



**PATRONES DE CONSUMO Y TRASTORNOS POR
USO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS**

Tesis para alcanzar el grado de Doctor

Doctoranda: Mg. Karina Natalia Conde
Directora de Tesis: Dra. Mariana Cremonte

Mar del Plata, Argentina
Marzo, 2016

Patrones de Consumo y Trastornos por Uso de Alcohol en Estudiantes Universitarios

por

Karina Natalia Conde

Tesis Presentada como Requisito Parcial

de los Requisitos del Grado de

Doctor

Doctorado en Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

Marzo, 2016

Resumen

Existen distintas clasificaciones de las conductas respecto del consumo de alcohol. En este trabajo, se exploraron relaciones entre dos de las más importantes, patrones de consumo y trastornos por uso de alcohol, con consecuencias adversas y otras características relevantes en una población de riesgo: los estudiantes universitarios. Se trató de dos estudios correlacionales en las siguientes muestras: 1) aleatoria de 1708 estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata; 2) dos sistemáticas de estudiantes de Psicología de Argentina (N=472), España (N=320), y una por conveniencia de Brasil (N=154). Se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas sobre el patrón habitual de consumo de alcohol (cantidad/frecuencia), criterios diagnósticos según los sistemas DSM 5 e ICD-10, aspectos socio-demográficos, características socio-ambientales y consumo de otras sustancias psicoactivas. Los patrones de consumo de alta cantidad/frecuencia se asociaron a los trastornos por uso de alcohol más severos. Estos grupos tuvieron mayor probabilidad de presentar consecuencias adversas del consumo de alcohol. Las características socio-demográficas (edad, género y estrato socioeconómico) se relacionaron con distintas consecuencias adversas. Los resultados permitirían establecer que los patrones de consumo de alcohol predijeron por sí mismos las consecuencias adversas del consumo, tanto como los sistemas de diagnóstico. La relación entre los patrones de consumo de alcohol y el trastorno por uso sería más clara en el DSM 5, que mostraría un mejor desempeño que la ICD-10. Se hallaron diferencias que indicarían que los patrones culturales de consumo de los universitarios se mantienen a pesar de la homogeneización en cuanto al consumo excesivo episódico. Se identificaron grupos de consumo de alcohol de riesgo, y se plantearon posibles predictores para una rápida identificación e intervención.

Palabras clave: patrones de consumo de alcohol; trastornos por uso de alcohol; consecuencias adversas; estudiantes universitarios.

Abstract

There are different classifications of the behaviors regarding alcohol. In this work, we explored relations between two of the most important, drinking patterns and alcohol use disorders, with adverse consequences and other relevant characteristics in a population at risk: university students. We carried out two correlational studies in the following samples: 1) a random sample of 1708 students from National University of Mar del Plata; 2) two systematic samples of Psychology students of Argentina (N = 472), Spain (N = 320), and a convenience sample of Brazil (N = 154). We used a structured questionnaire with items about drinking patterns (quantity/frequency of alcohol consumption), diagnostic criteria according to DSM 5 and ICD-10 systems, socio-demographic and socio-environmental characteristics, and use of other psychoactive substances. High quantity/frequency drinking patterns were associated with more severe alcohol use disorders. These groups were more likely to experience adverse consequences of alcohol consumption. The socio-demographic (age, gender and socioeconomic stratum) characteristics were related to various adverse consequences. The results might allow establishing that drinking patterns by themselves predict the adverse consequences of alcohol consumption as well as diagnostic systems. The relationship between drinking patterns and alcohol use disorder was clearer in the DSM 5, which showed a better performance than the ICD-10. We found differences that would indicate that cultural variances in drinking patterns of university students are held despite the homogenization as to binge drinking. At-risk groups were identified, and possible predictors for quick identification and intervention for alcohol-related problems were raised.

Key words: drinking patterns; alcohol use disorders; adverse consequences, university students.

Agradecimientos

De todas las secciones del presente manuscrito, esta fue la última en ser escrita. No porque faltaran personas a quién agradecer, sino que fueron tantos quienes me acompañaron en estos años, que quise tomarme un tiempo especial para recordarlos a todos.

Mis inicios en la Carrera de Doctorado comenzaron en 2012, en coincidencia con mis estudios de Maestría, que llevé a cabo en el extranjero. En ese momento, recién recibida y con el apoyo de mi incondicional familia, del Grupo de Investigación en Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa, y especialmente del Dr. Mario Arzeno pude realizar mis estudios de posgrado, que representaron un importante avance en mi trayectoria. De hecho, en ese momento realicé, junto con la Dra. Ana Raquel Ortega, parte de la recolección de los datos. Por ese motivo, agradezco a todas estas personas, a la Asociación Universitaria Interamericana de Posgrado, a la Universidad de Jaén y a todos los miembros de la Maestría en Investigación e Innovación en Salud, Cuidados y Calidad de Vida.

A mi retorno, recolecté la mayor parte de los datos de mi proyecto gracias a una Beca de Iniciación a la Investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Nuevamente fui auxiliada por todos mis compañeros/amigos del Grupo de Investigación en Sustancias Psicoactivas y Lesiones por Causa Externa (Mg. Raquel Peltzer, Lic. Pablo Santángelo, Lic. Romina Brandariz, Lic. Ayelén Biscarra y en particular por la Esp. Aldana Lichtenberger), que en momentos en que la tarea se volvía inabordable, se encargaron de que la pudiera finalizar. También conté con el soporte emocional de mi pareja, que hasta hoy e incluso en los peores momentos, nunca dejó de creer en mí y en mis capacidades. Por otro lado, numerosos docentes de toda la Universidad Nacional de Mar

del Plata prestaron unos minutos de sus clases para que pudiera realizar mi labor; y en Brasil, el Dr. Joao Alchieri gestionó la última parte de la recolección de datos. En este tramo, el final, he podido dedicarme de lleno a la producción de este manuscrito gracias a una Beca de Finalización de Doctorado, del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Estoy enormemente agradecida con todas estas personas, que como bien dije en un principio, son muchas y espero no olvidarme de nadie. Pero si hay alguien a quien le dedicaría este trabajo es a mi directora, la Dra. Mariana Cremonte. Realmente tuve suerte de que ella viera algún potencial en mí hace ya casi 10 años. No sólo por sus capacidades intelectuales excepcionales, sino porque también es difícil encontrarse en la vida con personas tan humanamente cálidas. Podría decir que ella me enseñó cómo ser un investigador, pero eso sería poco; me explicó sin escatimar todo lo que sabía, me apoyó en circunstancias en las que no tenía obligación de hacerlo, se aseguró siempre de que tuviera todo lo que necesitaba. Me enseñó a ser un investigador y una buena persona, un líder generoso, un modelo a seguir.

A esta persona única, para la cual no tengo ni palabras de agradecimiento ni retribuciones suficientes.

Índice General

Lista de Tablas	iv
Lista de Figuras	vi
Prólogo	vii
Introducción	1
I. Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios: Un Panorama General	5
II. Patrones de Consumo de Alcohol	7
II. a. Patrones y Riesgo: el Consumo Excesivo Episódico de Alcohol	9
II. b. Culturas de Consumo de Alcohol: Argentina	10
III. Trastornos por Uso de Alcohol	12
IV. Consecuencias Adversas del Consumo de Alcohol	17
V. Género, Consumo de Alcohol y Problemas Relacionados	21
VI. Alcohol, Factores Socio-Económicos y Medioambientales	24
VII. Consumo de Alcohol y de Otras Sustancias Psicoactivas	26
Justificación	28
Objetivos	29
Materiales y Métodos	30
Participantes	31
Estudio 1	31
Estudio 2	31
Medidas	32
Patrones de Consumo de Alcohol	32
Trastornos por Uso de Alcohol	33

Consecuencias Adversas del Consumo de Alcohol	33
Variables Socio-Demográficas	34
Consumo de Otras Sustancias Psicoactivas	34
Procedimiento	34
Análisis de Datos	35
Resultados	38
I. Patrones de Consumo de Alcohol en Función de la Frecuencia y Cantidad	39
II. Prevalencia de Trastornos por Uso de Alcohol y Huérfanos Diagnósticos según DSM 5 e ICD-10	40
III. Grado de Acuerdo en la Clasificación de los Sistemas DSM e ICD	40
IV. Relación entre cada Patrón de Consumo de Alcohol y Trastornos por Uso de Alcohol según el DSM 5 e ICD-10	40
V. Patrones de Uso de Alcohol, Trastornos por Uso de Alcohol y Consecuencias Adversas Físicas, Psíquicas y Sociales	41
VI. Variables Socio-Demográficas: Edad, Género, Estado Civil, Ocupación, Migración de la Ciudad de Origen, Consumo de Otras Sustancias Psicoactivas, Nivel Socioeconómico, Índice de Delitos y Habitacional de la Zona de Residencia	42
VI. Comparación de Datos Locales con los de Otros Países	43
Discusión	46
I. Patrones de Consumo de Alcohol	48
Limitaciones	49
II. Trastornos por Uso de Alcohol	50
Limitaciones	51

III. Patrones de Consumo y Trastornos Por Uso de Alcohol	53
Limitaciones	55
IV. Patrones de Consumo de Alcohol, Trastornos por Uso de Alcohol y Consecuencias Adversas Físicas, Psíquicas y Sociales	56
Limitaciones	57
V. Variables Socio-Demográficas: Edad, Género, Estado Civil, Ocupación, Migración de la Ciudad de Origen, Consumo de Otras Sustancias Psicoactivas, Nivel Socioeconómico, Índice de Delitos y Habitacional de la Zona de Residencia	58
Limitaciones	61
VI. Comparación de Datos Locales con los de Otros Países	63
Limitaciones	65
VII. Conclusiones	67
VIII. Impacto en la Práctica	69
Intervenciones Individuales	69
Intervenciones Grupales y Medioambientales	69
Políticas Públicas en Alcohol y Universidad	70
Referencias	72
Anexo 1. Tablas	100
Anexo 2. Figuras	110
Anexo 3. Avals Éticos del Proyecto	113
Anexo 4. Sintaxis y Líneas de Comando	115
Anexo 5. Cuestionario y Hoja de Información	116

Lista de Tablas

Tabla 1. Características de la muestra de estudiantes universitarios, Mar del Plata, N=1708	100
Tabla 2. Comparación del ajuste de modelo del análisis de clases latentes para los patrones de consumo de alcohol basados en la cantidad, frecuencia, y consumo excesivo episódico, Mar del Plata, N=1708	101
Tabla 3. Prevalencia de Trastornos por uso de Alcohol y Huérfanos Diagnósticos según DSM-5 e ICD-10 en estudiantes universitarios, Mar del Plata, N=1708	102
Tabla 4. Comparación del ajuste de modelo del análisis de clases latentes para los patrones de consumo de alcohol y los trastornos por uso de alcohol, Mar del Plata, n=770	103
Tabla 5. Probabilidad de presentar una consecuencia adversa del consumo de alcohol según el patrón de consumo y los trastornos por uso de alcohol (DSM 5 e ICD-10) en estudiantes universitarios de Mar del Plata, N=1708	104
Tabla 6. Probabilidad de presentar una consecuencia adversa del consumo de alcohol según el patrón de consumo, los trastornos por uso de alcohol (DSM 5 e ICD-10) y variables socio-demográficas en estudiantes universitarios de Mar del Plata, N=1708	105
Tabla 7. Características de las muestras de estudiantes universitarios de Argentina (N=472), Brasil (N=154) y España (N=320)	107
Tabla 8. Comparación del ajuste de modelo del análisis de clases latentes para los patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Argentina (N=472), Brasil (N=154) y España (N=320)	108

Tabla 9. Prevalencia de Trastornos por uso de Alcohol y Huérfanos Diagnósticos 109

según DSM 5 e ICD-10 en estudiantes universitarios de Argentina (N=472),

Brasil (N=154) y España (N=320)

Lista de Figuras

- Figura 1. Probabilidad condicional de respuesta al ítem (eje y) por variable de consumo de alcohol para cada clase o patrón de consumo de alcohol, estudiantes universitarios, Mar del Plata, N=1708 110
- Figura 2. Probabilidad condicional de respuesta al ítem (eje y) por patrón de consumo de alcohol y sistema de clasificación de trastornos por uso de alcohol, estudiantes universitarios, Mar del Plata, N=1708 111
- Figura 3. Probabilidad condicional de respuesta al ítem (eje y) por variable de consumo de alcohol para cada clase o patrón de consumo de alcohol, estudiantes universitarios, Argentina (N=472), Brasil (N=154), y España (N=320) 112

Prólogo

La Tesis Doctoral titulada Patrones de Consumo y Trastornos por Uso de Alcohol en Estudiantes Universitarios presenta una estructura de artículo científico que consiste en Introducción, Materiales y Método, Resultados y Discusión.

En el apartado Introducción, se menciona un panorama general de la problemática del consumo de alcohol, y específicamente del consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Luego se desarrollan cuestiones relativas a los patrones de consumo de alcohol y trastornos por uso de alcohol, las discusiones en torno a sus definiciones y relación entre sí y con las consecuencias adversas del consumo. También se abordan características que podrían afectar las mentadas relaciones. En esta sección se encuentra la justificación del trabajo y sus objetivos.

En el apartado Materiales y Método se describen las muestras utilizadas en los dos estudios que comprende el trabajo de investigación. Se describen los instrumentos utilizados para la recolección de datos, y se precisa el procedimiento y plan de análisis de los datos.

En el apartado Resultados se exponen los principales hallazgos del estudio, siguiendo como orientación la sucesión de temas planteada en la Introducción. Se caracterizan los patrones de consumo, los trastornos por uso de alcohol, la relación entre ellos y con consecuencias adversas; asimismo se incluyen características socio-demográficas, ambientales, y el consumo de otras sustancias. Finalmente se comparan los resultados con los de otros contextos.

Por último, la Discusión comprende una interpretación de los resultados, siguiendo su mismo orden. Para cada tema se discuten los resultados, se los contextualiza según lo encontrado en la literatura, y se analizan las posibles limitaciones y futuras líneas de

investigación. Se incluyen conclusiones generales y recomendaciones que se derivan de las implicancias prácticas del trabajo.

Las secciones finales incluyen Referencias Bibliográficas, y Anexos de Tablas, Figuras y materiales adicionales.

INTRODUCCIÓN



Van Gogh, V. 1887. *Still Life with Absinthe*.

Patrones de Consumo y Trastornos por Uso de Alcohol en Estudiantes Universitarios

El consumo de alcohol, como el de otras sustancias psicoactivas, tiene un valor social y un rol en la cotidianidad de las personas (Room, 1998). A pesar de ello, no se trata de un bien de consumo como los demás, dado que se asocia con un detrimento en la salud física y mental.

Tan sólo el consumo de alcohol está indicado como causa necesaria de aproximadamente 30 enfermedades listadas en la International Classification of Diseases (ICD) y como coadyuvante en más de 200 (Rehm et al, 2009). Por mencionar algunos ejemplos en cuanto a la salud física, se ha estudiado que empeora condiciones infecciosas (e. g. tuberculosis y neumonía) y se relaciona con el desarrollo de cirrosis, pancreatitis, diversos tipos de cáncer, diabetes tipo 2 e infartos hemorrágicos. Además, dificulta el tratamiento de enfermedades como el HIV y la epilepsia (Rehm, Shield, Rehm, Gmel, & Frick, 2012). Es así que el uso de alcohol en América se ubica en el quinto lugar de los 26 factores considerados como relevantes para la discapacidad y muerte prematura (Monteiro, 2007), y entre los primeros cinco para ciertos grupo de edad (los jóvenes) en nuestro país y otros de la región (Forouzanfar et al., 2015).

Desde una perspectiva de salud mental, el consumo de grandes cantidades de alcohol derivaría en trastornos por uso, como la dependencia o el consumo perjudicial; y se relacionaría con cuadros de ansiedad, esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar (Schoepf & Heun, 2014). El trastorno por uso de alcohol es una de las enfermedades más incapacitantes, particularmente en países como el nuestro (World Health Organization, 2002). En comparación con otros trastornos mentales, los trastornos por uso de alcohol explican un 44% de los años de vida saludables perdidos, y está entre los cuatro primeros en cuanto a años de vida ajustados por discapacidad. La carga de discapacidad y muerte

asociada al trastorno por uso de alcohol comienza a observarse mayormente a partir de los 20 años (Whiteford et al., 2013).

Adicionalmente, a diferencia de muchos trastornos mentales y conductas, cuando las personas están intoxicadas pueden provocar daños que afectan la vida de terceros involucrándose en actividades de riesgo. Algunos ejemplos de ello son mantener relaciones sexuales sin protección, conducir en estado de ebriedad, y la violencia interpersonal (Monteiro, 2007).

En nuestro país el consumo de alcohol es muy prevalente; cerca de 8 de cada 10 personas consumió alcohol alguna vez en el año. El consumo per cápita es uno de los más altos de América, y está entre los países con más riesgo de pérdida de años de vida saludables atribuibles a la ingesta de alcohol (World Health Organization, 2014). En población hospitalaria, la prevalencia estimada de trastornos por uso de alcohol es de casi el 20% (Cremonte, Cherpitel, Borges, Peltzer, & Santangelo, 2010).

A pesar de ello, ciertas medidas públicas parecen orientarse a sostener e incrementar el consumo de alcohol, principalmente respecto de las bebidas preferidas en el país: el vino y la cerveza. A nivel mundial, Argentina está entre los primeros diez países productores, exportadores y consumidores de vino (World Health Organization, 2011). Algunas políticas implementadas en el país tienden a fomentar esta tendencia; el Decreto 1800/2010 establece al vino como bebida nacional, y se han promulgado exenciones a impuestos en este tipo de bebidas, junto con la realización de campañas mediáticas. En este sentido, también se han creado organizaciones, como la Corporación Vitivinícola Argentina (COVIAR), que integran empresas vitivinícolas, asociaciones profesionales, y agencias gubernamentales nacionales como el Instituto Nacional de Vitivinicultura y el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. Por otro lado, el consumo, producción y exportación de cerveza ha aumentado considerablemente. Esta expansión también fue

acompañada del apoyo político de organizaciones públicas, entre ellas el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, en eventos como la 1º Jornada de Ciencia y Tecnología Cervecera. En adición, para toda la industria alcoholera existen sociedades comerciales fuertes e influyentes que reúnen a todos los miembros y velan por los intereses comunes: Bodegas de Argentina, Unión Vitivinícola Argentina, Cámara de la Industria Cervecera Argentina y la Cámara Argentina de Destiladores Licoristas.

En este marco internacional y nacional se inscribe la temática que el trabajo presentado aborda, atendiendo a un grupo de riesgo específico: los jóvenes universitarios.

I. Consumo de Alcohol en Estudiantes Universitarios: Un Panorama General

El estudio del consumo de alcohol en estudiantes universitarios ganó el interés de los investigadores no sólo porque los estudiantes consumen más que los adultos, sino que, en otros contextos, consumen más que los jóvenes que no ingresan a la universidad (Bewick et al., 2008; Kim et al., 2009; Slutske, 2005). La presión de los pares, ganar confianza en sí mismos, la búsqueda de sensaciones y alternativas para sobrellevar el estrés, celebrar o simplemente mejorar el ánimo (Cicognani & Zani, 2011; Martens, Rocha, Martin, & Serrao, 2008; Rice & Van Arsdale, 2010; Rigotti, Milesi, & Peralta, 2012), son algunos de los factores que parecen motivar la ingesta de alcohol en esta población. Sin embargo, el uso perjudicial (i. e. un hábito de consumo que daña la salud) de alcohol tiene un rol significativo en la mortalidad y morbilidad de los universitarios (Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein, & Wechsler, 2002), constituyendo un importante problema de salud pública (Wechsler, Lee, Kuo, & Lee, 2000). A pesar de ello, la literatura que caracterice su consumo o las consecuencias que acarrea dista de ser abundante.

En los más jóvenes produciría efectos dañinos a largo plazo, relacionándose con numerosas perturbaciones en la salud mental. Afecta al aprendizaje y la memoria, ya que hasta alrededor de los 20 años se desarrollan áreas cerebrales asociadas a estas funciones, que son muy sensibles a los efectos químicos del etanol. Además, aumenta la incidencia de trastornos por uso de alcohol y enfermedades concomitantes en la adultez (Zeigler et al., 2005).

Cuando consumen alcohol, los universitarios suelen participar en conductas de riesgo con más facilidad. Son más propensos tanto a conducir en estado de ebriedad como a ser pasajeros de un conductor intoxicado (Gonçalves et al., 2012), siendo los incidentes automovilísticos una de las principales causas de muerte relacionadas con el alcohol en

esta población (Huang, DeJong, Towvim, & Schneider, 2009). Se involucran en actividades sexuales que les generan arrepentimiento y culpa (Orchowski, Mastroleo, & Borsari, 2012) y se exponen a ser víctimas de delitos sexuales; 7 de cada 10 asaltos sexuales en universitarias ocurren cuando la víctima está demasiado intoxicada como para consentir (Mohler-Kuo, Dowdall, Koss, & Wechsler, 2004). El alcohol no solo deteriora su vida, sino también la de su entorno. En muchos casos, los estudiantes suelen ser atacados por otro estudiante intoxicado (Hingson et al., 2002). Aun no siendo violentos, los días en que consumen tienen una mayor posibilidad de agredir a sus parejas (Moore, Elkins, McNulty, Kivisto, & Handsel, 2011): a su vez, el aumento de la violencia aumentaría el consumo problemático en las víctimas, que utilizarían el alcohol como automedicación (Øverup, DiBello, Brunson, Acitelli, & Neighbors, 2015). Sin mencionar un menor rendimiento académico y deportivo, otras lesiones y enfermedades, vandalismo, etc. (Perkins, 2002).

Si bien se ha afirmado que el consumo de alcohol en estudiantes tiene características particulares que son cada vez más homogéneas en distintos contextos (Cicognani & Zani, 2011; Kim et al., 2009), la información científica sobre varios aspectos del mismo es un área vacante en muchos contextos (Karam, Kypri, & Salamoun, 2007), incluido el nuestro.

II. Patrones de Consumo de Alcohol

A mediados de la década del 40' se comenzó a desarrollar la idea que el alcoholismo podría presentar distintas tipologías; y a criticar la falta de consideración en materia de salud mental hacia las conductas habituales de consumo de alcohol (Jellinek, 1946). Posteriormente, también se incluyó la relevancia de las actitudes sociales hacia la intoxicación, i. e., las pautas culturales sobre hasta cuándo es aceptable beber (Jellinek, 1960). Así se distinguieron dos grandes líneas de investigación sobre los patrones de consumo de alcohol: el estudio de tipologías que clasifican a los bebedores en base a criterios individuales (separados o combinados) como la regularidad de la ingesta, la cantidad o el tipo de bebida (Russell, Light, & Gruenewald, 2004); y la clasificación de distintas culturas de consumo (Room & Mäkelä, 2000). En este trabajo se abordarán los criterios individuales que hacen a los patrones de consumo de alcohol, y se hará una breve mención a la cultura de consumo de alcohol de nuestro país.

La mortalidad, violencia y graves problemas de salud dependen no sólo de la cantidad de alcohol ingerida, sino de que tan frecuentemente bebe la persona (Hatton et al., 2009; Rossow, 1996; Tolstrup, Jensen, Tjønneland, Overvad, & Grønbaek, 2004), es decir, de su patrón de consumo. Si bien la inclusión de estos elementos como componentes principales es común, el estudio de los patrones de consumo de alcohol es complejo y aún existen aspectos no consensuados (Valencia-Martín, Galan, Guallar-Castillón, & Rodríguez-Artalejo, 2013). En la literatura, su definición puede ser teórica o empírica, dependiendo de los objetivos de los estudios. Las tipologías creadas a priori han demostrado ser de gran utilidad para identificar problemas y lesiones asociadas a la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol (Borges et al., 1999; Cherpitel, 1991). También existen intentos de realizar clasificaciones empíricas en poblaciones clínicas que

han relacionado patrones de consumo con la aparición de problemas relacionados con el consumo (Epstein, Kahler, Mccrady, Lewis, & Lewis, 1995). Otros han construido patrones de consumo de alcohol empíricos en población general, incluyendo problemas relacionados y su asociación con variables de salud y demográficas (Epstein, Labouvie, McCrady, Jensen, & Hayaki, 2002; Smith & Shevlin, 2008).

Por otro lado, muchas clasificaciones se centran en el consumo de alta cantidad y frecuencia (Clausen, Rossow, Naidoo, & Kowal, 2009). Se cae así en lo que se conoce como paradoja preventiva: aunque los alcohólicos y otros consumidores de alta cantidad y frecuencia están en riesgo de tener problemas por el consumo de alcohol, la mayoría de los problemas relacionados con el alcohol le suceden a las personas que no suelen consumir en exceso (Rossow & Romelsjoe, 2006). La distribución de los daños depende en parte de la distribución del consumo de alcohol y el patrón de consumo general, y no de los grupos de mayor consumo (Poikolainen, Paljärvi, & Mäkelä, 2007). Un ejemplo de ello es el consumo excesivo episódico de alcohol, que se desarrollará más adelante.

Otros temas aún no resueltos incluyen la consideración del tipo de bebida, que si bien se ha incluido en la construcción de patrones, no siempre se asocian a los riesgos o consecuencias (Wicki, Gmel, Kuntsche, Rehm, & Grichting, 2006). La relación entre los patrones de consumo y las consecuencias negativas y otras tipologías como los trastornos por uso de alcohol tampoco es clara (Holly & Wittchen, 1998). Existen variaciones de género y edad en cómo la salud y los problemas asociados con el alcohol son percibidos y tratados en distintas culturas (Bayley & Hurcombe, 2011; Jean Lock Kunz & Graham, 1998). Por ejemplo, en EEUU, estudios sobre los patrones de consumo en población general demostraron que el consumo de poca cantidad y alta frecuencia no aumenta el riesgo de presentar un trastorno por uso de alcohol, en comparación con los consumidores de alta cantidad y frecuencia (Greenfield, Pettinati, O'Malley, Randall, & Randall, 2010).

En la población hospitalaria local se ha encontrado que los bebedores con consecuencias más serias (y que endorsan más criterios de trastornos por uso de alcohol) son definidos exclusivamente por el consumo de altas cantidades, sin ser la frecuencia una dimensión relevante (Cremonte et al., 2010).

No obstante el rol que los patrones de consumo parecen tener en otros contextos en términos de los problemas psicosociales y físicos, en poblaciones de riesgo como la que aborda este trabajo, no se encuentran estudios locales que los caractericen. Sólo fue posible hallar un estudio en estudiantes de secundaria de nuestro país (Pilatti et al., 2010), que alerta sobre la presencia de patrones de consumo de riesgo como el que se desarrollará en la siguiente sección.

II. a. Patrones y Riesgo: el Consumo Excesivo Episódico de Alcohol (Binge Drinking)

Aunque todos los consumidores de alcohol están en riesgo de tener consecuencias negativas, cuando las personas que usualmente beben poco ingieren mucho alcohol en una ocasión, este riesgo se ve incrementado (Gmel et al., 2006). Este es un patrón de consumo de alcohol muy prevalente en los universitarios, y se lo conoce como consumo excesivo episódico de alcohol o *binge drinking* (Karam et al., 2007).

Es una preocupación a nivel mundial, pero sólo algunos países lo han investigado extensivamente, y su definición muchas veces no es unánime (Dantzer, Wardle, Fuller, Pampalone, & Steptoe, 2006). En el año 2004 se consensó como la ingesta de alcohol que deriva en una concentración de alcohol en sangre de 0.08% o superior en una ocasión. Esto se correspondería con 5 o más tragos en el varón, y 4 o más en la mujer en una misma ocasión (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004). Investigaciones recientes han concluido que la definición de tragos por ocasión posee mayor validez que la

concentración de alcohol en sangre, y contribuye de manera independiente al riesgo de problemas relacionados con el alcohol (Fillmore & Jude, 2011). Este patrón de consumo incluso ha sido indicado como un posible criterio de trastorno por uso de alcohol (Saha, Stinson, & Grant, 2007).

El consumo excesivo episódico alcohol en estudiantes incluye problemas directos para los consumidores, como perder clases, conducir bajo los efectos del alcohol, y mantener relaciones sexuales no planeadas y sin protección. En las universidades donde hay una alta prevalencia de este patrón, también los estudiantes que no consumen alcohol ven afectada su calidad de vida (Wechsler & Nelson, 2001). Estas consecuencias estarían mediadas en parte por el nivel percibido de intoxicación (Courtney & Polich, 2009).

En la Universidad Nacional de Mar del Plata, se ha encontrado que más de 3 de cada 10 estudiantes de Psicología presentan consumo excesivo episódico de alcohol (Cremonte, Conde, & Remaggi, 2009). Además, se vio asociado a consecuencias negativas como los episodios de amnesia anterógrada inducidos por el alcohol, durante los cuales se sufre una alteración en la generación de nuevos recuerdos mientras que las demás funciones cognitivas permanecen activas; esto quiere decir que la persona puede hablar e incluso conducir sin poder recordarlo después. Asimismo, los episodios de amnesia anterógrada se relacionaron con los trastornos por uso de alcohol (Conde, Remaggi, & Cremonte, 2014).

II. b. Culturas de Consumo de Alcohol: Argentina

La cultura de consumo de alcohol estaría determinada por numerosos factores. En cada contexto, el alcohol tiene diferentes valores: como una medicina, un alimento, una bebida religiosa, o una sustancia psicoactiva. Por otro lado, los niveles de alcohol y los

comportamientos relacionados a la ebriedad permitidos socialmente son también distintos. En algunas sociedades, el alcohol forma parte de la vida cotidiana y se asocia a eventos específicos, como las fiestas; esto constituiría una forma de regular el consumo de alcohol y sus consecuencias (Room, 1998).

Desde el punto de vista cultural, en Argentina el consumo de alcohol se ha caracterizado por semejarse al tipo mediterráneo o húmedo: ingesta de alcohol regular con las comidas y en familia, con bajos porcentajes de problemas sociales relacionados con el alcohol pero con problemas médicos a largo plazo (Room, 1998). Sin embargo, en las últimas décadas se ha advertido que el consumo de los jóvenes se inclinaría cada vez con más frecuencia a la ingesta de cerveza concentrada en los fines de semana y en lugares públicos, incidiendo en el aumento de lesiones por violencia y accidentes (Míguez, 2005). Este cambio en la juventud también se ha observado en otros países en donde típicamente se observaba el patrón mediterráneo, y se hipotetizó su relación con los cambios en las condiciones socio-económicas (Galán, González, & Valencia-Martín, 2014). Asimismo, se observó que el consumo de alcohol en los más jóvenes estaría relacionado con el consumo de la población adulta y con políticas nacionales sobre, entre otros, la disponibilidad y las estrategias de mercadeo y publicidad de bebidas con alcohol (Bendtsen et al., 2014).

La mayoría de las comparaciones respecto de patrones de consumo en distintas culturas se han realizado en contextos de habla inglesa y con aspectos culturales muy diferentes al nuestro. En este sentido, sería interesante comparar las características de los patrones de consumo en países que comparten el patrón mediterráneo de consumo, o que son parte del contexto latinoamericano. Tales comparaciones tampoco se han realizado respecto de poblaciones de riesgo específicas como los estudiantes universitarios.

III. Trastornos por Uso de Alcohol

Existe un grupo de personas cuya forma de consumir alcohol y los problemas que esta le acarrea es identificada como un trastorno mental específico: el alcoholismo. Desde la creación de las primeras tipologías, se han propuesto numerosos subtipos de alcoholismo; sin embargo, los resultados de las investigaciones sugieren que no hay consenso sobre la naturaleza y número de estos subtipos que se pretende caractericen la heterogeneidad clínica de las personas con trastornos por uso de alcohol. Las clasificaciones más difundidas y que han presentado ventajas en la investigación y tratamiento han sido las definidas en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) y la ICD. No obstante, estas tipologías, como muchas de las disponibles, no han presentado resultados concluyentes en cuanto a su validez de constructo, predictiva y concurrente (Babor & Caetano, 2006; Hesselbrock & Hesselbrock, 2006).

En su definición más temprana, las controversias en los criterios que formaban los trastornos por uso de alcohol se basaron en opiniones más que en evidencias. Ante esto, surgió lo que se conoció como la teoría del síndrome de dependencia del alcohol, basada en las teorías del aprendizaje y fundamentada en observaciones clínicas rigurosas. La dependencia resultaría de una combinación de procesos fisiológicos y condiciones psicosociales. A partir de esto, se describieron otros indicadores, se eliminaron los de difícil operacionalización y el resultado fueron los criterios de diagnóstico de trastornos por uso de alcohol que hoy conocemos: trastorno por uso de alcohol leve, medio y grave en el DSM 5 y dependencia y consumo perjudicial en la ICD-10. Mientras que esta posición teórica está reflejada fielmente en la ICD, el DSM incluye otros elementos (Hasin & Paykin, 1999). Esto ha derivado en algunas diferencias en el diagnóstico de los trastornos por uso de alcohol.

Hasta su penúltima versión, el DSM sostenía dos tipologías de diagnóstico: dependencia y abuso. Aunque la categoría de dependencia ha presentado un acuerdo consistente entre ambos sistemas diagnósticos, la categoría de abuso no ha sido equivalente a la de consumo perjudicial (Hasin, McCloud, Li, & Endicott, 1996; Hasin, Van Rossem, McCloud, & Endicott, 1997). En torno al DSM, algunos estudios indicaron una falta de claridad en los criterios que componían cada sub-tipo (Grove, McBride, & Slade, 2010; Harford & Muthén, 2001). Por otro lado, numerosas investigaciones presentaron evidencias de unidimensionalidad en los trastornos para ambos sistemas, y la necesidad de modificar algunos de los criterios (Bond et al., 2012; Borges et al., 2010; Casey, Adamson, Shevlin, & McKinney, 2012; Cherpitel et al., 2010; Harford, Yi, Faden, & Chen, 2009; Kahler & Strong, 2006; McBride, Teesson, Baillie, & Slade, 2011; Saha, Chou, & Grant, 2006). Una de las discusiones surgió en torno a la inclusión de la apetencia de la sustancia o *craving* en el DSM 5, criterio que ya se encontraba en la ICD. Si bien este criterio se ajustó a una solución unidimensional en varios contextos, no incrementó sustancialmente la eficiencia del diagnóstico (Cherpitel et al., 2010). Algunos autores indicaron que la apetencia por la sustancia cubría una población antes no representada (Casey et al., 2012). Finalmente, tras su inclusión en el DSM 5 y la eliminación del criterio sobre los problemas legales, se observó un impacto modesto en la prevalencia de trastornos por uso de alcohol, adicionando diagnósticos que antes correspondían a lo que se conoce como orfandad diagnóstica (Agrawal, Heath, & Lynskey, 2011).

La orfandad diagnóstica hace referencia al estado de algunas personas que cumplen uno o dos criterios de dependencia, pero no alcanzan el mínimo para resultar positivos (Hasin & Paykin, 1998). Los huérfanos diagnósticos difieren de otros grupos en su patrón de consumo, que suele ser frecuentemente perjudicial; tienen menos problemas que los dependientes, pero más que quienes no tienen trastornos por uso de alcohol e incluso que

los abusadores (McBride, Adamson, Bunting, & Mccann, 2009). En la población hospitalaria local, se ha encontrado que los huérfanos diagnósticos tienen principalmente un patrón de consumo excesivo episódico (Cremonte et al., 2010).

Los huérfanos diagnósticos son más prevalentes entre los jóvenes (Pollock & Martin, 1999; Ray, Miranda, Chelminski, Young, & Zimmerman, 2008), afectando a cerca de uno de cada diez adolescentes. Estudios longitudinales en esta población han demostrado que si bien algunos se mantienen estables en su problemática, otros progresan hacia un diagnóstico de dependencia; incluso, los abusadores desarrollarían dependencia en la edad adulta en menor medida que los huérfanos diagnósticos (Grabitz et al., 2012). Un estudio encontró que, comparados con un grupo sin criterios diagnósticos de trastornos por uso de alcohol, quienes presentan orfandad diagnóstica tendrían tres veces más probabilidad de progresar al abuso y ocho veces a la dependencia (McBride & Adamson, 2010). Esto es coherente con otros estudios que han encontrado que cerca del 40% de las personas desarrollan sus primeros síntomas de trastornos por uso de alcohol entre los 15 y 19 años (Martin & Winters, 1998).

Restan mencionar otros dos temas controversiales en la definición de los trastornos por uso de alcohol: la relación con los patrones de consumo y con consecuencias severas derivadas de la ingesta de alcohol. Desde la caracterización más temprana de los trastornos por uso de alcohol, se pasó de tener en cuenta patrones específicos de consumo a sólo considerar los problemas o comportamientos asociados. El alcoholismo se estableció como un trastorno de la personalidad, y los ítems con preguntas sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol fueron retirados en la década del 60' por dudas en torno a su fiabilidad y validez (Dawson, 2000). Actualmente, se define al trastorno como un patrón desadaptativo de uso de alcohol que lleva a un malestar clínicamente significativo, aun cuando los criterios no se refieren a la cantidad y frecuencia de consumo, sino a efectos

farmacológicos, cambios comportamentales y severidad de la adicción (Li, Hewitt, & Grant, 2007). Los resultados de investigaciones recientes no han sido concluyentes en este punto. Algunos han cuestionado la utilidad de un criterio de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol en el diagnóstico de trastornos por uso de alcohol (McBride et al., 2011), y sostuvieron que la relación entre ambas variables es compleja y poco clara (Holly & Wittchen, 1998). En otro extremo, se sostiene que puede mejorar el diagnóstico y tratamiento, dando información sobre el estado o etapa del trastorno (Li et al., 2007). Estudios multinacionales encontraron que una medida de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol mejora el ajuste del modelo unidimensional del trastorno por uso de alcohol (Borges et al., 2010). Incluso el tipo de bebida consumida se encontró asociada a la presencia de trastornos (Dawson, 2000), y los patrones de consumo de alcohol predijeron la presencia de consecuencias negativas en el seguimiento de personas con adicción (Daepfen et al., 2013).

Por último, cabe mencionar la vinculación entre cada categoría diagnóstica y consecuencias severas del consumo de alcohol. Con el objetivo de evaluar la validez de las categorías de dependencia y abuso, tarea por demás compleja ya que no se cuenta con un patrón oro o estándar, se recurrió a variables externas coherentes con la evidencia disponible. Estas variables indicaban potencialmente un trastorno por uso de alcohol severo. Algunas de ellas fueron alto consumo de alcohol, búsqueda de tratamiento por el consumo de alcohol, episodios de amnesia anterógrada, historia familiar de alcoholismo, etc. Mientras que la dependencia se vio asociada a todas estas variables, no sucedió lo mismo con el abuso (Hasin, Van Rossem, McCloud, & Endicott, 1997; Hasin & Paykin, 1999). No se encontraron estudios que aportaran información sobre esta relación en los distintos niveles de severidad del DSM 5, ni que reflejaran las diferencias culturales que podrían encontrarse.

En resumen, puede decirse no hay un consenso en cuanto a: la definición de las tipologías que constituyen los trastornos por uso de alcohol; el rol de las personas que cumplen algunos criterios diagnósticos pero no los suficientes para ser diagnosticados (orfandad diagnóstica); sobre la relación entre trastornos por uso de alcohol y patrones de consumo; y sobre la relación con las consecuencias adversas del consumo de alcohol. Adicionalmente, explorar estas cuestiones en poblaciones jóvenes es poco frecuente a nivel internacional y, muy especialmente, local.

IV. Consecuencias Adversas del Consumo de Alcohol

Con el interés creciente en las conductas de consumo de alcohol en los alcohólicos, también surgió el interés en las consecuencias que se desprendían de las mismas.

Actualmente, se entiende la dependencia del alcohol como el resultado de una combinación de procesos fisiológicos, psíquicos y sociales, cuyo síntoma principal sería la pérdida de control sobre el consumo del alcohol (Hasin & Paykin, 1999). Sin embargo, a mediados de la década del 60' comenzó a criticarse su validez, a pesar de ser reportada como una importante consecuencia de consumo por parte de los mismos alcohólicos. Se encontró que administrando pequeñas dosis de alcohol no se provocaba un efecto de apetencia o de necesidad de consumo (Merry, 1966). Más tarde, estudios experimentales intentaron explicar esta consecuencia por un *efecto de sed* provocado por el consumo de ciertas cantidades de alcohol (Lawson, 1977). Sin embargo, estos modelos resultaban en una visión reducida de lo que ocurriría cuando una persona experimentaba pérdida de control sobre el consumo. Más allá de los efectos farmacológicos de la sustancia, desde la Psicología se propuso que esta conducta funcionaría como un reflejo condicionado activado por pistas ambientales (Ludwig, Wikler, & Stark, 1974; Siegel, 1983).

Posteriormente, se añadió la idea de factores motivacionales, cognitivos, afectivos y sociales que condicionaban la posibilidad de poder controlar el consumo (Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994). En la actualidad, desarrollos en neuropsicología parecerían haber hallado un correlato de esta conducta con una pérdida de glutamato en la materia blanca frontal, relacionada a su vez con la severidad de la dependencia (Ende et al., 2013).

La pérdida del control, junto con el descuido de actividades y el consumo matutino de alcohol fueron reconocidos como parte de la llamada *conducta anormal de consumo*. El descuido de actividades u obligaciones por el consumo de alcohol representaría la

notoriedad del consumo, favoreciéndolo por encima de cualquier otro interés (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, Juan R, & Grant, 1993). El consumo matutino, si bien podría ser entendido como un alivio de los síntomas de la resaca indicaría dependencia física (Saunders et al., 1993); de hecho, desde los inicios de la conceptualización del trastorno por uso de alcohol, se consideró parte del alcoholismo Gamma, más severo y con menos posibilidades de control de consumo que el Alfa (Orford, Oppenheimer, & Edwards, 1976).

Otro grupo de problemas incluye reacciones psicológicas o emocionales adversas. Una de ellas es la culpa o remordimiento luego de haber bebido (Saunders et al., 1993). Algunos autores la han considerado como un elemento clave de la terapia, ya que las personas con un trastorno por uso de sustancia presentan mayores niveles de culpa (Cook, 1988). Sin embargo, se ha cuestionado que estos estudios tienden a confundir las palabras culpa y vergüenza. Mientras la culpa recaería sobre la conducta en sí, el experimentarla se relacionaría con comportamientos reparadores; la vergüenza por su parte, llevaría a más consumo y consecuentemente más severidad de síntomas, ya que recae sobre la persona en sí (Dearing, Stuewig, & Tangney, 2005; Treeby & Bruno, 2012).

Otra reacción psicológica adversa son los episodios de amnesia anterógrada inducidos por el alcohol o *blackout*. Se definen como todo episodio de amnesia sin pérdida de conciencia que resulta de la ingestión de alcohol (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2013). Cuando sucede, se alteraría principalmente la memoria, permaneciendo las demás funciones cognitivas relativamente inalteradas, lo que significaría que se puede conversar, conducir o mantener relaciones sexuales (Lee, Roh, & Kim, 2009). Aunque inicialmente fue caracterizado en personas con alcoholismo (Zucker, Austin, & Branchey, 1985), es la consecuencia que más se observa incluso en personas sin trastornos por uso de alcohol (Knibbe, Derickx, Kuntsche, Grittner, & Bloomfield, 2006;

Rose & Grant, 2010). Asimismo, sería un factor de riesgo para posteriores déficits cognitivos de largo plazo (Nespor, 2004). Los patrones de consumo de alcohol (especialmente el excesivo episódico), tener un trastorno por uso de alcohol, y consumir otras sustancias psicoactivas se relacionaría con el blackout, (Alderazi & Brett, 2007; Mundt, Zakletskaia, Brown, & Fleming, 2012; White, 2003; Zeigler et al., 2005); resultados que fueron replicados en nuestro contexto en un estudio previo (Conde, Remaggi, & Cremonte, 2014). Además, sería además un predictor de lesiones producto de la ingesta de alcohol (Mundt et al., 2012), y de un aumento del consumo a largo plazo (Read, Wardell, & Bachrach, 2013).

El consumo excesivo de alcohol también puede generar problemas emocionales, como plantearse la necesidad de reducir el consumo de alcohol (Russell, 1994). Esta consecuencia ha sido considerada como uno de los primeros pasos en el reconocimiento de los problemas por uso de alcohol y el posterior cambio en el comportamiento (Cunningham, Cameron Wild, Koski-Jännes, Cordingley, & Toneatto, 2002). Asimismo, podría verse influenciado por presiones sociales externas (Polcin, Korcha, Kerr, Bond, & Greenfield, 2014); dentro de ellas se encuentra otra consecuencia del consumo de alcohol: los conflictos interpersonales. No obstante, los conflictos interpersonales podrían considerarse tanto una consecuencia como una causa del consumo; en ambientes estresantes se ha observado un aumento del consumo como una forma de sobrellevar situaciones conflictivas (Appelberg, 1993).

Por último, otra importante consecuencia del consumo son las lesiones por causa externa debidas al consumo de alcohol. En nuestro país, el consumo de alcohol, especialmente el reciente, se relacionaría con lesiones intencionales por violencia o auto-infringidas, y lesiones no intencionales o accidentes de todo tipo (Cremonte & Cherpitel, 2014).

Todas estas consecuencias de consumo de alcohol no sólo son relevantes a nivel teórico. También han sido consideradas para la realización de instrumentos de tamizaje de problemas por uso de alcohol por su validez tecnológica (Russell, 1994; Saunders et al., 1993). Por estos motivos, incluirlas como una medida a asociar con los patrones de consumo de alcohol y trastornos por uso de alcohol resultaría en un avance en ambas direcciones.

V. Género, Consumo de Alcohol y Problemas Relacionados

El uso de alcohol y los problemas relacionados tienen particularidades según el género que han sido estudiadas a nivel internacional (Wilsnack & Wilsnack, 2002). Mujeres y varones no solo difieren en la forma en que beben, sino también en las consecuencias sociales y sobre la salud, siendo generalmente los varones los que tienen una mayor carga global de enfermedades (Taylor et al., 2010; Taylor et al., 2007). Sin embargo, las mujeres son más vulnerables a enfermedades hepáticas (Crabb, 1993), daños cognitivos (Mann, Batra, Günthner, & Schroth, 1992), y tienen mayor riesgo de muerte que los varones, en especial si consumen en exceso (Wang et al., 2014). Las diferencias genéticas, fisiológicas y psicológicas en el género, están relacionadas con distintos índices de violencia, impulsividad y expectativas de consumo (Nolen-Hoeksema & Hilt, 2006). Cuando desarrollan un trastorno por uso de alcohol, la búsqueda de ayuda (Belló, Rosas-Puentes, & Icaza, 2008), preferencias de tratamiento, severidad de síntomas y cronicidad (Hajema, Knibbe, & Drop, 1997; Weisner & Schmidt, 1992), expresión de comorbilidad (Dawson, Goldstein, Moss, Li, & Grant, 2010; Pedrelli et al., 2011) y los resultados del tratamiento (Satre, Mertens, & Weisner, 2004) son diferentes para ambos. Adicionalmente, el desempeño de los instrumentos para detectar problemas relacionados con el alcohol (Cherpitel, 1999) y las decisiones terapéuticas (como el uso de medicación) (Amodei, Williams, Seale, & Alvarado, 1996) podrían verse afectados por el género.

En cuanto a los patrones de consumo de alcohol, la información disponible muestra diferencias regionales, de acuerdo con el sistema de bienestar social y la igualdad de género en educación, empleo y roles familiares; la igualdad entre el varón y la mujer estaría relacionada con una tendencia hacia la igualdad en sus patrones de consumo de alcohol (Kerr-Corrêa et al., 2008; Kuntsche et al., 2006). Respecto de los problemas

relacionados con el consumo de alcohol, los conflictos interpersonales parecen ser más frecuentes en varones (Silveira et al., 2012) y se han observado diferencias en la prevalencia de varios criterios diagnósticos de trastornos por uso de alcohol. Para la ICD-10 y el DSM-IV, síndrome de abstinencia, falta de control y problemas legales serían más altos en varones; y las mujeres parecerían tener más intentos de abandonar el consumo de alcohol y dificultades para realizar actividades cotidianas. Los criterios que definen cada categoría (i. e. abuso, consumo perjudicial y dependencia) también serían diferentes (Berenzon, Robles, Reed, & Medina-Mora, 2011). Para el DSM 5, podrían existir diferencias de género en la severidad de la dependencia (Metze, 2012). En Argentina, el consumo excesivo episódico de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol parecerían ser mayores en los varones; y las mujeres casadas tenderían a tener una mayor frecuencia de consumo junto con sus esposos (Munné, 2005).

Aunque algunos estudios encontraron discrepancias en los criterios diagnósticos en poblaciones en riesgo, como los jóvenes, según el género (Wagner, Lloyd, & Gil, 2002), la probabilidad de presentar trastornos por uso de alcohol (e. g. dependencia) parecería estar incrementando en mujeres (Holdcraft & Iacono, 2002; Pullido, Vallejo, Sánchez, & Vázquez, 2012); y la brecha de género en el uso, abuso y dependencia del alcohol parece estar reduciéndose en la juventud (Keyes, Grant, & Hasin, 2008). Algunos autores afirman que si bien no se observan disparidades de género en la adolescencia respecto del consumo de alcohol, existen factores que predisponen a los varones a ser más susceptibles al consumo de riesgo en la adultez. Las diferencias entre varones y mujeres adultos podrían deberse a cuestiones como la baja respuesta al alcohol, maduración tardía, diferencias fisiológicas en las estructuras cerebrales, la percepción de control y la socialización en roles de género (Schulte, Ramo, & Brown, 2009).

En poblaciones jóvenes como la universitaria, el ingreso a una carrera podría aumentar la probabilidad de que las mujeres inicien e incrementen el consumo de alcohol (Kim et al., 2009). Por ello, en el estudio del consumo de alcohol y los problemas relacionados es importante atender a cuestiones de género que, en los estudiantes universitarios, podrían derivar en diferencias que no siempre son tenidas en cuenta en las investigaciones. Este aporte sería, además, relevante a nivel internacional, puesto que el contexto cultural podría determinar roles de género que condicionaran los comportamientos de consumo de alcohol, y la mayoría de los mencionados estudios provienen de países angloparlantes.

VI. Alcohol, Factores Socioeconómicos y Medioambientales

Las características sociales producen inequidades que afectan de manera particular la salud de poblaciones específicas (Organización Mundial de la Salud, 2008). En el ámbito del consumo de alcohol, las diferencias individuales en cuanto a nivel de ingresos, educación, estado civil y empleo resultarían en distintos patrones de uso (Fillmore, Golding, Leino, Ager, & et al, 1994; Huckle, You, & Casswell, 2010; Paljärvi, Suominen, Car, & Koskenvuo, 2013) y registros de consecuencias adversas derivadas (Kuendig et al., 2008). Para los más jóvenes, el consumo problemático y la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol estarían asociados a desventajas socio-económicas (Goodman & Huang, 2002; Lowry, Kann, Collins, & Kolbe, 1996; Lundborg, 2002; Makela, Valkonen, & Martelin, 1997; Redonnet, Chollet, Fombonne, Bowes, & Melchior, 2012); aunque existen estudios que informan niveles mayores de consumo en los estratos altos, y en personas que estudian y trabajan (Caballero, Madrigal de León, Hidalgo San Martín, & Villaseñor, 1999). Muchos de los estudiantes universitarios que se trasladan lejos de su hogar para vivir en, o cerca del campus universitario también tendrían un consumo más frecuente y mayores consecuencias negativas (Larimer, Anderson, Baer, & Marlatt, 2000).

En otro nivel de análisis, la posición socioeconómica del sector de la ciudad donde habitan las personas parece incidir en las conductas respecto de la salud (Diez Roux, 2001). En barrios con una situación económica desfavorable habría una mayor frecuencia de consumo (Chang de la Rosa & Cañizares Pérez, 2010; Jones-Webb, Snowden, Herd, Short, & Hannan, 1997) y el consumo excesivo episódico de alcohol estaría asociado a la disponibilidad de alcohol en cada sector (Shimotsu et al., 2013). Áreas deprivadas socio-económicamente poseerían mayores tasas de morbi mortalidad relacionadas con el alcohol (Dantzer et al., 2006; Korcha, Cremonte, 2013), en especial en la población joven de áreas

urbanas (Erskine, Maheswaran, Pearson, & Gleeson, 2010); adicionalmente, los programas de prevención en jóvenes serían más efectivos en estos lugares (Caria, Faggiano, Bellocco, & Galanti, 2011). Estudios a gran escala han mostrado que la deprivación del vecindario afecta diferencialmente el riesgo de consumo excesivo episódico según el género y en distintos grupos de edad (Fone, Farewell, White, Lyons, & Dunstan, 2013).

No obstante estas observaciones, es escasa la literatura que aborde estas cuestiones individualmente, y mucho menos frecuente que tenga en cuenta estos factores en conjunto. Por otro lado, casi la totalidad de estos estudios son realizados en otros contextos y poblaciones.

VII. Consumo de Alcohol y de Otras Sustancias Psicoactivas

Aunque el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas por parte de estudiantes varía en los distintos contextos, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida a nivel internacional (Smart & Ogborne, 2000) y en países latinoamericanos (Andrade et al., 2012; Barbieri, Trivelloni, Zani, & Palacios-Espinosa, 2012; dos Santos, Marcos Vinícius Ferreira, Pereira, & de Siqueira, 2013). En nuestro país, el uso de sustancias psicoactivas es más frecuente en estudiantes universitarios que en población general, y en general es mayor en los varones, con una tendencia de incremento especialmente en la juventud (Observatorio Argentino de Drogas, 2005; Observatorio Argentino de Drogas, 2010; Observatorio Argentino de Drogas, 2011). En términos de la edad de inicio en el consumo, la incidencia de uso de sustancias en la universidad sería menor que en la adolescencia temprana; aun así, muchas personas comienzan a consumir en sustancias en esta etapa (Webb, Ashton, Kelly, & Kamali, 1996).

La relación entre el consumo de alcohol y el de otras sustancias no es clara (Smart & Ogborne, 2000). Se ha encontrado que los jóvenes que consumen según patrones de riesgo, como el excesivo episódico, tienen más probabilidad de utilizar múltiples de sustancias psicoactivas (Kuntsche, Rehm, & Gmel, 2004). Asimismo, la prevalencia de vida de uso de drogas ilícitas es mayor en personas con un diagnóstico de trastorno por uso de alcohol (Martin, Kaczynski, Maisto, & Tarter, 1996).

El uso de múltiples sustancias psicoactivas está incrementándose en la juventud, y parece afectar a varones y mujeres por igual (Choquet, Morin, Hassler, & Ledoux, 2004), aunque esto podría verse influenciado por las características socio-económicas y culturales del país de procedencia. La mayoría de los usuarios de múltiples sustancias psicoactivas las ingeriría en la misma ocasión (Martin, Clifford, & Clapper, 1992; Pape, Rossow, &

Storvoll, 2009), aun cuando esto podría derivar en serios problemas, incluso en la muerte (Tanaka, 2002).

Es decir, el uso de múltiples sustancias es una problemática que, en otros contextos, parecería estar incrementándose y se relacionaría con los patrones de consumo de alcohol y sus consecuencias. Sin embargo, y a pesar de las altas tasas de consumo de alcohol en universitarios, el consumo de otras sustancias psicoactivas no suele ser tenido en cuenta en la relación entre los patrones de consumo de alcohol y las consecuencias negativas, tanto a nivel internacional como en nuestro país.

Justificación

A modo de síntesis de lo expuesto hasta aquí, estudiar los patrones de consumo de alcohol y su relación con los problemas derivados del uso de alcohol en poblaciones en riesgo como la universitaria podría representar un avance de interés en distintas áreas. En este trabajo, se aportarán datos respectivos a la clasificación de las personas en base a su consumo de alcohol, y cómo estas tipologías se relacionan con a) categorías diagnósticas de trastornos por uso de alcohol; b) consecuencias negativas del consumo de alcohol; c) variables socio-demográficas y ambientales. Hasta la fecha, no se ha encontrado ningún estudio a nivel local que reúna todos estos aspectos en estudiantes universitarios.

Por otro lado, desde un punto de vista teórico, constituiría un aporte para el desarrollo de criterios nosológicos que den cuenta de la complejidad de los trastornos por uso de alcohol. En primer lugar, establecerá asociaciones entre los patrones de consumo de alcohol y los trastornos por uso de alcohol, aportando a la validez de constructo de estas clasificaciones. Por otro lado, también aportará una comparación evaluativa en cuanto a la estructura de los principales sistemas de diagnóstico de trastorno por uso de alcohol disponibles. Adicionalmente, proveerá a las clasificaciones de un parámetro de validez de criterio al ser asociadas con importantes consecuencias negativas de consumo.

A nivel epidemiológico, se trataría del primer estudio que establezca la prevalencia de trastornos por uso de alcohol (uno de los trastornos mentales más relevantes a nivel de salud pública por el daño en la salud propia y a terceros) en universitarios argentinos; a pesar de que en otros contextos ya se ha alertado de los riesgos que presenta esta población con importantes consecuencias negativas. Asimismo, permitiría establecer un perfil de los grupos más afectados según variables socio-demográficas, y cómo las últimas se relacionan con una mayor probabilidad de problemas por uso de alcohol. Esto contribuirá a

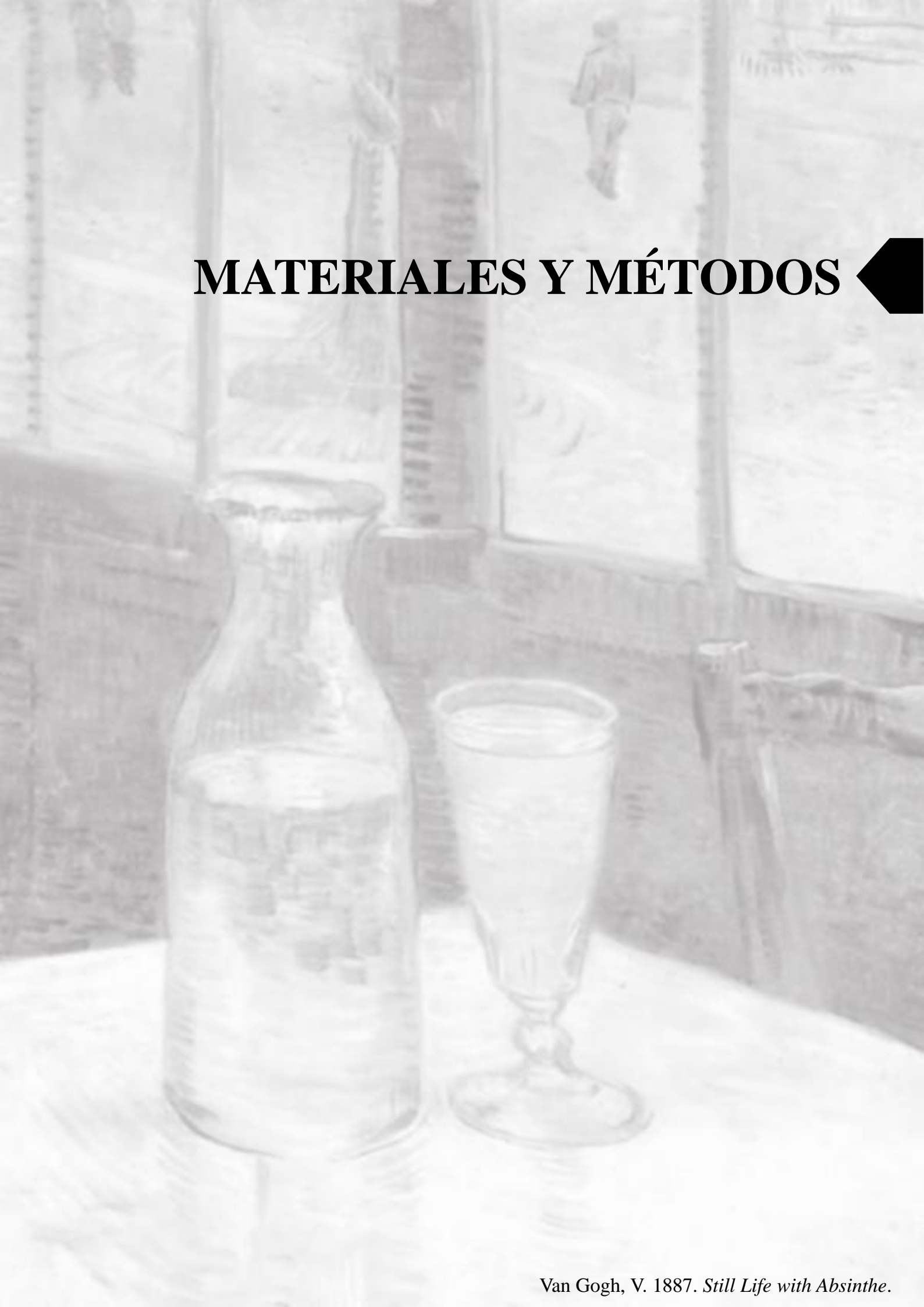
la identificación de puntos a fortalecer en actividades de transferencia formativa e informativa respecto del consumo de alcohol en el contexto local.

Por último, constituirá un importante aporte tecnológico; permitirá determinar qué consecuencias están más relacionadas con presentar trastornos por uso de alcohol. Esto podría derivar en la confección de un instrumento de tamizaje breve y específico para la detección temprana de los trastornos por uso de alcohol en esta población.

Objetivos

De modo general, este estudio se propone contribuir con el desarrollo nosológico de los trastornos por uso de alcohol, teniendo en cuenta grados de severidad, particularidades regionales y otros factores asociados al desempeño de los criterios diagnósticos en adultos jóvenes. De este objetivo mayor se desprenden: 1. caracterizar patrones de consumo de alcohol en función de la frecuencia y cantidad en estudiantes universitarios; 2. identificar la presencia de trastornos por uso de alcohol y huérfanos diagnósticos según DSM 5 e ICD-10; 3. estimar el grado de acuerdo en la clasificación de los sistemas ICD-10 y DSM 5; explorar la relación entre cada patrón y los trastornos por uso de alcohol según el DSM 5 e ICD-10; 5. determinar en qué medida los patrones de uso de alcohol y los trastornos por uso de alcohol se relacionan con experimentar consecuencias adversas físicas, psíquicas y sociales; 6. indagar la asociación de variables socio-demográficas como edad, género, nivel socioeconómico, y variables socio ambientales, como el índice de delitos y habitacional de la localización urbana, y del consumo de otras sustancias psicoactivas con las variables del punto 5; 7. explorar los patrones de consumo de alcohol y trastornos por uso de alcohol comparando datos locales, de Brasil y España.

MATERIALES Y MÉTODOS



El presente trabajo se divide en dos estudios de tipo correlacional. En el Estudio 1 se presentan datos de una muestra probabilística de estudiantes de los primeros tres años de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En el Estudio 2 se describen algunos aspectos del consumo de alcohol en tres muestras de estudiantes de Psicología de Argentina, Brasil y España.

Participantes

Estudio 1. Se recolectaron datos de estudiantes de primero a tercer año de la Universidad Nacional de Mar del Plata mediante un muestreo aleatorio por conglomerados entre los meses de abril y noviembre de 2014. Para todas las Facultades, con excepción de Psicología (donde se realizó la recolección de datos del Estudio 2), se asignó un número a cada asignatura de cada carrera. Luego se seleccionó mediante un generador de números aleatorios una asignatura por año de los primeros tres años de cada Facultad, y se solicitó la colaboración de su equipo docente. De la muestra total elegible participaron 1708 estudiantes, la tasa de respuesta fue de 89%, y se perdieron datos debido a negativa de los participantes (6%) y al abandono de la clase sin recibir el cuestionario (4%). Adicionalmente, se registró un 1% de cuestionarios mayormente incompletos que se eliminaron de la base de datos. Los datos descriptivos se encuentran en la Tabla 1.

Estudio 2. Se obtuvieron datos de carreras de grado en Psicología de tres países: Argentina, Brasil y España. Las muestras de Argentina y España se recolectaron de la Universidad Nacional de Mar del Plata (en los años 2008-2009, N=472) y la Universidad de Jaén (en el año 2013, N=320) respectivamente. Ambas fueron sistemáticas,

seleccionando asignaturas de primero a tercer año. En Brasil se realizó un muestreo por conveniencia de primero a tercer año en distintas universidades públicas (año 2014, N=154). Se registró un 1% de negaciones y un 1% de cuestionarios mayormente incompletos en Argentina, y una negación y un 21% de cuestionarios mayormente incompletos en Brasil. Los datos descriptivos de las tres muestras se encuentran en la Tabla 2.

Medidas

A fin de controlar sesgos de clasificación en ambos estudios se utilizó un cuestionario auto-administrado estructurado, se aseguró el anonimato de las respuestas, se ocultó de las hipótesis de trabajo entregando sólo información general del estudio, y no hubo vínculo entre los encargados de la recolección de datos y los participantes. Para Brasil, se tomaron los instrumentos ya traducidos y validados en el contexto (Rubiatti, de Moraes Manço & Duarte Bonini, 2009; Wittchen et al., 1991), y se tradujeron y adaptaron algunas preguntas ad hoc. Se consideraron las siguientes variables:

Patrones de Consumo de Alcohol. Construidos en base a la cantidad y frecuencia de consumo habituales. La cantidad hizo referencia al número general de unidades estándar o tragos (i. e. cualquier bebida con 11 gr de alcohol puro) consumidos por ocasión, y fue categorizada en ningún trago, 1 ó 2, 3 ó 4, y de riesgo, es decir, 5 o más en una ocasión para los varones y 4 o más para las mujeres (Bondy et al., 1999). La frecuencia fue categorizada en diaria o casi diaria, a 1 a 4 veces por semana, semanal, mensual, menor a una vez al mes, y no en los últimos 12 meses. Si bien estas dos variables recogieron el consumo habitual de los participantes, se incluyó la presencia de consumo excesivo episódico de alcohol por su interés teórico; se definió como el consumo de 5 o más tragos

en una ocasión, con una frecuencia de al menos una vez al mes (variable dicotómica negativo/positivo).

Trastornos por Uso de Alcohol. Se identificaron trastornos por uso de alcohol compatibles con el DSM 5 y la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) con la Sección de Alcohol de la Entrevista de Diagnóstico Internacional Compuesta (CIDI). Este instrumento ha demostrado validez en distintos contextos (Tacchini, Coppola, Musazzi, Altamura, & Invernizzi, 1994). Se consideró como huérfano diagnóstico a quien cumpliera con un criterio de trastorno por uso de alcohol según el DSM 5, pero no el mínimo de dos, y a quien cumpliera con dos criterios de dependencia pero no el mínimo de tres en la ICD-10. Así las categorías estuvieron formadas por negativo (1), huérfano diagnóstico (2), trastorno por uso de alcohol leve (3), moderado (4) y grave (5) según el sistema DSM 5; y negativo (1), huérfano diagnóstico (2), consumo perjudicial (3) y dependencia (4) según el sistema ICD-10. Posteriormente se realizaron variables dicotómicas con ambos sistemas (trastorno por uso de alcohol positivo/negativo y dependencia positiva/negativa) para las comparaciones entre sistemas diagnósticos.

Consecuencias Adversas del Consumo de Alcohol. Se tuvieron en cuenta consecuencias adversas informadas con mayor frecuencia en la literatura (Cremonte, Ledesma, Cherpitel, & Borges, 2010). El porcentaje anual de pérdida de control sobre el consumo, del descuido de actividades debido al consumo de alcohol, de sentimientos de culpa o remordimiento por haber bebido, de episodio de amnesia anterógrada inducidos por el alcohol, de lesiones (propias o de otros) como consecuencia de la ingestión de alcohol, de discusiones con personas cercanas por el consumo de alcohol, del consumo matutino y de la necesidad de reducir el consumo de alcohol fueron utilizadas como variables dicotómicas (si/no).

Variables Socio-Demográficas. Se consideró la edad (en años), género (femenino=1/masculino=2), ocupación principal (empleado a tiempo completo=1, empleado a tiempo parcial=2, buscando empleo=3, no buscando empleo=4, estudiante=5, otros=6), estado civil (soltero=1, casado/unido de hecho=2, separado/divorciado=3), y migración de la ciudad de origen (sí=2/no=1). El nivel socioeconómico se estableció en base a la escala Graffar (Castellano & de Méndez, 1994) con los siguientes puntajes: Estrato I (1), puntaje de 4 a 6; Estrato II (2), puntaje de 7 a 9; Estrato III (3), puntaje de 10 a 12; Estrato IV (4), puntaje de 13 a 16. También se preguntó el barrio de residencia en la ciudad de Mar del Plata, del cual se infirió el índice de delitos por cada mil habitantes en 2014 y la cantidad de habitantes por vivienda según la zona (http://gis.mardelplata.gob.ar/app_mapa_delito).

Consumo de Otras Sustancias Psicoactivas. Se estableció determinando si al menos una vez en los últimos 12 meses los participantes refieren haber consumido alguna de las siguientes sustancias: alcohol, cannabis, alucinógenos, sedantes (benzodiazepinas), estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína, opiáceos, y otras (excluyendo medicamentos recetados). Se creó una variable dicotómica (sí=2/no=1) con todo aquel que al menos una vez en los últimos 12 meses hubiera consumido una o más de estas sustancias.

Procedimiento

Con la excepción de la muestra brasileña, los estudiantes fueron reclutados en las aulas de las asignaturas. Los datos se recogieron en el horario de clase, y la administración tuvo una duración aproximada de 20 min. Estuvieron presentes asistentes de investigación capacitados por la doctoranda para responder eventuales dudas. En Brasil, el cuestionario fue realizado mediante la plataforma SurveyMonkey, que permite solo un acceso de los

usuarios de cada IP de computadora. Si bien el uso de una plataforma Web puede haber afectado la participación en el estudio en cuanto a tasa de respuesta (dato que no pudo obtenerse), es esperable que las respuestas a los cuestionarios sean igualmente fiables (Conde & Cremona, 2015).

El proyecto contó con el aval del Comité de Ética del Instituto Nacional de Epidemiología y del Comité de Ética de la Universidad de Jaén (ver Anexo 3). La participación fue voluntaria y anónima, y se obtuvo el consentimiento informado de los todos los participantes. Se entregó una hoja de información general sobre el estudio, formas de contactar a los responsables de su ejecución; y en Argentina información sobre centros de asistencia por problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Análisis de Datos

Según los objetivos, se realizaron los siguientes análisis:

1. Patrones de consumo de alcohol en función de la frecuencia y cantidad: se efectuaron análisis de clases latentes, una aproximación basada en la persona con capacidad de determinar subtipos en términos del cumplimiento de criterios y estimando para cada subtipo la probabilidad de observar un indicador categórico. Este tipo de análisis ha sido empleado con anterioridad para la identificación de patrones de consumo de alcohol (Pilatti et al., 2010) y para explorar su relación con trastornos por uso de alcohol (Jackson et al., 2014). Las medidas de parsimonia utilizadas para evaluar la adecuación del número de subtipos o clases fueron el Bayesian Information Criterion (BIC) y Akaike Information Criterion (AIC), así como la interpretabilidad desde un punto de vista teórico. Los modelos preferibles son aquellos que minimizan los valores del BIC y AIC. Se ajustaron modelos de entre 1 a 5 clases con el software R 3.1.0 para Windows, mediante el

paquete poLCA (Linzer & Lewis, 2011), que ha demostrado ser útil para la realización de estos análisis en comparación con otros programas disponibles (Haughton, Legrand, & Woolford, 2009). Para evitar el problema de máximos locales, los modelos fueron reproducidos 50 veces (ver Anexo 4 para la serie de comandos utilizada). Se incluyeron las variables de cantidad, frecuencia y de consumo excesivo episódico.

2. Presencia de trastornos por uso de alcohol y huérfanos diagnósticos según DSM 5 e ICD-10: Se realizaron análisis descriptivos utilizando el software Epidat 4.1. para Windows. La estimación fue ajustada teniendo en cuenta la selección aleatoria por conglomerados (20).

3. Grado de acuerdo en la clasificación de los sistemas ICD y DSM: Se recurrió a la medida de acuerdo Kappa de Cohen ponderada, disponible en <http://vassarstats.net/index.html>. Las categorías consideradas fueron positivo dependencia en ICD-10 y positivo para trastorno por uso de alcohol (sin distinción en grados) para el DSM 5.

4. Explorar la relación entre cada patrón y los trastornos por uso de alcohol según el DSM 5 e ICD-10: En este punto se realizaron nuevamente análisis de clases latentes utilizando como referencia los mismos parámetros desarrollados en el punto 1. En este caso se ajustaron modelos de entre 1 y 8 clases. Las variables incluidas fueron los patrones de consumo de alcohol obtenidos, y los trastornos por uso de alcohol y huérfanos diagnósticos según DSM 5 e ICD-10.

5. Patrones de uso de alcohol, trastornos por uso de alcohol y consecuencias adversas físicas, psíquicas y sociales: Se realizaron análisis de regresión logística para la predicción de la prevalencia anual de cada consecuencia adversa (i. e. pérdida de control, descuido de actividades, sentimientos de culpa o remordimiento, episodios de amnesia anterógrada, lesiones propias, discusiones con personas cercanas, consumo matutino y

necesidad de reducir el consumo) utilizando como valor de referencia su presencia (sí=2). Se incluyeron los patrones de consumo de alcohol contruidos en el punto 1 (valor de referencia=pesados), junto con los trastornos por uso de alcohol y huérfanos diagnósticos según la ICD-10 (valor de referencia=dependencia) y luego según el DSM 5 (valor de referencia=trastorno grave). Fueron realizados con el paquete SPSS 12.0 para Windows.

6. Inclusión de variables socio-demográficas: Los modelos de regresión logística desarrollados en el punto 4 fueron repetidos añadiendo individualmente la edad, el género (valor de referencia=varón), el nivel socioeconómico (valor de referencia=Estrato IV), el estado civil (valor de referencia=separado/divorciado), ocupación (valor de referencia=otro), migración de la ciudad de origen (valor de referencia=sí) el consumo de otras sustancias psicoactivas en el último año (valor de referencia=sí) y el índice de delitos y habitacional de la zona de residencia. Aquellas variables que resultaron asociadas, se incluyeron luego en un modelo de regresión.

7. Patrones de consumo de alcohol y trastornos por uso de alcohol comparando datos locales, de Brasil y España: para cada país se efectuaron, por un lado, análisis de clases latentes con variables de cantidad, frecuencia y consumo excesivo episódico. Nuevamente, las medidas de parsimonia utilizadas fueron el BIC y AIC, ajustando modelos de entre 1 a 5 clases reproducidos 50 veces con el mismo software que en el punto 1. Por otro lado, se realizaron análisis descriptivos utilizando el software Epidat 4.1. para Windows con el fin de detectar trastornos por uso de alcohol y huérfanos diagnósticos según DSM 5 e ICD-10.



RESULTADOS

Van Gogh, V. 1887. *Still Life with Absinthe*.

I. Patrones de Consumo de Alcohol en Función de la Frecuencia y Cantidad

Si bien según el criterio BIC el modelo con mejor ajuste fue el de tres clases, el AIC arrojó un menor valor en el de cuatro clases (Tabla 2). Dado que la interpretabilidad fue mejor en el modelo de cuatro clases, se optó por tomarlo como referente. La proporción estimada de cada clase fue de 36% para la Clase 1, 35% para la Clase 2, 20% para la Clase 3 y 10% para la Clase 4. La Clase 1 estuvo compuesta por los estudiantes con una frecuencia de consumo mensual a 1-4 veces por semana, una cantidad habitual de 1 ó 2 a 3 ó 4 tragos de alcohol por ocasión y la no presencia de consumo excesivo episódico de alcohol. Por estas características, el grupo fue denominado consumidores moderados sin consumo excesivo episódico. Debido a que una parte de este grupo presentó una moderada probabilidad de consumo excesivo episódico, y a que esto representa un nivel de riesgo distinto para la salud desde el punto de vista teórico, se creó un segundo grupo de consumidores moderados con consumo excesivo episódico. La Clase 2 representó a aquellos con una frecuencia entre semanal y diaria o casi diaria, una cantidad habitual de 3 ó 4 tragos o de riesgo (superior a 5 tragos para varones y 4 para mujeres), y la presencia de consumo excesivo episódico de alcohol; este grupo fue denominado consumidores pesados. La Clase 3 estuvo formada por los consumidores que principalmente tenían una baja frecuencia de consumo, mensual o menor a una vez por mes, cantidad habitual de 1 ó 2 a 3 ó 4 tragos por ocasión y la no presencia de consumo excesivo episódico de alcohol, y fue denominada consumidores leves. La Clase 4 reunió a quienes no consumieron alcohol en el último año, no tomaron ningún trago, y no tuvieron consumo excesivo episódico; es decir, esta clase reunió a los abstemios (ver Figura 1).

II. Prevalencia de Trastornos por Uso de Alcohol y Huérfanos Diagnósticos según DSM 5 e ICD-10

Los análisis de prevalencia (Tabla 3, ver IC) indicaron que según el DSM 5 al menos 18% del total de los estudiantes tenía una consecuencia severa por el consumo de alcohol; para el trastorno por uso de alcohol leve el porcentaje fue de al menos 16%, 4% moderado y 1% grave. De acuerdo a la ICD-10, la prevalencia de personas sin ningún diagnóstico de trastorno por uso de alcohol fue mayor (al menos 59%). Los huérfanos diagnósticos representaron un porcentaje similar al del DSM 5 (al menos 17%), mientras que el consumo perjudicial fue de al menos 11% y la dependencia 6%.

III. Grado de Acuerdo en la Clasificación de los Sistemas DSM e ICD

La medida Kappa de Cohen ponderada arrojó un acuerdo moderado entre la dependencia según la ICD-10 y el trastorno por uso de alcohol del DSM 5 ($\kappa = 0.57$ IC 95% [0.52-0.62]). Sin embargo, ajustado por sesgos de distribución y prevalencia, se encontró que el Kappa máximo fue 0.81, y el real de 0.71, mejorando considerablemente el acuerdo.

IV. Relación entre cada Patrón de Consumo de Alcohol y Trastornos por Uso de Alcohol según el DSM 5 e ICD-10

De acuerdo al BIC y AIC el modelo con mejor ajuste fue el de 4 clases (Tabla 4). Las proporciones estimadas de cada clase fueron Clase 1 20%, Clase 2 17%, Clase 3 54% y Clase 4 9%. La Clase 1 estuvo compuesta por los consumidores moderados a pesados,

negativos, huérfanos diagnósticos y en menor medida consumidores perjudiciales en la ICD-10 y huérfanos diagnósticos en el DSM 5. La Clase 2 también incluyó bebedores pesados y, en menor medida, moderados, huérfanos diagnósticos y consumidores perjudiciales según la ICD-10 y trastornos por uso de alcohol leves del DSM 5. La Clase 3 estuvo formada por abstemios y consumidores leves a moderados, negativos en ambos sistemas de diagnóstico. La Clase 4 estuvo compuesta únicamente por bebedores pesados con dependencia en ICD-10 y trastorno por uso de alcohol moderado a grave en el DSM 5. Los consumidores moderados con consumo excesivo episódico no tuvieron una representación relevante en la configuración de las clases, pero parecieron estar relacionados principalmente con el trastorno por uso de alcohol leve y el consumo perjudicial y huérfanos diagnósticos de la ICD-10 (ver Figura 2).

V. Patrones de Consumo de Alcohol, Trastornos por Uso de Alcohol y Consecuencias Adversas Físicas, Psíquicas y Sociales

En la Tabla 5 se muestran los resultados correspondientes a las regresiones realizadas con los patrones de consumo de alcohol y el DSM 5, y patrones de consumo de alcohol e ICD-10 para predecir cada uno de las 8 consecuencias del consumo de alcohol seleccionadas. Como puede verse, en ambos casos tanto los patrones como los trastornos por uso de alcohol predijeron cada uno de las consecuencias del consumo de alcohol, con excepción del consumo matutino. Los patrones de consumo de mayor cantidad-frecuencia aumentaron entre un 7% y un 100% la probabilidad de presentar cada consecuencia; y los trastornos por uso de alcohol entre un 59% (DSM 5) o 43% (ICD-10) y hasta más de un 200%.

VI. Variables Socio-Demográficas: Edad, Género, Estado Civil, Ocupación, Migración de la Ciudad De Origen, Consumo de Otras Sustancias Psicoactivas, Nivel Socioeconómico, Índice de Delitos y Habitacional de la Zona de Residencia

Luego de realizar las regresiones individuales de cada variable (no se muestra en Tablas) se halló que ninguna de las variables socio-demográficas predecía la pérdida de control en el consumo. El descuido de actividades y los sentimientos de culpa o remordimiento por la ingesta de alcohol se relacionaron principalmente con la edad, estado civil, y nivel socioeconómico. Las lesiones fueron predichas por la edad, y los episodios de amnesia anterógrada por la edad, el sexo, la ocupación, el estado civil y el nivel socioeconómico. Por su parte consumo matutino se vio asociado al sexo y la ocupación, los conflictos interpersonales al sexo y el uso de otras sustancias psicoactivas, y la necesidad de reducir el consumo al sexo y al nivel socioeconómico. Dado que la edad y el estado civil son variables que se encuentran altamente relacionadas, cuando ambas resultaron predictores se optó por incluir únicamente la edad.

La Tabla 6 muestra los resultados de los modelos de regresión realizados para cada consecuencia del consumo. En algunos casos, las variables incluidas llegaron a explicar más del 30% de la variabilidad observada. Los patrones de consumo de alcohol, si bien se asociaron a la presencia de sentimientos de culpa/remordimiento y de lesiones, tuvieron Intervalos de Confianza (IC) cercanos al 1. Esto también sucedió en los casos en que la edad y el estrato socioeconómico resultaron ser predictores de alguna consecuencia del consumo. Tener más edad disminuyó levemente la probabilidad de descuidar actividades (DSM 5 7%/ ICD-10 7%), tener sentimientos de culpa (DSM 5 6%/ ICD-10 5%) y episodios de amnesia anterógrada (DSM 5 8%/ ICD-10 7%), y de sufrir o producir lesiones tras haber consumido alcohol (DSM 5 22%/ ICD-10 22%). Mientras que ser varón

disminuyó la probabilidad de tener episodios de amnesia anterógrada (DSM 5 32%/ ICD-10 30%), la aumentó con respecto a los conflictos interpersonales (DSM 5 67%/ ICD-10 67%) y la necesidad de reducir el consumo de alcohol (DSM 5 36%/ ICD-10 41%). El consumo de sustancias también incrementó la probabilidad de conflictos interpersonales (DSM 5 109%/ ICD-10 135%). La ocupación sólo resultó significativa en el consumo matutino cuando el modelo se realizó incluyendo el diagnóstico de la ICD-10 (se redujo en un 31%). Ser de un estrato socioeconómico menos favorable disminuyó la probabilidad de descuido de actividades (DSM 5 24%/ ICD-10 23%), sentimientos de culpa (DSM 5 18%/ ICD-10 20%), episodios de amnesia anterógrada (DSM 5 23%/ ICD-10 23%) y necesidad de reducir el consumo (DSM 5 23%/ ICD-10 23%).

VII. Comparación de Datos Locales con los de Otros Países

Para Argentina se optó nuevamente por cuatro clases según el criterio AIC (Tabla 10), que además se correspondió aproximadamente con las clases observadas en los participantes del Estudio 1 (ver Figura 1 y Figura 3). La proporción estimada de cada clase fue de 18% para la Clase 1, 7% para la Clase 2, 36% para la Clase 3 y 39% para la Clase 4. La Clase 1 estuvo compuesta por los estudiantes con una frecuencia de consumo semanal a 1-4 veces por semana, una cantidad habitual de riego o en menor medida de 3 ó 4 tragos de alcohol por ocasión y la presencia de consumo excesivo episódico de alcohol. Este grupo se podría identificar como el grupo de consumidores pesados. La Clase 2 estuvo compuesta por quienes no consumieron en el último año, su cantidad habitual fue de 0 tragos y no presentaron consumo excesivo episódico de alcohol, es decir, por abstemios. La Clase 3 estuvo formada por los consumidores con una frecuencia mensual o menor a una vez por mes o semanal, cantidad habitual de 1 ó 2 a 3 ó 4 tragos por ocasión y la no presencia de

consumo excesivo episódico de alcohol, conformando el grupo de consumidores leves. En la Clase 4 se agruparon los consumidores con una frecuencia semanal o de 1-4 veces por semana, que consumió de 1 ó 2 a 3 ó 4 tragos por ocasión, con un grupo que presentaba consumo excesivo episódico de alcohol y otro que no; estos fueron los consumidores moderados sin consumo excesivo episódico y los consumidores moderados con consumo excesivo episódico respectivamente.

Para Brasil, ambos criterios AIC y BIC indicaron que un modelo de tres clases era el más apropiado (Tabla 9). La proporción estimada de cada clase fue Clase 1 22%, Clase 2 28% y Clase 3 50%. La Clase 1 reunió a los que no consumieron en el último año, los abstemios. La Clase 2 estuvo conformada por los consumidores pesados con una frecuencia mensual o de 1-4 veces por semana, una cantidad de riesgo y en menor medida de 3 ó 4 tragos y consumo excesivo episódico. En la Clase 3 se observó una frecuencia de consumo menor a una vez por mes a semanal, 1 ó 2 a 3 ó 4 por ocasión y un consumo excesivo episódico negativo: los consumidores leves.

En España también los criterios coincidieron en tres clases (Tabla 9). La Clase 1 tuvo una proporción estimada de 32%, la Clase 2 de 64% y la Clase 3 de 4%. La Clase 1 tuvo las características de los consumidores leves ya descritos: una frecuencia entre menor a mensual a semanal, consumo de 1 ó 2 a 3 ó 4 tragos, y la no presencia del consumo excesivo episódico. La Clase 2 nucleó a los consumidores con una frecuencia de 1-4 veces por semana y semanal, con un consumo de riesgo y un consumo excesivo episódico de alcohol, los consumidores pesados. La Clase 3 estuvo formada por los abstemios que no consumieron ningún trago en el último año y no presentaron, por ende, consumo excesivo episódico de alcohol.

En cuanto a los trastornos por uso de alcohol, los estudiantes de Argentina y Brasil parecieron presentar prevalencias similares en torno al trastorno por uso de alcohol según

el DSM 5. En España los negativos en ambos sistemas fueron menores, y las categorías del DSM 5 de huérfanos diagnósticos, y trastorno leve y moderado fueron mayores, sin graves. Para la ICD-10, los estudiantes españoles parecieron presentar más consumo perjudicial, pero la prevalencia de dependencia fue igual a la de Brasil, y mayor a la de Argentina.



DISCUSIÓN



El estudio de posibles tipologías que podrían denominarse trastornos por uso de alcohol enfrenta un gran desafío. Desde un punto de vista científico, deben estar de acuerdo con un cúmulo de investigación empírica, que demuestra que estas tipologías son complejas en etiología y desarrollo, y en muchos casos se superponen con otros trastornos mentales como la depresión o la personalidad antisocial (Hesselbrock & Hesselbrock, 2006). Desde un punto de vista práctico, deberían poseer una estructura simple, ser útiles y ajustarse a las necesidades de los servicios de atención y prevención, ser estables en el tiempo y cubrir distintas poblaciones (Babor & Caetano, 2006). Frente a esta problemática, se propuso hacer una contribución específica en adultos jóvenes al desarrollo nosológico de los trastornos por uso de alcohol, según grados de severidad, particularidades regionales y otros factores asociados al desempeño de los criterios diagnósticos.

I. Patrones de Consumo de Alcohol

Uno de los objetivos específicos de este trabajo fue el de caracterizar patrones de consumo de alcohol en función de la frecuencia y cantidad en estudiantes universitarios. De las cuatro clases observadas, los tipos más frecuentes fueron los consumidores moderados, seguidos de los pesados, luego los leves y un grupo pequeño de abstemios. Aunque con diferentes indicadores de cantidad y frecuencia de consumo, estudios locales en estudiantes de secundaria han referido tres clases con este tipo de análisis (excluyendo a los abstemios). De modo similar se agrupaban en torno a un aumento de la cantidad y frecuencia de consumo, siendo bebedores sociales, *binge* y pesados (Pilatti et al., 2010). Es interesante notar que la mayoría de los estudiantes se agruparon en torno a patrones de alta cantidad/frecuencia (moderados y pesados). Esto aportaría más evidencias que identifican a las poblaciones universitarias como un grupo de riesgo en cuanto a su consumo de alcohol (Bewick et al., 2008; Cicognani & Zani, 2011; Kim et al., 2009; Slutske, 2005; Wechsler, Lee, Kuo, & Lee, 2000). De esta forma, se expondrían a las consecuencias negativas del consumo excesivo de alcohol, afectando su salud psicosocial y la de otros.

Nuevas líneas de investigación podrían abordar diferencias entre esta población y otras poblaciones juveniles, o adultos. Estudios longitudinales podrían analizar el cambio de estos patrones a través del tiempo. Se ha encontrado que en ocasiones los estudiantes universitarios abandonan patrones como el consumo excesivo episódico después de un periodo (Vik, Cellucci, & Ivers, 2003). Estudios preliminares en esta población han indicado que pocas personas cambian este patrón; son principalmente varones, con menos problemas psicológicos derivados del consumo de alcohol (Conde, Lichtenberger & Peltzer, 2015). Abandonar este tipo de consumo en la juventud reduciría, entre otros, daños neurocognitivos, particularmente en las funciones cerebrales relacionadas con el control

inhibitorio, lo que implicaría, por ejemplo, un detrimento en la toma de decisiones y el control de los impulsos (López-Caneda, Holguín, Corral, Doallo, & Cadaveira, 2014); por ello, representaría un campo importante sobre el cual intervenir.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones que pueden observarse en la literatura en torno a la definición de clases de bebedores mediante estos análisis, es que no siempre tienen en cuenta las mismas variables. Adicionalmente, muchas veces incluyen más variables que podrían estar asociadas, como los problemas relacionados con el uso de alcohol. En este caso se optó por una definición basada únicamente en cantidad y frecuencia de consumo porque se buscó evaluar cómo la combinación entre estas variables aporta a la explicación de las consecuencias negativas y los trastornos por uso de alcohol, más que obtener una tipología que las incluya, que bien podría ser un objetivo en investigaciones posteriores.

II. Trastornos por Uso de Alcohol

Un segundo objetivo fue determinar la prevalencia de trastornos por uso de alcohol y huérfanos diagnósticos según DSM 5 e ICD-10. La prevalencia de trastornos por uso de alcohol fue en general mayor para el DSM 5. Si bien las categorías trastorno moderado y grave tuvieron una prevalencia similar a la de dependencia de la ICD-10, el trastorno leve y consumo perjudicial fueron diferentes. Esto podría asimilarse con lo que sucedía en la concordancia entre la dependencia y el abuso del DSM-IV y la dependencia y el consumo perjudicial de ICD-10; mientras que existía un buen acuerdo respecto de la dependencia, el abuso y el consumo perjudicial no eran equivalentes (Grant, 1996; Hasin et al., 1996; Pollock, Martin, & Langenbucher, 2000). Además, el consumo perjudicial, que suele tener una menor prevalencia que los otros trastornos, fue mayor en la población estudiada que en otras (Grant, 1993; Pollock et al., 2000). Esto podría deberse tanto a que los estudiantes universitarios consumen más que la población general, a la forma de respuesta de los problemas físicos o emocionales, o a una cuestión contextual o incluso generacional. En nuestro país, se ha notado que los jóvenes en particular han cambiado sus patrones de consumo de un patrón de uso con las comidas a un consumo excesivo concentrado en los fines de semana (Míguez, 2005).

Pese a que algunas trabajos aseveraron que la inclusión del criterio de apetencia por la sustancia entre los criterios de DSM 5 permitiría adicionar casos que antes se consideraban huérfanos diagnósticos (Agrawal, Heath, & Lynskey, 2011; Casey et al., 2012), en ambos sistemas se observó una alta prevalencia de estudiantes que podrían considerarse como huérfanos diagnósticos. Esto podría indicar que a pesar de los cambios realizados, los sistemas diagnósticos en su formato clínico (i. e. articulado en categorías y no como un continuo), aún podría estar dejando fuera a muchas personas con problemas

severos. Por otro lado, el resultado podría relacionarse con lo hallado en otros estudios que indican que la mayor prevalencia de huérfanos diagnósticos estaría en la juventud (Pollock & Martin, 1999; Ray, Miranda, Chelminski, Young, & Zimmerman, 2008). Este grupo podría resultar muy relevante a la hora de planificar estrategias de prevención, ya que un alto porcentaje de los huérfanos diagnósticos son proclives a desarrollar dependencia en el futuro (Grabitz et al., 2012; McBride & Adamson, 2010). Además de las trayectorias de consumo de alcohol, estudios longitudinales podrían abordar cuáles síntomas del consumo de alcohol aparecen en primer lugar, y cuáles de esos primeros síntomas están relacionados con el progreso a un trastorno por uso de alcohol; este elemento sería de interés para la detección temprana.

Finalmente, puede decirse que el acuerdo entre la categoría de dependencia de los sistemas ICD-10 y DSM 5 fue alto, similar a lo que ocurría con el DSM-IV. En el pasado se observó que la categoría de abuso no era equivalente a la de consumo perjudicial (Hasin, McCloud, Li, & Endicott, 1996; Hasin, Van Rossem, McCloud, & Endicott, 1997). Esta comparación no fue objeto de esta investigación debido a que para el DSM 5 la categoría abuso fue desestimada.

Limitaciones

En este apartado cabe mencionar que algunas de las prevalencias observadas pueden estar afectadas por un error de medida que se ha señalado en estudios de este tipo. Se ha notado en otros estudios que en ocasiones los jóvenes confunden algunos síntomas de intoxicación aguda (e.g. resaca) con indicadores del síndrome de abstinencia, posiblemente por la forma en que se estructuran las preguntas en cuestionarios auto-administrados. Esto podría aumentar levemente la prevalencia de algunos trastornos

(Caetano & Babor, 2006). Adicionalmente se ha estudiado como los adolescentes malinterpretan ciertos ítems (e.g. tolerancia o el beber más de lo esperado) por cuestiones madurativas (Chung & Martin, 2005). Si bien comprobar esta afirmación excede el propósito de este trabajo, podría representar una interesante línea de investigación a seguir, ya que no existen estudios del contexto regional que sirvan de orientación en este sentido; y debe recordarse que este es el primer estudio que evalúa prevalencia de trastornos por uso de alcohol en estudiantes universitarios a nivel nacional.

III. Patrones de Consumo y Trastornos por Uso de Alcohol

Un tercer objetivo fue explorar la relación entre cada patrón observado y los trastornos por uso de alcohol según el DSM 5 e ICD-10. Como fue de esperarse, el consumo pesado se asoció a tener un trastorno por uso de alcohol, en particular el trastorno por uso de alcohol moderado/grave según el DSM 5 y la dependencia de la ICD-10. El consumo moderado con consumo excesivo episódico se relacionó principalmente con el trastorno por uso de alcohol leve del DSM 5 y con el consumo perjudicial y los huérfanos diagnósticos de la ICD-10. Esto podría apoyar la equivalencia entre las categorías trastorno moderado/grave y dependencia, y sugeriría una asociación entre el trastorno leve y consumo perjudicial/huérfanos diagnósticos. El hallazgo también es coherente con estudios previos locales en población hospitalaria donde los huérfanos diagnósticos presentaban un patrón de consumo excesivo episódico (Cremonte et al., 2010). Algunos estudios han postulado que existirían dos tipos de consumidores excesivos episódicos; un grupo de ellos tendría más problemas que el otro y con menos capacidad para abandonar el patrón por sí mismos (Beseler, Taylor, Kraemer, & Leeman, 2012). En el presente estudio, estos dos grupos se corresponderían con los consumidores moderados con consumo excesivo episódico con trastorno leve, y con los consumidores pesados con trastorno moderado/grave. Por su relación con los trastornos por uso de alcohol, los consumidores pesados también pueden ser abordados como un grupo específico a analizar. Se ha hallado que este tipo de consumo presentaría dos subgrupos respecto del cumplimiento de criterios individuales del DSM 5: los menos severos, que presentarían los criterios consumir más de lo esperado y tolerancia; y los más severos, que reunirían más de la mitad de los criterios (Rinker & Neighbors, 2015). Estos resultados, sumados a los que este trabajo arroja, permiten pensar que los patrones de consumo de alcohol por sí solos podrían ser un

importante indicador para detectar la posible severidad de los trastornos por uso de alcohol o los problemas asociados. En este sentido, pueden encontrarse estudios en otros países que se orientan a desarrollar instrumentos de tamizaje de problemas por uso de alcohol indagando únicamente el patrón de consumo (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998).

Por otro lado, los huérfanos diagnósticos del DSM 5 se vieron asociados en mayor medida a consumidores moderados sin consumo excesivo episódico, lo que podría explicarse parcialmente por los cambios respecto del DSM-IV; en la nueva versión se incluirían personas con más problemas en la categoría leve, equivalentes en alguna medida al consumo perjudicial y a algunos huérfanos diagnósticos de la ICD-10. Los consumidores leves y abstemios fueron incluidos en la categoría de negativos para ambos sistemas.

Si bien la relación entre los patrones de consumo y los trastornos por uso de alcohol podría ser compleja, (Holly & Wittchen, 1998), en vistas de lo encontrado se podría decir que los patrones de consumo no sólo se asocian con un diagnóstico positivo, sino también con el estado (leve/moderado y grave) o subtipo del trastorno (consumo perjudicial/dependencia), como ya se ha señalado (Li et al., 2007). Se podría retomar entonces una discusión sobre si las medidas de cantidad y frecuencia podrían ser parte de la definición de trastorno por uso de alcohol (Borges et al., 2010), un indicador del mismo, o incluso como criterio de la validez de constructo (Hasin et al., 1997).

La equivalencia entre el trastorno moderado/grave y dependencia, y posiblemente entre el trastorno leve con el consumo perjudicial y huérfanos diagnósticos también permitiría plantear si los cambios propuestos para el DSM 5 no podrían aplicarse a la ICD-11, ya que en este estudio la relación entre consumo de alcohol y severidad del trastorno fue más clara para el DSM 5. De hecho, se han realizado estudios sobre la

unidimensionalidad de los criterios de la ICD-10, que no sólo mostraron un único factor subyacente, sino también un grado de acuerdo muy alto con los 11 criterios que componen el DSM 5 (Bond et al., 2012). Tal unidimensionalidad podría ser testeada en trabajos futuros, como ya lo ha sido en otros contextos (Hagman & Cohn, 2011) para ambos sistemas.

En futuras investigaciones también podría observarse la influencia que tendría el incluir una medida de cantidad/frecuencia en el diagnóstico del trastorno por uso de alcohol, y este trabajo daría un indicio de la medida que podría utilizarse. Además, permitiría observar que aquellos con un consumo pesado tendrían más probabilidades de poseer trastornos por uso de alcohol, y quizás aporte a la definición nosológica de los últimos.

Limitaciones

Una crítica que se hace extensible a los otros apartados es la no inclusión de covariables en los modelos realizados, que podrían afectar el supuesto de independencia local, i. e. que la respuesta a un ítem no influya en la respuesta a otro ítem distinto (Reyna & Brussino, 2011). No obstante, las variables que podrían haberse incluido como covariables fueron analizadas en los apartados siguientes; esto permite analizar, en primera instancia, cuáles de estas covariables podrían ser utilizadas en un modelo posterior que apunte a establecer a las consecuencias de consumo como criterios de validez.

IV. Patrones de Consumo de Alcohol, Trastornos por Uso de Alcohol y Consecuencias Adversas Físicas, Psíquicas y Sociales

El cuarto objetivo se refirió a determinar en qué medida los patrones de uso de alcohol y los trastornos por uso de alcohol se relacionan con experimentar consecuencias adversas físicas, psíquicas y sociales. Por un lado, los patrones de consumo resultaron ser predictores de casi todas las consecuencias adversas consideradas. Los patrones de consumo de alcohol se asociaron principalmente a los episodios de amnesia anterógrada, que en otros contextos son la consecuencia de consumo de alcohol más prevalente, no limitándose a personas con trastornos por uso de alcohol (Knibbe, Derickx, Kuntsche, Grittner, & Bloomfield, 2006; Rose & Grant, 2010); y en esta población y otras poblaciones universitarias se vio relacionada con el consumo excesivo episódico (Conde et al., 2014; Wechsler, Lee, Kuo, & Lee, 2000). Este resultado tiene una relevancia especial, ya que la presencia de episodios de amnesia anterógrada podría constituir una forma de tamizaje de altos niveles de consumo de alcohol, y de trastornos por uso de alcohol en la población estudiada.

En relación a esto, es de notarse que variables como los episodios de amnesia anterógrada fueron utilizados como medida de la validez de criterio en estudios anteriores (Hasin et al., 1997; Hasin & Paykin, 1999). Asimismo, las categorías diagnósticas de ambos sistemas también resultaron estar asociadas a la gran mayoría de los otros problemas, lo que determinaría su validez de criterio y constituiría una evidencia más para su validez de constructo. Los trastornos por uso de alcohol de ambos sistemas se asociaron a importantes consecuencias como la pérdida de control sobre el consumo, considerada por algunos autores como central en su definición (Hasin & Paykin, 1999). También se asoció al descuido de actividades, a otras consecuencias psicológicas (culpa y remordimiento y

necesidad de reducción del consumo), a consecuencias físicas como lesiones (propias o a terceros) y a conflictos interpersonales. La asociación con todas consecuencias ratificaría el hecho del peligro que los trastornos por uso de alcohol y el consumo de altas cantidades y frecuencia representa para el individuo y la sociedad.

También resulta interesante que las categorías de la ICD-10 se asociaran a las consecuencias negativas levemente en menor medida que las del DSM 5, en general. Esto podría deberse a los cambios efectuados en el DSM 5, que además de acercarse a un modelo unidimensional del trastorno, incluye a más personas con problemas por uso de alcohol severos, como lo son los huérfanos diagnóstico. De este modo, podría hipotetizarse una mayor validez del trastorno por uso de alcohol frente al modelo de dependencia/consumo perjudicial. Los resultados obtenidos en este estudio podrían contribuir a que los cambios propuestos para la ICD-11 mejoren su desempeño respecto de las consecuencias negativas.

Limitaciones

Debe mencionarse que, sorprendentemente el consumo matutino, que podría ser un indicador de los trastornos por uso de alcohol más severos (Orford, Oppenheimer, & Edwards, 1976), no se asoció ni con los patrones de consumo ni con las categorías diagnósticas. Esto podría deberse a que se trata principalmente de una población de jóvenes, donde esta consecuencia no parece ser muy prevalente (Conde, Brandariz, & Cremonte, 2018), y donde los trastornos más severos podrían no haberse desarrollado aún. De hecho, la prevalencia de trastorno por uso de alcohol grave es muy baja, lo que podría afectar la potencia de las asociaciones.

V. Variables Socio-Demográficas: Edad, Género, Estado Civil, Ocupación, Migración de la Ciudad De Origen, Consumo de Otras Sustancias Psicoactivas, Nivel Socioeconómico, Índice de Delitos y Habitacional de la Zona de Residencia

El quinto objetivo consistió en estimar la asociación de las variables del apartado anterior con la inclusión de variables socio-demográficas. En primer lugar, tanto los patrones de consumo de alcohol como los trastornos por uso de alcohol se asociaron con las mismas variables que en el modelo anterior; es decir, la asociación se mantuvo a pesar de controlar otras variables, lo que constituiría un aporte más a la validez de las clasificaciones. Por otro lado, ninguna de las variables socio-demográficas se asoció a la pérdida de control en el consumo. Esto podría deberse a que en poblaciones de jóvenes el objetivo suele ser la intoxicación (Chung & Martin, 2005), lo que a su vez se da junto con una alta prevalencia de consumidores pesados. Sin embargo, puede pensarse que si, como algunos autores afirman, es el elemento central del trastorno por uso de alcohol (Hasin & Paykin, 1999), podría no verse asociado con otras variables como las demás consecuencias del consumo de alcohol. A futuro, podrían realizarse estudios cualitativos sobre la interpretación de este ítem en poblaciones de jóvenes.

Los estudiantes de más edad tuvieron menor probabilidad de descuidar actividades, lo que podría deberse a que los más jóvenes tendrían menos responsabilidades, o responsabilidades menos relevantes. Con la edad también disminuyeron los sentimientos de culpa, episodios de amnesia anterógrada y las lesiones tras haber consumido alcohol. Esto podría explicarse considerando que formas de consumo nocivas, como el consumo excesivo episódico, tienden a abandonarse con la edad (Vik et al., 2003). Sin embargo, en el modelo la asociación se mantuvo a pesar de controlar el patrón de consumo. Por ello, los resultados podrían entenderse como una cuestión madurativa. Los mayores podrían no

depender de otro para conseguir bebidas con alcohol, lo que podría disminuir los sentimientos de culpa. A su vez, por cuestiones generacionales, quizás comenzaron a consumir a una mayor edad, lo que reduciría los daños cognitivos asociados a los episodios de amnesia anterógrada inducida por el alcohol. Respecto de las lesiones, podría darse el caso de que los mayores podrían tener más experiencia con el uso de alcohol, por lo tanto, presentan menos efectos inmediatos. Asimismo, podría atribuirse a cuestiones generacionales en torno al cambio de consumo de alcohol, que implican que los más jóvenes consumen en exceso en lugares públicos (Míguez, 2005), quedando más expuestos a factores que pueden desencadenar en una lesión (Cremonte & Cherpitel, 2014).

Los varones resultaron tener, una menor probabilidad de padecer episodios de amnesia anterógrada. La literatura sobre el tema indicaría que las mujeres son más susceptibles a sufrirlos; podrían experimentarlo consumiendo aproximadamente la mitad de alcohol que un varón (Hunt, 1993), y tendrían una recuperación más lenta respecto de los daños cognitivos (Rose & Grant, 2010; White, 2003). Los varones, sin embargo, tuvieron más probabilidad de tener conflictos interpersonales y necesidad de reducir el consumo. Estudios en otros contextos han propuesto que quizás la tendencia de las mujeres a la crianza las hace más sensibles a los conflictos interpersonales, cuestión que las protegería de presentar esta clase de consecuencias adversas (Nolen-Hoeksema, 2004; Nolen-Hoeksema & Hilt, 2006). En otros contextos también se ha encontrado que los varones podrían experimentar más conflictos en el trabajo y con la familia, aunque los resultados no son concluyentes en este sentido (Frone, Russell, & Cooper, 1993). Esto podría relacionarse a su vez con la necesidad de reducir el consumo, ya que se ha observado que la presión de familiares o personas significativas, que puede ser fuente de conflictos, tiene un rol importante en la búsqueda de tratamiento y la reducción del consumo (Crespo, Hermida, Villa, & Rodríguez, 2008).

El consumo de otras sustancias psicoactivas además del alcohol, que también es más frecuente en varones (Ham & Hope, 2003), incrementó la probabilidad de conflictos interpersonales. Tal relación podría deberse tanto a que quienes consumen más sustancias psicoactivas tienen más conflictos; o, como sugieren otros estudios, que los jóvenes que viven en ambientes familiares conflictivos tienden a consumir más sustancias (McQueen, Getz, & Bray, 2003). Además de información que pudiera dilucidar esta cuestión, sería interesante en estudios posteriores incluir en este análisis el policonsumo o el uso combinado de sustancias, más características psicológicas que podrían estar relacionadas. En otros contextos, se relacionaría con mayor impulsividad y una menor sensibilidad a la ansiedad (Snipes, Jeffers, Green, & Benotsch, 2015).

La ocupación por su parte predijo el consumo matutino en el modelo de la ICD-10. Las personas más ocupadas en el plano laboral no consumirían bebidas con alcohol a la mañana. Sin embargo, el consumo matutino fue pensado como un indicio de dependencia física íntimamente ligado al diagnóstico de dependencia de la ICD (Saunders, Aasland, Amundsen, & Grant, 1993). Cabe pensar si este es el modo en que lo interpretan los jóvenes estudiantes, o si consumen por la mañana porque no deben realizar nada ese día, por ejemplo.

Contrariamente a lo reportado en otros contextos en los que se halló que quienes eran de un estrato socioeconómico desfavorable tenían más consecuencias del consumo de alcohol (Goodman & Huang, 2002; Lowry et al., 1996; Lundborg, 2002; Makela et al., 1997; Redonnet et al., 2012), ser de un estrato socioeconómico menos favorable disminuyó la probabilidad de padecer algunas consecuencias negativas. El descuido de actividades, los episodios de amnesia anterógrada y la necesidad de reducir el consumo fueron menos probables en personas de estratos con menos recursos. Otros estudios en Latinoamérica, en cambio, han observado que en los estratos altos hay más consumo (Caballero et al., 1999).

Una interpretación de este resultado es que quienes no tienen recursos podrían no permitirse el descuido de actividades, por ejemplo. Por otro lado, podrían no verse expuestos a factores que aumenten la probabilidad de tener consecuencias adversas. También debe tenerse en cuenta la composición de la población, ya que ningún estudiante se encontró en el estrato socioeconómico V (el más desfavorable según la escala Graffar-Méndez Castellano). Sin embargo, sería interesante que nuevos estudios aborden en profundidad las complejas relaciones del consumo de alcohol y las consecuencias adversas según el estrato socioeconómico.

Respecto del estado civil, en las regresiones separadas se asoció a variables que también se relacionaban con la edad, por lo que no era posible discernir cuál tenía mayor injerencia en la probabilidad de consecuencias negativas. Nuevos análisis podrían hacer hincapié en el rol específico del estado civil en variables que están asociadas a las consecuencias negativas, como los patrones de consumo. Lo mismo podría pensarse para otras variables que en otros contextos resultaron asociadas al consumo de alcohol y a las consecuencias negativas como la migración de la ciudad de origen (Larimer et al., 2000), e índices de la zona de residencia (Chang de la Rosa & Cañizares Pérez, 2010; Jones-Webb et al., 1997).

Limitaciones

Algunas de las asociaciones encontradas entre las variables podrían ser interpretadas con cautela dado que los intervalos de confianza del tamaño del efecto (OR) fueron muy cercanos al 1 en ciertos casos. Sin embargo, todos los resultados (con excepción del consumo matutino y la ocupación) fueron estables en ambos sistemas diagnósticos (DSM 5 e ICD-10), aportando evidencias de la solidez los mismos. Por otro

lado, podría tratarse de factores más distales que afecten los patrones de consumo de alcohol, los trastornos por uso y las consecuencias adversas. Algunas de estas variables podrían verse asociadas de forma compleja con patrones de consumo específicos, lo cual requeriría de un nuevo estudio que emplee modelos de relación compleja entre variables como los modelos de ecuaciones estructurales.

VI. Comparación de Datos Locales con los de Otros Países

El último objetivo de esta tesis fue explorar los patrones de consumo de alcohol y trastornos por uso de alcohol comparando datos locales, de Brasil y España. De modo similar a lo que sucedió con la muestra total, se obtuvieron cuatro clases. Esto podría considerarse como una confirmación de las cuatro clases observadas; y del grupo de consumidores moderados, una tipología de consumidores que fue propia de nuestro contexto y hallada como resultado de este trabajo. La diferencia radicó en la prevalencia de los patrones, siendo los moderados y los leves los más numerosos. Esto puede deberse a características propias de cada Facultad, que en otros estudios han resultado ser distintas en el consumo de sustancias psicoactivas (Webb, Ashton, Kelly, & Kamali, 1997). Con respecto al patrón cultural, los estudiantes universitarios presentan características propias del contexto, como una alta prevalencia de uso de alcohol (World Health Organization, 2014), pero se observa un consumo en exceso más que un consumo frecuente bajo típico del patrón mediterráneo (Room & Mäkelä, 2000). Esto puede deberse a un cambio cultural, pero también a una característica propia de los estudiantes en esa etapa. Estudios longitudinales podrían permitir observar si con el tiempo existe un cambio de tendencia hacia el patrón mediterráneo, y/o si este periodo de alto consumo es exclusivo de los universitarios.

En la población universitaria brasilera la proporción de abstemios fue mayor que en las de los otros países; aun así fue mayor a la observada a nivel nacional, sobre todo si se tiene en cuenta que se trata de una muestra compuesta principalmente por mujeres (Laranjeira, Pinsky, Sanches, Zaleski, & Caetano, 2010; World Health Organization, 2014). Otros autores ya han planteado que hay diferencias entre los patrones culturales de consumo en los países latinoamericanos. Brasil es uno de los países con mayor cantidad de

abstemios, siendo similar su patrón de consumo al de los países anglosajones. Por su parte, una gran proporción de los que beben, lo harían en exceso (Lima, Kerr-Correa, Tucci, & Simao, 2007). No obstante la mayoría de los estudiantes se ubicaron en torno a un consumo leve, la proporción de consumidores pesados fue alta. Y aunque estuvo definida por un rango de frecuencia más amplio que en Argentina, en términos de porcentaje fue mayor.

En España también se hallaron tres clases. El porcentaje de abstemios fue similar al de los estudiantes argentinos, lo que es coherente con un patrón de consumo mediterráneo. Ambos países se han visto influenciados en muchos aspectos, incluido el consumo de alcohol. Sin embargo, la cantidad de bebedores pesados prácticamente duplicó a la de los otros países. Debe tenerse en cuenta que otros estudios en la región donde se obtuvieron estos datos la identificaron como una de las más comprometidas a nivel de morbi-mortalidad temprana atribuible al consumo de alcohol (Fierro, Ochoa, Yanez, Valderrama, & Alvarez, 2008).

La relación entre los patrones de consumo de alcohol y los trastornos por uso de alcohol pareció sostenerse a pesar de las variaciones culturales en los primeros. Argentina y Brasil, con porcentajes más bajos de consumidores pesados, tuvieron más diagnósticos negativos en ambos sistemas, y porcentajes equivalentes de huérfanos diagnósticos. Sin embargo los estudiantes brasileños, con más consumo pesado, tuvieron más casos de dependencia grave según el DSM 5 y dependencia según la ICD-10. Los estudiantes españoles tuvieron más dependencia leve y moderada del DSM 5, y consumo perjudicial de la ICD-10; en algunos casos más del doble. Lo que se correspondería con la observación de que tienen el doble de consumo pesado. Sin embargo, no presentaron mayores prevalencias de dependencia según la ICD-10 con respecto de Brasil, y los casos de dependencia grave fueron muy pocos, como en Argentina. Debe tenerse en cuenta que la

muestra de estudiantes españoles era en promedio más joven que las otras dos, lo que podría explicar que aún no hayan desarrollado trastornos más severos. Y podría pensarse que quizás los estudiantes de España y Argentina, inmersos en una cultura tolerante respecto del consumo de alcohol, sean más proclives a evaluar los síntomas de trastornos por uso de alcohol de otro modo; no obstante, los datos generales de los países indican que en general en España hay una menor prevalencia de trastornos por uso de alcohol (World Health Organization, 2014).

Para resumir este apartado, es importante destacar que en todos los países el consumo de alcohol en los estudiantes universitarios fue mayor en torno a la cantidad de consumidores, la cantidad de consumidores excesivos episódicos, y la prevalencia de trastornos por uso de alcohol que lo informado en población general (World Health Organization, 2014). Por ende, el presente trabajo aporta valiosa información que apunta y suma evidencias respecto de la homogeneización de patrones de consumo de alcohol a nivel internacional y aumento de consecuencias adversas del consumo en la población universitaria.

Limitaciones

La principal limitación que atañe a la interpretación de estos resultados es el muestreo realizado en Brasil. En primer lugar, no se trata de una muestra probabilística, lo que compromete la estimación de prevalencias. Los datos fueron recolectados vía web, lo que podría resultar en complicaciones respecto a la tasa de respuesta (Conde & Cremonte, 2015). Adicionalmente, se trata de una muestra muy pequeña, lo que podría comprometer el ajuste del modelo. Sin embargo, es el primer estudio que presenta datos de esta

relevancia con muestras comparables en tres contextos, y constituye una orientación para futuras líneas de investigación.

VII. Conclusiones

A modo de resumen de lo expuesto hasta aquí, puede decirse que los patrones de consumo de alcohol parecen tener una importante relación con los trastornos por uso de alcohol y las consecuencias negativas derivadas de la ingesta de alcohol. Si bien los patrones varían en distintas culturas, este vínculo (mayor frecuencia/cantidad, mayores problemas) pareció ser invariante. Es decir, lo hallado constituye un aporte relevante a nivel teórico, específicamente a la validez de constructo de las clasificaciones nosológicas consideradas, ya que a mayor consumo de alcohol, más severo pareció ser el trastorno por uso. Además, este estudio permitió observar que la asociación entre patrones de consumo de alcohol y trastorno por uso fue más clara en el sistema diagnóstico de DSM 5, posiblemente por la estructura nosológica del mismo (leve, moderado, grave, sin distinción de criterios específicos para la severidad). Por su parte, presenta asociaciones de las tres clasificaciones con consecuencias adversas que enriquecen los conocimientos sobre su validez de criterio.

La población universitaria se vio afectada por una alta prevalencia de patrones de alta cantidad y frecuencia de ingesta de alcohol, y de trastornos por uso de alcohol. Tal información, disponible en nuestro contexto a partir de este trabajo, identifica a los estudiantes universitarios como un grupo de riesgo para sí y para terceros, y justifica la implementación de acciones urgentes a nivel de salud pública en el mismo. Además, permite contemplar qué variables socio-demográficas hay que tener en cuenta en esta compleja problemática, y que profundizaron el entendimiento de lo que puede estar sucediendo entre los estudiantes universitarios.

A nivel tecnológico, permitió determinar ítems que serían de gran utilidad para la identificación rápida y temprana de los trastornos por uso de alcohol. Algunos ejemplos

serían indagar los patrones de consumo de alcohol, o la presencia de episodios de amnesia anterógrada inducidos por el alcohol.

Cada uno de los resultados permitió abrir preguntas sobre nuevos campos de investigación a explorar, que requerirían distintos diseños, análisis y enfoques, y que podrían enriquecer la información presentada. Algunos ejemplos son las comparaciones con otras poblaciones, análisis que complejicen la construcción de patrones, o que los incluyan como parte del diagnóstico de trastornos por uso de alcohol, variables relacionadas específicamente con el consumo de alcohol, y las trayectorias en torno al uso problemático de alcohol. Otras líneas de interés que no fueron mencionadas pero que podrían ser relevantes serían el rol de los factores motivacionales en la configuración de cada patrón; los mecanismos por los cuales se forman, mantienen y abandonan los patrones de consumo; y la efectividad de distintas formas de intervención, que se abordarán en el siguiente apartado.

VIII. Impacto en la Práctica

Dado el riesgo que implica la forma de consumir alcohol de los estudiantes universitarios, se han propuesto intervenciones orientadas a reducir el consumo de alcohol o los problemas relacionados. A continuación se expondrán algunas que han resultado efectivas en otros contextos o poblaciones, y que podrían tenerse en cuenta en los lugares donde se observa esta problemática.

Intervenciones Individuales

A nivel individual pueden evaluarse e implementarse equipos de detección temprana y programas de intervención breve (tanto web/presenciales), que han demostrado ser efectivas en poblaciones universitarias de otros contextos, principalmente para reducir el consumo de riesgo (Carey, Scott-Sheldon, Elliott, Garey, & Carey, 2012). Podrían complementarse estas sesiones con entrevistas motivacionales más extensas para quienes continúan bebiendo en exceso a pesar de la intervención (Borsari et al., 2012). A su vez, estas intervenciones podrían tener una injerencia en la reducción del policonsumo, es decir, del consumo de alcohol junto con otras sustancias psicoactivas (Kazemi et al., 2012). Por otro lado, las intervenciones breves podrían fomentar el uso de servicios de tratamiento en personas que padecen trastornos por uso de alcohol (Simioni, Cottencin, & Rolland, 2015).

Intervenciones Grupales y Medioambientales

Además de las intervenciones individuales, se han evaluado medidas alternativas como programas educativos presenciales u online (Donovan et al., 2012; Paschall, Antin,

Ringwalt, & Saltz, 2011). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en otros contextos las intervenciones online tendrían una efectividad moderada o baja (Dedert et al., 2015). También se pueden abordar factores cognitivo-motivacionales relacionados como las expectativas hacia el consumo (Scott-Sheldon, Terry, Carey, Garey, & Carey, 2012); o actuar sobre cuestiones más distales, como el involucramiento en actividades físicas (Barry & Piazza, 2010). Asimismo, puede considerarse a la autoevaluación del consumo de alcohol y problemas relacionados como un medio de educación y posible cambio de conductas. Este entrenamiento no sólo sería beneficioso para quien lo lleva a cabo; en carreras relacionadas con la salud (e. g. Psicología, Terapia Ocupacional, Enfermería, Medicina), podría ser parte del plan curricular, lo que mejoraría la detección e intervención en otras poblaciones (Rabanales Sotos et al., 2015).

Por otro lado, pueden considerarse campañas medioambientales como operaciones policíacas para reducción de molestias por fiestas, utilizar menores como señuelo para identificar puestos de venta, puntos de control de alcoholemia, ordenanzas sociales y medios de comunicación locales en zonas donde suelen encontrarse estudiantes universitarios para consumir alcohol (Killos, Hancock, Wattenmaker McGann, & Keller, 2010). Otra opción son las acciones comunitarias, por ejemplo, para promover el cambio natural en el consumo (Sobell et al., 1996).

Políticas Públicas en Alcohol y Universidad

En muchos países, incluido el nuestro, es poco frecuente que se considere al consumo de alcohol como un problema social o de salud que requiera reglamentación; es decir, tiende a no tenerse en cuenta el desarrollo de políticas públicas desde el gobierno

que regulen el uso y abuso de alcohol (Babor, 2010). Mucho menos se ha evaluado su efectividad en el contexto local.

Además de evaluar e implementar sistemáticamente las acciones mencionadas en los apartados anteriores con apoyo del estado, también se requiere una observación sobre el papel de la industria del alcohol en la problemática. En las áreas geográficas próximas a los campus universitarios donde existe una mayor disponibilidad de alcohol, precios más bajos, promociones y publicidades frecuentes, el consumo excesivo sería más prevalente (Kuo, Wechsler, Greenberg, & Lee, 2003). Por ello se requieren intervenciones basadas y apoyadas por distintos sectores, y normadas por los estados, que no sólo se ocupen de los estudiantes universitarios, sino de la prevención en adolescentes. Este tipo de estrategias de prevención que podrían ser universales no sólo beneficiaría a los estudiantes universitarios, sino a otros grupos de riesgo de modo universal.



REFERENCIAS

Van Gogh, V. 1887. *Still Life with Absinthe*.

- Agrawal, A., Heath, A. C., & Lynskey, M. T. (2011). DSM-IV to DSM 5: The impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders. *Addiction, 106*(11), 1935-1943.
- Alderazi, Y., & Brett, F. (2007). Alcohol and the nervous system. *Current Diagnostic Pathology, 13*, 203-209.
- Amodei, N., Williams, J., Seale, J. P., & Alvarado, M. L. (1996). Gender differences in medical presentation and detection of patients with a history of alcohol abuse or dependence. *Journal of Addictive Diseases, 15*(1), 19-31.
- Andrade, A. G., Duarte Pdo, C., Barroso, L. P., Nishimura, R., Alberghini, D. G., & Oliveira, L. G. (2012). Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: Effects of gender and age. *Revista Brasileira De Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999), 34*(3), 294-305.
- Appelberg, K. (1993). Alcohol consumption and smoking: Associations with interpersonal conflicts at work and with spouse among 13,869 Finnish employees. *Addiction Research, 1*(3), 257-267.
- Babor, T. F. (2010). *Alcohol: No ordinary commodity: Research and public policy* Oxford University Press.
- Babor, T. F., & Caetano, R. (2006). Subtypes of substance dependence and abuse: Implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction, 101*(s1), 104-110.
- Barbieri, I., Trivelloni, M., Zani, B., & Palacios-Espinosa, X. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas en los contextos recreativos entre estudiantes universitarios en Colombia. *Revista Ciencias De La Salud, 10*, 69-86.

- Barry, A. E., & Piazza, A. K. (2010). Should exercise be promoted as an effective intervention strategy to off-set excessive college student drinking? *Journal of American College Health, 59*(3), 139-140.
- Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. Academic Press.
- Bayley, M., & Hurcombe, R. (2011). Drinking patterns and alcohol service provision for different ethnic groups in the UK: A review of the literature. *Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care, 3*(4), 6-17.
- Belló, M., Rosas-Puentes, E., & Icaza, M. (2008). El papel del género en la demanda de atención por problemas asociados al consumo de alcohol en México. *Rev Panam Salud Publica, 23*(4), 231-236.
- Bendtsen, P., Damsgaard, M. T., Huckle, T., Casswell, S., Kuntsche, E., Arnold, P., . . . Simons-Morton, B. (2014). Adolescent alcohol use: A reflection of national drinking patterns and policy? *Addiction*.
- Berenzon, S., Robles, R., Reed, G. M., & Medina-Mora, M. E. (2011). Gender-related issues in the diagnosis and classification of alcohol use disorders among Mexican patients seeking specialized services. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 33*, s109-s116.
- Beseler, C. L., Taylor, L. A., Kraemer, D. T., & Leeman, R. F. (2012). A latent class analysis of DSM-IV alcohol use disorder criteria and binge drinking in undergraduates. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 36*(1), 153-161.
- Bewick, B. M., Mulhern, B., Barkham, M., Trusler, K., Hill, A. J., & Stiles, W. B. (2008). Changes in undergraduate student alcohol consumption as they progress through university. *BMC Public Health, 8*(1), 163.

- Bond, J., Ye, Y., Cherpitel, C. J., Borges, G., Cremonte, M., Moskalewicz, J., & Swiatkiewicz, G. (2012). Scaling properties of the combined ICD-10 dependence and harms criteria and comparisons with DSM 5 alcohol use disorder criteria among patients in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 328-336.
- Bondy, S. J., Rehm, J., Ashley, M. J., Walsh, G., Single, E., & Room, R. (1999). Low-risk drinking guidelines: The scientific evidence. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, 90(4), 264-270.
- Borges, G., Cherpitel, C. J., Orozco, R., Bond, J., Ye, Y., Macdonald, S., . . . Moskalewicz, J. (2006). Acute alcohol use and the risk of non-fatal injury in sixteen countries. *Addiction*, 101(7), 993-1002.
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Cherpitel, C., Casanova, L., Mondragón, L., & Romero, M. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencias de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública De México*, 41(1), 3-11.
- Borges, G., Ye, Y., Bond, J., Cherpitel, C. J., Cremonte, M., Moskalewicz, J., . . . Rubio-Stipec, M. (2010). The dimensionality of alcohol use disorders and alcohol consumption in a cross-national perspective. *Addiction*, 105(2), 240-254.
- Borsari, B., Hustad, J. T., Mastroleo, N. R., Tevyaw, T. O., Barnett, N. P., Kahler, C. W., . . . Monti, P. M. (2012). Addressing alcohol use and problems in mandated college students: A randomized clinical trial using stepped care.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*, 158(16), 1789-1795.

- Caballero, R., Madrigal de León, E., Hidalgo San Martín, A., & Villaseñor, A. (1999). El consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, en los adolescentes de diferentes estratos socioeconómicos de Guadalajara. *Salud Mental*, 22(4), 1-8.
- Caetano, R., & Babor, T. F. (2006). Diagnosis of alcohol dependence in epidemiological surveys: An epidemic of youthful alcohol dependence or a case of measurement error? *Addiction*, 101(s1), 111-114.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Garey, L., & Carey, M. P. (2012). Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clinical Psychology Review*, 32(8), 690-703.
- Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R., & Galanti, M. R. (2011). The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: A cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 312.
- Casey, M., Adamson, G., Shevlin, M., & McKinney, A. (2012). The role of craving in AUDs: Dimensionality and differential functioning in the DSM 5. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(1-2), 75-80.
- Chang de la Rosa, M. & Cañizares Pérez, M. (2010). Consumo de bebidas alcohólicas y ambiente social. Un enfoque multinivel. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(2), 114-122.
- Cherpitel, C. J. (1989). A study of alcohol use and injuries among emergency room patients. *Drinking and Casualties. Accidents, Poisonings and Violence in an International Perspective*. London, Tavistock/Routledge, 288-299.
- Cherpitel, C. J. (1991). Drinking patterns and problems among primary care patients: A comparison with the general population. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 26(5-6), 627-633.

- Cherpitel, C. J. (1993). Alcohol and injuries: A review of international emergency room studies. *Addiction*, 88(7), 923-937.
- Cherpitel, C. J. (1999). Gender, injury status and acculturation differences in performance of screening instruments for alcohol problems among US Hispanic emergency department patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 53(2), 147-157.
- Cherpitel, C. J., Borges, G., Ye, Y., Bond, J., Cremonte, M., Moskalewicz, J., & Swiatkiewicz, G. (2010). Performance of a craving criterion in DSM alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 674-84.
- Choquet, M., Morin, D., Hassler, C., & Ledoux, S. (2004). Is alcohol, tobacco, and cannabis use as well as polydrug use increasing in France? *Addictive Behaviors*, 29(3), 607-614.
- Chung, T., & Martin, C. S. (2005). What were they thinking?: Adolescents' interpretations of DSM-IV alcohol dependence symptom queries and implications for diagnostic validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(2), 191-200.
- Cicognani, E., & Zani, B. (2011). Alcohol use among Italian university students: The role of sensation seeking, peer group norms and self-efficacy. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 55(2), 17-36.
- Clausen, T., Rossow, I., Naidoo, N., & Kowal, P. (2009). Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. *Addiction*, 104(7), 1147-1154.
- Conde, K., Brandariz, R. A., & Cremonte, M. (2016). Problemas por uso de alcohol en Estudiantes Secundarios y Universitarios. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 1.
- Conde, K., & Cremonte, M. (2015). Calidad de los datos de encuestas sobre consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Cad. Saúde Pública*, 31(1), 39-47.

- Conde, K., Lichtenberger, A., & Peltzer, R. (2015). Consumo excesivo episódico de alcohol: cambio natural en estudiantes universitarios. *I Congreso Nacional de Psicología "Psicología, formación y compromiso social"*. San Luis, Argentina.
- Conde, K., Remaggi, M. L., & Cremonte, M. (2014). Alcohol y amnesia en universitarios de Argentina y España: Prevalencia y predicción. *Health and Addictions Journal*, *14*(1).
- Cook, D. R. (1988). Measuring shame: The internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *4*(2), 197-215.
- Courtney, K. E., & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological Bulletin*, *135*(1), 142.
- Crabb, D. W. (1993). Recent developments in alcoholism: The liver. *Recent Developments in Alcoholism: An Official Publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, *11*, 207-230.
- Cremonte, M., Conde, K., & Remaggi, M. (2009). Consumo excesivo episódico de alcohol en estudiantes universitarios. *IV Congreso Marplatense de Psicología. Ideales Sociales, Psicología y Comunidad*. Mar del Plata, Argentina.
- Cremonte, M., & Cherpitel, C. J. (2014). Alcohol intake and risk of injury. *Medicina (Buenos Aires)*, *74*(4), 287-292.
- Cremonte, M., Cherpitel, C. J., Borges, G., Peltzer, R. I., & Santangelo, P. R. (2010). Drinking patterns and DSM-IV alcohol use disorders' criteria in Argentinean emergency department patients. *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, *6*(3), 209-220.

- Crespo, J. L. C., Hermida, J. R. F., Villa, R. S., & Rodríguez, O. G. (2008). Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 20(1), 49-58.
- Cunningham, J., Cameron Wild, T., Koski-Jännes, A., Cordingley, J., & Toneatto, T. (2002). A prospective study of quit attempts from alcohol problems in a community sample: Modeling the processes of change. *Addiction Research & Theory*, 10(2), 159-173.
- Daepfen, J., Faouzi, M., Sanglier, T., Sanchez, N., Coste, F., & Bertholet, N. (2013). Drinking patterns and their predictive factors in CONTROL: A 12-month prospective study in a sample of alcohol-dependent patients initiating treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 48(2), 189-195.
- Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalone, S. Z., & Steptoe, A. (2006). International study of heavy drinking: Attitudes and sociodemographic factors in university students. *Journal of American College Health*, 55(2), 83-90.
- Dawson, D. A. (2000). Drinking patterns among individuals with and without DSM-IV alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1), 111-120.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Moss, H. B., Li, T., & Grant, B. F. (2010). Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: Likelihood, expression and course. *Drug and Alcohol Dependence*, 112(1-2), 9-17.
- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1392-1404.

- Dedert, E. A., McDuffie, J. R., Stein, R., McNeil, J. M., Kosinski, A. S., Freiermuth, C. E., . . . Williams, J. W. (2015). Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, *163*(3), 205-214.
- Diez Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, *91*(11), 1783-1789.
- Donovan, E., Hernandez, J., Chiauzzi, E., DasMahapatra, P., Achilles, T., & Hemm, A. (2012). Results of a pilot study to investigate community college student perceptions of the value of an online health-risk reduction program. *Community College Journal of Research and Practice*, *36*(10), 821-825.
- dos Santos, Marcos Vinícius Ferreira, Pereira, D. S., & de Siqueira, M. M. (2013). Uso de álcool e tabaco entre estudantes de psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *J Bras Psiquiatr*, *62*(1), 22-30.
- Ende, G., Hermann, D., Demirakca, T., Hoerst, M., Tunc-Skarka, N., Weber-Fahr, W., . . . Mann, K. (2013). Loss of control of alcohol use and severity of alcohol dependence in Non-Treatment-Seeking heavy drinkers are related to lower glutamate in frontal white matter. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *37*(10), 1643-1649.
- Epstein, E. E., Kahler, C. W., Mccrady, B. S., Lewis, K. D., & Lewis, S. (1995). An empirical classification of drinking patterns among alcoholics: Binge, episodic, sporadic, and steady. *Addictive Behaviors*, *20*(1), 23-41.
- Epstein, E. E., Labouvie, E., McCrady, B. S., Jensen, N. K., & Hayaki, J. (2002). A multi-site study of alcohol subtypes: Classification and overlap of unidimensional and multi-dimensional typologies. *Addiction*, *97*(8), 1041-1053.
- Erskine, S., Maheswaran, R., Pearson, T., & Gleeson, D. (2010). Socioeconomic deprivation, urban-rural location and alcohol-related mortality in England and wales. *BMC Public Health*, *10*(1), 99.

- Fierro, I., Ochoa, R., Yanez, J., Valderrama, J., & Alvarez, F. (2008). Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en España y en las comunidades autónomas en el año 2004. *Revista Clinica Espanola*, 208(9), 455-462.
- Fillmore, M. T., & Jude, R. (2011). Defining “binge” drinking as five drinks per occasion or drinking to a .08% BAC: Which is more sensitive to risk? *The American Journal on Addictions*, 20(5), 468-475.
- Fillmore, K. M., Golding, J. M., Leino, E. V., Ager, C. R., & et al. (1994). Societal-level predictors of groups' drinking patterns: A research synthesis from the collaborative alcohol-related longitudinal project. *American Journal of Public Health*, 84(2), 247-53.
- Fone, D. L., Farewell, D. M., White, J., Lyons, R. A., & Dunstan, F. D. (2013). Socioeconomic patterning of excess alcohol consumption and binge drinking: A cross-sectional study of multilevel associations with neighborhood deprivation. *BMJ Open*, 3(4).
- Forouzanfar, M. H., Alexander, L., Anderson, H. R., Bachman, V. F., Biryukov, S., Brauer, M., ... & Delwiche, K. (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(10010), 2287-2323.
- Frone, M. R., Russell, M., & Cooper, M. L. (1993). Relationship of work-family conflict, gender, and alcohol expectancies to alcohol use/abuse. *Journal of Organizational Behavior*, 14(6), 545-558.
- Galán, I., González, M., & Valencia-Martín, J. L. (2014). Alcohol drinking patterns in Spain: A country in transition. *Revista Española De Salud Pública*, 88(4), 529-540.

- Gmel, G., Bissery, A., Gammeter, R., Givel, J., Calmes, J., Yersin, B., & Daepfen, J. (2006). Alcohol-attributable injuries in admissions to a Swiss emergency room-An analysis of the link between volume of drinking, drinking patterns, and preattendance drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *30*(3), 501-509.
- Gonçalves, P. D., Cunha, P. J., Malbergier, A., do Amaral, R. A., de Oliveira, L. G., Yang, J. J., & de Andrade, A. G. (2012). The association between low alcohol use and traffic risk behaviors among Brazilian college students. *Alcohol*, *46*(7), 673-9.
- Goodman, E., & Huang, B. (2002). Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *156*(5), 448.
- Grabitz, M., Behrendt, S., Klotsche, J., Buehringer, G., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2012). Ten-year stability and variability, drinking patterns, and impairment in community youth with diagnostic orphan status of alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, *37*(4), 399-406.
- Grant, B. F. (1996). DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 alcohol and drug abuse/harmful use and dependence, United States, 1992: A nosological comparison. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *20*(8), 1481-1488.
- Grant, B. F. (1993). ICD-10 harmful use of alcohol and the alcohol dependence syndrome: Prevalence and implications. *Addiction (Abingdon, England)*, *88*(3), 413-420.
- Greenfield, S. F., Pettinati, H. M., O'Malley, S., Randall, P. K., & Randall, C. L. (2010). Gender differences in alcohol treatment: An analysis of outcome from the COMBINE study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *34*(10), 1803-1812.
- Grove, R., McBride, O., & Slade, T. (2010). Towards DSM-V: Exploring diagnostic thresholds for alcohol dependence and abuse. *Alcohol and Alcoholism*, *45*(1), 45-52.
- Hagman, B. T., & Cohn, A. M. (2011). Toward DSM-V: Mapping the alcohol use disorder continuum in college students. *Drug and Alcohol Dependence*, *118*(2-3), 202-208.

- Hajema, K., Knibbe, R. A., & Drop, M. J. (1997). Effects of drinking patterns and social conditions on incidence and chronicity of alcohol-related problems. *Contemporary Drug Problems, 24*(3), 473-511.
- Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 23*(5), 719-759.
- Harford, T. C., & Muthén, B. O. (2001). The dimensionality of alcohol abuse and dependence: A multivariate analysis of DSM-IV symptom items in the national longitudinal survey of youth. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 62*(2), 150.
- Harford, T. C., Yi, H. -, Faden, V. B., & Chen, C. M. (2009). The dimensionality of DSM-IV alcohol use disorders among adolescent and adult drinkers and symptom patterns by age, gender, and race/ethnicity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33*(5), 868-878.
- Hasin, D., McCloud, S., Li, Q., & Endicott, J. (1996). Cross-system agreement among demographic subgroups: DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 diagnoses of alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 41*(2), 127-135.
- Hasin, D., & Paykin, A. (1998). Dependence symptoms but no diagnosis: Diagnostic orphans' in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence, 50*(1), 19-26.
- Hasin, D., & Paykin, A. (1999). Alcohol dependence and abuse diagnoses: Concurrent validity in a nationally representative sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23*(1), 144-150.
- Hasin, D., Van Rossem, R., McCloud, S., & Endicott, J. (1997). Alcohol dependence and abuse diagnoses: Validity in community sample heavy drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 21*(2), 213-219.

- Hatton, J., Burton, A., Nash, H., Munn, E., Burgoyne, L., & Sheron, N. (2009). Drinking patterns, dependency and life-time drinking history in alcohol-related liver disease. *Addiction, 104*(4), 587-592.
- Haughton, D., Legrand, P., & Woolford, S. (2009). Review of three latent class cluster analysis packages: Latent gold, polca, and mclust. *The American Statistician, 63*(1)
- Hesselbrock, V. M., & Hesselbrock, M. N. (2006). Are there empirically supported and clinically useful subtypes of alcohol dependence? *Addiction, 101*(Suppl 1), 97-103.
- Hingson, R. W., Heeren, T., Zakocs, R. C., Kopstein, A., & Wechsler, H. (2002). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among US college students ages 18-24. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 63*(2), 136.
- Holdcraft, L. C., & Iacono, W. G. (2002). Cohort effects on gender differences in alcohol dependence. *Addiction, 97*(8), 1025-1036.
- Holly, A., & Wittchen, H. (1998). Patterns of use and their relationship to DSM-IV abuse and dependence of alcohol among adolescents and young adults. *European Addiction Research, 4*(1-2), 50-57.
- Huang, J., DeJong, W., Towvim, L. G., MSPH, & Schneider, S. K., MSPH. (2009). Sociodemographic and psychobehavioral characteristics of US college students who abstain from alcohol. *Journal of American College Health, 57*(4), 395-410.
- Huckle, T., You, R. Q., & Casswell, S. (2010). Socio-economic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequences independently. *Addiction, 105*(7), 1192.
- Hunt, W. A. (1993). Are binge drinkers more at risk of developing brain damage? *Alcohol, 10*(6), 559-561.
- Jackson, K., Bucholz, K., Wood, P., Steinley, D., Grant, J., & Sher, K. (2014). Towards the characterization and validation of alcohol use disorder subtypes: Integrating consumption and symptom data. *Psychological Medicine, 44*(01), 143-159.

- Jean Lock Kunz, & Graham, K. (1998). Drinking patterns, psychosocial characteristics and alcohol consequences. *Addiction*, 93(7), 1079-90.
- Jellinek, E. M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7(1), 1-88.
- Jellinek, E. M. (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. *Canadian Medical Association Journal*, 83, 1341-1345.
- Jones-Webb, R., Snowden, L., Herd, D., Short, B., & Hannan, P. (1997). Alcohol-related problems among black, hispanic and white men: The contribution of neighborhood poverty. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 58(5), 539.
- Kahler, C. W., & Strong, D. R. (2006). A Rasch model analysis of DSM-IV alcohol abuse and dependence items in the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(7), 1165-1175.
- Karam, E., Kypri, K., & Salamoun, M. (2007). Alcohol use among college students: An international perspective. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(3), 213-221.
- Kazemi, D. M., Dmochowski, J., Sun, L., Grady, K., Nies, M. A., & Walford, S. (2012). Brief motivational interviewing to reduce alcohol consumption among freshmen: Secondary effects on polydrug use. *Journal of Substance Use*, 17(5-6), 442-455.
- Kerr-Corrêa, F., Tucci, A. M., Hegedus, A. M., Trinca, L. A., Oliveira, J. B. d., Floripes, T. M. F., & Kerr, Ligia Regina Franco Sansigolo. (2008). Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 30(3), 235-242.
- Keyes, K. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. *Drug and Alcohol Dependence*, 93(1-2), 21-29.

- Killos, L. F., Hancock, L. C., Wattenmaker McGann, A., & Keller, A. E. (2010). Do “Clicker” educational sessions enhance the effectiveness of a social norms marketing campaign? *Journal of American College Health, 59*(3), 228-230.
- Kim, J. H., Chan, K. W. C., Chow, J. K. W., Fung, K. P., Fong, B. Y. F., Cheuk, K. K., & Griffiths, S. M. (2009). University binge drinking patterns and changes in patterns of alcohol consumption among Chinese undergraduates in a Hong Kong university. *Journal of American College Health, 58*(3), 255-265.
- Knibbe, R. A., Derickx, M., Kuntsche, S., Grittner, U., & Bloomfield, K. (2006). A comparison of the alcohol use disorder identification test (AUDIT) in general population surveys in nine European countries. *Alcohol and Alcoholism, 41*(suppl 1), i19-i25.
- Kuendig, H., Plant, M. L., Plant, M. A., Kuntsche, S., Miller, P., Gmel, G., . . . Knibbe, R. (2008). Beyond drinking: Differential effects of demographic and socioeconomic factors on alcohol-related adverse consequences across European countries. *European Addiction Research, 14*(3), 150-160.
- Kuntsche, E., Rehm, J., & Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine, 59*(1), 113-127.
- Kuntsche, S., Gmel, G., Knibbe, R. A., Kuendig, H., Bloomfield, K., Kramer, S., . . . Wilsnack, S. (.,Editeur scientifique). (2006). Gender and cultural differences in the association between family roles, social stratification, and alcohol use: A European cross-cultural analysis. *Alcohol and Alcoholism (Oxford), 41*.
- Kuo, M., Wechsler, H., Greenberg, P., & Lee, H. (2003). The marketing of alcohol to college students: The role of low prices and special promotions. *American Journal of Preventive Medicine, 25*(3), 204-211.

- Laranjeira, R., Pinsky, I., Sanches, M., Zaleski, M., & Caetano, R. (2010). Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 32(3), 231-241.
- Larimer, M. E., Anderson, B. K., Baer, J. S., & Marlatt, G. A. (2000). An individual in context: Predictors of alcohol use and drinking problems among Greek and residence hall students. *Journal of Substance Abuse*, 11(1), 53-68.
- Lawson, D. M. (1977). The dipsogenic effect of alcohol and the loss of control phenomenon. En: Gross, M.M. (Ed). *Alcohol intoxication and withdrawal--IIIb. Studies in alcohol dependence*. Springer.
- Lee, H., Roh, S., & Kim, D. J. (2009). Alcohol-induced blackout. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2783-2792.
- Li, T., Hewitt, B. G., & Grant, B. F. (2007). Is there a future for quantifying drinking in the diagnosis, treatment, and prevention of alcohol use disorders? *Alcohol and Alcoholism*, 42(2), 57-63.
- Lima, M. C., Kerr-Correa, F., Tucci, A. M., & Simao, M. O. (2007). Gender differences in heavy alcohol use: A general population survey (the GENACIS project) of São Paulo city, Brazil. *Contemp. Drug Probs.*, 34, 427.
- Linzer, D. A., & Lewis, J. B. (2011). poLCA: An R package for polytomous variable latent class analysis. *Journal of Statistical Software*, 42(10), 1-29.
- López-Caneda, E., Holguín, S. R., Corral, M., Doallo, S., & Cadaveira, F. (2014). Evolution of the binge drinking pattern in college students: Neurophysiological correlates. *Alcohol*, 48(5), 407-418.
- Lowry, R., Kann, L., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. (1996). The effect of socioeconomic status on chronic disease risk behaviors among US adolescents. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 276(10), 792-797.

- Ludwig, A. M., Wikler, A., & Stark, L. H. (1974). The first drink: Psychobiological aspects of craving. *Archives of General Psychiatry*, *30*(4), 539-547.
- Lundborg, P. (2002). Young people and alcohol: An econometric analysis. *Addiction*, *97*(12), 1573-1582.
- Makela, P., Valkonen, T., & Martelin, T. (1997). Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: Register based follow up study. *British Medical Journal*, *315*(7102), 211-6.
- Mann, K., Batra, A., Günthner, A., & Schroth, G. (1992). Do women develop alcoholic brain damage more readily than men? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *16*(6), 1052-1056.
- Martens, M. P., Rocha, T. L., Martin, J. L., & Serrao, H. F. (2008). Drinking motives and college students: Further examination of a four-factor model. *Journal of Counseling Psychology*, *55*(2), 289.
- Martin, C. S., Clifford, P. R., & Clapper, R. L. (1992). Patterns and predictors of simultaneous and concurrent use of alcohol, tobacco, marijuana, and hallucinogens in first-year college students. *Journal of Substance Abuse*, *4*(3), 319-326.
- Martin, C. S., Kaczynski, N. A., Maisto, S. A., & Tarter, R. E. (1996). Polydrug use in adolescent drinkers with and without DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *20*(6), 1099-1108.
- Martin, C. S., & Winters, K. C. (1998). Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol Health and Research World*, *22*(2), 95-105.
- McBride, O., & Adamson, G. (2010). Are subthreshold alcohol dependence symptoms a risk factor for developing DSM-IV alcohol use disorders? A three-year prospective study of 'diagnostic orphans' in a national sample. *Addictive Behaviors*, *35*(6), 586-592.

- McBride, O., Adamson, G., Bunting, B. P., & Mccann, S. (2009). Characteristics of DSM-IV alcohol diagnostic orphans: Drinking patterns, physical illness, and negative life events. *Drug and Alcohol Dependence*, 99(1-3), 272-279.
- McBride, O., Teesson, M., Baillie, A., & Slade, T. (2011). Assessing the dimensionality of lifetime DSM-IV alcohol use disorders and a quantity–frequency alcohol use criterion in the Australian population: A factor mixture modelling approach. *Alcohol and Alcoholism*, 46(3), 333-341.
- McQueen, A., Greg Getz, J., & Bray, J. H. (2003). Acculturation, substance use, and deviant behavior: Examining separation and family conflict as mediators. *Child Development*, 74(6), 1737-1750.
- Merry, J. (1966). The "loss of control" myth. *The Lancet*, 288(7455), 167-168.
- Metze, A. V. (2012). *The role of gender in proposed DSM 5 alcohol use disorder criteria* (M.A.). Available from ProQuest Dissertations & Theses A&I. (1023459911).
- Míguez, H. A. (2005). Cambios de la alcoholización en la argentina: Problemas sociales y sanitarios. *Revista de Policía y Criminalística*, 362(16)
- Mohler-Kuo, M., Dowdall, G. W., Koss, M. P., & Wechsler, H. (2004). Correlates of rape while intoxicated in a national sample of college women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(1), 37.
- Monteiro, M. G. (2007). *Alcohol y salud pública en las américas: Un caso para la acción* Pan American Health Organization.
- Moore, T. M., Elkins, S. R., McNulty, J. K., Kivisto, A. J., & Handsel, V. A. (2011). Alcohol use and intimate partner violence perpetration among college students: Assessing the temporal association using electronic diary technology. *Psychology of Violence*, 1(4), 315-328.

- Mundt, M. P., Zakletskaia, L. I., Brown, D. D., & Fleming, M. F. (2012). Alcohol-induced memory blackouts as an indicator of injury risk among college drinkers. *Injury Prevention: Journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 18(1), 44-49.
- Munné, M. I. (2005). Social consequences of alcohol consumption in Argentina. *Alcohol, Gender and Drinking Problems*, 25.
- Pollock, N. K., Martin, C. S., & Langenbucher, J. W. (2000). Diagnostic concordance of DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV, and ICD-10 alcohol diagnoses in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 439-446.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). NIAAA council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*, 3, 3.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (2013). AOD thesaurus. Alcoholic blackout. Disponible en: <http://etoh.niaaa.nih.gov/dbtw-wpd/exec/dbtwpcgi.exe>
- Nespor, K. (2004). Alcohol-related amnesia ("blackout") in broader perspective. [Alkoholove "okenko" v sirsich souvislostech]. *Casopis Lekarů Ceských*, 143(12), 861-862.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 981-1010.
- Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. (2006). Possible contributors to the gender differences in alcohol use and problems. *The Journal of General Psychology*, 133(4), 357-74.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2005). *Primer estudio acerca del consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios del área metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.

- Observatorio Argentino de Drogas. (2010). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
- Observatorio Argentino de Drogas. (2011). *Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en argentina 2004-2010*. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico.
- Orchowski, L. M., Mastroleo, N. R., & Borsari, B. (2012). Correlates of alcohol-related regretted sex among college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(4), 782-790.
- Orford, J., Oppenheimer, E., & Edwards, G. (1976). Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behaviour Research and Therapy, 14*(6), 409-418.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Øverup, C. S., DiBello, A. M., Brunson, J. A., Acitelli, L. K., & Neighbors, C. (2015). Drowning the pain: Intimate partner violence and drinking to cope prospectively predict problem drinking. *Addictive Behaviors, 41*, 152-161.
- Paljärvi, T., Suominen, S., Car, J., & Koskenvuo, M. (2013). Socioeconomic disadvantage and indicators of risky alcohol-drinking patterns. *Alcohol and Alcoholism, 48*(2), 207-214.
- Pape, H., Rossow, I., & Storvoll, E. E. (2009). Under double influence: Assessment of simultaneous alcohol and cannabis use in general youth populations. *Drug and Alcohol Dependence, 101*(1), 69-73.

- Paschall, M. J., Antin, T., Ringwalt, C. L., & Saltz, R. F. (2011). Evaluation of an internet-based alcohol misuse prevention course for college freshmen: Findings of a randomized multi-campus trial. *American Journal of Preventive Medicine, 41*(3), 300-308.
- Pedrelli, P., Farabaugh, A. H., Zisook, S., Tucker, D., Rooney, K., Katz, J., . . . Fava, M. (2011). Gender, depressive symptoms and patterns of alcohol use among college students. *Psychopathology, 44*(1), 27-33.
- Perkins, H. (2002). Surveying the damage: A review of research on consequences of alcohol misuse in college populations. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 14*(1), 91.
- Pilatti, A., Castillo, D., Martínez, M. V., Acuña, I., Godoy, J. C., & Brussino, S. (2010). Identificación de patrones de consumo de alcohol en adolescentes mediante análisis de clases latentes. *Quaderns De Psicologia, 12*(1), 59-73.
- Poikolainen, K., Paljärvi, T., & Mäkelä, P. (2007). Alcohol and the preventive paradox: Serious harms and drinking patterns. *Addiction, 102*(4), 571-578.
- Polcin, D. L., Korcha, R., Kerr, W., Bond, J., & Greenfield, T. (2014). Gender and social pressure to change drinking behavior: Results from the national alcohol surveys from 1984 to 2010. *Addiction Research & Theory, 22*(6), 481-489.
- Pollock, N. K., & Martin, C. S. (1999). Diagnostic orphans: Adolescents with alcohol symptom who do not qualify for DSM-IV abuse or dependence diagnoses. *The American Journal of Psychiatry, 156*(6), 897-901.
- Pullido, J., Vallejo, F., Sánchez, F., & Vázquez, B. (2012). Evolución de la razón de género en el consumo de drogas legales e ilegales en España. *Boletín Epidemiológico Semanal, 14*(10), 109-112.

- Rabanales Sotos, J., López Gonzalez, Á, Párraga Martínez, I., Campos Rosa, M., Simarro Herraéz, M. J., & López-Torres Hidalgo, J. (2015). Self-assessment of alcohol consumption as a health-education strategy in nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 132-137.
- Ray, L. A., Miranda, R., Chelminski, I., Young, D., & Zimmerman, M. (2008). Diagnostic orphans for alcohol use disorders in a treatment-seeking psychiatric sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 187-191.
- Read, J. P., Wardell, J. D., & Bachrach, R. L. (2013). Drinking consequence types in the first college semester differentially predict drinking the following year. *Addictive Behaviors*, 38(1), 1464-1471.
- Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., & Melchior, M. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults: The socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 231-239.
- 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., Shield, K., Rehm, M., Gmel, G., & Frick, U. (2012). Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. En: *Potential Gains from Effective Interventions for Alcohol Dependence*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Reyna, C., & Brussino, S. (2011). Revisión de los fundamentos del análisis de clases latentes y ejemplo de aplicación en el área de las adicciones. *Trastornos Adictivos*, 13(1), 11-19.

- Rice, K. G., & Van Arsdale, A. C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology, 57*(4), 439.
- Rigotti, H., Milesi, A., & Peralta, V. (2012). Análisis del consumo de sustancias en estudiantes universitarios y sus posibles efectos en la formación de grado. *Anuario De Investigaciones De La Facultad De Psicología, 1*(1).
- Rinker, D. V., & Neighbors, C. (2015). Latent class analysis of DSM 5 alcohol use disorder criteria among heavy-drinking college students. *Journal of Substance Abuse Treatment.*
- Room, R., & Mäkelä, K. (2000). Typologies of the cultural position of drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 61*(3), 475.
- Room, R. (1998). Drinking patterns and alcohol-related social problems: Frameworks for analysis in developing societies. *Drug and Alcohol Review, 17*(4), 389-398.
- Rose, M. E., & Grant, J. E. (2010). Alcohol-induced blackout. Phenomenology, biological basis, and gender differences. *Journal of Addiction Medicine, 4*(2), 61-73.
- Rossow, I. (1996). Alcohol-related violence: The impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction, 91*(11), 1651-1661.
- Rossow, I., & Romelsjoe, A. (2006). RESEARCH REPORT: The extent of the 'prevention paradox' in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction, 101*(1), 84-90.
- Rubiatti, A. M. M., & Bonini, J. A. D. (2009). Alcoolismo—estudo epidemiológico no município de Araraquara (SP). *Alimentos E Nutrição Araraquara, 20*(2), 279-288.
- Russell, M. (1994). New assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others. *Alcohol Health & Research World, 18*(1), 55-61.

- Russell, M., Light, J. M., & Gruenewald, P. J. (2004). Alcohol consumption and problems: The relevance of drinking patterns. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(6), 921-930.
- Saha, T. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). The role of alcohol consumption in future classifications of alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(1), 82-92.
- Saha, T. D., Chou, S. P., & Grant, B. F. (2006). Toward an alcohol use disorder continuum using item response theory: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine*, 36(7), 931-41.
- Satre, D., Mertens, J., & Weisner, C. (2004). Gender differences in treatment outcomes for alcohol dependence among older adults.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Amundsen, A., & Grant, M. (1993). Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-I. *Addiction*, 88(3), 349-362.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, Juan R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Schoepf, D., & Heun, R. (2014). Bipolar disorder and comorbidity: Increased prevalence and increased relevance of comorbidity for hospital-based mortality during a 12.5-year observation period in general hospital admissions. *Journal of Affective Disorders*, 169, 170-178.

- Schulte, M. T., Ramo, D., & Brown, S. A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical Psychology Review, 29*(6), 535-547.
- Scott-Sheldon, L. A. J., Terry, D. L., Carey, K. B., Garey, L., & Carey, M. P. (2012). Efficacy of expectancy challenge interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 26*(3), 393-405.
- Shimotsu, S. T., Jones-Webb, R. J., MacLehose, R. F., Nelson, T. F., Forster, J. L., & Lytle, L. A. (2013). Neighborhood socioeconomic characteristics, the retail environment, and alcohol consumption: A multilevel analysis. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Siegel, S. (1983). Classical conditioning, drug tolerance, and drug dependence. En: Israel, Y., Glaser, F. B., Kalant, H., Popham, R. E., Schmidt, W., & Smart, R. G. (Eds). *Research advances in alcohol and drug problems*. (pp. 207-246). Springer.
- Silveira, C. M., Siu, E. R., Wang, Y., Viana, M. C., Andrade, A. G. d., & Andrade, L. H. (2012). Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in São Paulo, Brazil. *Clinics (São Paulo, Brazil), 67*(3), 205-212.
- Simioni, N., Cottencin, O., & Rolland, B. (2015). Interventions for increasing subsequent alcohol treatment utilization among patients with alcohol use disorders from somatic inpatient settings: A systematic review. *Alcohol and Alcoholism, 50*(4), 420-429.
- Slutske, W. S. (2005). Alcohol use disorders among US college students and their non-college-attending peers. *Archives of General Psychiatry, 62*(3), 321-327.
- Smart, R. G., & Ogborne, A. C. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addictive Behaviors, 25*(3), 455-460.

- Smith, G. W., & Shevlin, M. (2008). Patterns of alcohol consumption and related behavior in Great Britain: A latent class analysis of the alcohol use disorder identification test (AUDIT). *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *43*(5), 590-594.
- Snipes, D. J., Jeffers, A. J., Green, B. A., & Benotsch, E. G. (2015). Alcohol mixed with energy drinks are robustly associated with patterns of problematic alcohol consumption among young adult college students. *Addictive Behaviors*, *41*, 136-141.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., Sobell, M. B., Agrawal, S., Gavin, D. R., Leo, G. I., & Singh, K. N. (1996). Fostering self-change among problem drinkers: A proactive community intervention. *Addictive Behaviors*, *21*(6), 817-833.
- Tanaka, E. (2002). Toxicological interactions between alcohol and benzodiazepines. *Clinical Toxicology*, *40*(1), 69-75.
- Taylor, B., Irving, H., Kanteres, F., Room, R., Borges, G., Cherpitel, C., . . . Rehm, J. (2010). The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug and Alcohol Dependence*, *110*(1), 108-116.
- Taylor, B., Rehm, J., Caldera, J., Aburto, C., Bejarano, J., & Cayetano, C. (2007). Alcohol, género, cultura y daños en las américas. *Reporte Final Del Estudio Multicéntrico OPS: Washington, DC*.
- Tolstrup, J. S., Jensen, M. K., Tjønneland, A., Overvad, K., & Grønbaek, M. (2004). Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction*, *99*(3), 323-330.
- Treeby, M., & Bruno, R. (2012). Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology. *Personality and Individual Differences*, *53*(5), 613-617.

- Valencia-Martín, J. L., Galan, I., Guallar-Castillón, P., & Rodríguez-Artalejo, F. (2013). Alcohol drinking patterns and health-related quality of life reported in the Spanish adult population. *Preventive Medicine, 57*(5), 703-707.
- Vik, P. W., Cellucci, T., & Ivers, H. (2003). Natural reduction of binge drinking among college students. *Addictive Behaviors, 28*(4), 643-655.
- Wagner, E. F., Lloyd, D. A., & Gil, A. G. (2002). Racial/ethnic and gender differences in the incidence and onset age of DSM-IV alcohol use disorder symptoms among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 63*(5), 609.
- Wang, C., Xue, H., Wang, Q., Hao, Y., Li, D., Gu, D., & Huang, J. (2014). Effect of drinking on all-cause mortality in women compared with men: A meta-analysis. *Journal of Women's Health, 23*(5), 373-381.
- Webb, E., Ashton, C., Kelly, P., & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *The Lancet, 348*(9032), 922-925.
- Webb, E., Ashton, H., Kelly, P., & Kamali, F. (1997). Patterns of alcohol consumption, smoking and illicit drug use in British university students: Interfaculty comparisons. *Drug and Alcohol Dependence, 47*(2), 145-153.
- Wechsler, H., Lee, J. E., Kuo, M., & Lee, H. (2000). College binge drinking in the 1990s: A continuing problem results of the Harvard School of Public Health 1999 college alcohol study. *Journal of American College Health, 48*(5), 199-210.
- Wechsler, H., & Nelson, T. F. (2001). Binge drinking and the American college students: What's five drinks? *Psychology of Addictive Behaviors, 15*(4), 287.
- Weisner, C., & Schmidt, L. (1992). Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 268*(14), 1872-1876.
- White, A. M. (2003). What happened? Alcohol, memory blackouts, and the brain. *Alcohol Research and Health, 27*(2), 186-196.

- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wicki, M., Gmel, G., Kuntsche, E., Rehm, J., & Grichting, E. (2006). Is alcohol consumption in Switzerland associated with riskier drinking patterns and more alcohol-related problems? *Addiction*, 101(4), 522-533.
- Wilsnack, S. C., & Wilsnack, R. W. (2002). International gender and alcohol research: Recent findings and future directions. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 245-250.
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., & Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the composite international diagnostic interview (CIDI). The multicenter WHO/ADAMHA field trials. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 645-53, 658.
- World Health Organization. (2002). *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health-2014*. World Health Organization.
- Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, 40(1), 23-32.
- Zucker, D. K., Austin, F. M., & Branchey, L. (1985). Variables associated with alcoholic blackouts in men. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11(3-4), 295-302.



ANEXOS 

Van Gogh, V. 1887. *Still Life with Absinthe*.

Anexo 1. Tablas.

Tabla 1

Características de la muestra de estudiantes universitarios, Mar del Plata, N = 1708

Variables	M(DS)	%	IC 95%
Edad	21.57 (5.38)		20.75-22.39
Sexo			
Mujer		58	51-65
Varón		42	35-49
Consumidores último año		89	87-92
Consumo Excesivo Episódico		45	42-49
Uso de otras sustancias psicoactivas		37	31-43
Estado civil			
Soltero		94	92-97
Casado o Unido de hecho		5	3-7
Separado o Divorciado		1	0-1
Ocupación principal			
Estudiante		58	54-63
Empleado Tiempo Completo		8	6-11
Empleado Tiempo Parcial		15	13-17
Buscando Trabajo		10	7-13
Sin trabajo y no buscando		7	5-10
Otro		1	0-1
Nivel socio-económico			
I		9	7-12
II		42	39-45
III		38	36-41
IV		11	8-14
Migración de la ciudad natal		28	22-34

Nota. IC = Intervalo de Confianza.

Tabla 2

Comparación del ajuste de modelo del análisis de clases latentes para los patrones de consumo de alcohol basados en la cantidad, frecuencia, y consumo excesivo episódico, Mar del Plata, N = 1708

Modelo	Log-likelihood	Parámetros	AIC	BIC
1 clase	-5606.855	9	11231.71	11280.17
2 clases	-5011.079	19	10060.16	10162.47
3 clases	-4804.071	29	9666.142	9822.296
4 clases	-4778.647	39	9635.294	9845.294
5 clases	-4772.359	49	9642.718	9906.564

Nota. AIC = Akaike Information Criterion, BIC = Bayesian Information Criterion.

Tabla 3

Prevalencia de Trastornos por uso de Alcohol y Huérfanos Diagnósticos según DSM-5 e ICD-10 en estudiantes universitarios, Mar del Plata, N = 1708

	%	IC 95%
DSM-5		
Negativo	55	52-59
Huérfano Diagnóstico	20	18-22
Trastorno por uso de alcohol leve	19	16-21
Trastorno por uso de alcohol moderado	5	4-5
Trastorno por uso de alcohol grave	2	1-3
ICD-10		
Negativo	62	59-66
Huérfano Diagnóstico	19	17-22
Consumo Perjudicial	12	11-14
Dependencia	6	6-7

Nota. IC = Intervalo de Confianza. DSM= Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales. ICD = Clasificación Internacional de Enfermedades.

Tabla 4

Comparación del ajuste de modelo del análisis de clases latentes para los patrones de consumo de alcohol y los trastornos por uso de alcohol, Mar del Plata, n=770

Modelo	Log-likelihood	Parámetros	AIC	BIC
1 clase	-5075.142	11	10172.28	10229.88
2 clases	-4261.018	23	8568.036	8688.456
3 clases	-4083.248	35	8236.495	8419.742
4 clases	-4020.61	47	8135.219	8381.293
5 clases	-4010.298	59	8138.595	8447.497
6 clases	-4010.849	71	8163.698	8535.427
7 clases	-4003.883	83	8173.766	8608.322
8 clases	-3999.991	95	8189.981	8687.365

Nota. AIC = Akaike Information Criterion, BIC = Bayesian Information Criterion.

Tabla 5.

Probabilidad de presentar una consecuencia adversa del consumo de alcohol según el patrón de consumo y los trastornos por uso de alcohol (DSM 5 e ICD-10) en estudiantes universitarios de Mar del Plata, N = 1708

Predictor	Pérdida de control			Descuido de actividades			Culpa/remordimiento			Amnesia anterógrada			Lesión			Conflicto interpersonal			Consumo matutino			Necesidad de reducción		
	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%
<i>Patrones de consumo de alcohol y Trastorno por uso de Alcohol según DSM 5</i>																								
PCA	.001*	1.67	1.42-1.98	.001*	1.44	1.28-1.62	.002*	1.21	1.07-1.37	.001*	2.04	1.82-2.29	.026*	1.35	1.04-1.76	.001*	1.70	1.33-2.16	.068	1.59	0.97-2.62	.001*	1.52	1.26-1.83
DSM 5	.001*	1.79	1.54-2.07	.001*	2.05	1.79-2.35	.001*	1.99	1.74-2.29	.001*	2.25	1.93-2.62	.001*	2.93	2.32-3.69	.001*	1.92	1.59-2.31	.990	1.00	0.62-1.61	.001*	2.08	1.76-2.45
<i>Patrones de consumo de alcohol y Trastornos por uso de Alcohol según ICD – 10</i>																								
PCA	.001*	1.81	1.54-2.14	.001*	1.56	1.39-1.76	.001*	1.36	1.21-1.53	.001*	2.19	1.96-2.45	.002*	1.50	1.16-1.94	.001*	1.92	1.51-2.45	.145	1.45	0.88-2.37	.001*	1.78	1.48-2.14
ICD-10	.001*	1.74	1.50-2.03	.001*	1.87	1.63-2.14	.001*	1.75	1.52-2.00	.001*	2.24	1.90-2.64	.001*	2.89	2.30-3.64	.001*	1.77	1.47-2.14	.539	1.17	0.71-1.94	.001*	1.68	1.43-1.97

Nota. IC = Intervalo de Confianza. PCA = Patrón de consumo de alcohol. DSM = Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales. ICD = Clasificación Internacional de Enfermedades. OR = Odds Ratio

Valores de referencia: Consecuencias del consumo = Sí; Patrones de consumo de alcohol = pesados; Trastornos por uso de alcohol ICD-10= dependencia; Trastornos por uso de alcohol DSM 5 = trastorno grave.

* $p < 0.05$

Tabla 6

Probabilidad de presentar una consecuencia adversa del consumo de alcohol según el patrón de consumo, los trastornos por uso de alcohol (DSM 5 e ICD-10) y variables socio-demográficas en estudiantes universitarios de Mar del Plata, N = 1708

Predictor	Pérdida de control			Descuido de actividades			Culpa/remordimiento			Amnesia anterógrada			Lesión			Conflicto interpersonal			Consumo matutino			Necesidad de reducción			
	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	
<i>Patrones de consumo de alcohol y Trastorno por uso de Alcohol según DSM 5</i>																									
PCA	.001*	1.67	1.42-1.98	.001*	1.44	1.27-1.64	.012*	1.19	1.04-1.35	.001*	2.14	1.87-2.45	.032*	1.34	1.03-1.74	.001*	1.58	1.23-2.04	.148	1.50	0.87-2.60	.001*	1.52	1.24-1.87	
DSM 5	.001*	1.79	1.54-2.07	.001*	1.97	1.70-2.29	.001*	2.07	1.78-2.41	.001*	1.29	1.91-2.75	.001*	2.84	2.24-3.60	.001*	1.79	1.47-2.18	.575	1.15	0.70-1.89	.001*	2.15	1.79-2.59	
Edad	---	---	---	.001*	0.93	0.89-0.97	.009*	0.94	0.90-0.99	.001*	0.92	0.88-0.96	.001*	0.78	0.69-0.89	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Sexo	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.018*	0.68	0.49-0.94	---	---	---	.020*	1.67	1.09-2.58	.097	2.74	0.83-9.02	.124	1.36	0.92-2.00	
USP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.001*	2.09	1.34-3.27	---	---	---	---	---	---	
Ocupación	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.791	1.02	0.90-1.15	---	---	---	---	---	---	.081	0.74	0.53-1.04	---	---	---	
Estrato SE	---	---	---	.003*	0.76	0.63-0.91	.037*	0.82	0.68-0.99	.009*	0.77	0.64-0.94	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.041*	0.77	0.60-0.99	
R ²		.22			.29			.23			.47			.34			.22			.09			.26		
<i>Patrones de consumo de alcohol y Trastornos por uso de Alcohol según ICD-10</i>																									
PCA	.001*	1.81	1.54-2.14	.001*	1.56	1.38-1.76	.001*	1.33	1.18-1.51	.001*	2.30	2.01-2.63	.003*	1.48	1.15-1.92	.001*	1.75	1.35-2.27	.214	1.42	0.82-2.45	.001*	1.75	1.44-2.14	
ICD-10	.001*	1.74	1.50-2.03	.001*	1.91	1.64-2.23	.001*	1.84	1.58-2.14	.001*	2.31	1.89-2.82	.001*	2.86	2.25-3.62	.001*	1.70	1.39-2.08	.410	1.26	0.73-2.16	.001*	1.77	1.48-2.12	
Edad	---	---	---	.002*	0.93	0.89-0.97	.012*	0.95	0.91-0.99	.001*	0.93	0.88-0.97	.001*	0.78	0.69-0.89	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Sexo	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.033*	0.70	0.51-0.97	---	---	---	.021*	1.67	1.08-2.57	.148	2.45	0.73-8.22	.078	1.41	0.96-2.06	
USP	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.001*	2.35	1.51-3.67	---	---	---	---	---	---	
Ocupación	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.892	0.99	0.88-1.12	---	---	---	---	---	---	.041*	0.69	0.48-0.98	---	---	---	
Estrato SE	---	---	---	.005*	0.77	0.64-0.93	.020*	0.80	0.67-0.97	.010*	0.77	0.64-0.94	---	---	---	---	---	---	---	---	---	.026*	0.76	0.60-0.97	
R ²		.22			.27			.20			.46			.33			.22			.09			.21		

Nota. IC = Intervalo de Confianza. OR = Odds Ratio. PCA = Patrón de consumo de alcohol. DSM = Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales. ICD = Clasificación Internacional de Enfermedades. USP

= Uso de otras sustancias psicoactivas. SE = Socio-económico.

Valores de referencia: Consecuencias del consumo = Sí; Patrones de consumo de alcohol = pesados; Trastornos por uso de alcohol ICD-10= dependencia; Trastornos por uso de alcohol DSM 5 = trastorno grave;

Edad en años; Género =varón; Nivel socioeconómico = Estrato IV; Ocupación= otro; Consumo de otras sustancias psicoactivas en el último = sí.

Todas las variables fueron incluidas en el modelo.

* $p < 0.05$

Tabla 7

Características de las muestras de estudiantes universitarios de Argentina (N = 472), Brasil (N = 154) y España (N=320)

Variables	Argentina			Brasil			España		
	M(DS)	%	IC 95%	M(DS)	%	IC 95%*	M(DS)	%	IC 95%
Edad	23.41 (7.08)		22.76-24.05	23.27 (4.14)		---	20.26 (5.56)		19.80-20.72
Sexo									
Mujer		81	78-85		77	---		83	79-88
Varón		19	15-22		23	---		17	12-21
Consumidores último año		93	91-95		78	---		96	93-98
Consumo Excesivo Episódico		35	31-39		30	---		54	48-59
Uso de otras sustancias psicoactivas		38	34-43		33	---		34	29-40
Estado civil = soltero		84	80-87		87	---		92	89-95
Ocupación principal= estudiante		59	54-63		80	---		96	94-98

Nota. IC = Intervalo de Confianza.

* Dado que se trata de una muestra no probabilística, no se incluye IC.

Tabla 8

Comparación del ajuste de modelo del análisis de clases latentes para los patrones de consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Argentina (N=472), Brasil (N=154) y España (N=320)

Modelo	Argentina				Brasil				España			
	Log-likelihood	Par.	AIC	BIC	Log-likelihood	Par.	AIC	BIC	Log-likelihood	Par.	AIC	BIC
1 clase	-1587.84	9	3193.68	3231.02	-539.91	8	1095.82	1120.12	-1014.20	9	2046.40	2080.23
2 clases	-1435.74	19	2909.48	2988.30	-461.63	17	957.25	1008.88	-894.97	19	1827.94	1899.36
3 clases	-1386.65	29	2831.30	2951.60	-423.39	26	898.79	977.75	-865.24	29	1788.48	1897.49
4 clases	-1374.96	39	2827.91	2989.70	-418.78	35	902.48	1013.77	-856.32	39	1790.64	1937.24
5 clases	-1370.33	49	2838.66	3041.94	-418.13	44	924.27	1057.89	-852.07	49	1802.13	1986.32

Nota. AIC=Akaike Information Criterion, BIC=Bayesian Information Criterion. Par=Parámetros.

Tabla 9

Prevalencia de Trastornos por uso de Alcohol y Huérfanos Diagnósticos según DSM 5 e ICD-10 en estudiantes universitarios de Argentina (N=472), Brasil (N=154) y España (N=320)

	Argentina		Brasil		España	
	%	IC 95%	%	IC 95%*	%	IC 95%
DSM 5						
Negativo	65	60-69	62	---	46	40-51
Huérfano Diagnóstico	18	15-22	18	---	23	18-27
Trastorno por uso de alcohol leve	12	9-15	13	---	23	19-28
Trastorno por uso de alcohol moderado	4	2-5	4	---	8	5-11
Trastorno por uso de alcohol grave	1	0-2	3	---	0	0-1
ICD-10						
Negativo	69	65-74	66	---	49	43-54
Huérfano Diagnóstico	18	14-21	18	---	19	15-23
Consumo Perjudicial	8	6-11	7	---	23	18-28
Dependencia	5	3-7	9	---	9	6-13

Nota. IC=Intervalo de Confianza. DSM=Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales. ICD=Clasificación Internacional de Enfermedades.

* Dado que se trata de una muestra no probabilística, no se incluye IC.

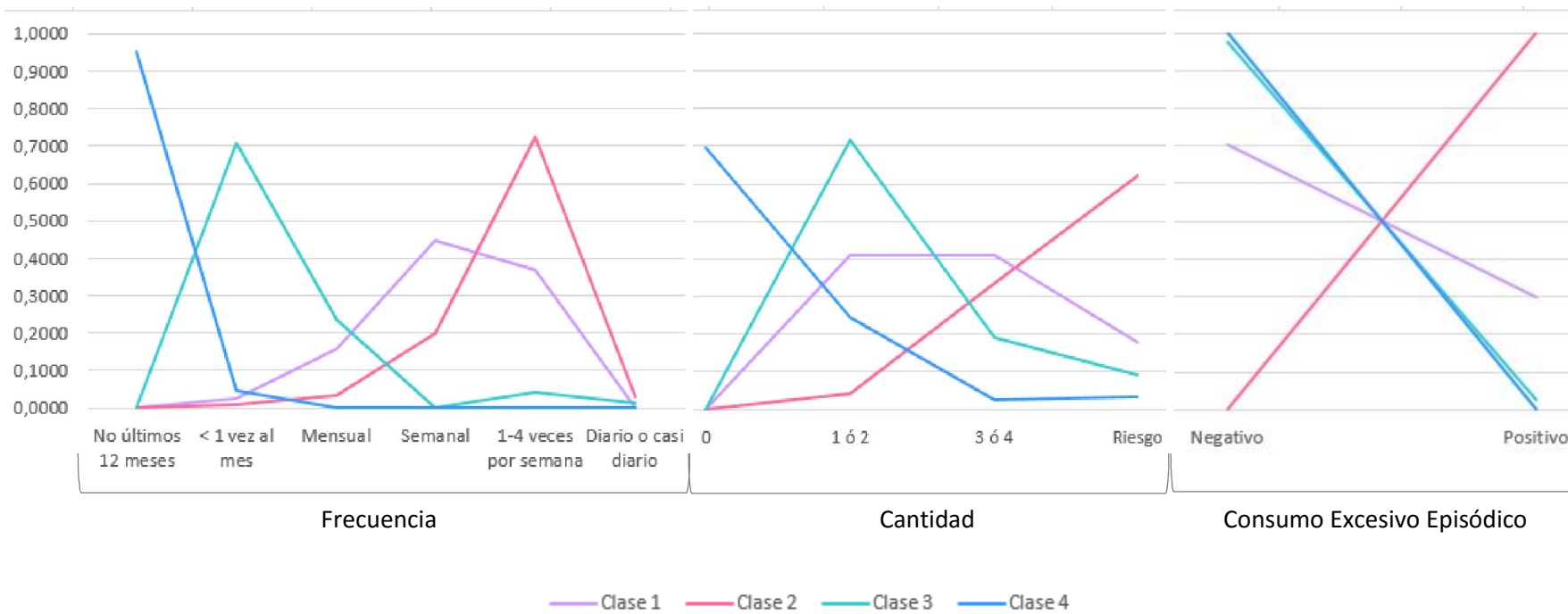


Figura 1. Probabilidad condicional de respuesta al ítem (eje y) por variable de consumo de alcohol para cada clase o patrón de consumo de alcohol, estudiantes universitarios, Mar del Plata, N=1708.

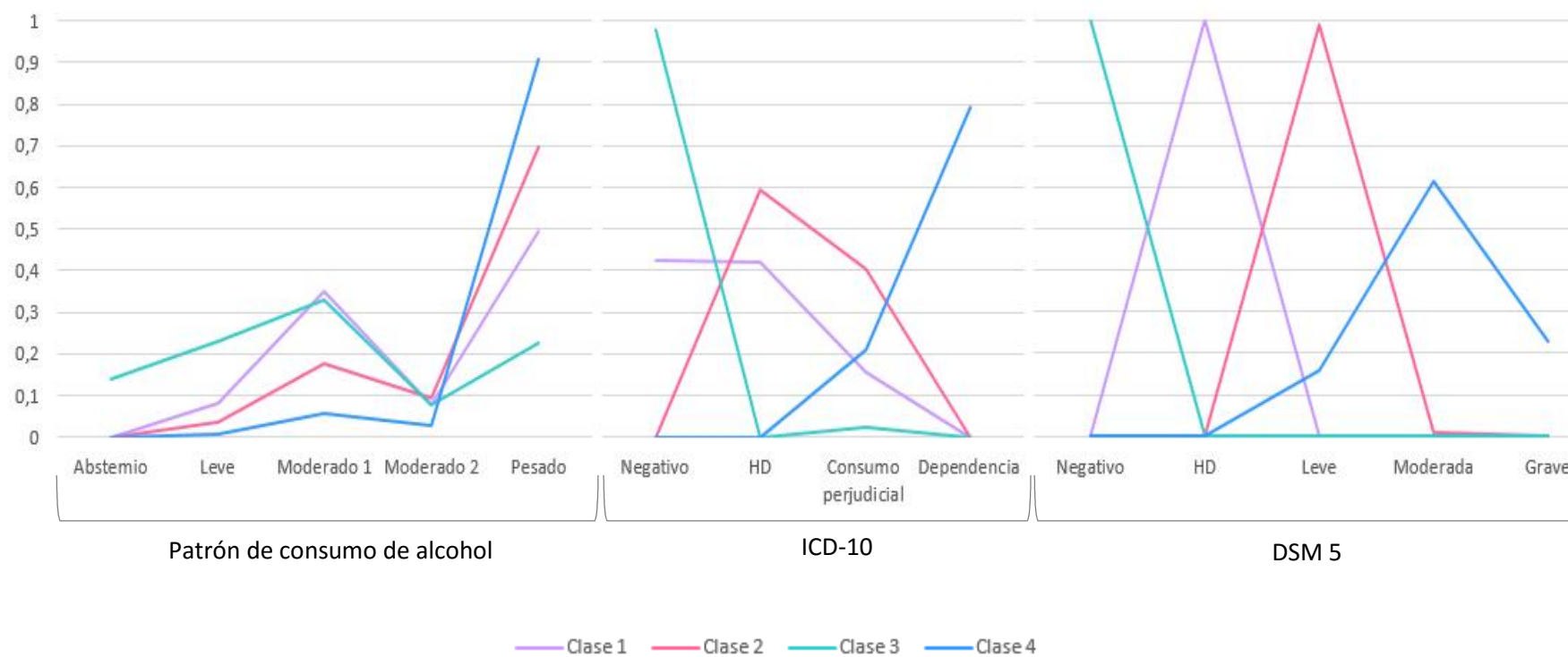


Figura 2. Probabilidad condicional de respuesta al ítem (eje y) por patrón de consumo de alcohol y sistema de clasificación de trastornos por uso de alcohol, estudiantes universitarios, Mar del Plata, N=1708
 DSM= Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales. ICD = Clasificación Internacional de Enfermedades. HD = Huérfanos Diagnósticos.

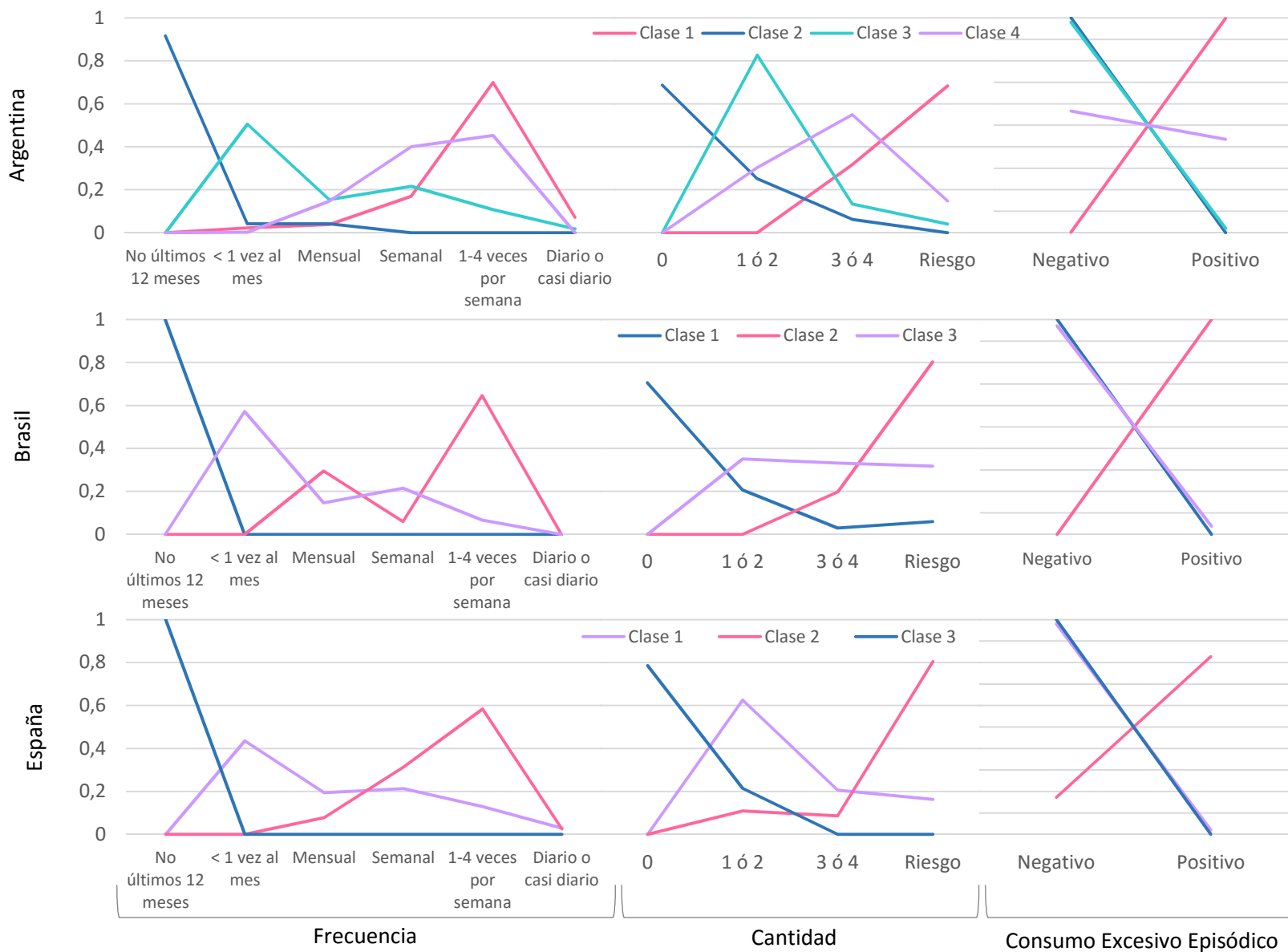


Figura 3. Probabilidad condicional de respuesta al ítem (eje y) por variable de consumo de alcohol para cada clase o patrón de consumo de alcohol, estudiantes universitarios, Argentina (N = 472), Brasil (N = 154), y España (N = 320).

Anexo 3. Aavales Éticos del Proyecto

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA
"Dr. Juan Héctor Jara", abril 10 de 2006.-

Informe de la Comisión de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara", sobre el proyecto: **"Ingesta de alcohol como factor de riesgo de lesiones accidentales y violentas"**.

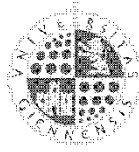
De el análisis del protocolo, queda claro, su importancia social, y su seguro aporte a conocer más la problemática presupuestada.

Se cuida muy bien el conocimiento de las personas encuestadas, por lo que el ofrecimiento de ayuda o la posible interferencia en tratamientos, se contempla en forma adecuada con el consentimiento informado, asegurando el tratamiento anónimo y confidencial.

Se deja constancia de la aprobación de la C.E.I. del I.N.E.



Eliseo LOPEZ GOMEZ
Médico - I.N.E.
Jefe de Docencia e Información Científica
Post-Grado en Bioética (U.N.M.D.P.)
eliseolopez@ine.gov.ar



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Vicerrectorado de Investigación,
Desarrollo Tecnológico e Innovación

Comité de Bioética

- Informe -

Tipo de actividad: Investigadora – Trabajo Fin de Máster

Título de la actividad: Alcohol y Amnesia en Universitarios de Argentina y España: Prevalencia y Predicción.

Tutora: Ana Raquel Ortega Martínez

Alumna: Karina Conde

Tipo de documentación examinada: Impreso de Solicitud, hoja de información y modelo de consentimiento informado

Tipo de experimentación o actividad sometida a informe: Utilización de datos de carácter personal

Informe que se emite: Favorable

Puesto que los sujetos de la investigación serán estudiantes de la Universidad, éstos no podrán tener relación con asignaturas de las que sean docentes la investigadora o la tutora del trabajo.

Jaén, 8 de febrero de 2013

María de los Ángeles Peinado Herreros
Vicerrectora de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación

Vicerrectorado de Investigación Desarrollo Tecnológico e Innovación

Campus Las Lagunillas, s/n. Edificio B-1. Rectorado – Telf. 953 21 2597 – Fax 953 21 1968 – E-mail: vicinv@ujaen.es

Anexo 4. Sintaxis y líneas de comando

```
lcFormula <- cbind (p1r, p3r, CEEA) ~ 1
for (i in 1:5){
  max_ll <- -100000
  min_bic <- 100000
  for (j in 1:50){
    res<-poLCA(lcFormula,UNMdP,nclass=i,maxiter=10000, tol=1e-5)
    if(res$bic<min_bic){
      min_bic<-res$bic
      LCA_best_model<-res
    }
  }
}
```

```
lcFormula <- cbind (patron, CIE, dsm5d) ~ 1
for (i in 1:8){
  max_ll <- -100000
  min_bic <- 100000
  for (j in 1:50){
    res<-poLCA(lcFormula,UNMdP,nclass=i,maxiter=10000, tol=1e-5)
    if(res$bic<min_bic){
      min_bic<-res$bic
      LCA_best_model<-res
    }
  }
}
```

Los datos de este cuestionario serán tratados de forma confidencial y anónima, y con fines científicos. Te pedimos que leas atentamente cada pregunta y que la contestes de forma sincera. Muchas gracias.

Sexo: Varón Mujer Edad: ____ años Carrera: _____ Año de cursada ____ Fecha: / /

1. Durante los últimos doce meses, ¿qué tan seguido tomaste alguna bebida alcohólica (cerveza, vino, tragos)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días (1) | <input type="checkbox"/> 6-11 veces al año (7) |
| <input type="checkbox"/> Casi todos los días (2) | <input type="checkbox"/> 1-5 veces al año (8) |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (3) | <input type="checkbox"/> No tomé NADA de alcohol en los últimos 12 meses, pero tomé antes (9). |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana (4) | <input type="checkbox"/> Nunca tomé (10) |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes (5) | |
| <input type="checkbox"/> Cerca de una vez al mes (6) | |

1.1. En caso de haber dejado de tomar ¿qué te llevó a dejar de consumir alcohol?

Aunque no tomes, por favor seguí contestando lo mejor que puedas

2. Cuando tomás bebidas alcohólicas, generalmente ¿qué bebida tomás? (señalá sólo una opción)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cerveza (1) | <input type="checkbox"/> Tragos preparados (ej. Fernet, daiquiri, Gancia)(4) |
| <input type="checkbox"/> Vino (2) | <input type="checkbox"/> Otra. Cuál (5): _____ |
| <input type="checkbox"/> Vodka, whisky, licor u otra destilada (3) | <input type="checkbox"/> No tomo ninguna bebida |

3. Cuando tomás alguna bebida alcohólica, generalmente ¿cuántos tragos tomás en cada ocasión?

(utilizá la siguiente tabla de EQUIVALENTES para contestar):

- 1 botella de licor, w hisky, coñac o bebida blanca = 32 medidas = 32 tragos
- 1 botella vino/champagne = 6 vasos = 6 tragos
- 1 botella de cerveza = 3 porrones = 3 tragos
- 1 medida de licor, w hisky, coñac o bebida blanca = 1 trago
- 1 trago preparado = 1 trago
- 1 copa o vaso de vino = 1 trago
- 1 porrón o lata cerveza = 1 trago

TRAGOS

4. Durante los últimos doce meses ¿qué tan seguido tomaste 12 o más tragos (cualquier combinación de cerveza, vino u otra bebida alcohólica) en una sola ocasión (por ej. en la misma salida)?

(utilizá la siguiente tabla de EQUIVALENTES para contestar)

12 tragos igual a:

- 12 vasos de Gancia, Fernet o daiquiri u otro trago ó 1/3 de botella de destilada ó
- 2 botellas o cajas de vino, champagne o sidra ó
- 12 vasos de vino o champagne ó
- 4 botellas de cerveza ó
- 12 latas o porrones de cerveza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días (1) | <input type="checkbox"/> 6-11 veces al año (7) |
| <input type="checkbox"/> Casi todos los días (2) | <input type="checkbox"/> 1-5 veces al año (8) |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (3) | <input type="checkbox"/> No durante los últimos 12 meses, pero sí antes (9). |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana (4) | <input type="checkbox"/> Nunca tomé (10) |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes (5) | |
| <input type="checkbox"/> Cerca de una vez al mes (6) | |

5. Durante los últimos doce meses, ¿qué tan seguido tomaste 5 o más tragos, pero menos de 12 (cualquier combinación de cerveza, vino u otra bebida alcohólica) en una sola ocasión?

(utilizá la siguiente tabla de EQUIVALENTES para contestar)

5 tragos igual a:

- 5 medidas de vodka, w hisky, Baileys u otro licor ó
- 5 vasos de Gancia, Fernet o daiquiri u otro trago ó
- 1 botella o cajas de vino, champagne o sidra ó
- 5 vasos o copas de vino, champagne o sidra ó
- 2 botellas de cerveza

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los días (1) | <input type="checkbox"/> 6-11 veces al año (7) |
| <input type="checkbox"/> Casi todos los días (2) | <input type="checkbox"/> 1-5 veces al año (8) |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana (3) | <input type="checkbox"/> No durante los últimos 12 meses, pero sí antes (9). |
| <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana (4) | <input type="checkbox"/> Nunca tomé (10) |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 veces al mes (5) | |
| <input type="checkbox"/> Cerca de una vez al mes (6) | |

6. ¿Alguna vez tuviste algún problema relacionado con el alcohol por el que hayas consultado o intentado obtener atención o tratamiento?

Sí No

Por favor, antes de seguir controlá que no te haya quedado ningún ítem sin contestar

7. A. ¿Cuántos tragos (según el esquema de la pregunta N°3) tomás en un día típico de los que bebes? _____ TRAGOS

Por favor, indicá con qué frecuencia has tenido las siguientes experiencias durante el último año:

	A diario o casi diario	Semanalmente	Mensualmente	Anualmente	Nunca en el último año
7. B. ¿Qué tan frecuentemente tomas 6 o más tragos en la misma ocasión?					
7. C. ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?					
7. D. ¿Te ocurrió que no pudiste hacer lo que se esperaba normalmente de vos a causa de la bebida?					
7. E. ¿Qué tan frecuentemente bebiste en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior?					
7. F. ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?					
7. G. ¿Qué tan frecuentemente olvidaste algo que había pasado cuando estabas bebiendo?					
	(H) Alguna vez		(I) Durante los últimos 12 meses		
	SI	NO	SI	NO	
(1) ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?					
(2) ¿Algún amigo, familiar, o doctor se ha preocupado por la forma en que bebes o te ha sugerido que bebas menos?					








8. Ahora siguen algunas preguntas sobre tus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas.

A. ¿Cuántos tragos (según el esquema de la pregunta N°3) puedes tomar, aguantar o tolerar? _____ TRAGOS		
B. Durante el último año, ¿has recibido alguna queja por parte de amigos cercanos o familiares sobre tu consumo de bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
C. ¿Tomás en ocasiones algo con alcohol por la mañana o después de levantarte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
D. ¿Sentís a veces la necesidad de reducir tu consumo de bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
E. ¿Alguna vez te ha hablado un amigo o familiar de cosas que hayas hecho o dicho cuando estabas bebiendo, las cuales no recuerdas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si contestaste sí a E: ¿Sucedió esto durante los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

9. A. Durante el último año, ¿tomaste alguna bebida alcohólica a escondidas para evitar problemas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
B. Durante el último año, ¿alguna vez mentiste para poder tomar alcohol y evitar problemas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
C. Durante el último año, ¿alguna vez discutiste con amigos o familiares a causa de tu manera de tomar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

10. a.1. ¿Alguna vez te has lastimado (lesionado) accidentalmente mientras bebías (y estabas bajo los efectos del alcohol) como por ejemplo, sufrir una caída o herida, lastimarse (lesionarse) en un accidente de tránsito o algo similar?

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
a.2. ¿Cuándo fue la última vez que te has lastimado accidentalmente mientras estabas bajo los efectos del alcohol?	continúa en b.1
<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	

b.1. ¿Alguna vez ¿notaste que empezabas a necesitar tomar mucho más para obtener el mismo efecto que antes o que tomar la cantidad acostumbrada de alcohol tenía menos efecto para vos?		
<input type="checkbox"/> SÍ 	<input type="checkbox"/> NO	
b.2. ¿Cuándo fue la última vez que notaste que tenías necesidad de tomar más que antes para obtener el mismo efecto, o que tomar la cantidad acostumbrada de alcohol tenía menos efecto para vos que antes?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en c.1
c.1. ¿Alguna vez has sentido un deseo o una urgencia tan fuerte de beber que no pudiste resistirlo o has necesitado (deseado) tanto un trago (copa o vaso) que no podías pensar en nada más?		
<input type="checkbox"/> SÍ 	<input type="checkbox"/> NO	
c.2. ¿Cuándo fue la última vez que has sentido un deseo o una urgencia tan fuerte de beber que no pudiste resistirlo o has necesitado tanto un trago que no podías pensar en nada más?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en d.1
d.1. ¿Tomabas a menudo mucho más alcohol de lo que esperabas consumir (beber), una vez que empezabas a beber o por mucho más tiempo de lo que te proponías?		
<input type="checkbox"/> SÍ 	<input type="checkbox"/> NO	
d.2. ¿Cuándo fue la última vez que tomaste mucho más alcohol de lo que esperabas consumir (beber), o por mucho más tiempo de lo que te proponías?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en d.3
d.3. ¿Con frecuencia comenzabas a beber y te dabas cuenta de que te era difícil dejarlo antes de estar ebrio(a)/borracho(a)?		
<input type="checkbox"/> SÍ 	<input type="checkbox"/> NO	
d.4. ¿Cuándo fue la última vez que te diste cuenta de que te era difícil dejarlo antes de estar ebrio(a)/borracho(a)?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en e.1
e.1. ¿Alguna vez has querido dejar de tomar o disminuir la bebida pero no has podido?		
<input type="checkbox"/> SÍ 	<input type="checkbox"/> NO	
e.2. ¿Cuándo fue la última vez que trataste de dejar o disminuir la bebida pero no has podido?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en f.1
f.1. ¿Alguna vez has tenido un periodo en el que pasabas mucho tiempo bebiendo o recuperándote de los efectos del alcohol?		
<input type="checkbox"/> SÍ 	<input type="checkbox"/> NO	
f.2. ¿Cuándo fue la última vez que has tenido un periodo en el que pasaste mucho tiempo bebiendo o recuperándote de los efectos del alcohol?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en g.1
g.1. ¿Alguna vez dejaste o disminuiste considerablemente actividades importantes, como un deporte, trabajo, o tiempo con amigos o familiares, para poder beber?		
<input type="checkbox"/> SÍ 	<input type="checkbox"/> NO	
g.2. ¿Cuándo fue la última vez que dejaste o disminuiste considerablemente actividades para poder beber?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en h.1

h.1. Suspender o disminuir el consumo de alcohol por un tiempo ¿alguna vez te causó problemas como...?:
(responder todos)


(a) temblores (temblor en las manos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(b) que no pudieras dormir	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(c) sentirte nervioso(a) o inquieto(a)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(d) sudores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(e) que tu corazón latiera rápido (taquicardia)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(f) dolores de estómago	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(g) dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(h) debilidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(i) ver u oír cosas que otros no podían ver u oír	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(j) ataques o convulsiones después de suspender o disminuir el consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si contestó TODOS NO en h.1, IR A i.1.

h.2. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste alguno de esos problemas (los señalados en H.1) después de no beber por un tiempo?

Este último mes En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes) Hace más de 12 meses

h.3. ¿En alguna ocasión tomaste un trago (copa o vaso) para evitar estos problemas o hacerlos desaparecer?

<input type="checkbox"/> Sí 	<input type="checkbox"/> NO
<p>h.4. ¿Cuándo fue la última vez que tomaste un trago (copa o vaso) para evitar estos problemas?</p> <input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en i.1

i.1. Hay varios problemas de salud que pueden ser provocados por la bebida. La bebida ¿alguna vez te causó alguno de estos?(Por favor responder todos)


(a) una enfermedad del hígado o hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(b) enfermedad del estómago o sangre al vomitar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(c) hormigueo o entumecimiento en los pies	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(d) problemas de memoria aun cuando no estabas bebiendo.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(e) pancreatitis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SI contestó TODOS NO en i.1, ir a j.1


i.2. ¿Cuándo fue la última vez que has tenido cualquiera de estos problemas de salud a causa de la bebida?

Este último mes En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes) Hace más de 12 meses

i.3. ¿Continuaste bebiendo aún después de haberte dado cuenta que te causaba alguno de estos problemas de salud?

<input type="checkbox"/> Sí 	<input type="checkbox"/> NO
<p>i.4. ¿Cuándo fue la última vez que continuaste bebiendo aún después de haberte dado cuenta que te causaba alguno de estos problemas de salud?</p> <input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en j.1

j.1. ¿Alguna vez has continuado bebiendo aun sabiendo que tenías alguna (otra) enfermedad física seria que podía empeorarse por la bebida o mientras tomabas un medicamento que sabías que era peligroso mezclar con alcohol?

<input type="checkbox"/> Sí 	<input type="checkbox"/> NO
<p>j.2. ¿Cuándo fue la última vez que continuaste bebiendo aun sabiendo que tenías una enfermedad física seria o mientras tomabas un medicamento que sabías que era peligroso mezclar con alcohol?</p> <input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en k.1

k.1. El tomar alcohol, ¿alguna vez te ha causado problemas emocionales (nerviosos) o psicológicos, como...? (responder todos)

(a) falta de interés en las actividades acostumbradas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(b) sentirte triste o deprimido(a)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(c) sentirte suspicaz o desconfiado(a) de otros.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(d) tener pensamientos extraños	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

SI contestó TODOS NOenK-1ir aL-1

k.2. ¿Cuándo fue la última vez que has tenido algunos de esos problemas emocionales o psicológicos a causa de la bebida?

Este último mes En los últimos 12 meses (pero hace más de un mes) Hace más de 12 meses

k.3. ¿Continuaste bebiendo aún después de darte cuenta de que el alcohol te creaba cualquiera de estos problemas emocionales (nerviosos)?

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
k.4. ¿Cuándo fue la última vez que continuaste bebiendo aún después de darte cuenta de que el alcohol te creaba cualquiera de estos problemas emocionales (nerviosos)?	<input type="checkbox"/> Este último mes <input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses (pero hace más de 1 mes) <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	continúa en l.1

l.1. El consumo de alcohol ¿alguna vez te ha causado problemas considerables con tu familia, amistades, en el trabajo, en el estudio, o con la policía?

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
l.2. ¿Continuaste usando alcohol aún después de darte cuenta que esta(s) te estaba(n) causando estos problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No continúa en l.3

l.3. El consumo del alcohol ¿alguna vez fue motivo para que te sancionaran o despidieran de tu lugar de estudio/trabajo?

<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
l.4. ¿Continuaste usando alcohol aún después de darte cuenta que te estaba causando estos problemas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No continúa l.5

l.5. ¿Has estado frecuentemente bajo los efectos del alcohol o sufriendo efectos de una resaca mientras estabas en el trabajo o lugar de estudios o al cuidado de niños?

Sí
 No

11. ¿Durante los últimos 12 meses, alguna vez tuviste que ir a la guardia (servicio de emergencia) de algún hospital o clínica para ser atendido por alguna enfermedad o lesión (herida)?

Sí
 No

12. Por favor, marca las sustancias (sin incluir los medicamentos recetados) que has consumido alguna vez durante los últimos 12 meses

- Metadona o Heroína (F)
- Codeína u opioides, como morfina, Demerol, Fentanilo, Klosidol, Codelasa, Diclofenac (G)
- Cocaína, pasta base o paco/crack (C)
- Otros estimulantes como anfetaminas, efedrina, teofilina, píldoras adelgazantes, descongestivos nasales, etc. (B)
- Sedantes, o tranquilizantes como Trapax, Rivotril, Rohynol, Valium, Lexotanil, etc (D)
- PCP, ácido, LSD, mezcalina, alucinógenos, polvo de ángel, éxtasis, ketamina (H)
- Marihuana, hachís (I)
- Cualquier otra droga sin incluir medicamentos recetados. Cuál?: _____ (J)
- Ninguna durante los últimos 12 meses**

- 13.a. ¿Te mudaste de ciudad para estudiar? Sí No
 13.b. ¿Vivís en Mar del Plata? Sí No
 13.c. ¿En qué Ciudad/Barrio vivís?: _____

A. Profesión de la persona que más dinero gana en su hogar
1. Profesión Universitaria, financistas, banqueros o comerciantes de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
2. Profesión Técnica Superior, Terciarios, medianos comerciantes o productores.
3. Empleados sin profesión universitaria, con técnica media (secundaria), pequeños comerciantes o productores.
4. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
5. Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
B. Nivel de instrucción de los padres (Marcar con círculo el de la madre y con cruz el del padre)
1. Enseñanza Universitaria o su equivalente.
2. Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
3. Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
4. Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria).
5. Analfabeto.
C. Principal fuente de ingreso de la familia
1. Fortuna heredada o adquirida.
2. Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
3. Sueldo mensual.
4. Salario semanal, por día, entrada a destajo (por tarea o unidad de obra).
5. Donaciones de origen público o privado.
D. Condiciones de alojamiento
1. Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
2. Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.
3. Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
4. Viviendas con ambientes reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
5. Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

14. Por favor, señala tu ocupación principal

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajador tiempo completo (35 +horas semanales) (1) | <input type="checkbox"/> Discapacitado por problema físico (5) |
| <input type="checkbox"/> Trabajador tiempo parcial (35 – horas semanales) (2) | <input type="checkbox"/> Jubilado (6) |
| <input type="checkbox"/> Sin trabajo y buscando (3) | <input type="checkbox"/> Ama de Casa (7) |
| <input type="checkbox"/> Sin trabajo y no buscando (4) | <input type="checkbox"/> Estudiante (8) |
| <input type="checkbox"/> Otro. ESPECIFIQUE: _____ (9) | |

15. Tu estado civil es:

- Soltero/a (1) Casado/a o unido/a de hecho (2) Separado/a o divorciado/a (3) Viudo/a (4)

Terminaste ¡Muchas gracias por tu colaboración!



Estudio epidemiológico sobre hábitos de ingesta de alcohol

Te invitamos a participar... Como estudiante de la UNMdP has sido invitado a participar del Estudio sobre uso habitual de alcohol. Participar de este estudio no implica ningún inconveniente o riesgo, solo unos 15 minutos de tu tiempo.

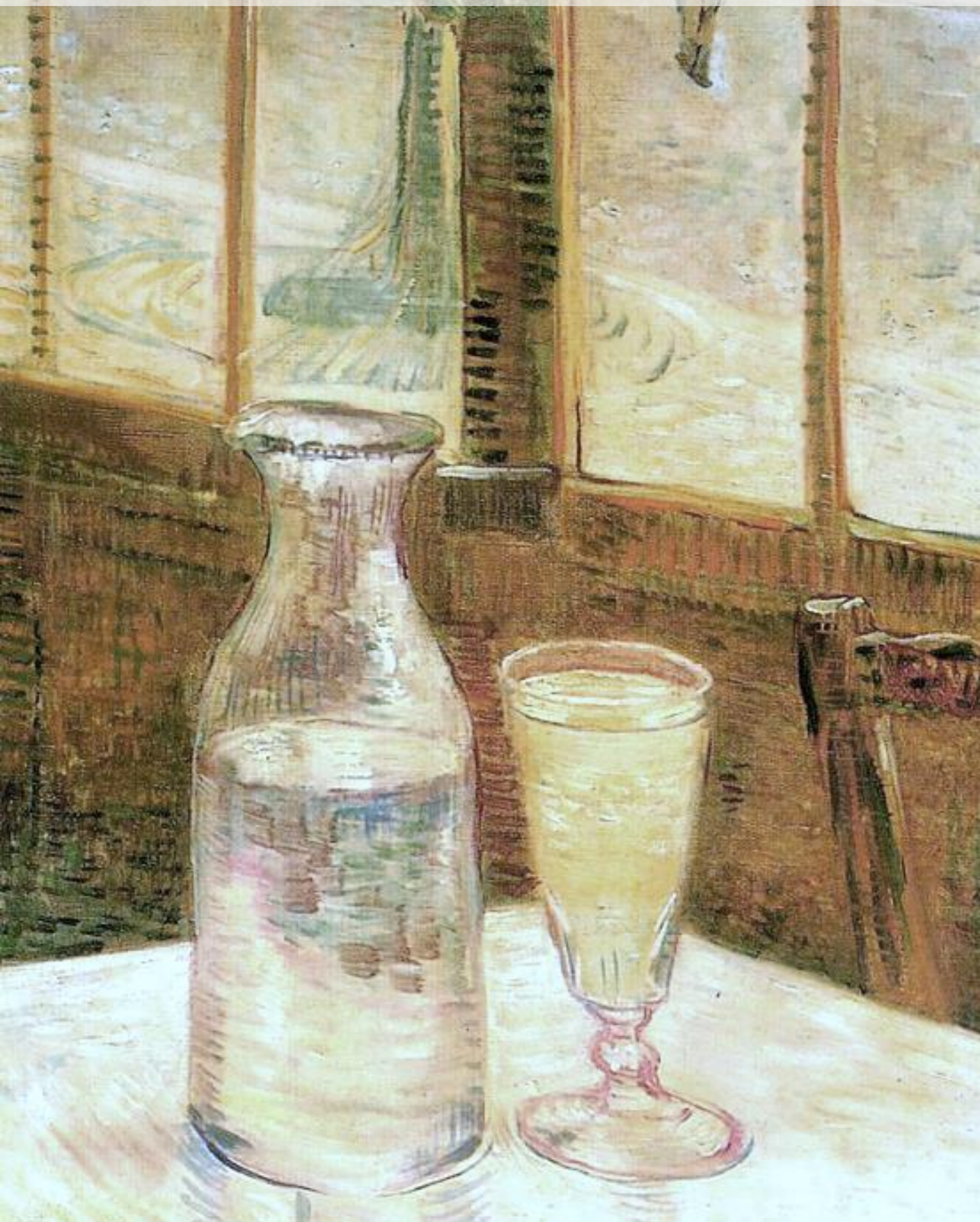
CONFIDENCIALIDAD: TODA la información es ESTRICTAMENTE ANONIMA Y CONFIDENCIAL. Esto significa que no vamos a preguntarte tu nombre ni apellido, ni a anotar nada en el cuestionario que haga que puedas ser identificado. Las únicas personas que tendrán acceso a la información que nos des serán los investigadores del proyecto.

Para mayor información, consultas o ayuda sobre problemas con el alcohol puedes dirigirte a:

- ① **Alcohólicos Anónimos:** Lamadrid 2578, Local 26. Guardia telefónica Intergrupo Mar del Plata: (0223) 156842219.
- ① **Servicio de Alcoholismo e Hígado del HIGA:** Juan B. Justo y 167. Tel: (0223) 477-0262 al 65. Atención y turnos los días miércoles a las 8:00 a.m. en planta baja (puerta principal a la izquierda).
- ① **Servicio Municipal de Atención a las Adicciones (SEMDA):** Jara 1661. Tel. (0223) 473-2037/474-6632.
- ① **Centro Prevención de las Adicciones (CPA):** Tel: 0800-222-5402. Buenos Aires 2855. Horario: L a V 9 a 17 hs. Tel.: (0223) 493-1164. Cuba y Génova - Sociedad de Fomento Bº Pueyrredón Horario: L, Mi, V 9 a 12 y 16 a 19 hs. Tel.: (0223) 4779706.

Para mayor información sobre el estudio: Si querés informarte más acerca de este estudio o recibir una copia de los resultados cuando esté disponible puedes hacerlo a la siguiente dirección de correo electrónico: investigacionalcohol@gmail.com.

PATRONES DE CONSUMO Y TRASTORNOS POR USO DE ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS



Doctorado en Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

Karina Natalia Conde
2016