



Consumo de alcohol entre los escolares de una zona básica de salud de Córdoba

Fundamento: Determinar el consumo de alcohol entre los escolares y conocer los factores que se encuentran asociados a dicho consumo.

Métodos: Estudio transversal, por encuesta de salud a 548 escolares de 6° y 8° de Enseñanza General Básica de los colegios de una Zona Básica de Salud de Córdoba, con un promedio de edad de 12,4 años (límites: 10-15 años). Se recogieron datos sobre el consumo de alcohol por parte del escolar y de su entorno y sobre otras variables de los estilos de vida del escolar.

Resultados: El 43,7% (Intervalo de Confianza al 95% -IC_{95%}-: 39,4-47,9) ha probado el alcohol. Un 3,8% (IC_{95%} 2,5-5,9) bebe regularmente, mientras que el 26,8% (IC_{95%} 23,2-30,8) lo hace esporádicamente. Mediante análisis de regresión logística encontramos relación entre el consumo de alcohol y una mayor edad (Odds Ratio -OR-: 0,83; IC_{95%} 0,70-0,98), ser varón (OR: 1,78; IC_{95%} 1,16-2,73), el consumo de alcohol en los hermanos mayores (OR: 2,25; IC_{95%} 1,35-3,75), la ingesta de medicamentos para el nerviosismo (OR: 5,33; IC_{95%} 1,26-22,5), peor rendimiento escolar (OR: 1,002; IC_{95%} 1,0-1,005), el consumo de tabaco (OR: 4,55; IC_{95%} 2,4-8,61) y sentimiento de soledad (OR: 1,41; IC_{95%} 1,01-1,97).

Conclusiones: aunque el número de escolares que acceden a probar el alcohol es bajo en comparación con otras zonas, la prevalencia de bebedores actuales es muy similar. La influencia de los hermanos mayores parece ser importante para el inicio en el consumo. El perfil del escolar bebedor de alcohol se caracteriza por ser varón, consumir tabaco, y por presentar sentimiento de soledad.

Abstract

Alcohol Consumption amongst Schoolchildren in the Basic Health Area of Cordoba (*)

Background: To determine alcohol consumption amongst schoolchildren, and to discover the factors which are associated with the said consumption.

Methods: a cross-sectional study, by means of a health questionnaire administered to 548 schoolchildren in the 6th and 8th years of Primary Education (EGB) in schools within the Basic Health Area of Cordoba, with a median age of 12.4 years old (limits at 10 and 15 years old). Data were gathered on the consumption of alcohol by schoolchildren and in their social environment, as well as other variables in the lives of schoolchildren.

Results: 43.7% (interval of confidence at 95% - IC_{95%}: 39.4-47.9) have tried alcohol. 3.8% (IC_{95%} 2.5-5.9) drink regularly, while 26.8% (IC_{95%} 23.2-30.8) drink occasionally. By means of logical

regression analysis we found a connection between the consumption of alcohol and increasing age (Odds Ratio - OR: 0.83; IC_{95%} 0.07-0.98), being male (OR: 1.78; IC_{95%} 1.16-2.73), the consumption of alcohol by older brothers or sisters (OR: 2.25; IC_{95%} 1.35-3.75), the consumption of medicines to treat nervousness (OR: 5.33; IC_{95%}: 1.26-22.5), poor educational performance (OR: 1.002; IC_{95%} 1.0-1.005), the consumption of tobacco (OR: 4.55; IC_{95%} 2.4-8.61) and the feeling of loneliness (OR: 1.41; IC_{95%} 1.01-1.97).

Conclusions: although the number of schoolchildren who try alcohol is low in comparison with other areas, the percentage of current drinkers is very similar. It would seem that older brothers and sisters have an important influence on starting consumption. The profile of a school age child who drinks corresponds to a male, a smoker, and having feelings of loneliness.

Introducción

El consumo de bebidas alcohólicas es un hecho socialmente aceptado e incluso estimulado desde diversos medios¹. España es uno de los países donde la disponibilidad de bebidas alcohólicas entre la población es alta, hecho favorecido por su gran producción y su bajo precio². El consumo excesivo de alcohol origina importantes costes sanitarios, económicos y sociales, está ligado a un incremento de la problemática familiar (malos tratos al cónyuge y a los niños, marginación, abandono familiar)³, de la delincuencia y violencia callejera, a la pérdida de productividad laboral y a un mayor índice de accidentes⁴.

La situación actual que vive nuestro país se caracteriza por una estabilización del nivel de ingesta de bebidas alcohólicas, y por la introducción de unos patrones de consumo distintos de los tradicionales y que implican riesgos nuevos^{2,4}. El modelo juvenil de consumo de alcohol ha adquirido características particulares, distintas del tradicional⁵. En este modelo intervienen de forma muy importante los patrones de uso vigentes en el grupo de referencia del joven y la integración social de éste^{1,6}.

Aunque se han realizado numerosos sondeos sobre el consumo de psicótopos entre la población infantil-adolescente española, pocas investigaciones han tratado el problema de una forma global, es decir, considerando al mismo tiempo otros hábitos y estilos de vida, y son escasos los estudios donde se ha utilizado el análisis multivariante⁶ para la identificación de aquellos factores relacionados con el consumo de alcohol, lo que resulta de una enorme importancia para el diseño de programas integrales de intervención. El objetivo de nuestro estudio fue conocer la prevalencia y características del consumo de alcohol en la población escolar, y examinar la relación entre dicho consumo y determinados hábitos de vida.

Sujetos y Métodos

Se diseñó un estudio transversal, por encuesta de salud a todos los niños escolarizados en los niveles de 6º y 8º de Enseñanza General Básica (EGB) de los colegios ubicados en el área de cobertura de la Zona Básica de Salud (ZBS) "Occidente", de Córdoba capital, lo que representaba un total de 585 alumnos. Se trata de una ZBS que abarca a una población de unos 20.000 habitantes, distribuidos entre cuatro barrios situados en la periferia de la ciudad (tres de clase media o media-baja y uno de marcado carácter marginal), y de varias pedanías periurbanas, con predominio de población de clase media-baja.

Los resultados del presente artículo forman parte de un trabajo más amplio en el que se utilizó como fuente de recogida de datos un cuestionario compuesto de 54 preguntas, en su mayoría cerradas, sobre diversos hábitos de salud y estilos de vida de los escolares. Como instrumento de recogida de

datos realizamos una adaptación del cuestionario utilizado en el "*Estudio de los hábitos de los escolares en relación con la salud*", en su versión española⁷, con el fin de preservar al máximo la comparación entre ambos estudios.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre los meses de abril y mayo de 1993. Los cuestionarios eran anónimos y fueron autocumplimentados por los escolares dentro del horario lectivo y sin previo aviso, con vistas a evitar que se generara un clima de expectación o de inasistencia del escolar que pudiera producir sesgos de selección. Antes de proceder a la cumplimentación del cuestionario los alumnos recibían por parte del personal investigador una breve explicación sobre la finalidad del estudio y las instrucciones pertinentes sobre el modo de rellenarlo.

Las variables que se analizaron fueron:

- Experimentación con drogas. Al escolar se le preguntaba si había probado alguna vez alguna de las siguientes sustancias: alcohol, tabaco, hachís, tranquilizantes, heroína, cocaína y anfetaminas.
- Consumo actual de alcohol y tipo de bebida ingerida.
- Consumo de alcohol entre los miembros de su entorno.
- Frecuencia de embriaguez (nunca, una vez en la vida, varias veces o muchas veces).
- Percepción que tenían del alcohol como una sustancia psicoactiva.
- Variables socio-demográficas (edad, sexo, curso, colegio, ocupación de los padres y lugar de residencia). Para la valoración del tipo de medio en el que habita el escolar, se ha tenido en consideración el ámbito geográfico (lugar de residencia: urbano/rural) y el nivel socio-económico de los habitantes residentes en dicho ámbito (medio-bajo), pasándose a contemplar tres categorías: 1.-Urbano-medio; 2.-Urbano-bajo; y 3.-Rural .
- Otras variables de los estilos de vida: consumo de tabaco, vivencia de la escuela, sentimiento de soledad, trastornos de salud percibidos, e ingesta de medicamentos.

Hemos definido como consumo "regular" de alcohol la ingesta del mismo con una periodicidad diaria o semanal, mientras que dentro del consumo "esporádico" hemos incluido el consumo que se produce mensualmente o rara vez.

Los datos fueron depurados y tratados estadísticamente mediante el programa RSigma (Horus Hardware, Madrid) y SPSS/PC+ (SPSS Inc., Chicago). Se procedió a un análisis estadístico descriptivo y al cálculo de los intervalos de confianza para el 95% (IC_{95%}) de seguridad para los

principales estimadores. Posteriormente se llevó a cabo un análisis bivariado de la asociación entre las variables socio-demográficas y otros hábitos de salud y el consumo de tabaco. Se aplicó el test de la χ^2 de Pearson, o el *test exacto de Fisher*, cuando fue necesario, para la comparación de variables cualitativas, la prueba *t de Student* o el *Análisis de la varianza* para la comparación de medias independientes. Finalmente realizamos un análisis multivariado para determinar aquellas variables que se asociaban de manera independiente al consumo de alcohol. Se empleó el *análisis de regresión logística múltiple no condicional*⁸. Se ha contado con los contrastes de hipótesis individuales de los coeficientes b (*contrastos de Wald*; $p < 0,05$); además del contraste global del modelo, realizado a través del estadístico *logaritmo del cociente de verosimilitudes*. Todas las variables, salvo la edad, han sido introducidas en los modelos como cualitativas dicotómicas.

Resultados

Contestaron el cuestionario 548 niños (tasa de respuesta del 97,8%). Las no respuestas fueron debidas a la ausencia del alumno el día en que se pasó la encuesta, fundamentalmente por motivos de enfermedad; ningún alumno se negó a participar en el estudio. Los escolares presentaban un promedio de edad \pm DE (Desviación Estándar) de 12,4 \pm 1,3 años (límites=10-15 años; IC_{95%} 12,3-

12,5), de los que el 53,0% eran niños y el 47,0%, niñas. El 56,3% (IC_{95%} 51,9-60,4) eran alumnos de 6º curso de EGB (promedio de edad \pm DE: 11,6 \pm 1,0; IC 11,5-11,7), y el 43,7% (IC 39,4-

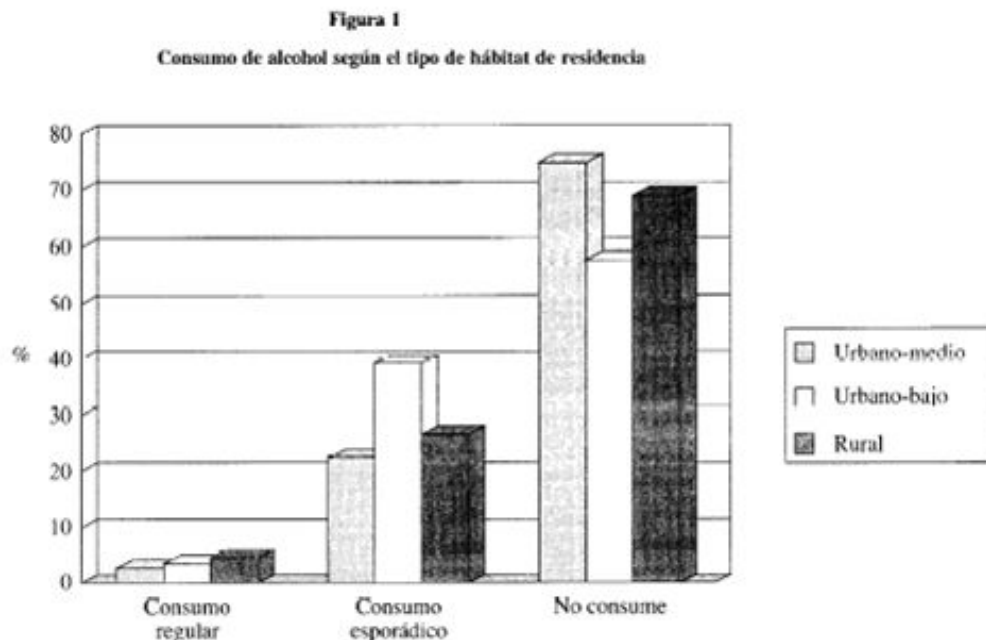
47,9), de 8° de EGB (promedio de edad \pm DE: 13,4 \pm 0,8; IC_{95%} 13,3-13,5). La distribución de nuestra población según el tipo de hábitat y los estratos socio-económicos en que se pueden encuadrar fue: urbano-medio (39,3%), rural-medio (44,8%), y urbano/bajo (15,9%). En relación a la ocupación del padre, se observa un predominio de obreros cualificados manuales en el medio urbano-medio (67,0%) y rural (71,8%), mientras que en el medio urbano-bajo existe un elevado porcentaje de padres sin empleo (39,1%).

Experimentación con el alcohol:

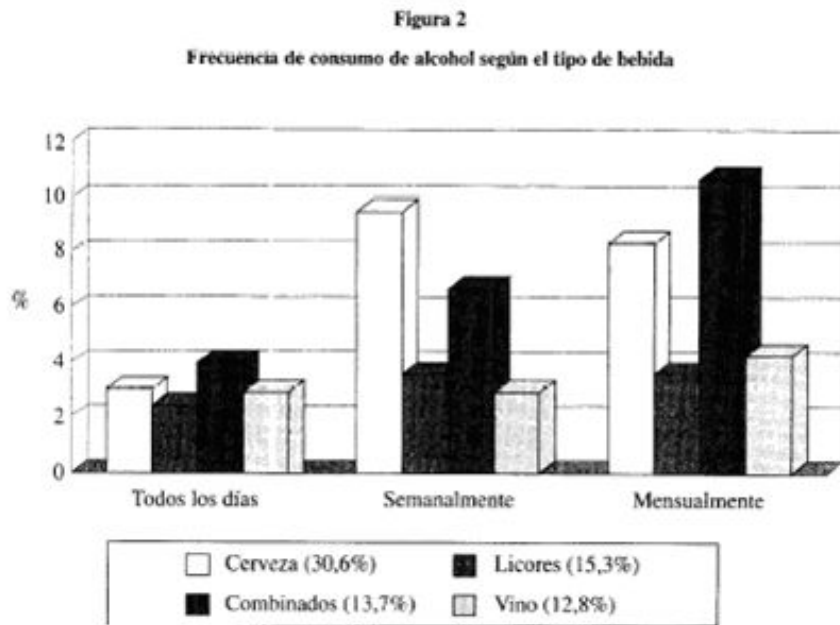
El 43,7% (IC_{95%} 39,4-47,9%) afirma haber probado alguna vez el alcohol. Le sigue por orden de frecuencia el tabaco, con un 22,0% de escolares que manifiestan haberlo probado. Se observaron diferencias según el sexo: el 48,8% de los niños declaran haber probado el alcohol, frente al 38,2% de las niñas - $\chi^2=5,48$; $p=0,019$ -. Los alumnos de octavo de EGB son los que con más frecuencia han experimentado con el alcohol (58,2%, frente al 33,4% de los de sexto de EGB) - $\chi^2=29,7$; $p<0,001$ -.

Consumo actual de alcohol:

El alcohol es tomado de forma regular por el 3,8% de los escolares (IC_{95%} 2,5-5,9%), mientras que el 26,8% lo hace esporádicamente (IC_{95%} 23,2-30,8%). Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de alcohol en relación a la edad (12,9 \pm 1,43, media de edad para los que tomaban regularmente algún tipo de bebida alcohólica; 12,7 \pm 1,6 años, de los que lo hacían esporádicamente y 12,1 \pm 1,5 años en los que nunca lo habían tomado; $F=8,85$; $p<0,001$). Los niños, con un 36,6%, superan a las niñas (23,5%) en la frecuencia de consumo actual de alcohol - $\chi^2=13,61$; $p=0,001$ -. En la [figura 1](#) se pueden observar las diferencias de uso de alcohol según el tipo de hábitat de residencia del escolar - $\chi^2=10,12$; $p=0,038$ -; destaca el área rural en cuanto al consumo regular (4,5%), y el medio urbano-bajo, por un mayor número de consumidores esporádicos (39,1%).



En la [figura 2](#) se exponen los resultados sobre la frecuencia de consumo de alcohol según el tipo de bebida. La cerveza es la bebida que más frecuentemente toman nuestros escolares (30,6% de los que consumen alcohol), y el 3% afirma beberla todos los días.



Por otra parte, un 42,4% de los escolares encuestados no considera el alcohol como una sustancia adictiva. Se halló una asociación entre el grado de consumo de alcohol y la creencia que los escolares tienen respecto a si dicha sustancia es o no una droga - $\chi^2=14,3$; $p=0,006$ -.

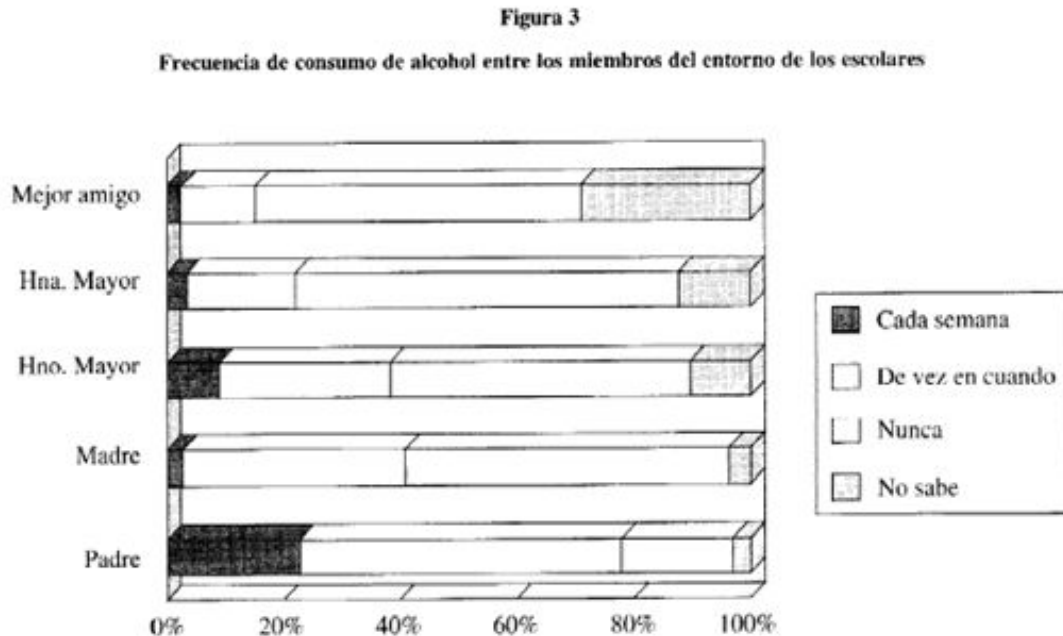
Embriaguez:

El 16,9% (IC_{95%} 14,9-20,4%) de los escolares afirmaron haberse embriagado alguna vez en su vida; el 12,6% solamente *una vez*, el 3,8% *varias veces*, y el 0,6% *muchas veces*. Se observaron diferencias por edad (promedio de edad para los que se habían embriagado *varias ó muchas veces* =14,0 años; media de edad para los que declararon no haberlo hecho *nunca* o como mucho *una sola vez*= 12,5 años; $F=14,62$; $p<0,001$), según el sexo (mayor porcentaje en los niños, 6,8% *varias o muchas veces*) - $\chi^2=,91$; $p=0,011$ -, y el curso (más frecuente en los alumnos de 8° de EGB: el 7,2% *varias o muchas veces*) - $\chi^2=10,70$; $p=0,004$ -. Así mismo, se hallaron diferencias significativas según el tipo de hábitat; cabe destacar el medio urbano-bajo por su mayor prevalencia (7,1% se habían embriagado *varias ó muchas veces*) - $\chi^2=16,69$; $p=0,002$ -.

Consumo de alcohol en el entorno:

El consumo de alcohol por parte de los miembros del entorno más próximo al escolar se observa en la [figura 3](#). No se hallaron diferencias significativas entre el consumo de alcohol del escolar y el de los padres. Si se constató una asociación entre la presencia de dicho hábito en los escolares y el consumo en el hermano mayor - $\chi^2=30,82$; $p<0,001$ -, la hermana mayor - $\chi^2=24,67$; $p<0,001$ -, y el

mejor amigo - $\chi^2=82,98$; $p<0,001$ -.



En la [tabla 1](#) se muestran los resultados del análisis bivariado entre el consumo de alcohol y otras variables con las que se ha demostrado significación estadística. Finalmente, el modelo de regresión logística ([tabla 2](#)) muestra que el consumo de alcohol se asocia de manera independiente a la edad (a mayor edad, mayor probabilidad de consumo), el sexo -1,78 veces más probable en los varones-, la presencia de hábito enólico en el hermano mayor, ingesta de medicamentos para el nerviosismo, mala autovaloración del rendimiento escolar, consumo de tabaco, y sentimiento de soledad.

Discusión

Está admitido que la mejor forma de aproximarse al conocimiento sobre el consumo de bebidas alcohólicas y sus factores determinantes en la población son las encuestas de base poblacional⁹⁻¹¹. La declaración del consumo de alcohol de los jóvenes a partir de cuestionarios autoadministrados ha sido ampliamente utilizada, y comprobada la validez y fiabilidad de los datos obtenidos mediante este procedimiento^{9,11}. La información facilitada por los alumnos constituye una buena aproximación a la realidad, puesto que el alcohol es una sustancia legal y socialmente aceptada en nuestra cultura, y su consumo, salvo en situaciones de claro abuso o dependencia, dado que no se tiene la percepción de que se esté transgrediendo un límite, por lo que no comporta ningún tipo de estigma que condicione la sinceridad de las respuestas¹¹.

Tabla 1

Relación entre el consumo de alcohol de los escolares y otras variables de los estilos de vida. Análisis bivariado.

Variable	Consumo de alcohol			Valor de p
	Regular	Esporádico	No bebedor	

Consumo de tabaco (n=548):				
Fuma	30,0	42,8	9,5	<0,001
No fuma	70,0	53,2	90,5	
Nerviosismo (n=534):				
Todos los días	50,0	16,4	19,8	0,011
Alguna vez/semana	15,0	33,6	32,3	
Alguna vez/mes	25,0	15,0	15,2	
Rara vez/nunca	10,0	35,0	32,6	
Marcos (n=528):				
Todos los días	5,0	0,8	2,4	0,014
Alguna vez/semana	5,0	14,9	8,2	
Alguna vez/mes	10,0	25,5	16,6	
Rara vez/nunca	80,0	58,9	72,7	
Cansancio matinal los días de colegio (n=534):				
Siempre	28,6	7,6	7,2	0,002
Varias veces /semana	9,5	20,0	19,2	
Alguna vez/semana	23,8	42,1	31,2	
Rara vez/nunca	38,1	30,3	42,3	
Consumo de fármacos para dormir (n=518):				
Si	10,0	3,0	0,3	<0,001
No	90,0	97,0	99,7	
Consumo de fármacos para el nerviosismo (n=518):				
Si	10,0	3,8	0,8	0,003
No	90,0	96,2	99,2	
Apetencia por ir al colegio (n=539):				
Le gusta ir	36,8	65,5	77,1	<0,001
No le gusta ir	63,2	34,5	22,9	
Autovaloración del rendimiento escolar (n=545):				
Bueno	20,0	26,7	38,2	<0,001
Regular	40,0	35,6	26,1	
Malo	15,0	8,9	2,1	
No lo sé	25,0	28,8	33,5	
Tiempo dedicado a hacer los deberes (n=543):				
> 3 horas/día	5,0	8,9	10,0	0,008
De 1 a 3 horas/día	50,0	45,2	55,3	
< 1 hora/día	40,0	39,1	33,9	
Nunca	5,0	6,8	3,8	
Tiempo dedicado a ver la televisión (n=544):				
> 6 horas/día	10,5	8,2	4,5	0,004
De 4 a 6 horas/día	15,7	12,9	13,0	
De 1 a 3 horas/día	42,1	57,1	52,8	
< 1 hora/día	26,3	15,6	28,4	
Nunca	5,3	6,1	1,3	
Sentimiento de soledad (n=541):				
Siempre	5,0	4,4	2,5	0,044
Algunas veces	35,0	31,4	21,8	
Nunca	60,0	64,2	75,6	

Datos de frecuencia de consumo de alcohol expresados en %.

Tabla 2
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL
 Modelo final de regresión logística

Variable	Coefficiente	OR (IC95%)	p*
Edad (cuantitativa)	-0,186	0,83 (0,70-0,98)	0,028
Sexo (niño/niña)	0,575	1,78 (1,16-2,73)	0,008

Bebe el hermano (sí/no)	0,811	2,25 (1,35-3,75)	0,001
Ingesta fármacos para el nerviosismo (sí/no)	1,673	5,33 (1,26-22,49)	0,022
Rendimiento escolar (malo/bueno)	0,002	1,002 (1-1,005)	0,046
Fumador (sí/no)	1,515	4,55 (2,40-8,61)	<0,001
Sentimiento de soledad (sí/no)	0,346	1,41 (1,01-1,97)	0,042

OR: Odds Ratio; IC_{95%}: Intervalo de Confianza al 95%

Variable dependiente: probabilidad de consumo de alcohol (Sí/No).

Por lo que se desprende de nuestro estudio y de los trabajos revisados^{7,12-17}, el alcohol continúa siendo, con diferencia, la droga psicoactiva más probada y consumida por la población escolar. Sin embargo, llama la atención que en todos estos estudios -realizados muchos de ellos entre escolares españoles con similares edades^{6,7,11,13,15,18-26}, el porcentaje de experimentadores se sitúa por encima del hallado por nosotros (43,7%), oscilando entre el 51,9% obtenido por Aubá et al. en escolares de la ciudad de Barcelona¹¹, y el 83,3% encontrado por Cruzado et al. en un estudio llevado a cabo en la localidad murciana de Molina de Segura²⁴. Esta gran variabilidad podría atribuirse, al menos en parte, a los distintos métodos utilizados en estas investigaciones. Sin embargo, nos llama la atención que en una encuesta que realizamos en el año 1988 en la zona rural²⁷, utilizando el mismo cuestionario e idéntica metodología, hallamos una frecuencia de experimentación con el alcohol del 79,1%, frente al 50% observado en el presente estudio, lo que supone una reducción del 30% en términos absolutos. Si bien carecemos de información objetiva que nos haga suponer qué razones son las que han podido producir este descenso tan significativo, parece oportuno recordar que los profesionales sanitarios tienen numerosas ocasiones de abordar los hábitos de uso de alcohol de sus pacientes aprovechando su relación asistencial, y que este papel educativo tiene un extraordinario potencial preventivo, no sólo por su demostrado impacto positivo en los propios pacientes, sino también por su presumible influencia en la formación de los hábitos de los menores¹². En este sentido hemos de señalar que los miembros del consultorio que ofrece asistencia a la población residente en esa zona rural llevan desarrollando desde el año 1990 un Programa de Alcoholismo que, basado en la búsqueda activa de casos (*case finding*), y con un abordaje biopsicosocial y familiar del problema, está dando unos resultados más que aceptables²⁸.

Como era de esperar, la frecuencia de niños que experimentan con el alcohol aumenta con la edad y con el curso escolar y son más niños que niñas los que se inician en el consumo. Estos hallazgos son coincidentes con los aportados en los estudios consultados^{6,7,11,19,22,26}. El nivel de consumo actual de alcohol en los escolares estudiados, se sitúa en la línea de lo señalado en otros trabajos publicados en el resto del país^{6,7,13,19,22-24,26}. Del mismo modo que ocurriera con la experimentación, el porcentaje de escolares que ingieren bebidas alcohólicas se hace más patente conforme aumenta la edad^{6,7,22,23}, y la proporción de niños que consumen alcohol supera a la de las niñas^{7,13,22,26}, aunque en otros trabajos este fenómeno no se demuestra^{5,23,24}. Nuestros resultados corroboran lo ya indicado en otros estudios, en los que se concluye que con la edad las niñas tienden a igualar el porcentaje de consumo de los varones^{5,9,19}.

De los distintos tipos de bebidas alcohólicas habituales, la cerveza es, al igual que en otros lugares de nuestra geografía^{6,7,13,14,18,19,22,26,29-31} la preferida por los escolares, seguida por los licores y los combinados, que son tomados por nuestra población en una proporción muy superior al resto del país^{7,18}. Así mismo se comprueba que estas bebidas de alta graduación son consumidos ya más frecuentemente que el vino entre los más jóvenes^{7,30,31}. Por otra parte, casi dos de cada diez escolares afirman haberse embriagado una o más veces en su vida, lo que está en consonancia con los resultados obtenidos en otros trabajos^{6,7,12,19,23,26,28}. En décadas recientes el consumo de alcohol en España se ha caracterizado como el propio de un país mediterráneo, es decir, por una moderada ingesta de vino en situaciones cotidianas, sobre todo en las comidas, y por un escaso número de personas que bebieran hasta llegar al estado de ebriedad¹². Nuestros datos no hacen sino confirmar los cambios profundos en las pautas de consumo de alcohol en nuestro país, similar

a la ocurrida en el resto de los países europeos⁷. Actualmente muchos adolescentes no beben a diario, y sin embargo, pueden ingerir grandes cantidades de alcohol durante el fin de semana. Se ponen de manifiesto diferencias importantes por sexo, señaladas igualmente en otras investigaciones^{6,7,19,23,26,28}; por cada niña que declara haberse embriagado, hay tres niños que lo han hecho. Con respecto al hábitat, los del medio más desfavorecido se caracterizan por un mayor número de consumidores con una ingesta esporádica pero en cantidades excesivas, lo que se puede interpretar como un patrón de consumo semanal, tal y como han comprobado diversos autores^{30,31}.

Al igual que acontece con otras drogas como el tabaco, el consumo de alcohol no es una conducta que se presente aislada en el alumnado, sino que se entrelaza con otras y conforman patrones que caracterizan los diferentes estilos de vida. Esto tiene claras implicaciones estratégicas de cara a elaborar programas preventivos. Además de la estrecha relación entre alcohol y tabaco, señalada anteriormente en múltiples trabajos^{7,13,17,18,26,31-39}, los alumnos que consumen alcohol presentan una vivencia más negativa respecto a sus responsabilidades escolares (menor interés por acudir al colegio⁷, menos tiempo de dedicación diaria a hacer los deberes al llegar a casa y peor autovaloración de su rendimiento escolar, aunque en este último aspecto la asociación encontrada es muy débil), y en cambio dedican más horas a ver la televisión. Por otro lado, son niños que manifiestan de forma más habitual cansancio matinal los días de colegio, y trastornos nerviosos y mareos, así como un consumo más frecuente de medicamentos para dormir y los estados de nerviosismo. La soledad también suele ser un sentimiento más usual entre los escolares bebedores. Estos hallazgos corroboran lo expresado por algunos autores, al afirmar que el consumo de alcohol -junto con el de tabaco-, aparece como indicador de riesgo de trastornos psicosociales³².

La prevalencia de consumo de alcohol en los padres de nuestros escolares se sitúa en niveles parecidos a los obtenidos a través de otros estudios^{7,11,12,22}. La influencia del grupo de iguales (hermanos-amigos), y no tanto de los padres, en el inicio y mantenimiento del hábito enólico es determinante, como así se desprende del análisis de nuestros datos y de las conclusiones obtenidas por otros autores^{11,22,31,32}. Los hermanos mayores facilitan el acceso a las sustancias adictivas a los pequeños. Todo parece indicar que, inicialmente el consumo se realiza en el núcleo familiar, pero al crecer el niño y al llegar a la etapa adolescente la familia pierde importancia, cediéndola al grupo de amigos³⁹. Mendoza et al.⁷ ponen de manifiesto que el mejor predictor de la tasa de consumo de alcohol es la frecuencia de ir con un grupo de amigos después del colegio. En resumen, los datos de consumo en el entorno social y familiar muestran cómo nuestros escolares están inmersos en un clima social de tolerancia y de connivencia hacia el alcohol^{22,28}. A ello debemos de añadir que un elevado número de alumnos, no califica al alcohol como droga^{22,31,36}, porcentaje que se incrementa entre aquellos que dicen consumirlo en la actualidad. Por otro lado, el conocimiento y las creencias que la población posee sobre el consumo de alcohol es muchas veces errónea y cargada de tópicos, lo que hace que se refuerce aún más la aceptación del alcohol por parte de la sociedad. Saura et al.²⁹, observaron que el 15% de las madres creen que dar alcohol a sus hijos les beneficia porque "quita el frío", o sirve para "dar fuerza", entre otros fines.

Todo lo relatado con respecto al alcohol no hace más que reforzar la necesidad de establecer programas de educación para la salud en la escuela, centrados en el desarrollo por parte del niño, de capacidades para resistir la presión de grupo, promocionar su emotividad y mejorar su autoestima, ofrecer alternativas a las drogas (actividades deportivas, recreativas, musicales, etc,...), y fomentar el consumo de otras bebidas más saludables y apropiadas para éstas edades.

Bibliografía

1. Cuadrado P, Martínez J, Picatoste J. El profesional de Atención Primaria de Salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1994.

2. Regidor E, Gutiérrez JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
3. De Onís M, Villar J. Hábitos de salud. Consumo de alcohol. En: De Onís M, Villar J. La mujer y la salud en España. Informe básico. Vol 1. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer; 1991.p. 275-303.
4. Auba J, Freixedas R. Alcoholismo: prevención desde la Atención Primaria. Med Clín (Barc) 1990; 94: 230-33.
5. Alonso J, Rosado J, Ruiz-Morote R, Alonso J. Consumo de alcohol y adolescencia: estudio epidemiológico descriptivo. Aten Primaria 1997; 19: 183-7.
6. Rooney JF, Villahoz J. El consumo de drogas entre los estudiantes de 10 a 18 años. Un estudio transversal. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Comisionado para la droga. Junta de Andalucía; 1995.
7. Mendoza R, Sagrera MR, Batista JM. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.
8. González B. Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario. Barcelona: SG Editores S.A; 1991.
9. Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. Med Clín (Barc) 1995; 104: 544-50.
10. Gili M, Lacalle JR, Velasco A y col. Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. En: Porta M, Alvarez-Dardet C, eds. Revisiones en Salud Pública. Barcelona: Masson SA; 1989.p. 133-58.
11. Aubá J, Villalbí JR. Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. Aten Primaria 1993; 11: 26-31.
12. Villalbí JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. Med Clín (Barc) 1995; 104: 784-8.
13. Bonet C, López R. Consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de 3º de BUP del municipio de Madrid. An Esp Pediatr 1993; 38: 49-53.
14. Adger H, DeAngelis C. Medicina de la adolescencia. JAMA (ed.esp.) 1994; 3: 602-3.
15. Goiriena FJ, Fernández B, Ramos PM, Barranquero M, Gorricho. Estudio epidemiológico del alcohol y tabaco en los adolescentes de la Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.) Rev San Hig Púb 1988; 62: 1749-64.
16. Commission of the European Community. Young europeans, tobacco and alcohol: A survey in the twelve Member States of the European Community among young people aged 11 to 15. Bruxelles: European Community;1990.
17. Bush PJ, Iannotti RJ. Alcohol, cigarette, and marijuana use among fourth-grade urban schoolchildren in 1988/89 and 1990/91. Am J Pub Health 1993; 83: 111-4.
18. Area de Educación para la Salud. Oficina de Programas y Promoción de la Salud. Hábitos de salud de los escolares andaluces. Sevilla: Dirección General de Atención Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud; 1993.
19. Mendoza R, Blanco J, Martín de la Concha P, Morales E, Ruiz J, Reyes MR, y col. Los escolares

y la salud. Estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988.

20. Moore J, Campana J, Lam M, Sanday D, Sadler J, Scalise D, et al. Tobacco, alcohol and other drug use among high school students. United States, 1991. MMWR 1992; 41: 698-703.

21. Villalbí JR, Aubá J, García A. Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto PASE de Barcelona. Gac Sanit 1993; 7: 70-7.

22. Salcedo F, Palacios ML, Rubio M, del Olmo E, Gadea S. Consumo de alcohol en escolares: motivaciones y actitudes. Aten Primaria 1995; 15: 20-5.

23. Ruiz MA, Almenara J, Rodríguez MA, Abellán MA, Martínez JM, Fernández JR. Consumo de alcohol en la población juvenil gaditana. An Esp Pediatr 1990; 32: 438-40.

24. Cruzado J, Bravo F, Marín LV, Gea M, Martínez FA, Lázaro MJ. Consumo de alcohol entre escolares de séptimo de EGB. Aten Primaria 1994; 13: 495-7.

25. Kolsäk M. Alcohol consumption among junior high school students in the community of Litija, Slovenia. J Studies Alcohol 1994; 55-60.

26. Gascón FJ, Jurado A, Lora N, Navarro B, Gascón JA, Romanos A. Consumo de alcohol e influencia del entorno entre escolares de EGB. An Esp Pediatr 1997; 47: 42-5.

27. Montero J, Pérula LA, Martínez J, Jiménez C. Estudio comparativo de hábitos y conductas relacionadas con la salud de los escolares de dos zonas de Córdoba. Rev San Hig Púb 1991; 65: 545-55.

28. Fernández JA, Ruiz R, Pérula LA, Rodríguez D. Evaluación del grado de detección y control de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y alcoholismo en una comunidad rural. Medifam 1995; 5: 318-25.

29. Saura J, López-Sánchez M, Pajaron M, Borrajo E, Expósito P, Lozano F. Consumo de alcohol en niños: encuesta realizada a los padres. An Esp Pediatr 1992; 36: 347-50.

30. Lora N, Ruíz R, Jiménez JM, Pérula LA, Vicente J, Rodríguez F de C. Prevalencia de consumo de drogas entre los escolares de BUP de Córdoba. Adicciones 1996; 8: 219-34.

31. Isern G. Estudiantes de BUP y consumo de drogas. Una investigación en la zona norte de Córdoba. Córdoba: Servicio de publicaciones de la Universidad de Córdoba; 1995.

32. Fidalgo I, López D, Piñeiro C, Pueyo E. El hábito de fumar entre adolescentes bercianos. An Esp Pediatr 1993; 38: 237-40.

33. Don GS, Vo AN, Bassin S, Savaglio D, Wong ND. Prevalence and sociobehavioral correlates of tobacco use among hispanic children: the tobacco resistance activity program. J of School Health 1993; 63: 391-5.

34. Borrell C. Tabaco y género. Gac Sanit 1996; 56: 19-20.

35. Casas J, Lorenzo S, López JP. Tabaquismo. Factores implicados en su adquisición y su mantenimiento. Med Clín (Barc) 1996; 107: 706-710.

36. Suris JC, Granell I. Adolescentes y drogas de uso legal. An Esp Pediatr 1992; 36: 415-8.

37. Aubá y Villalbí JR. Tabaco y adolescentes: influencia del entorno personal. Med Clín (Barc)

1993; 100: 506-9

38. Donato F, Soldo M, Spiazzi R, Chiesa R, Monarca S, Nardi G. Fattori associati al consumo di alcol tra i giovani della provincia di Brescia. *Epidemiologia e prevenzione* 1992; 53: 40-8.

39. Casswell S, Stewart J, Connolly G, Silva P. A longitudinal study of New Zealand children's experience with alcohol. *Br J Addiction* 1991; 86: 277-85.

Luis Angel Pérula de Torres (1), Roger Ruiz Moral (I), José Angel Fernández García (2), Evaristo Herrera Morcillo (2), M." Dolores de Miguel Vázquez (2), y José María Bueno Cobo (2).

(1) Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Córdoba.

(2) Zona Básica de Salud Occidente. Córdoba.

(*) Este trabajo de investigación ha sido cofinanciado por el FIS (expte. 94/1109) y por la Consejería de Salud de

la Junta de Andalucía (Orden 14 de enero de 1994).

FUENTE: *Scielo/España*

<http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n4/alcohol.pdf>

