



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

de la Espriella Guerrero, Ricardo Andrés; Rodriguez, Viviana; Rincón, Carlos J.; Cabrera
Morales, Diana; Pérez Rodríguez, Sandy Johanna; Gómez-Restrepo, Carlos
Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental
2015

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 45, núm. 1, diciembre, 2016, pp. 76-88
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650839011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

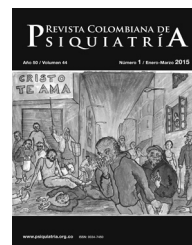
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Ricardo Andrés de la Espriella Guerrero^a, Viviana Rodríguez^b, Carlos J. Rincón^b,
Diana Cabrera Morales^a, Sandy Johanna Pérez Rodríguez^a y Carlos Gómez-Restrepo^{b,*}

^a Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de noviembre de 2015

Aceptado el 3 de mayo de 2016

On-line el 9 de julio de 2016

Palabras clave:

Etanol

Alcoholismo

Encuesta de salud

Psicometría

RESUMEN

Introducción: La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 indagó en Colombia, entre otros asuntos, sobre el de consumo de alcohol de las personas entre 12 y 17 años y de 18 y más años. Se presentaron los datos según edad y región, sin realizar cruces con otras variables de salud mental, problemas, trastornos, acceso a servicios, estados de salud y su valoración.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del consumo de alcohol en la población colombiana de edad ≥ 12 años teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y el cribado clínico.

Métodos: Análisis secundario de base de datos de la ENSM 2015; constituyeron la muestra 15.231 personas de 12 a 96 años de 13.200 hogares de cinco regiones del país (Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica). Se usó el *Alcohol and Use Disorder Identification Test*, corto y completo (AUDIT y AUDIT-C), con análisis estratificado según puntuación y otras variables incluidas en la encuesta.

Resultados: El 2,7% de los menores estudiados entran en la categoría de bebedor de riesgo. El mayor porcentaje de bebedores de riesgo se ubica en la franja de 18 a 44 años, con clara mayoría de varones.

Conclusiones: El estudio encuentra que un AUDIT-C positivo en mayores de edad se asocia con mayor porcentaje de no presentar síntomas ansiedad y menos problemas de ansiedad, eventos traumáticos y eventos traumáticos por conflicto armado reportados. Esto requiere más estudios. Las personas adultas con AUDIT-C positivo tienen mayor percepción de bienestar, aunque también se halla mayor porcentaje de hogares en estado de pobreza. El estudio de factores individuales, sociales, familiares y ambientales en poblaciones específicas se debe desarrollar para realizar intervenciones más adecuadas.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Alcohol Consumption in the Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:

Ethanol
Alcoholism
Health care survey
Psychometrics

Introduction: National Survey of Mental Health (ENSM) in 2015 in Colombia asks, among other conditions, about alcohol consumption in people 12-17 years old, and 18 and older. Data were presented by age and region, with no cross-references to other categories of mental health problems, disorders, access to services, and health status.

Objective: To assess alcohol consumption in Colombia, taking into account sociodemographic and clinical screening categories included.

Methods: Secondary database analysis, sample size: 15,231 people from 13,200 households of five regions (Atlantic, Bogotá, Central, Eastern, and Pacific), with an age range from 12 to 96 years. AUDIT and AUDIT-C were used and stratified according to score and other variables included in the survey analysis.

Results: The high-risk drinking category was observed in 2.7% of children studied, with the highest percentage of drinking risk lying in the range of 18 to 44 years, with a clear majority of men.

Conclusions: The study finds that a positive AUDIT-C in adults is associated with a higher percentage of non-anxiety, less anxiety problems, and traumatic events and traumatic events related to armed conflict. This requires further studies. Adults with positive AUDIT-C have a greater perception of well-being, but also a higher percentage of households in poverty. The study of individual, social, family and environmental factors in specific populations should be developed in order to make more appropriate interventions.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

El alcohol es la segunda sustancia psicotrópica activa más usada en el mundo, luego de la cafeína, y es un factor de riesgo de muerte y discapacidad temprana¹. Este tipo de trastorno tiene un alto grado de asociación con enfermedades mentales, traumatismos, enfermedades como coronariopatías, cirrosis hepática, epilepsia, cáncer (hepático, colorrectal, mamario, laríngeo, faríngeo y esofágico). Tiene impacto en el grado de discapacidad, lo cual afecta al funcionamiento familiar, económico y social de los individuos². El consumo de alcohol también está relacionado con agresiones y situaciones de violencia, comisión de actos criminales, intentos suicidas y suicidios consumados y uso de otro tipo de sustancias psicoactivas³.

Se ha encontrado mayor riesgo de accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol; las concentraciones plasmáticas de la sustancia están relacionadas con casos de mayor gravedad e incluso fatales. La encefalopatía de Wernicke se presenta hasta en el 12,5% de los casos con consumo en patrón de abuso o dependencia de alcohol⁴.

El impacto mundial del consumo de alcohol se refleja en el hecho de que esta sustancia causa 3,3 millones de muertes al año², es decir, el 5,9% de todas las defunciones.

Estudios epidemiológicos

En la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2008⁵, se estableció que 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol, en mayor proporción entre los varones (5:1). Las

mayores prevalencias, ajustada por el consumo de riesgo o perjudicial, se encuentra en Medellín, San Andrés y Providencia, Córdoba, Chocó, La Guajira, Nariño y Sucre⁶.

La Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2008 encontró que 61% de los colombianos de 12-65 años ha consumido alcohol en el último año⁵. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 10 años los varones y 11 años las mujeres⁷.

En el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia de 2013, se encontró que el 87% había consumido alcohol alguna vez en su vida y, de estos, el 35,8% en los últimos 30 días, más frecuente entre los varones que entre las mujeres (el 91 frente al 83%). Las mayores proporciones de sujetos con consumo de alcohol perjudicial o de riesgo se encuentra en los jóvenes de 18-24 años (49,2%) y los de 25-34 años (45,4%). Cabe anotar que se ha encontrado aumento del consumo de alcohol en niveles socioeconómicos altos⁸.

Un estudio doble estudiantes universitarios de 16-39 años en Medellín encontró que el 62% hacía un consumo de riesgo, el 31% tenía síntomas de dependencia y el 7%, consumo perjudicial. Se encontró que el consumo de alcohol era más frecuente entre los estudiantes que durante su tiempo libre tenían otro tipo de ocupaciones diferentes de estudiar, quienes tenían sus necesidades básicas satisfechas debido a su situación económica, pero insatisfechos con el apoyo familiar⁹.

Definición

Las evaluaciones poblacionales de consumo de alcohol se centran en el consumo por unidad de tiempo y cantidad de bebida estándar (trago, copa, botella); el consumo problemático de

alcohol depende de la cantidad o el tipo de bebida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un consumo habitual de alcohol de 20-40 g/día las mujeres y 40-60 g/día los varones¹⁰. Los sujetos que presentan este tipo de consumo pueden manifestar un deseo intenso de conseguir la bebida o incluso un fracaso en los intentos por controlar el consumo, pese a conocer su uso problemático⁴.

Las escalas utilizadas en la ENSM 2015, AUDIT y AUDIT-C, dividen el consumo de alcohol por unidades de bebida y tiempo:

- Consumo de riesgo: uso inadecuado y persistente del alcohol en el que se evidencia riesgo de algún efecto adverso para la salud.
- Consumo perjudicial: cuando se presentan consecuencias para la salud física y también para la salud mental.
- Dependencia del alcohol: enmarca fenómenos de la conducta, cognitivos y fisiológicos por los que el sujeto invierte mucho tiempo en las actividades relacionadas con el consumo^{4,11}. La OMS define el alcoholismo o dependencia al alcohol como un trastorno crónico debido al consumo de bebidas alcohólicas, en cantidades superiores a lo previsto o durante largo tiempo, que causa deterioro e interfiere con la salud y el funcionamiento social, laboral, personal y económico del individuo^{1,5}.

Estas categorías, útiles para la caracterización poblacional, deben complementarse en cada caso particular con criterios clínicos que evalúen el examen físico, neurológico y mental, así como el patrón de consumo y criterios relacionados, como abstinencia, tolerancia y dependencia.

Factores asociados

Entre los factores de riesgo de sufrir un trastorno por consumo de alcohol se encuentran: antecedente personal de enfermedad mental, uso de otra sustancia psicoactiva, problemas durante la infancia, dinámica familiar y modelos de crianza, experiencias emocionalmente perturbadoras y enfermedades no psiquiátricas crónicas¹.

Según la OMS, se han identificado además factores ambientales como el nivel de desarrollo de una población, la cultura y la disponibilidad de alcohol. Cuanto más vulnerable sea el individuo y más factores de riesgo reúna, tendrá más probabilidad de sufrir problemas relacionados con el consumo de alcohol¹.

En varios estudios se ha concluido la importante asociación entre la depresión y los trastornos del estado de ánimo con el consumo problemático de alcohol. Hay un riesgo de depresión entre 2 y 3 veces mayor si hay dependencia del alcohol, de modo que es una comorbilidad bidireccional. De los sujetos con antecedentes de trastornos de ansiedad, hasta el 12% tiene trastorno por consumo de alcohol y además pueden empeorarse los trastornos del sueño. Cuando los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hacen consumo de alcohol con patrón de riesgo, los síntomas de la enfermedad psiquiátrica de base empeoran y se altera la evolución clínica de estos pacientes. La prevalencia de esquizofrenia en personas con abuso de alcohol es del 9,7% anual, y con dependencia es del 24% anual⁴.

Situación en la población mayor

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003, tanto varones como mujeres de 60-65 años tenían tasas de consumo de 1,04; la encuesta no incluyó a población mayor de 65 años⁶.

Si bien en los ancianos los trastornos por consumo de alcohol son comunes y se asocian con múltiples problemas de salud¹², faltan datos específicos de estos en adultos mayores, que muestran formas de presentación atípicas como caídas, confusión, comportamiento extraño o depresión. Los trastornos por consumo de alcohol de los ancianos pueden estar enmascarados por problemas psiquiátricos o no psiquiátricos, lo cual lleva a altos niveles de falta de detección y diagnósticos erróneos¹².

Las estimaciones de la prevalencia de problemas relacionados con alcohol en ancianos se sitúan en un 1-6% de la población general, un 7-22% de los pacientes en hospitalización general y un 28-44% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados; el 15% de los varones y el 12% de las mujeres ancianos en cuidado primario admiten consumo de alcohol superior a los límites recomendados por el *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (> 7 tragos/semana las mujeres y > 14 tragos/semana los varones)¹³.

Para los ancianos, los factores de riesgo de consumo de alcohol son los mismos que para la población general: sexo masculino, baja educación, bajo ingreso económico e historia de otros trastornos psiquiátricos, particularmente depresión¹⁴. La comorbilidad de alcoholismo y trastornos psiquiátricos en el anciano es de un 10-15%¹⁴.

ENSM 2015

En 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social y COLCIENCIAS realizaron la cuarta ENSM en Colombia, dentro del Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para Salud de Colombia¹⁵. Se realizó selección polietápica por municipios incluyendo áreas urbanas y rurales de cinco regiones: Atlántica (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Sucre, Magdalena, San Andrés), Oriental (Amazonas, Arauca, Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Vaupés y Vichada), Central (Antioquia, Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima), Pacífica (Cauca, Chocó, Nariño y Valle) y Bogotá (Bogotá)¹⁵.

Se incluyeron 110 unidades primarias de muestreo, con 22 municipios de inclusión forzosa por su tamaño, 1.038 unidades secundarias de muestreo y segmentos de 12 viviendas continuas como unidades terciarias de muestreo. La muestra fue de 15.351 personas residentes en 13.200 hogares, con edades entre 7 y 96 años, divididos en categorías de 7-11 y 12 y más años¹⁵.

Se considera importante realizar un análisis secundario de la base de datos de la ENSM 2015 con respecto al consumo de alcohol, buscando asociación del consumo con variables sociodemográficas, de salud mental, problemas de salud, trastornos, acceso a servicios y de estados de salud y su valoración.

Teniendo en cuenta el problema ya mencionado de lo que representan el consumo de alcohol y los efectos nocivos que causa, es necesaria la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. En consecuencia, el objetivo

de este estudio es evaluar la prevalencia de consumo de alcohol de la población colombiana de 12 y más años y estimar las prevalencias en situaciones o condiciones en que dicha población vive y que puedan facilitar la creación de políticas en salud pública dirigidas a intervenir en dichos elementos

Material y métodos

Este es un análisis secundario de la base de datos de la ENSM 2015, que tiene un tamaño muestral de 15.231 personas de 13.200 hogares en las cinco regiones del país (Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica).

En este reporte se incluyen los datos de personas de 12 y más años, quienes previo consentimiento respondieron a la encuesta. Se excluyó a las personas de 7 a 11 años.

Los instrumentos usados fueron el AUDIT-C y AUDIT¹⁰ para identificar patrones del consumo de alcohol, se usó una aproximación del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)¹⁶ para detectar el consumo de cigarrillos, marihuana y otras sustancias. Igualmente se utilizó el APGAR familiar¹⁷ para indagar la funcionalidad familiar; el Composite International Diagnostic Interview, computer assisted (CIDI-CAPI)¹⁸ adaptado al contexto colombiano, que permite mantener la comparabilidad con otros estudios y facilitar el contratarse con los resultados del estudio de 2003; el EuroQUOL Five Dimension Questionnaire (EQ5D)¹⁹, que pretende medir la calidad de vida relacionada con la salud física psicológica y social; el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)²⁰, que funciona como indicador de la privación de los hogares y observa aspectos de pobreza distintos de la monetaria; la Posttraumatic Stress Disorder Checklist, version C (PCL-C)²¹, para determinar los síntomas predominantes de los resectivos trastornos, y el Self Report Questionnaire (SRQ)²², el cual permite apuntar a un probable origen psicopatológico del problema sin basarse exclusivamente en un diagnóstico.

Debido a que la ENSM se realiza con muestra, se analiza el coeficiente de variación estimado (CVE); se considera que con un valor < 20% se puede realizar inferencia estadística a

la población colombiana. La descripción detallada de la metodología se explica en el protocolo del estudio, que se puede revisar en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la ENSM se incluyeron los instrumentos AUDIT-C y AUDIT, siguiendo las recomendaciones de la OMS. La puntuación AUDIT-C se considera negativa si es ≤ 3 y positivo si es ≥ 4 . A quienes presentaron AUDIT-C positivo se les realizó AUDIT completo, y los resultados se consideran²²⁻²⁵:

- Con bajo riesgo de consumo de alcohol: varones, 0-7 puntos; mujeres, 0-5 puntos.
- Bebedor de riesgo: varones, 8-19 puntos; mujeres, 6-19 puntos.
- Con consecuencias graves, posiblemente dependiente: ≥ 20 puntos.

Plan de análisis de datos

Se analizaron los resultados teniendo en cuenta los diferentes grupos etarios, el sexo y la región. Asimismo, las personas que puntuaron positivo en AUDIT-C y las categorías sin problemas, con consumo de riesgo y con posible dependencia; se presentan las prevalencias generales y según las otras variables consideradas y según los instrumentos utilizados en la ENSM.

Resultados

La aplicación de AUDIT-C y AUDIT a quienes tuvieron puntuaciones ≥ 4 estableció los siguientes datos sobre la población colombiana según edad, sexo y región (tabla 1).

En el conjunto de varones y mujeres de 12 a 17 años estudiados en la encuesta se encontró que el 2,8% presenta problemas relacionados con el alcohol. No hubo datos con suficiente validez inferencial para considerar probable dependencia alcohólica en este grupo de edad.

Para la muestra de personas de 18 a 44 años, se encuentra en la categoría de bebedores de riesgo al 16% de los varones

Tabla 1 – Cribado de problemas de abuso o dependencia del alcohol en la población Colombiana según edad y sexo

AUDIT	Varones	Mujeres	Total
12-17 años			
No hay problemas relacionados con el alcohol	96,1 (94,2-97,4)	97,9 (96,6-98,8)	97,0 (95,9-97,8)
Bebedor de riesgo	^a	^a	2,8 (2,0-3,9)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	^a	^b	^a
18 a 44 años			
No hay problemas relacionados con el alcohol	82,9 (81,1-84,6)	90,8 (89,6-91,8)	87,5 (86,5-88,4)
Bebedor de riesgo	16,0 (14,4-17,8)	9,1 (8,0-10,3)	12,0 (11,0-13,0)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	^a	^a	^a
≥ 45 años			
No hay problemas relacionados con el alcohol	88,8 (87,0-90,3)	96,8 (96,0-97,5)	93,7 (92,8-94,4)
Bebedor de riesgo	10,3 (8,9-12,0)	3,2 (2,5-4,0)	6,0 (5,3-6,8)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	^a	^b	^a

^a Las estimaciones son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial, dado que tienen un coeficiente de variación > 20%.

^b Las estimaciones corresponden a casos en los que no se encontró frecuencia alguna.

Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).

Tabla 2 – Cribado de problemas de abuso o dependencia del alcohol en la población colombiana según edad y región

AUDIT-C	Atlántica	Central	Oriental	Pacífica	Bogotá
12 a 17 años					
No hay problemas relacionados con el alcohol	97,8 (95,5-99,0)	97,6 (94,6-98,9)	96,2 (93,3-97,9)	96,9 (93,6-98,5)	96,6 (93,0-98,4)
Bebedor de riesgo	a	a	a	a	a
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	a	b	b	b	b
18 a 44 años					
No hay problemas relacionados con el alcohol	89,1 (87,1-90,8)	89,0 (86,6-91,0)	85,6 (83,3-87,6)	92,5 (90,5-94,1)	78,7 (75,2-81,8)
Bebedor de riesgo	10,5 (8,8-12,5)	10,4 (8,5-12,7)	13,9 (12,0-16,2)	7,1 (5,6-9,1)	20,5 (17,4-23,9)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	a	a	a	a	a
≥ 45 años					
No hay problemas relacionados con el alcohol	94,0 (92,0-95,6)	93,9 (91,9-95,4)	93,4 (91,6-94,9)	94,8 (93,0-96,2)	92,0 (89,6-93,9)
Bebedor de riesgo	5,7 (4,2-7,7)	5,6 (4,2-7,5)	6,3 (4,8-8,1)	4,9 (3,5-6,7)	7,6 (5,8-10,0)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	a	a	a	a	a
^a Las estimaciones son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial, dado que tienen un coeficiente de variación > 20%. ^b Las estimaciones corresponden a casos en los que no se encontró frecuencia alguna. Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).					

(intervalo de confianza del 95% [IC95%], 14,4%-17,8%) y el 9,1% de las mujeres (IC95%, 8,0%-10,3%), lo cual evidencia una diferencia significativa. Para este grupo de edad, no se encontraron datos con validez inferencial en la categoría de probable dependencia alcohólica.

Para las personas de edad ≥ 45 años, se encuentra que puntúan en categoría de bebedor de riesgo el 10,3% (IC95%, 8,9%-12,0%) de los varones y el 3,2% (IC95%, 2,5%-4,0%) de las mujeres. Mostraba probable dependencia el 6% del grupo de varones y mujeres, pero estos datos no cuentan con suficiente validez debido a sus altos coeficientes de variación.

En cuanto a los resultados por regiones (tabla 2), se observan porcentajes similares en el grupo de 12-17 años en las cinco regiones estudiadas, sin datos con validez inferencial para las categorías de bebedor de riesgo y probable dependencia alcohólica.

En el grupo de 18-44 años, en la categoría de bebedor de riesgo se encontró que la región con menor prevalencia es la Pacífica, con el 7,1% (IC95%, 5,6%-9,1%) y las de mayor prevalencia, la región oriental (13,9%; IC95%, 12,0%-16,2%) y Bogotá (21,3%; IC95%, 17,4%-23,9%). No hubo datos con validez inferencial para la categoría de posible dependencia al alcohol en este grupo de edad.

En el grupo de mayores de 45 años, los resultados arrojaron que en la categoría de bebedor de riesgo hay porcentajes similares en las diferentes regiones; la de menor prevalencia es la región Pacífica (4,9%; IC95%, 3,5%-6,7%) y la de mayor, Bogotá (7,6%; IC95%, 5,8%-10,0%). No hubo datos con validez inferencial para la categoría de probable dependencia al alcohol en este grupo de edad.

En cuanto a escolarización, en el grupo de 12-17 años se encuentra que han reportado consumo de bebidas alcohólicas el 18,5% (IC95%, 16,3%-20,8%) del grupo de escolarizados y el 31% (IC95%, 24,8%-38,0%) del grupo de no escolarizados. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue del 15,7% (IC95%, 13,7%-18,0%) de los escolarizados y el 29,6% (IC95%, 23,5%-36,6%).

En cuanto a la situación de pobreza, en el grupo de 12 a 17 años se encuentra una prevalencia de vida de consumo de alcohol similar (20,4%) entre las personas en situación de pobreza y sin situación de pobreza; con similares prevalencias de consumo en los últimos 12 meses (el 17,9 y el 17,6% respectivamente).

En el grupo de 18-44 años, la prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas fue del 45,4% (IC95%, 42,5%-48,3%) de las personas en situación de pobreza y el 45,9% (IC95%, 44,2%-47,6%) de los que no están en situación de pobreza; las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses fueron del 42,6 y el 42,5% respectivamente.

Con respecto al estado civil, en el grupo de 18-44 años, los porcentajes fueron similares en la prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas en el grupo de casados, en unión libre y quienes conviven con su pareja (43,2%), comparados con los grupos de separados, viudos y divorciados (48,8%) y solteros (48,7%). Las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses fueron del 39,5, el 45,6 y el 46,1%.

El grupo de edad ≥ 45 años presentó prevalencias de vida de consumo de bebidas alcohólicas del 34,9% (IC95%, 31,1%-38,9%) de las personas en situación de pobreza y el 32,6% (IC95%, 31,0%-34,3%) de los que no estaban en situación de pobreza. Las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses fueron del 29,4 y el 26,7%.

En cuanto a estado civil de las personas de 45 y más años, las prevalencias de vida de consumo de bebidas alcohólicas fueron del 34,4% (IC95%, 32,4%-36,5%) del grupo de casados, en unión libre y quienes conviven con su pareja, el 30,7% del grupo de separados, viudos y divorciados y el 32,3% del de solteros.

Las prevalencias de consumo en los 12 últimos meses fueron del 29% (IC95%, 27%-31%) del grupo de casados, en unión libre y quienes conviven con su pareja, el 24,2% del grupo de separados, viudos y divorciados y el 26,6% del de solteros.

Al comparar a las personas con AUDIT-C negativo y los que tuvieron puntuación ≥ 4, se encuentra que en el grupo de 12-17 años no hubo diferencias significativas en nivel educativo

Tabla 3 – AUDIT-C en la población colombiana de 12 a 17 años

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
<i>Nivel educativo de la madre</i>		
Ninguno/Primaria	42,8 (30,2-56,5)	38,5 (35,2-41,9)
Secundaria	46,8 (33,7-60,3)	46,7 (43,3-50,2)
Técnico/Tecnólogo	3,44 (1,36-8,42)	8,02 (6,20-10,3)
Universitario	6,93 (2,61-17,1)	5,89 (4,39-7,86)
No sabe	0	0,88 (0,48-1,60)
<i>Nivel educativo del padre</i>		
Ninguno/Primaria	49,1 (35,7-62,7)	41,7 (38,3-45,2)
Secundaria	34,0 (22,3-48,1)	43,0 (9,6-46,5)
Técnico/tecnólogo	5,22 (2,08-12,5)	4,29 (3,14-5,84)
Universitario	4,71 (1,51-13,7)	6,55 (4,84-8,79)
No sabe	6,91 (2,93-15,4)	4,45 (3,23-6,11)
<i>Personas con quienes convive</i>		
Ambos padres	48,2 (34,6-62,0)	50,8 (47,3-54,3)
Madre	32,9 (21,8-46,2)	36,3 (33,0-39,8)
Padre	2,75 (0,82-8,83)	3,89 (2,93-5,15)
Ninguno	16,2 (8,74-28,0)	8,99 (6,95-11,5)
<i>Apoyos</i>		
Siempre	21,8 (13,1-34,0)	36,7 (33,4-40,2)
Casi siempre	11,3 (5,41-22,0)	18,4 (16,0-21,1)
Algunas veces	54,2 (40,9-66,9)	36,1 (33,0-39,4)
Nunca	12,7 (6,61-23,1)	8,70 (7,08-10,7)
<i>Grupos en los que participa</i>		
Ninguno	64,4 (50,6-76,2)	53,1 (49,7-56,5)
1 o más	35,6 (23,8-49,4)	46,9 (43,5-50,3)
<i>APGAR</i>		
Sin disfunción familiar	72,7 (58,3-83,5)	84,8 (82,3-86,9)
Disfunción familiar leve	14,3 (6,69-27,9)	9,67 (7,99-11,7)
Disfunción familiar moderada	8,64 (3,63-19,2)	3,51 (2,52-4,87)
Disfunción familiar grave	0,35 (82-9,9)	2,07 (1,34-3,18)
Ninguna de las anteriores	13,4 (6,87-24,5)	79,1 (75,9-81,9)
<i>SPA vida</i>		
Cigarrillo	5,70 (1,73-17,2)	1,27 (0,72-2,24)
Marihuana	24,6 (14,1-39,3)	1,68 (1,02-2,76)
Otras	3,11 (0,90-10,2)	0,68 (0,36-1,29)
SRQ positivo	23,5 (14,1-36,5)	11,9 (9,94-14,2)
<i>Dimensión</i>		
Sanos	72,8 (59,5-83,1)	84,7 (82,2-86,9)
Solo problema	20,9 (11,9-33,9)	11,0 (9,08-13,3)
Trastornos	6,29 (2,30-16,0)	4,29 (3,24-5,68)
<i>SRQ depresión</i>		
Problemas depresivos	98,2 (93,5-99,5)	99,0 (98,3-99,4)
Trastorno depresivo	1,82 (0,49-6,50)	0,99 (0,59-1,66)
<i>SRQ ansiedad</i>		
Sin problemas de ansiedad	35,1 (3,7-4,4)	49,2 (45,0-52,6)
Problemas de ansiedad	60,0 (46,5-72,1)	47,4 (44,0-50,8)
Trastorno de ansiedad	4,98 (1,51-15,2)	3,37 (2,42-4,67)
Intento de suicidio	2,36 (0,43-12,0)	2,48 (1,46-4,17)
Trastorno de ansiedad 12 meses	4,98 (1,51-15,2)	3,37 (2,42-4,67)

Tabla 3 – (continuación)

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
Trastorno del afecto 12 meses	1,82 (0,49-6,50)	1,20 (0,76-1,90)
Cualquier trastorno 12 meses	6,29 (2,30-16,0)	4,29 (3,24-5,68)
<i>Eventos traumáticos</i>		
Ningún evento traumático	54,1 (40,7-66,9)	72,9 (69,9-75,7)
Un evento traumático	24,3 (15,3-36,3)	21,6 (19,1-24,4)
Dos eventos traumáticos	6,24 (2,52-14,6)	4,03 (2,88-5,61)
Tres eventos traumáticos	12,6 (5,53-26,3)	0,88 (0,53-1,45)
Cuatro o más eventos traumáticos	2,72 (0,38-16,8)	0,59 (0,30-1,17)
Trauma psicológico por evento traumático	19,0 (7,26-41,4)	10,8 (7,66-14,9)
EPT	16,1 (5,26-40,0)	2,32 (1,23-4,34)
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida	12,9 (4,47-32,1)	17,1 (13,3-21,8)
<i>Pobreza</i>		
Hogares con acceso	12,1 (4,97-26,6)	14,3 (11,8-17,2)
Hogares no vulnerables a PMD	53,0 (39,6-65,9)	41,3 (38,0-44,7)
Hogares vulnerables a PMD	20,7 (12,1-33,1)	19,4 (17,0-22,1)
Hogares en estado de pobreza	14,2 (7,96-24,2)	24,9 (22,1-28,0)
<i>Entorno de residencia</i>		
Urbano	77,9 (62,8-88,0)	73,8 (70,6-76,7)
Rural	22,1 (12,0-37,2)	26,2 (23,3-29,4)
Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).		

del padre o la madre; si vive o no con ambos padres, solo con la madre, solo con el padre o con ninguno; los apoyos percibidos; si participa o no en grupos; el APGAR familiar; los problemas o trastornos depresivos o ansiedad; los intentos de suicidio; el nivel de pobreza o la zona de procedencia (urbana o rural) (tabla 3).

Hubo diferencias significativas en el consumo de marihuana: el 24,6% (IC95%, 14,1%-39,3%) del grupo de AUDIT-C positivo y el 1,68% (IC95%, 1,02%-2,76%) del grupo de AUDIT-C negativo; también, un menor porcentaje sin antecedentes de evento traumático: el 54,1% (IC95%, 40,7%-66,9%) de las personas con AUDIT-C y el 72,9% de los del grupo con AUDIT-C negativo (IC95%, 69,9%-75,7%), y la presencia de tres eventos traumáticos en el primer grupo (12,6%; IC95%, 5,53%-26,3%) frente al segundo grupo (0,88%; IC95%, 0,53%-1,45%), lo mismo que para estrés postraumático, el 16,1% (IC95%, 5,26%-40,0%) y el 2,32% (IC95%, 1,23%-4,34%).

Al realizar el análisis con los puntos de corte de AUDIT en las categorías sin problema, bebedor de riesgo y con posible dependencia alcohólica, se encontró (tabla 4) que, en el grupo de menores de 18 años, los que se reportaron sin problemas con el alcohol tienden a participar más en grupos, aunque la

Tabla 4 – AUDIT en población colombiana de 12 a 17 años

Variables	Posible demencia	Bebedor de riesgo	Ningún problema	Total
<i>Grupos en los que participa</i>				
Ninguno	88,9 (42,0-98,9)	74,9 (57,3-87,0)	53,1 (49,8-56,5)	53,7 (50,4-57,0)
1 opción de respuesta	11,1 (1,1-58,0)	22,7 (11,3-40,2)	38,7 (35,5-42,0)	38,3 (35,1-41,6)
2 opciones de respuesta	0	2,4 (0,3-15,4)	6,2 (4,8-7,8)	6,1 (4,8-7,7)
3 opciones de respuesta	0	0	2,0 (1,4-3,0)	2,0 (1,3-2,9)
<i>APGAR</i>				
Sin disfunción familiar	88,9 (42,0-98,9)	86,2 (60,1-96,3)	84,1 (81,7-86,3)	84,2 (81,8-86,3)
Con disfunción familiar leve	11,1 (1,1-58,0)	11,8 (2,6-40,7)	9,9 (8,2-11,8)	9,9 (8,2-11,9)
Con disfunción familiar moderada	0	0,6 (0,1-4,0)	3,8 (2,8-5,2)	3,8 (2,8-5,1)
Con disfunción familiar grave	0	1,4 (0,4-5,1)	2,2 (1,4-3,4)	2,2 (1,4-3,3)
<i>SPAvida</i>				
Alcohol	0	48,6 (30,9-66,6)	18,4 (15,7-21,4)	19,0 (16,4-22,0)
Cigarrillo	0	6,5 (1,6-23,4)	1,4 (0,8-2,4)	1,5 (0,9-2,5)
Marihuana	44,4 (5,9-91,1)	27,8 (12,8-50,3)	2,1 (1,4-3,3)	2,8 (1,9-4,1)
Otras	44,4 (5,9-91,1)	4,7 (1,6-12,8)	0,6 (0,3-1,2)	0,8 (0,5-1,4)
Ninguna	11,1 (1,1-58,0)	12,5 (4,2-31,6)	77,4 (74,3-80,3)	75,9 (72,8-78,7)
<i>SPA 12 meses</i>				
0	0	73,0 (50,0-88,0)	92,7 (87,3-95,9)	90,1 (84,8-93,7)
Illegales	100	27,0 (12,0-50,0)	7,3 (4,1-12,7)	9,9 (6,3-15,2)
<i>Dimensión</i>				
Sanos	0	78,3 (63,1-88,4)	84,4 (81,9-86,6)	84,1 (81,7-86,3)
Solo problema	100	14,7 (6,9-28,7)	11,2 (9,3-13,5)	11,5 (9,6-13,7)
Trastornos	0	7,0 (2,5-18,2)	4,3 (3,3-5,7)	4,4 (3,3-5,7)
<i>SQR que indica depresión</i>				
Número de síntomas de depresión bajo	55,6 (9,0-94,1)	72,4 (51,1-86,9)	80,0 (77,3-82,5)	79,8 (77,1-82,3)
Número de síntomas de depresión medio	0	11,5 (4,2-27,7)	16,4 (14,2-18,9)	16,3 (14,1-18,7)
Número de síntomas de depresión alto	44,4 (5,9-91,1)	16,1 (5,1-40,7)	3,6 (2,5-5,2)	3,9 (2,8-5,6)
<i>SQR que indica ansiedad</i>				
Ningún síntoma	0	26,2 (13,8-44,1)	49,9 (46,6-53,3)	49,3 (46,0-52,6)
Número de síntomas de ansiedad bajo	44,4 (5,9-91,1)	36,4 (20,8-55,5)	35,3 (32,3-38,6)	35,4 (32,4-38,6)
Número de síntomas de ansiedad medio	11,1 (1,1-58,0)	29,8 (14,8-51,0)	10,4 (8,6-12,5)	10,8 (9,0-12,9)
Número de síntomas de ansiedad alto	44,4 (5,9-91,1)	7,5 (2,7-19,5)	4,4 (3,2-5,9)	4,5 (3,4-6,0)
<i>Trastorno de ansiedad 12 meses</i>				
No	100	96,5 (85,8-99,2)	96,5 (95,2-97,5)	96,6 (95,3-97,5)
Sí	0	3,5 (0,8-14,2)	3,5 (2,5-4,8)	3,5 (2,5-4,7)
<i>Problemas de ansiedad</i>				
Sin problema	0	26,2 (13,8-44,1)	49,1 (45,8-52,5)	48,5 (45,2-51,9)
Problemas	100	70,3 (52,4-83,6)	47,4 (44,1-50,8)	48,0 (44,7-51,3)
Trastorno	0	3,5 (0,8-14,2)	3,5 (2,5-4,8)	3,5 (2,5-4,7)
<i>Problemas de depresión</i>				
Problemas	100	95,4 (86,0-98,6)	99,0 (98,4-99,4)	99,0 (98,3-99,4)
Trastorno	0	4,6 (1,4-14,0)	1,0 (0,6-1,6)	1,0 (0,6-1,7)
<i>Eventos traumáticos</i>				
No han sufrido evento traumático alguno	0	53,4 (35,4-70,6)	72,5 (69,6-75,3)	72,0 (69,0-74,7)
Un evento traumático	100	29,9 (17,5-46,2)	21,4 (18,9-24,1)	21,8 (19,3-24,4)
Dos eventos traumáticos	0	4,9 (1,5-15,3)	4,1 (3,0-5,7)	4,1 (3,0-5,7)
Tres eventos traumáticos	0	11,7 (3,5-32,7)	1,2 (0,7-2,0)	1,5 (0,9-2,3)
Cuatro o más eventos traumáticos	0	0	0,7 (0,4-1,4)	0,7 (0,4-1,4)

Los valores expresan % (intervalo).

diferencia con las otras categorías no es significativa. No hay diferencias significativas en APGAR familiar.

El consumo de cigarrillo en el grupo de 12 a 17 años muestra que, en la categoría sin problemas, es del 1,4% (IC95%, 0,8%-2,4%) y en la categoría de riesgo, del 6,5% (IC95%, 1,6%-23,4%). Sobre el consumo de marihuana, se encuentra que en la categoría sin problemas es del 2,1% (IC95%, 1,4%-3,3%) y en el

grupo bebedor de riesgo, del 27,8% (IC95%, 12,8%-50,3%). Sobre el consumo de otras sustancias, los de la categoría sin problemas tuvieron una prevalencia del 0,6% (IC95%, 0,3%-1,2%) y los bebedores en riesgo, del 4,7% (IC95%, 1,6%-12,8%). Para la categoría ninguna sustancia, puntuaron como sin problemas el 77,4% (IC95%, 74,3%-80,3%) y como bebedor de riesgo, el 12,5% (IC95%, 4,2%-31,6%).

No hubo diferencias significativas en depresión entre las diferentes categorías de puntuación del AUDIT.

En cuanto a ansiedad, se encuentran diferencias en la categoría sin síntomas (49,9%; IC95%, 46,6%-53,3%) entre aquellos sin problemas con el alcohol y los bebedores de riesgo (26,2%; IC95%, 13,8%-44,1%) y en el reporte del número medio de síntomas de ansiedad, el 10,4% (IC95%, 8,6%-12,5%) frente al 29,8% (IC95%, 14,8%-51,0%); no se encontraron diferencias significativas entre los que reportaron un número alto de síntomas. El trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses mostró iguales valores en los grupos sin problemas y bebedor de riesgo.

El reporte de problemas de ansiedad muestra que el 49,1% (IC95%, 45,8%-52,5%) del grupo sin problemas con el alcohol y el 26,2% (IC95%, 13,8%-44,1%) de los bebedores de riesgo puntuaron sin problemas de ansiedad. El 47,4% (IC95%, 44,1%-50,8%) del grupo sin problemas y el 70,3% (IC95%, 52,4%-83,6%) de los bebedores de riesgo se ubicaron en la categoría de problemas de ansiedad. Entre los que puntúan como trastorno, no se encontraron diferencias.

En cuanto a eventos traumáticos, se encuentra que no hay reportes en el 72,5% (IC95%, 69,6%-75,3%) del grupo sin problemas con el alcohol y el 53,4% (IC95%, 35,4%-70,6%) de los bebedores de riesgo. En cuanto al reporte de número de eventos traumáticos entre sin problemas con el alcohol (1,2%; IC95%, 0,7%-2,0%) y los bebedores de riesgo (11,7%; IC95%, 3,5%-32,7%).

Población mayor de 18 años

Los resultados en el AUDIT-C de las personas de 18 o más años (tabla 5) no mostraron diferencias significativas entre puntuaciones positivas y negativas en cuanto a apoyos, grupos en los que participa, consumo de cigarrillo, consumo de SPA en los últimos 12 meses, puntuación del SRQ y el SRQ para depresión y procedencia urbana o rural.

Las diferencias en este grupo poblacional en la escolaridad de la madre: ninguna, el 67,3% (IC95%, 64,0%-70,5%) del grupo con resultado positivo del AUDIT-C y el 72,9% (IC95%, 71,2%-74,4%) del grupo negativo; secundaria, el 23% (IC95%, 20%-26%) y el 18% (IC95%, 17%-20%) respectivamente. No hubo diferencias en los niveles técnico/tecnológico o universitario. En cuanto a la ocupación del padre, las diferencias se encontraron en el nivel de educación secundaria, el 21,7% (IC95%, 19%-24,7%) del grupo con AUDIT-C positivo y el 17% (IC95%, 15,6%-18,5%) del grupo negativo. No hubo diferencias significativas en las otras categorías de escolaridad del padre.

El consumo de marihuana de las personas de 18 años y más resultó del 8,97% (IC95%, 7,06%-11,3%) en el grupo con AUDIT-C positivo y el 2,99% (IC95%, 2,38%-3,75%) en el negativo. El consumo de otras sustancias fue del 5,89% (IC95%, 4,31%-7,99%) y el 1,77% (IC95%, 1,20%-2,60%) respectivamente. En este grupo, el AUDIT-C positivo muestra que el porcentaje sin ansiedad es mayor (53,3%; IC95%, 49,8%-56,9%) que en el grupo con AUDIT-C negativo (46,3%; IC95%, 44,6%-48,0%) y tiene menos problemas de ansiedad, eventos traumáticos y eventos traumáticos por conflicto armado, el 44,5% (IC95%, 41%-48,1%) frente al 51,7% (IC95%, 50,0%-53,3%).

La escala visual análoga (VES) presenta menores puntuaciones (1-40) en el grupo de AUDIT-C positivo (6,51%; IC95%,

Tabla 5 – AUDIT-C en la población colombiana mayor de 17 años

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
<i>Nivel educativo de la madre</i>		
Ninguno/Primaria	67,3 (64,0-70,5)	72,9 (71,2-74,4)
Secundaria	23,3 (20,5-26,3)	18,9 (17,4-20,4)
Técnico/tecnólogo	4,13 (2,83-5,99)	2,45 (1,98-3,03)
Universitario	2,73 (1,86-4,00)	2,38 (1,84-3,07)
No sabe	2,53 (1,69-3,75)	3,43 (2,86-4,10)
<i>Nivel educativo del padre</i>		
Ninguno/Primaria	66,2 (62,9-69,5)	70,4 (68,7-72,0)
Secundaria	21,7 (19,0-24,7)	17,0 (15,6-18,5)
Técnico/tecnólogo	2,62 (1,54-4,42)	2,06 (1,62-2,63)
Universitario	4,46 (3,27-6,05)	4,09 (3,31-5,04)
No sabe	4,98 (3,84-6,44)	6,50 (5,72-7,37)
<i>Apoyos</i>		
Siempre	23,1 (20,1-26,4)	27,4 (26,0-28,9)
Casi siempre	14,8 (12,2-17,8)	14,4 (13,3-15,6)
Algunas veces	47,2 (43,8-50,7)	42,4 (40,8-44,1)
Nunca	14,8 (12,7-17,3)	15,7 (14,5-17,0)
<i>Grupos en los que participa</i>		
Ninguno	65,8 (62,3-69,1)	62,7 (61,1-64,3)
1 o más	34,2 (30,9-37,7)	37,3 (35,7-38,9)
<i>APGAR</i>		
Sin disfunción familiar	81,2 (78,3-83,8)	82,6 (81,4-83,7)
Disfunción familiar leve	10,9 (8,85-13,5)	9,68 (8,83-10,6)
Disfunción familiar moderada	4, (3,1-5,4)	4,6 (4,12-5,3)
Disfunción familiar grave	3,69 (2,54-5,33)	3,06 (2,59-3,62)
Ninguna de las anteriores	12, (10,8-15,0)	58,5 (56,8-60,1)
<i>SPA vida</i>		
Cigarrillo	4,8 (3,4-6,2)	5,3 (4,7-6,7)
Marihuana	8,97 (7,06-11,3)	2,99 (2,38-3,75)
Otras	5,89 (4,31-7,99)	1,77 (1,20-2,60)
<i>SPA 12 meses</i>		
0	93,5 (91,3-95,2)	96,5 (94,2-97,9)
Ilegales	6,47 (4,79-8,68)	3,51 (2,10-5,81)
SRQ positivo	11,5 (9,12-14,4)	9,60 (8,75-10,5)
<i>Dimensión</i>		
Sanos	86,5 (83,5-89,1)	88,4 (87,4-89,4)
Solo problema	9,26 (6,96-12,2)	7,65 (6,88-8,49)
Trastornos	4,20 (3,16-5,56)	3,93 (3,33-4,63)
<i>SRQ depresión</i>		
Problemas depresivos	98,1 (97,2-98,8)	98,0 (97,5-98,5)
Trastorno depresivo	1,89 (1,25-2,85)	1,96 (1,54-2,49)
<i>SRQ ansiedad</i>		
Sin problemas de ansiedad	53,3 (49,8-56,9)	46,3 (44,6-48,0)
Problemas de ansiedad	44,5 (41,0-48,1)	51,7 (50,0-53,3)
Trastorno de ansiedad	2,13 (1,41-3,21)	2,05 (1,66-2,53)
Intento de suicidio	3,10 (2,12-4,49)	2,44 (1,97-3,03)
<i>Eventos traumáticos</i>		
No han sufrido ningún evento traumático	55,3 (51,8-58,8)	61,7 (60,1-63,3)

Tabla 5 – (continuación)

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
Un evento traumático	28,8 (25,8-32,0)	26,5 (25,2-27,9)
Dos eventos traumáticos	8,87 (7,16-10,9)	6,18 (5,42-7,04)
Tres eventos traumáticos	3,68 (2,59-5,19)	3,12 (2,45-3,96)
Cuatro o más eventos traumáticos	3,34 (2,19-5,06)	2,49 (1,93-3,20)
EPT	4,03 (2,56-6,30)	2,68 (2,06-3,46)
<i>Evento traumático por conflicto armado</i>		
Conflicto armado*	7,81 (6,23-9,75)	6,49 (5,75-7,31)
Ninguno	55,3 (51,8-58,8)	61,7 (60,0-63,2)
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida	15,9 (12,8-19,6)	16,1 (14,5-17,8)
<i>VES</i>		
1-40	6,51 (5,24-8,06)	9,93 (9,00-10,9)
41-60	8,61 (7,00-10,5)	12,7 (11,8-13,7)
61-80	27,1 (24,1-30,3)	29,7 (28,2-31,2)
81-100	57,8 (54,3-61,2)	47,7 (46,0-49,3)
<i>Pobreza</i>		
Hogares con acceso	18,4 (15,8-21,4)	19,8 (18,4-21,3)
Hogares no vulnerables a PMD	45,6 (42,1-49,0)	50,1 (48,5-51,8)
Hogares vulnerables a PMD	19,6 (16,8-22,7)	17,5 (16,3-18,6)
Hogares en estado de pobreza	16,4 (14,0-19,1)	12,6 (11,6-13,6)
<i>Entorno de residencia</i>		
Urbano	76,4 (73,5-79,1)	77,5 (76,2-78,7)
<i>PMD:</i>		
* Ya sea desaparición forzada, tortura, secuestro, reclutamiento forzoso, masacre, confrontación entre grupos armados, minas antipersonales o violencia sexual.		
Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).		

5,24%-8,06%) que en el negativo (9,93%; IC95%, 9,0%-10,9%) y mayores en la categoría superior del grupo positivo (57,8%; IC95%, 54,3%-61,2%) que en el negativo (47,7%; IC95%, 46,0%-49,3%).

Se evidencia un mayor porcentaje de hogares en estado de pobreza en el grupo con AUDIT-C positivo (16,4%; IC95%, 14,0%-19,1%) que en el negativo (12,6%; IC95%, 11,6%-13,6%).

Al realizar el análisis de las personas de 18 y más años, en las categorías de AUDIT sin problema con el alcohol, bebedor de riesgo y probable dependencia al alcohol, se encuentra (tabla 6) que el nivel educativo de la madre muestra en el grupo sin problemas con el alcohol el 72,3% (IC95%, 70,8%-73,9%) y en el grupo de bebedor de riesgo el 65,8% (IC95%, 61,3%-70,1%) y el 80,2% (IC95%, 61,9%-91,0%). En cuanto a nivel educativo del padre, en la categoría sin problemas con el alcohol se encuentra el 17,2% (IC95%, 15,9%-18,6%), en la de bebedores de riesgo, el 24,0% (IC95%, 20,3%-28,3%).

En cuanto al consumo de sustancias a lo largo de la vida, no se encontraron diferencias significativas en el consumo de cigarrillo. El consumo de marihuana de personas sin problemas con el alcohol fue del 3,3% (IC95%, 2,7%-4,0%), el 10,9%

(IC95%, 8,5%-13,9%) en la categoría de bebedor de riesgo y el 30,3% (IC95%, 9,8%-63,5%) en la categoría de posible dependencia del alcohol.

Tomando la escala VES, no se encontraron diferencias significativas con los diferentes puntos de corte de la escala AUDIT.

La escala SQR para ansiedad muestra que aquellos sin problemas con el alcohol son el 7,9% (IC95%, 7,1%-8,8%), el 5,2% (IC95%, 3,8%-7,1%) de la categoría de bebedor de riesgo y el 22,5% (IC95%, 9,2%-45,4%) de aquellos con probable dependencia del alcohol.

En cuanto a eventos traumáticos, se encontró diferencia en el nivel de tres eventos reportados, el 14,1% (IC95%, 4,1%-38,6%) de aquellos con probable dependencia del alcohol, el 5,0% (IC95%, 3,4%-7,2%) de los bebedores de riesgo y el 3,0% (IC95%, 2,4%-3,7%) de aquellos sin problemas con el alcohol. Repotaron estrés postraumático el 27,4% (IC95%, 8,8%-59,5%) de la categoría probable dependencia del alcohol y el 2,6% (IC95%, 2,1%-3,4%) de la categoría sin problemas con el alcohol.

Discusión

El análisis secundario de la ENSM en cuanto a consumo de alcohol utilizando el AUDIT-C y el AUDIT muestra que hay un 2,8% de menores de edad con problemas relacionados con el alcohol, pese a la prohibición en el país de expendir licor a menores de edad^{26,27}, lo cual revela la disponibilidad de la bebida, como han demostrado estudios anteriores^{9,28}. Este hallazgo llama la atención sobre la necesidad de mayor control sobre la venta y la distribución de alcohol a menores de edad en todo el país.

El grupo mayor de bebedores de riesgo se ubica en la franja de los 18-44 años, y son varones los que tienen un mayor porcentaje de bebedores en dicha categoría. De las personas de 45 y más años, si bien el porcentaje es menor que entre los más jóvenes, la diferencia entre varones y mujeres es mayor.

Entre las personas no escolarizadas del grupo de 12-17 años, hay más reporte de consumo de bebidas alcohólicas que entre los menores escolarizados, lo cual puede revelar un efecto protector de la escolarización contra el consumo, aunque se debería investigar la asociación causal.

En el grupo de personas de 18-44 años, se encontró que la región con menor prevalencia de bebedores de riesgo es la región Pacífica y las de mayor prevalencia, la región Oriental y Bogotá. Se debería profundizar en los aspectos de disponibilidad, patrones culturales y otros factores que intervienen en esta asociación.

La encuesta no muestra diferencia entre pobres y no pobres en el consumo de alcohol de los menores de edad, el grupo de 18-44 años y el de 45 y más años.

El estado civil en los grupos de 18-44 y 45 y más años no mostró diferencias en los porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas ni en la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses. Dado que no había datos que permitieran inferencia en la categoría de probable dependencia alcohólica, no se puede afirmar que en esa categoría haya o no influencia del estado civil en el consumo.

Las personas con AUDIT-C positivo del grupo de 12-17 años no difieren en la mayoría de las diferencias buscadas

Tabla 6 – AUDIT en población colombiana mayor de 17 años

Variables	Posible dependencia	Bebedor de riesgo	Ningún problema	Total
<i>Nivel educativo de la madre</i>				
Ninguno/Primaria	80,2 (61,9-91)	65,8 (61,3-70,1)	72,3 (70,8-73,9)	71,8 (70,3-73,2)
Secundaria	16,1 (6,7-34)	22,1 (18,6-26,1)	19,5 (18,2-21)	19,8 (18,5-21,1)
Técnico/tecnólogo	1,9 (0,3-10,4)	5,4 (3,3-8,7)	2,5 (2,1-3,1)	2,8 (2,3-3,4)
Universitario	0	3,8 (2,5-5,9)	2,3 (1,8-3)	2,5 (2-3)
No sabe	1,9 (0,3-12,6)	2,8 (1,5-5,1)	3,3 (2,8-3,9)	3,3 (2,8-3,8)
<i>Nivel educativo del padre</i>				
Ninguno/Primaria	71,4 (50,3-86,1)	64,5 (60-68,7)	70,1 (68,5-71,6)	69,5 (68-71)
Secundaria	23,3 (10,5-44)	24 (20,3-28,3)	17,2 (15,9-18,6)	17,9 (16,7-19,3)
Técnico/tecnólogo	0	1,1 (0,5-2,4)	2,3 (1,8-2,9)	2,2 (1,7-2,7)
Universitario	2,5 (0,3-16,1)	4,4 (2,9-6,7)	4,2 (3,4-5)	4,2 (3,5-5)
No sabe	2,8 (0,7-11,3)	5,9 (4,3-8,1)	6,3 (5,5-7,1)	6,2 (5,5-6,9)
<i>Apoyo</i>				
Siempre	42,7 (20,4-68,3)	20,7 (17,3-24,5)	27,1 (25,7-28,5)	26,6 (25,3-27,9)
Casi siempre	10,2 (3,9-24)	14,4 (11,4-18)	14,6 (13,5-15,8)	14,5 (13,5-15,6)
Algunas veces	29,7 (14,7-50,7)	46,2 (41,8-50,6)	43,2 (41,6-44,7)	43,4 (41,9-44,8)
Nunca	17,5 (6,3-39,9)	18,8 (15,5-22,6)	15,2 (14,1-16,3)	15,5 (14,5-16,6)
<i>SPA vida</i>				
Alcohol	44,1 (23,7-66,7)	65,5 (61-69,7)	35,6 (34-37,2)	38,5 (37-40)
Cigarrillo	2,6 (0,6-10,8)	4,5 (3-6,6)	5,3 (4,7-6)	5,2 (4,7-5,9)
Marihuana	30,3 (9,8-63,5)	10,9 (8,5-13,9)	3,3 (2,7-4)	4,2 (3,5-4,9)
Ninguna	6,8 (1,9-21,3)	11 (8,5-14)	54 (52,4-55,6)	49,5 (48-51)
Otras	16,2 (7-33)	8,2 (5,5-11,9)	1,9 (1,3-2,6)	2,6 (2-3,3)
<i>SPA 12 meses</i>				
0	83,8 (65,3-93,5)	91,1 (87,2-93,9)	96,6 (94,8-97,8)	95,4 (93,9-96,6)
Ilegales	16,2 (6,6-34,7)	8,9 (6,2-12,8)	3,4 (2,2-5,2)	4,6 (3,4-6,1)
<i>Dimensión</i>				
Sanos	63,6 (41,3-81,3)	81,3 (77,3-84,7)	89 (87,9-89,9)	88,1 (87-89)
Solo	27,1 (12,8-48,6)	12 (9,1-15,6)	7,4 (6,6-8,3)	8 (7,2-8,8)
Trastornos	9,2 (3,3-23,6)	6,7 (4,8-9,3)	3,7 (3,1-4,3)	4 (3,5-4,6)
<i>SQR que indica depresión</i>				
Número de síntomas de depresión bajo	66,5 (44-83,3)	74 (69,9-77,8)	78,3 (77,1-79,5)	77,8 (76,6-79)
Número de síntomas de depresión medio	14,7 (5,9-32,1)	20,9 (17,4-24,9)	16,1 (15-17,2)	16,6 (15,5-17,6)
Número de síntomas de depresión alto	18,9 (7,2-41,3)	5,1 (3,6-7,1)	5,6 (5-6,3)	5,6 (5-6,3)
<i>SQR que indica ansiedad</i>				
Ningún síntoma	34,2 (17,3-56,3)	46,6 (42,2-51,1)	48,3 (46,7-49,9)	48,1 (46,6-49,6)
Número de síntomas de ansiedad bajo	33,3 (12,6-63,2)	34,8 (30,6-39,2)	32 (30,5-33,5)	32,3 (30,9-33,7)
Número de síntomas de ansiedad medio	10,1 (3,7-24,7)	13,3 (10,7-16,5)	11,8 (10,9-12,8)	12 (11,1-12,8)
Número de síntomas de ansiedad alto	22,5 (9,2-45,4)	5,2 (3,8-7,1)	7,9 (7,1-8,8)	7,7 (7-8,5)
<i>SQR que los indica en general</i>				
Negativo	62,3 (40,2-80,2)	85,6 (82-88,5)	90,7 (89,8-91,6)	90 (89,1-90,9)
Positivo	37,7 (19,8-59,8)	14,4 (11,5-18)	9,3 (8,4-10,2)	10 (9,1-10,9)
<i>Intento de suicidio</i>				
No	87,4 (71,5-95)	95,3 (92,6-97)	97,7 (97,2-98,1)	97,4 (96,9-97,8)
Sí	12,6 (5-28,5)	4,7 (3-7,4)	2,3 (1,8-2,8)	2,6 (2,1-3,1)
Rechazo	0	0 (0-0)	0 (0-0,2)	0 (0-0,2)
<i>Trastorno de ansiedad 12 meses DSM</i>				
No	95,6 (86,2-98,7)	96,7 (94,7-98)	98,1 (97,6-98,4)	97,9 (97,5-98,3)
Sí	4,4 (1,3-13,8)	3,3 (2-5,3)	1,9 (1,6-2,4)	2,1 (1,7-2,5)
<i>Trastorno del afecto 12 meses DSM</i>				
No	94,2 (79,7-98,5)	95,6 (93,4-97)	97,8 (97,3-98,2)	97,6 (97-98)
Sí	5,8 (1,5-20,3)	4,5 (3-6,6)	2,2 (1,8-2,7)	2,4 (2-3)
<i>Cualquier trastorno DSM</i>				
No	90,8 (76,4-96,8)	93,3 (90,7-95,2)	96,4 (95,7-96,9)	96 (95,4-96,6)
Sí	9,2 (3,3-23,6)	6,7 (4,8-9,3)	3,7 (3,1-4,3)	4 (3,5-4,6)

Tabla 6 – (continuación)

Variables	Posible dependencia	Bebedor de riesgo	Ningún problema	Total
<i>Problemas de ansiedad</i>				
Sin problemas	34,6 (17,2-57,3)	46,3 (41,8-50,9)	47,9 (46,3-49,5)	47,7 (46,2-49,2)
Problemas	61,1 (38,2-79,9)	50,4 (45,9-55)	50,2 (48,6-51,8)	50,3 (48,7-51,8)
Trastorno	4,4 (1,3-13,8)	3,3 (2-5,3)	1,9 (1,6-2,4)	2,1 (1,7-2,5)
<i>Problemas de depresión</i>				
Problemas	95,1 (79,6-99)	97 (95,2-98,1)	98,2 (97,7-98,6)	98,1 (97,6-98,4)
Trastorno	4,9 (1-20,4)	3 (1,9-4,8)	1,8 (1,4-2,3)	1,9 (1,6-2,4)
<i>Evento traumático</i>				
No han sufrido ningún evento traumático	49,6 (26,8-72,6)	52,8 (48,3-57,3)	61,4 (59,8-62,9)	60,5 (59-61,9)
Un evento traumático	29,5 (14,6-50,5)	29,5 (25,4-34)	26,7 (25,4-28)	27 (25,7-28,2)
Dos eventos traumáticos	5,6 (1,4-19,9)	8,5 (6,4-11,2)	6,5 (5,8-7,4)	6,7 (6-7,5)
Tres eventos traumáticos	14,1 (4,1-38,6)	5 (3,4-7,2)	3 (2,4-3,7)	3,2 (2,6-4)
Cuatro o más eventos traumáticos	1,2 (0,3-5,8)	4,2 (2,6-6,8)	2,5 (2-3,2)	2,7 (2,1-3,3)
<i>EPT</i>				
No	72,6 (40,5-91,2)	96,1 (93,3-97,7)	97,4 (96,6-97,9)	97 (96,3-97,6)
Sí	27,4 (8,8-59,5)	3,9 (2,3-6,7)	2,6 (2,1-3,4)	3 (2,4-3,7)
<i>VES</i>				
1-40	14 (5,7-30,4)	7,8 (5,8-10,3)	9,4 (8,5-10,3)	9,3 (8,5-10,1)
41-60	9,1 (2,4-29)	10,7 (8,4-13,6)	12,1 (11,2-13)	11,9 (11,1-12,8)
61-80	36,2 (18,5-58,5)	26,8 (23,1-30,8)	29,4 (28-30,8)	29,2 (27,8-30,5)
81-100	40,8 (18,7-67,3)	54,8 (50,3-59,1)	49,2 (47,6-50,8)	49,7 (48,2-51,2)

con respecto a familia, sitio de procedencia y redes de apoyo percibidas, aunque sí se documenta un mayor consumo de marihuana (el 24,6 frente al 1,68% en AUDIT-C negativo), lo cual puede revelar patrones de consumo propios de este grupo de edad. Esta diferencia se mantiene considerando los puntos de corte de la escala AUDIT completa. El consumo de marihuana y otras sustancias en el grupo de 18-44 años fue mayor en personas con AUDIT-C positivo y AUDIT bebedor de riesgo y posible dependencia al alcohol, aunque no tan acusadamente como en el grupo de menores de edad.

Cuando se considera el AUDIT-C negativo y AUDIT-C positivo en el grupo de 12-17 años, la presencia de tres eventos traumáticos fue mayor en el grupo negativo que en el positivo (el 12,6 frente al 0,88%), lo mismo que el estrés postraumático (el 16,1 frente al 2,32%); sin embargo, al considerar la escala AUDIT completa, se ve que estas asociaciones se invierten y muestran que hay menos frecuencia de tres eventos traumáticos en sin problemas con el alcohol (1,2%) que entre los bebedores de riesgo (11,7%). No hubo diferencias significativas en estrés postraumático, lo cual muestra que hay asociación de eventos traumáticos múltiples con el consumo de alcohol de riesgo. Llama la atención que, al considerar el punto de corte de AUDIT-C negativo o positivo, la asociación es inversa; esto requiere mayor estudio evaluando variables de confusión para estos hallazgos.

Llama la atención que, cuando se toma el grupo de AUDIT-C positivo en mayores de edad, se asocia con un mayor porcentaje sin ansiedad (el 53,3 frente al 46,3%) y menos problemas de ansiedad (el 44,5 frente al 51,7%), eventos traumáticos y eventos traumáticos por conflicto armado reportados. Sin embargo, cuando se toman los puntos de corte de AUDIT en las categorías sin problemas con el alcohol, bebedor de riesgo y posible dependencia al alcohol, se encuentran diferencias de 3 eventos reportados mayor en probable dependencia del alcohol que en las otras categorías (el 14,1, el 5,0 y el 3,0%

respectivamente); el estrés postraumático se asocia más con probable dependencia del alcohol que con sin problemas con el alcohol (el 27,4 frente al 2,6%). Tomar la escala de AUDIT-C positiva o negativa desafía las previsiones de que los trastornos de ansiedad se asocian con un aumento del consumo de bebidas alcohólicas y requiere un estudio en mayor profundidad; cuando se toma la escala AUDIT completa, la asociación de mayor consumo es con problemas de ansiedad, estrés postraumático y eventos estresantes.

Es llamativo que la percepción de bienestar al momento de la entrevista era mayor entre las personas con AUDIT-C positivo, pero esta asociación se pierde al tomar la escala AUDIT completa, de lo cual se puede asociar que hay un grupo de personas que se sienten bien y consumen alcohol, no necesariamente que tengan problemas clínicos asociados al consumo de alcohol.

En el grupo de mayores de edad, se evidencia un mayor porcentaje de hogares en estado de pobreza en el grupo con AUDIT-C positivo (el 16,4 frente al 12,6%), lo cual parece asociarse a un impacto negativo del consumo de alcohol en los ingresos o patrones culturales de consumo asociados a clase social que el estudio no puede inferir; sería necesario evaluar los patrones de consumo y el tipo de bebidas asociados a esta condición.

Los resultados de la ENSM muestran asociaciones interesantes en la descripción del consumo de alcohol de la población colombiana. Los datos difieren de los de algunos estudios previos, aunque no son comparables por diferencias en metodología²⁹. Surgen múltiples áreas de profundización tanto para la promoción y prevención como para el tratamiento adecuado de las condiciones asociadas al consumo de riesgo y la dependencia que deben tener en cuenta diferencias culturales en el territorio nacional^{30,31}.

El estudio de factores individuales, sociales, familiares y ambientales en poblaciones específicas se debe desarrollar

para realizar intervenciones más adecuadas. En algunas categorías no se pudo realizar análisis estratificado, como en la de posible adicción, en la que no se pudo hacer comparaciones porque los estimadores son imprecisos.

Los hallazgos llevan a considerar la importancia de realizar intervenciones de promoción en salud y prevención del consumo de alcohol dirigida a menores de edad y articulada con políticas intersectoriales que controlen la venta y la distribución de bebidas alcohólicas a menores de edad. Las acciones específicas para la promoción y la prevención del consumo de alcohol entre las personas de 18-44 años requerirán involucrar a los sectores educativo y laboral.

Es necesario realizar estudios sobre patrones de consumo de alcohol y los factores asociados al desarrollo de abuso y dependencia del alcohol en la población colombiana.

El personal sanitario debe conocer la guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de la fase aguda de la intoxicación de pacientes por abuso o dependencia del alcohol, y familiarizarse en particular con las escalas de cribado y la entrevista motivacional.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio fue financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Espriella Guerrero R, De la Hoz Bradford AM, Gómez-Restrepo C, Zárate AU-H, Menéndez MC, Barré MC, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana,

diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Rev Colomb Psiquiatr. 2012;41:787-804.

2. Cherpitel CJ, Borges G, Giesbrecht N, Monteiro M, Stockwell T, Pan American Health Organization. Prevention of alcohol-related injuries in the Americas: from evidence to policy action. Washington: PAHO; 2013.
3. Monteiro MG, Pan American Health Organization. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.ª ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Protección Social y Defensa; 2009. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf>
6. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 [Internet]. Cali: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social; 2005. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
7. Hacia una estrategia de respuesta integral al consumo de alcohol en Colombia. Simposio: El exceso de alcohol y el consumo moderado, implicaciones para la salud [Internet]. Medellín: Ministerio de Salud y Protección Social; 2011 [citado 16 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/General/Rodrigo%20Lopera%20Isaza.pdf>
8. Ministerio de Justicia, del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio, de Salud, Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013- Informe Final. Bogotá, Colombia: ALVI Impresores S.A.S; 2014.
9. Cardona J, Orjuela L. Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín. Arch Med. 2014;10:2-13.
10. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol-2013. Guía N.º 23 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC.Completa.OH.pdf>
11. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 1 Abr 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>
12. O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people — Redefining an age old problem in old age. BMJ. 2003;327:664-7.
13. Kyomen HH, Liptzin B. Alcohol abuse and treatment in the elderly. En: Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A, editores. Principles and practice of geriatric psychiatry [Internet]. London: John Wiley & Sons; 2010. p. 663-70.
14. Busse EW, Blazer DG, Pascualy M, Shores M. The American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Psychiatry. 2.ª ed. Am J Geriatr Psychiatry. 1999;7:175-6.
15. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
16. OPS, OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/>

17. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-9.
18. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA.* 2004;291:2581-90.
19. Gusi N, Olivares PR, Rajendram R. The EQ-5D Health-Related Quality of Life Questionnaire. En: Preedy VR, Watson RR, editores. *Handbook of disease burdens and quality of life measures.* New York: Springer; 2010. p. 87-99.
20. Metodologías Oficiales y Arreglos Institucionales para la Medición de la Pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
21. PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C). Washington: Veterans Affairs UD; 1994.
22. Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry.* 1988;10:177-88.
23. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001 [Internet] [citado 1 Abr 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
24. Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. Screening for Problem Drinking. *J Gen Intern Med.* 1998;13:379-89.
25. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med.* 1998;158:1789-95.
26. República de Colombia, Ley 124 de febrero 15 de 1994, por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones [Internet] [citado 4 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=291>
27. República de Colombia, Decreto 120 de enero 21 de 2010, por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol [Internet] [citado 4 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto.0120.2010.htm>
28. Pérez Gómez A, Scoppetta O. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2008 un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños [Internet]. Disponible en: <http://www.nuevosrumbos.org/documentos/consumodealcoholmenores2009colombia.pdf>
29. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Gomez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33: 241-62.
30. Casanova L, Borges G, Mondragón L, Medina ME, Cherpitel C. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental.* 2001;24:3-11.
31. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J.* 1997;157:408-16.