresos bajos y medios.

Autor: Chuanwei Ma, Pascal Bovet, Lili Yang, Min Zhao, Yajun Liang, *B Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2: 415–29

Página 1

Introducción

El alcohol es una sustancia psicoactiva que tiene efectos eufóricos, intoxicantes y relajantes y puede ser adictivo. El uso nocivo de alcohol está asociado con varios trastornos sociales, mentales y del comportamiento, y aumenta el riesgo de una amplia gama de enfermedades y de mortalidad.¹⁻³

Incluso un bajo nivel de consumo puede aumentar el riesgo de varias enfermedades, incluyendo algunos cánceres.^{4,5} En 2017, el consumo de alcohol fue considerado responsable de 3,2 millones de muertes en todo el mundo y fue la cuarta causa mayor de años de vida perdidos ajustados por discapacidad (después del consumo de tabaco, la hipertensión y el bajo peso al nacer).⁶

La adolescencia es un período vulnerable en relación con la adopción de comportamientos dañinos, incluyendo el consumo de alcohol, los comportamientos de riesgo sexual, la inactividad física, la lucha física, la dieta poco saludable y el consumo de tabaco.⁷⁻⁹

En Europa, el 57% de los adolescentes de 15-16 años reportaron consumir alcohol al menos una vez al mes, y el 70% experimentó la embriaguez al menos una vez durante su vida.¹⁰ En los EE. UU., el 11,5% de los adolescentes de 12-17 años informaron que consumían alcohol al menos una vez por mes.¹¹

Beber alcohol a temprana edad tiene efectos perjudiciales sobre la salud física y mental (p. ej., intoxicación por alcohol, accidentes de vehículos motorizados, violencia y suicidio) y es una de las principales causas de muerte en este rango de edad. Beber durante la infancia también aumenta el riesgo del uso nocivo del alcohol en la adultez.¹²⁻¹⁴

El consumo de alcohol está asociado con varios problemas relacionados con la bebida.^{15,16} Los adolescentes que se han embriagado al menos una vez en su vida tienen un mayor

riesgo de trastornos psicológicos.¹⁷ Aunque el consumo total de alcohol a nivel de la población está disminuyendo en algunos países,¹⁰ el consumo de alcohol entre los adolescentes sigue siendo un importante problema porque los adolescentes a menudo ven el consumo de alcohol, incluida la embriaguez, como un rito para la transición a la adultez.^{18,19}

Varios factores están asociados con la probabilidad de consumo de alcohol entre los jóvenes, incluyendo la disponibilidad y la densidad de locales que venden alcohol,²⁰ las políticas que restringen el acceso al alcohol (por ejemplo, las horas de venta restringida, la prohibición de venta a menores, etc.),^{10,21} y las normas sociales y culturales (p. ej., tolerancia social a los jóvenes y adultos que beben).²²⁻²⁵

Es también importante tener en cuenta los patrones de consumo. Por ejemplo, los jóvenes podrían involucrarse en borracheras, especialmente cuando el alcohol se compra a vendedores comerciales y es consumido fuera del entorno familiar.²⁴

El consumo de alcohol y los patrones de consumo entre los adolescentes han sido ampliamente reportados en países de altos ingresos, pero se han hecho pocos estudios sobre el consumo de alcohol entre los adolescentes de países bajos y de medianos ingresos (PBMIs).¹⁷ Además, solo unos pocos estudios utilizaron un instrumento estándar para evaluar estas variables, lo que limita la comparación directa entre países.

En este estudio, los autores utilizaron datos de la Encuesta Global de Salud de Estudiantes basada en Escuelas (EGSE) para evaluar la prevalencia del consumo de alcohol, la frecuencia de embriaguez en la vida y los problemas relacionados con el alcohol, y las fuentes de compra de alcohol en adolescentes jóvenes en PBMIs entre 2006 y 2013.

Métodos

> Fuentes de datos

En este estudio poblacional, los autores usaron los datos más recientes de la EGSE (2006-13) disponibles en forma pública en los sitios web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. (CDC) y la OMS. Los métodos y los principales hallazgos de la EGSE se describen tanto en los sitios web del CDC como de la OMS. En resumen, la EGSE es una encuesta escolar auto administrada desarrollada por la OMS y el CDC.

La meta de la EGSE es proporcionar datos sobre los comportamientos de salud entre adolescentes de 12-15 años utilizando los mismos procedimientos estandarizados para ayudar a los países a desarrollar programas y políticas de salud efectivos.

Las encuestas realizadas antes de 2005 no se incluyeron en el análisis de los autores porque este estudio se centró en datos recientes para mejorar la comparabilidad de los resultados entre países. Si un país había hecho más de una EGSE entre 2006 y 2013, analizaron la última encuesta.

Se utilizó la misma estrategia de muestreo estandarizada, la misma metodología de estudio y el mismo cuestionario en todos países. En pocas palabras, en cada país, los participantes fueron seleccionados utilizando un diseño de clúster de dos etapas para proporcionar una muestra representativa a nivel nacional de adolescentes entre 12 y 15 años. Se incluyeron en el marco de muestreo todos los estudiantes en las clases de la escuela seleccionada.

El cuestionario de la EGSE está compuesto por diez módulos de preguntas sobre diferentes aspectos de la salud, incluyendo el consumo de tabaco, la dieta, la actividad física, las conductas sexuales y el consumo de alcohol.

Los países son libres de seleccionar diferentes módulos cuando hacen una EGSE nacional. Sin embargo, cuando un módulo es incluido en una EGSE en un país, deben utilizarse todas las preguntas centrales del módulo (generalmente hay menos de siete preguntas principales por módulo) y la redacción de las preguntas no puede ser alterada (a excepción de la traducción al lenguaje local).

El cuestionario es anónimo y se auto administra a los estudiantes durante un período de 40-45 minutos en el aula. Los estudiantes registran sus respuestas en una hoja de respuestas escaneable por computadora y el ingreso de datos es hecho automáticamente en los CDC de los Estados Unidos utilizando un procedimiento automatizado de reconocimiento óptico de caracteres.

La EGSE fue aprobada por el Ministerio de Educación o un Comité de Ética de Investigación en Salud en cada país participante, o ambos. La participación fue voluntaria y se obtuvo el consentimiento verbal o escrito de todos los adolescentes y sus padres o tutores en cada país. Este estudio no necesitó la aprobación de la junta ética o de revisión institucional porque se basa en el análisis de datos disponibles públicamente.

> Variables de resultados

La frecuencia de consumo fue evaluada entre jóvenes adolescentes usando la pregunta: "Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días bebió al menos una bebida que contiene alcohol?".

Las respuestas correspondientes fueron "0 días", "1 o 2 días", "3-5 días", "6-9 días", "10-19 días", "20-29 días", o "los 30 días". El cuestionario indicó que una "bebida" significaba una copa de vino, una botella de cerveza, un vaso pequeño de licor o una bebida mezclada.

La frecuencia de los episodios de embriaguez se evaluó entre los jóvenes adolescentes con la pregunta: "Durante tu vida, ¿cuántas veces bebiste tanto alcohol que estabas realmente alcoholizado?". Las respuestas correspondientes fueron "0 veces", "1 o 2 veces", "3 a 9 veces", "10 o más veces". La pregunta decía que un "episodio de embriaguez" significaba tambalearse al caminar, no poder hablar correctamente o vomitar.

Se evaluó la ocurrencia de un problema relacionado con la bebida entre los adolescentes usando la pregunta: "Durante tu vida, ¿cuántas veces has tenido resaca, te sentiste mal, tuviste problemas con tu familia o amigos, faltaste a la escuela, o te metiste en peleas, debido al consumo de alcohol?". Las respuestas correspondientes fueron "0 veces", "1 o 2 veces", "3 a 9 veces" o "10 o más veces".

La adquisición de bebidas alcohólicas se evaluó entre jóvenes adolescentes que informaron haber bebido en los 30 días anteriores utilizando la pregunta: "Durante los últimos 30 días, ¿Cómo conseguiste usualmente el alcohol que bebiste?". Las respuestas correspondientes fueron "lo compré en un negocio, o de un vendedor ambulante", "di dinero a otra persona para comprarlo para mí", "lo obtuve de mis amigos", "lo obtuve de mi familia", "lo robé o lo obtuve sin permiso", o "lo conseguí de otra manera".

> Análisis estadístico

Las estimaciones de la frecuencia de las diferentes variables estuvieron basadas en datos individuales en cada encuesta. Los autores calcularon las estimaciones de prevalencia y DEs según sexo, grupo de edad, país y región (definidos como las seis regiones de la OMS) basados en los pesos de muestreo de la EGSE y las unidades primarias de muestra, utilizando el módulo de las "muestras complejas" en SPSS versión 13.0. Las estimaciones de prevalencia son presentadas con ICs del 95%.

Los autores consideraron una diferencia entre dos estimaciones de prevalencia como significativas si los ICs del 95% no se superponían, lo que corresponde a una estimación conservadora de la diferencia estadística. Los autores calcularon las estimaciones globales y regionales combinadas con ICs del 95% en un metanálisis con modelos de efectos aleatorios usando STATA versión 11.0. Este artículo cumple con los requisitos de las Guías para el Reporte Preciso y Transparente de Estimaciones en Salud.

> **Papel de la fuente de financiamiento**

El financiador del estudio no tuvo ningún papel en el diseño del estudio, en la recopilación de datos, el análisis de datos, la interpretación de los datos o la redacción del informe. El autor correspondiente tenía pleno acceso a todos los datos y la responsabilidad final de decisión de enviar el trabajo para su publicación.

Resultados

Hasta diciembre de 2013, 94 países habían hecho al menos una EGSE. No se incluyeron en el análisis ocho encuestas hechas antes de 2005 porque eran demasiado antiguas para realizar comparaciones globales.

Se incluyeron en este estudio datos de EGSE de 57 países en seis regiones de la OMS: siete de África; 27 de América; dos del este mediterráneo; dos de Europa; cinco del sureste asiático; y 14 del Pacífico occidental, que corresponden a un total de 139 649 jóvenes adolescentes.

En general las tasas de respuesta variaron de 81,2% (930 de 1146 contactados) en Seychelles al 99,6% (2916 de 2929) en Siria. Casi todos los jóvenes adolescentes que informaron haber bebido en los últimos 30 días respondieron a la última pregunta en cada encuesta sobre la **adquisición** de las bebidas alcohólicas. El tamaño de muestra para las primeras tres preguntas varió de 80 (Niue) a 20142 (Argentina), con un tamaño mediano de la muestra de 1540.

La prevalencia general de consumo de alcohol al menos 1 día durante los últimos 30 días fue de 25% (IC 95% 19,3-30,7), y fue más bajo en Tayikistán y más alto en Seychelles. La prevalencia fue 27,5% (21,9-33,2) en niños (la más baja en Tayikistán y la más alta en las Seychelles) y 22,5% (18,8-26,2) en niñas (la menor en Tayikistán y la más alta en Colombia).

La prevalencia fue 18,9% (15,3-22,5) a la edad de 12-13 años (la más baja en Myanmar y la más alta en Seychelles) y 29% (23,1-34,8) a los 14-15 años (la más baja en Tayikistán y la más alta en Seychelles). La prevalencia superó el 10% en 46 (81%) de los 57 países incluidos.

En 13 (23%) de los 57 países, los niños consumieron alcohol con más frecuencia que las niñas. Los adolescentes entre 14 y 15 años tienden a consumir alcohol con más frecuencia que los adolescentes de 12 a 13 años en la mayoría de los países (31 de 57).

La prevalencia general de consumo de alcohol en al menos 3 días durante los últimos 30 días fue 10,1% (IC 95% 8,6-11,5), y fue más baja en Tayikistán y más alta en Jamaica. La prevalencia fue 12% (10-13,9) en niños (la más baja en Tayikistán y la más alta en Seychelles) y 8,3% (7-9,5) en niñas (la más baja en Indonesia y la más alta en Jamaica).

La prevalencia fue 6,8% (5,8-7,8) a los 12-13 años (la más baja en Vietnam y la más alta en Samoa), y 12% (10,3-13,7) a los 14-15 años (la más baja en Tayikistán y la más alta en Argentina). La prevalencia superó el 10% en 26 (46%) de los 57 países incluidos.

La prevalencia general de haberse embriagado al menos una vez en la vida fue 17,9% (IC 95% 13,6-22,1), y la más baja fue en Tayikistán y la más alta en Seychelles. La prevalencia fue 21,3% (16,8-25,7) en niños (la más baja en Tayikistán y la más alta en Seychelles) y 14,5% (12,1-16,9) en niñas (la más baja en Tayikistán y la más alta en Seychelles).

Los niños eran más propensos a informar embriaguez que las niñas en 23 de los 56 países (los datos sobre la embriaguez no estaban disponibles en Siria). La prevalencia fue 12,2% (9,5-15) a los 12-13 años (la más baja en Myanmar y la más alta en Seychelles) y 21,5% (17-26) a los 14-15 años (la más baja en Tayikistán y la más alta en Seychelles).

La prevalencia fue mayor en niños que en niñas, y más alta a los 14-15 años que a los 12-13 años

La prevalencia general de problemas relacionados con la bebida fue 10,6% (IC 95% 8,9-12,2), y fue más baja en Camboya y más alta en Samoa. La prevalencia fue del 12,5% (10,4-14,5) en los niños (la más baja en Camboya y la más alta en Samoa) y 8,9% (7,5-10,2) en niñas (la más baja en Niue y la más alta en Samoa). La prevalencia fue 7,8% (6,6-9,1) a los 12-13 años (la más baja en Niue y la más alta en Samoa) y 12,3% (10,4-14,2) a los 14-15 años (la más baja en Camboya y la más alta en Samoa).

La prevalencia fue mayor en niños que en niñas, y más alta a los 14-15 años que a los 12-13 años. La prevalencia excedió el 10% en 28 (51%) de los 55 países (los datos no estaban disponibles en Malawi y Siria).

En general, el 27,8% (IC 95% 24,8-30,7) de los adolescentes que informaron haber bebido en los 51 países (los datos sobre la adquisición del alcohol no estaban disponibles en Anguila, Malawi, Guyana, Siria, Maldivas y Fiji) accedieron al alcohol por medio de su amigos, el 19,5% (17,5-21,6) lo compraron en una tienda, el 9,1% (8-10,2) le dio dinero a alguien para comprarlo, el 23,2% (19,5-26,9) lo obtuvo de la familia, el 2,8% (2,3-3,3) lo robó y el 14,4% (12,2-16,5) lo consiguió de alguna otra manera.

Los niños tienden a comprar alcohol o dar dinero a alguien más para comprarlo con más frecuencia que las niñas, mientras que las niñas tienen acceso al alcohol por medio de la familia con más frecuencia que los niños. El porcentaje de los encuestados que robó alcohol, obtuvo el alcohol por medio de amigos, o de alguna otra manera no difiere significativamente entre niños y niñas en la mayoría de los países.

Discusión

Los autores encontraron que la prevalencia de consumo de alcohol durante los últimos 30 días, de episodios de embriaguez en la vida y de problemas relacionados con el alcohol fue frecuente en adolescentes de 12 a 15 años en 57 PBMIs, aunque las estimaciones difieren en gran medida entre países. La forma más común en que los bebedores adolescentes obtienen alcohol fue por medio de amigos (27,8%) y familia (23,2%) pero una alta proporción también reportó haber obtenido alcohol en establecimientos comerciales.

Los hallazgos de los autores sobre la prevalencia de consumo de alcohol entre los jóvenes adolescentes son generalmente consistentes con los estudios anteriores. Un estudio previo basado en datos de la EGSE de 12 PBMIs mostró que la prevalencia del consumo de alcohol en los últimos 30 días en adolescentes de 13-15 años varió en gran medida, del 1,6% en Myanmar al 60,1% en Seychelles.¹⁷

La prevalencia del consumo semanal de alcohol entre adolescentes de 15-16 años en 40 países norteamericanos y europeos varió del 10% en Suiza al 45% en Lituania.²⁶ Los patrones de consumo vistos en este estudio (p. ej., magnitud de la frecuencia de consumo en la mayoría de PBMIs y las diferencias por sexo y edad) son generalmente similares a los reportados en países de altos ingresos.

Este estudio en 57 PBMI también mostró grandes diferencias en la prevalencia del consumo de alcohol entre los países en los jóvenes adolescentes. Estas diferencias pueden estar relacionadas con varios factores, incluidas las diferencias en la edad legal para beber, las creencias culturales, las normas sociales y las barreras en el acceso al alcohol para los adolescentes.²⁶

Por ejemplo, se espera que la prevalencia del consumo de alcohol sea baja en países islámicos y en otros países con prohibición de alcohol basada en pautas religiosas o culturales, con la consiguiente baja disponibilidad de alcohol para los jóvenes.

En este estudio, encontraron que la prevalencia del consumo de alcohol fue de hecho baja en los países con grandes poblaciones musulmanas como Siria (7,2%), Tayikistán (0,8%), Indonesia (2,5%), Malasia (7,5%), y Maldivas (4,9%). La prevalencia también puede ser baja en países que efectivamente hacen cumplir la política sobre el consumo de alcohol en menores de edad (por ejemplo, prohibir las ventas a los jóvenes) y en los países con baja aceptabilidad social del consumo de alcohol entre menores.

Sin embargo, la prevalencia del consumo de alcohol podría subestimarse en países con fuertes barreras legales o culturales para beber alcohol entre los jóvenes porque los adolescentes podrían ser reacios a admitir honestamente que beben y pueden reportarlo en menor medida, a pesar del hecho de que el cuestionario es anónimo.

Los autores definen los resultados en este estudio con umbrales bajos (por ejemplo, beber una vez en los últimos 30 días, que puede incluir beber tan poco como un sorbo). Con respecto a la prevalencia del consumo de alcohol, un umbral bajo podría representar, en algunos casos, experimentación o ritos de paso a una edad de transición de los adolescentes hacia la edad adulta, mientras que las estimaciones de prevalencia basadas en un umbral más alto podrían señalar mejor un comportamiento de riesgo establecido permanentemente.

En este estudio, la prevalencia general de consumo de alcohol fue del 25% cuando se basaba en beber al menos 1 día durante los últimos 30 días pero fue del 10% cuando se basaba en beber al menos 3 días. Un análisis adicional que evalúe las variables en base a varios umbrales podría ofrecer una mayor comprensión, particularmente si se interpreta dentro de las normas culturales y sociales de un país específico.

Los autores encontraron que los niños usaban alcohol con más frecuencia que las chicas en

muchos PBMI. Las diferencias de sexo en la prevalencia de consumo de alcohol fueron reportadas en varios PBMI^{27 28} y se encontró que la prevalencia del consumo de alcohol generalmente fue mayor en niños que en niñas.

Sin embargo, se encontró una prevalencia similar del consumo de alcohol en niños y niñas, como se encuentra en algunos países de altos ingresos, ²⁹ que podría reflejar cambios sociales hacia derechos y condiciones cada vez más equitativos entre niños y niñas.

La industria del alcohol ha sido rápida en construir sobre esta tendencia y las posteriores oportunidades del mercado (p. ej., retratando el consumo de alcohol en mujeres en los anuncios como un signo de emancipación, integración social y éxito).³⁰

Los autores encontraron una prevalencia global moderadamente alta tanto de episodios de embriaguez como de problemas relacionados con la bebida, pero con grandes diferencias entre los países. La revisión previamente publicada de EGSE en 12 PBMI encontró que la prevalencia de embriaguez alguna vez en la vida varió de 2,5% en Indonesia a 53,1% en Seychelles en adolescentes de 13 a 15 años.¹⁷ Como era de esperar, la prevalencia de estos dos resultados fue generalmente más alta en países con una alta prevalencia de uso de alcohol.

En el estudio de los autores, tanto la prevalencia de haber estado ebrio y de haber tenido problemas relacionados con la bebida fue mayor en niños que en niñas, y en adolescentes mayores que en más jóvenes, en la mayoría de los países. Una mayor prevalencia de embriaguez en varones que en niñas se ha informado en varios países (p. ej., España, ¹⁶ EE. UU., ³¹ Malasia, ³² y Sudáfrica).³³

El alcohol entre los jóvenes se obtenía más a menudo de amigos o de la familia

La diferencia de sexo puede ser explicada, al menos en parte, por un consumo de alcohol a menudo mayor entre los niños que entre las niñas y una tolerancia social al consumo de alcohol generalmente más grande para los hombres que para las mujeres en muchas sociedades.³⁴ Con respecto a la edad, la mayor prevalencia de haber estado ebrio entre los adolescentes mayores que entre los más jóvenes es esperable en este estudio y es consistente con otros estudios.³⁵

Los autores encontraron que el alcohol entre los jóvenes se obtenía más a menudo de

amigos o de la familia. Este hallazgo refleja que estas fuentes pueden escapar al control de la edad más fácilmente que los vendedores comerciales con licencia. Sin embargo, los autores encontraron que los jóvenes también suelen comprar alcohol de vendedores comerciales, incluso en algunos países con políticas que prohíben la venta de alcohol a los jóvenes (por ejemplo, Tailandia) o en algunos países donde la disponibilidad de alcohol es restringida (por ejemplo, Malasia).

Estos hallazgos podrían estar relacionados a la aplicación deficiente de la política que prohíbe la venta de alcohol a menores, un sistema de licencia débil para los puntos de venta de alcohol, o una alta densidad de negocios que venden alcohol (en países en los que el alcohol no está restringido).

Por ejemplo, de acuerdo con informes anteriores, los jóvenes en Filipinas³⁶ y Australia³⁷ a menudo compran alcohol en negocios, posiblemente debido a una alta densidad de puntos de venta de alcohol y posiblemente debido a la alta aceptabilidad social de beber alcohol.

La adolescencia es un período crucial con respecto al desarrollo de habilidades cognitivas y a la internalización de los riesgos de salud hacia sus niveles de adulto. Además de aumentar el riesgo de muchas enfermedades y de comportamientos poco saludables, el consumo de alcohol en adolescentes también está asociado con un desarrollo deteriorado del cerebro,³⁸ incluyendo alteraciones de la atención, aprendizaje verbal deficiente y disminución de la memoria, lo que podría continuar en la edad adulta.³⁹

Los hallazgos de una prevalencia sustancial de consumo de alcohol y problemas relacionados con el alcohol en adolescentes jóvenes en varios PBMI enfatiza la necesidad de desarrollar e implementar políticas públicas y programas de prevención para reducir el consumo de alcohol entre los adolescentes.

Muchas medidas costo efectivas son conocidas y están formuladas (por ejemplo en el apéndice 3 del Plan de Acción Mundial de la OMS para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles 2013-20,⁴⁰ y en la Estrategia Global de la OMS para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol).

Estas medidas incluyen medidas de salud pública que reducen la demanda, como el aumento del impuesto especial sobre las bebidas alcohólicas y la prohibición o restricción de la publicidad y promoción del alcohol, así como medidas para regular la disponibilidad comercial y pública de bebidas alcohólicas (p. ej., reducir el número y el tipo de negocios

autorizados para vender bebidas alcohólicas, restringir las horas de venta de alcohol, y hacer cumplir la prohibición de ventas a menores).

Las intervenciones a nivel familiar o en entornos seleccionados también pueden ser útiles para reducir el consumo de alcohol entre la juventud. Las medidas basadas en la familia como las intervenciones cara a cara y el monitoreo parental benévolo dirigido a fortalecer los lazos entre padres y adolescentes puede promover la autoeficacia y la resiliencia de los jóvenes con respecto al consumo de alcohol.⁴¹

La reducción del consumo de alcohol en el hogar también puede reducir el consumo de alcohol en los adolescentes.⁴² Los programas en los países de altos ingresos para aumentar el conocimiento y las habilidades al abordar las conductas de riesgo dirigidas a padres, enfermeras escolares, maestros, pediatras, trabajadores sociales y otros personal clave también se ha demostrado que ayuda a los niños a ser resistentes a los comportamientos de riesgo.⁴³

Es necesaria la vigilancia de los patrones de consumo a nivel de país a lo largo del tiempo para guiar la política nacional de salud. El proyecto Carga de Enfermedad Global recopiló sistemáticamente datos completos de salud de muchas fuentes en todos los países durante más de dos décadas, incluidos los datos disponibles públicamente, como los utilizados en este estudio.

Sus estimaciones de la frecuencia de los factores de riesgo y la carga de morbilidad asociada, incluso para el consumo de alcohol, se basan en modelos estadísticos,² mientras que las estimaciones en este artículo se basan y se limitan a los hallazgos de una encuesta actual.

En 2013, la OMS desarrolló un marco de trabajo de monitoreo global como parte del Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. Tres indicadores (de un total de 25) evalúan el consumo de alcohol y la morbilidad relacionada en la población mundial, incluso entre adolescentes.⁴⁰

Se le solicita a los países que informen regularmente los niveles de estos indicadores para monitorear el progreso hacia el logro de los objetivos establecidos por el Plan de Acción Mundial, incluida una reducción del 10% en el uso nocivo de alcohol entre 2010 y 2025.⁴⁰ Esta iniciativa mundial se espera que estimule la recolección sistemática y estandarizada de datos sobre el consumo de alcohol, incluyendo a los adolescentes en PBMIs.

El estudio de los autores tiene varios puntos fuertes. Primero, la muestra fue grande (139 649 adolescentes jóvenes de 12-15 años) y surgió de 57 EGSE en las seis regiones de la OMS. Segundo, se aplicó el mismo cuestionario estandarizado en todos países, permitiendo la comparación directa entre países. Sin embargo, también se deben considerar varias limitaciones.

1. Primero, el uso de un cuestionario auto informado puede estar sujeto a sesgo de recuerdo y a problemas de comprensión (algunos adolescentes pueden tener habilidades de lectura débiles). Además, diferentes factores culturales en los países pueden dar como resultado diferentes niveles de aceptabilidad del alcohol, que a su vez pueden afectar el auto informe sobre el consumo de alcohol, otro posible sesgo en los datos entre los países. Los estudiantes también pueden haber subestimado su consumo de alcohol en algunos países donde el consumo de alcohol está fuertemente estigmatizado.
2. En segundo lugar, las estimaciones generales y regionales deben ser interpretadas con precaución debido a la heterogeneidad de los resultados entre países.
3. En tercer lugar, las estimaciones son representativas a nivel de país, pero los autores carecen de variables para realizar subanálisis por lugar (urbana vs. rural), estado socio económico, tipos de escuela (pública vs privada), o logro académico.
4. En cuarto lugar, las encuestas se llevaron a cabo durante un período bastante largo de tiempo (2006-13) y la comparación directa entre países debe hacerse con cautela. Sin embargo, la mayoría de las encuestas (43 de 57) en el presente estudio se llevaron a cabo en un intervalo de tiempo estrecho (2009-13). En quinto lugar, las tasas de respuesta de las encuestas difieren entre países, lo que podría sesgar los resultados. Los estudiantes que faltan a la escuela (por ejemplo, no participantes en estas encuestas) podrían tener niveles más altos de comportamientos de riesgo.⁴⁴

En **conclusión**, el estudio de los autores muestra un nivel moderadamente alto de prevalencia de consumo de alcohol, embriaguez alguna vez en la vida y problemas relacionados con el alcohol en jóvenes adolescentes en PBMI; sin embargo, con grandes diferencias entre países.

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de desarrollar, fortalecer y hacer cumplir las

políticas públicas y programas para reducir el consumo de alcohol entre los jóvenes en PBMI con alta prevalencia de consumo y problemas relacionados con el alcohol.

Comentario

El consumo de alcohol en la adolescencia es un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su efecto nocivo tanto a nivel de salud física como mental. El presente estudio actualiza la prevalencia del consumo de alcohol y los problemas relacionados con la ingesta, en adolescentes en muchos PBMI. Se enfatiza la necesidad de contar con datos concretos para articular políticas de prevención y control del consumo de alcohol en adolescentes en los distintos países según sus condiciones sociales, económicas y culturales.

Resumen y comentario objetivo: Dra. Alejandra Coarasa

Referencias bibliográficas

- 1 Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017; 4: 937–45.
- 2 Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2016; 387: 2383–401.
- 3 Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *Lancet* 2015; 386: 1945–54.
- 4 Bagnardi V, Rota M, Botteri E, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. *Ann Oncol* 2013; 24: 301–08.
- 5 Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcohol Clin Exp Res* 2016; 40: 1166–81.
- 6 GBD Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1345–422.

- 7 Yang L, Zhang Y, Xi B, Bovet P. Physical fighting and associated factors among adolescents aged 13–15 years in six western Pacific countries. *Int J Environ Res Public Health* 2017; 14: 1427.
- 8 Yang L, Bovet P, Liu Y, et al. Consumption of carbonated soft drinks among young adolescents aged 12 to 15 years in 53 low- and middle-income countries. *Am J Public Health* 2017; 107: 1095–100.
- 9 Xi B, Liang Y, Liu Y, et al. Tobacco use and second-hand smoke exposure in young adolescents aged 12–15 years: data from 68 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e795–805.
- 10 Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, et al. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). 2012. http://www.can.se/contentassets/8d8cb78bbd28493b9030c65c598e3301/the_2011_espad_report_full.pdf (accessed Dec 12, 2017).
- 11 Center for Behavioral Health Statistics, Quality. Behavioral health trends in the United States: results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. 2015. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf> (accessed Dec 12, 2017).
- 12 Snyder SM, Merritt DH. The effect of childhood supervisory neglect on emerging adults' drinking. *Subst Use Misuse* 2016; 51: 1–14.
- 13 Centers for Disease Control and Prevention. Fact sheets—alcohol use and health. 2016. <https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm> (accessed Dec 12, 2017).
- 14 Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics Health Data Interactive. 2013. www.cdc.gov/nchs/hdi.htm (accessed Dec 12, 2017).
- 15 Bellis MA, Hughes K, Morleo M, et al. Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2007; 2: 15.
- 16 Golpe S, Isorna M, Barreiro C, Brana T, Rial A. Binge drinking among adolescents: prevalence, risk practices and related variables. *Adicciones* 2017; 29: 256–67.

- 17 Balogun O, Koyanagi A, Stickley A, Gilmour S, Shibuya K. Alcohol consumption and psychological distress in adolescents: a multi-country study. *J Adolesc Health* 2014; 54: 228–34.
- 18 Lubman DI, Droste N, Pennay A, Hyder S, Miller P. High rates of alcohol consumption and related harm at schoolies week: a portal study. *Aust N Z J Public Health* 2014; 38: 536–41.
- 19 Lam T, Liang W, Chikritzhs T, Allsop S. Alcohol and other drug use at school leavers' celebrations. *J Public Health (Oxf)* 2014; 36: 408–16.
- 20 Weitzman ER, Folkman A, Folkman MP, Wechsler H. The relationship of alcohol outlet density to heavy and frequent drinking and drinking-related problems among college students at eight universities. *Health Place* 2003; 9: 1–6.
- 21 Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl* 2002; 14: 206–25.
- 22 Berends L, Jones SC, Andrews K. Adolescent drinking, social identity, and parenting for safety: perspectives from Australian adolescents and parents. *Health Place* 2016; 38: 22–29.
- 23 Fabian LE, Toomey TL, Lenk KM, Erickson DJ. Where do underage college students get alcohol? *J Drug Educ* 2008; 38: 15–26.
- 24 Mattick RP, Wadolowski M, Aiken A, et al. Parental supply of alcohol and alcohol consumption in adolescence: prospective cohort study. *Psychol Med* 2017; 47: 267–78.
- 25 Paschall MJ, Saltz RF. Relationships between college settings and student alcohol use before, during and after events: a multi-level study. *Drug Alcohol Rev* 2007; 26: 635–44.
- 26 Gilligan C, Kuntsche E, Gmel G. Adolescent drinking patterns across countries: associations with alcohol policies. *Alcohol* 2012; 47: 732–37.
- 27 Alwan H, Viswanathan B, Rousson V, Paccaud F, Bovet P. Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles. *BMC Pediatr* 2011; 11: 85.

- 28 Peltzer K, Pengpid S. Health Risk Behaviour among In-School Adolescents in the Philippines: trends between 2003, 2007 and 2011, a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 13: 73.
- 29 WHO. Global status report on alcohol and health 2014. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/ (accessed Dec 12, 2017).
- 30 Jung AR, Hovland R. Targeting gender: a content analysis of alcohol advertising in magazines. *Health Mark Q* 2016; 33: 221–38.
- 31 Windle M. Drinking over the lifespan: focus on early adolescents and youth. *Alcohol Res* 2016; 38: 95–101.
- 32 Xu W, Wang H, Wan Y, et al. Alcohol consumption and dementia risk: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Eur J Epidemiol* 2017; 32: 31–42.
- 33 Chauke TM, van der Heever H, Hoque ME. Alcohol use amongst learners in rural high school in South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2015; 7: 755.
- 34 Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend* 2015; 156: 1–13.
- 35 Patrick ME, Schulenberg JE. Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Res* 2013; 35: 193–200.
- 36 Swahn MH, Palmier JB, Benegas-Segarra A, Sinson FA. Alcohol marketing and drunkenness among students in the Philippines: findings from the nationally representative Global School-based Student Health Survey. *BMC Public Health* 2013; 13: 1159.
- 37 Azar D, White V, Coomber K, et al. The association between alcohol outlet density and alcohol use among urban and regional Australian adolescents. *Addiction* 2016; 111: 65–72.
- 38 Spear LP. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2018; 19: 197–214.
- 39 Crews FT, Vetreno RP, Broadwater MA, Robinson DL. Adolescent alcohol exposure persistently impacts adult neurobiology and behavior. *Pharmacol Rev* 2016; 68:

1074–109.

40 WHO. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020.

<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/> (accessed Dec 12, 2017).

41 Wu Y, Stanton BF, Galbraith J, et al. Sustaining and broadening intervention impact: a longitudinal randomized trial of 3 adolescent risk reduction approaches. *Pediatrics* 2003; 111: e32–38.

42 Rossheim ME, Stephenson CJ, Thombs DL, et al. Characteristics of drinking events associated with heavy episodic drinking among adolescents in the United States. *Drug Alcohol Depend* 2017; 181: 50–57.

43 Gutierrez A, Sher L. Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health* 2015; 27: 207–12.

44 Bovet P, Viswanathan B, Faeh D, Warren W. Comparison of smoking, drinking, and marijuana use between students present or absent on the day of a school-based survey. *J Sch Health* 2006; 76: 133–37.

