

Original

Consumo de alcohol en Canarias: tendencia y factores sociodemográficos asociados más importantes (1997-2009)

Luis M. Bello Luján¹, Natividad Rodríguez Santana¹, Sara Trujillo Alemán¹, José A. Serrano Sánchez²

¹Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General Salud Pública del Gobierno de Canarias. ²Facultad de Ciencias de la Actividad Física. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España.

Resumen

Objetivo: Caracterización del patrón de consumo de alcohol en el periodo (1997-2009) así como las asociaciones con los factores sociodemográficos asociados más importantes.

Método: Estudio epidemiológico observacional, con tres muestras independientes, representativas de la población residente, no institucionalizada, de Canarias (≥ 16 años) de los años 1997 (n = 2.176), 2004 (n = 4.320) y 2009 (n = 4.560), Total (n = 11.056), seleccionados mediante muestreo polietápico y estratificado por islas y comarcas. El consumo de alcohol se agrupó en no bebedores, consumo habitual y consumo excesivo. En el análisis de tendencias se calculó la prevalencia del consumo de alto riesgo y no bebedores en las tres cohortes. Se utilizó la regresión logística multinomial con sus odds ratio correspondientes (OR), su intervalo de confianza (95% IC) y significación (p) para valorar las asociaciones entre los diferentes niveles de consumo como variable independiente y las variables sociodemográficas seleccionadas.

Resultados: La prevalencia del consumo de alto riesgo ha aumentado en Canarias disminuyendo los no bebedores sobre todo en la mujer (40%). El consumo de alto riesgo se incrementa con la edad y el consumo habitual en todos los grupos de edad, sobre todo en los jóvenes (16-30). El mayor riesgo de ser bebedor de alto riesgo son los hombres, (OR): 9,47; fumadores, (OR): 3,96; y los que tienen de peor salud, (OR): 2,29.

Conclusiones: La prevalencia del consumo de alcohol se ha incrementado en ambos sexos y el consumo excesivo con la edad, presentando un mayor riesgo en hombres, fumadores, y los que tienen peor autopercepción de la salud.

Palabras clave: Consumo de alcohol. Consumo excesivo. Consumo habitual. No bebedores.

CONSUMPTION OF ALCOHOL IN CANARY ISLANDS: TRENDS AND THE MOST IMPORTANT SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED (1997-2009)

Abstract

Objective: Characterization of the pattern of alcohol consumption in the period (1997-2009) and the characteristics of the most important sociodemographic factors associated.

Method: Observational epidemiological study, including three independent samples, representative of the resident population, not institutionalized in Canarias (≥ 16 years), years 1997 (n = 2,176), 2004 (n = 4,320) and 2009 (n = 4,560), Total (n = 11,056), samples selected by multi stage sampling and stratified by island and region. Alcohol consumption was grouped into non drinkers, regular consumption and overconsumption. In trend analysis the prevalence of high-risk and non-drinkers was calculated in the three cohorts. Multinomial logistic regression with corresponding odds ratio (OR), confidence interval (95 % CI) and significance (p) was used to assess associations between different levels of consumption as the independent variable, and selected sociodemographic variables.

Results: The prevalence of high risk has increased in Canary Islands while non drinkers decrease especially in women (40 %). High risk consumption increases with age and habitual consumption in all age groups, especially young people (16-30). The greater risk of high-risk drinking are men (OR): 9.47; smoking (OR): 3.96, and those with poorer health (OR): 2.29.

Conclusions: The prevalence of alcohol consumption has increased in both sexes and excessive consumption with age, presenting an increased risk in men, smokers, and poorer self-rated health.

Key words: Consumption of alcohol. Excessive consumption. Habitual consumption. Not drinkers.

Correspondencia: Luis M. Bello Luján.
C/ Pedro Cerón, 13-1º.
35001 Las Palmas de Gran Canaria. España.
E-mail: lbelluj@hotmail.com

Fecha Recibido: 8-5-2014.
Fecha Aceptado: 2-6-2014.



Introducción

El consumo de alcohol es un problema de orden mundial que da como resultado millones de fallecidos incluidos cientos de jóvenes. Es además, no solo la causa principal de muchas enfermedades sino el precursor de accidentes y violencia¹ y forma parte de nuestra cultura desde el comienzo de nuestra historia. En casi todas las sociedades, el consumo de alcohol muestra la estrecha relación entre la salud y los problemas sociales. La industrialización de la producción, la globalización del marketing y la promoción del alcohol han incrementado el consumo del mismo en el mundo y los daños relacionados². Constituye un problema de salud pública en la mayoría de las sociedades occidentales, por sus repercusiones sanitarias y sociales como consecuencia de la intoxicación (embriaguez) y la dependencia que provoca³. El consumo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en el mundo por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial⁴.

El uso de bebidas alcohólicas, en parte de los países europeos, es considerado normal, como un acto social, cultural y gastronómico consolidado dentro de las costumbres sociales. Se observa además una excesiva tolerancia para el consumo abusivo, sobre todo cuando el abuso está ligado a situaciones de fiesta o diversión. España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas ocasionados por el mismo son controvertidos, no sólo por el alto nivel de producción de algunos tipos de bebidas alcohólicas, sino también por la elevada prevalencia de su consumo, el amplio arraigo social que este hábito tiene en nuestras comunidades y la percepción generalizada de que el alcohol, o al menos ciertos tipos de bebidas alcohólicas, tienen una función estimulante, calórica y nutritiva. En este contexto social y cultural, en general, se observa una excesiva permisividad y banalización de las consecuencias adversas del consumo de alcohol (a pesar de la elevada morbilidad y mortalidad atribuible al mismo), culpando más bien al individuo, que no sabe beber, que al agente causante del daño⁵.

Está internacionalmente admitido que la mejor forma de aproximarse al conocimiento sobre el consumo de bebidas alcohólicas y sus factores determinantes en la población son las encuestas de consumo de base poblacional⁶. La disponibilidad de información sobre prevalencia tiene importancia no sólo por el conocimiento de la frecuencia del problema, sino también porque permite cuantificar la importancia que el alcohol tiene en la mortalidad o morbilidad de un problema de salud determinado. Además, la encuesta, al estar dirigida al individuo, recoge una información de carácter sociodemográfico, cuyo uso puede ser de gran utilidad para la detección de grupos de riesgo elevado o grupos de interés especial para la intervención, constituyendo un instrumento de gran utilidad para la planificación y evaluación de las políticas sanitarias y permite explorar múltiples aspectos relacionados con el

alcohol, como la cantidad y la frecuencia del consumo, los patrones según tipo de bebida, el lugar de consumo, las actitudes y conocimientos sobre el alcohol y sus consecuencias o los problemas relacionados con el consumo excesivo⁷.

Diversos estudios epidemiológicos han puesto en evidencia que a mayores niveles de consumo de alcohol corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas de cirrosis hepáticas, determinados cánceres, accidentes, síndrome alcohólico fetal y otras enfermedades⁸. El consumo de alcohol está presente en una proporción importante de los accidentes de tráfico, laborales y domésticos, ocasionando un gran número de discapacidades, la mayoría de ellos en edades muy tempranas. Cada día es más frecuente la asociación entre consumo de alcohol-fin de semana y los accidentes de tráfico⁹. De hecho, diversos estudios epidemiológicos muestran que ha habido un cambio en las tendencias en el consumo de alcohol concentrándose principalmente en los fines de semana¹⁰ y que los patrones de consumo de alcohol, en las últimas décadas y en las mujeres, se van acercando al de consumo de los varones¹¹.

Europa es la región donde tradicionalmente el consumo de alcohol es mayor que en el resto del mundo² y los países de la Unión Europea no son una excepción¹² e Irlanda, es uno de ellos de mayor consumo de alcohol¹³.

En España en 1987 ocupaba el tercer lugar en consumo per cápita de total de alcohol 12,7 a.a.⁽¹⁾ junto a Francia y Luxemburgo¹⁴ y posteriormente, en 1990, junto a Hungría era el cuarto país en consumo de alcohol después de Francia, Luxemburgo y Alemania, con 10,8 de a.a. por persona. En 1987, el 4,4% de la población presenta un patrón de consumo de alto riesgo y por sexos, es superior en los hombres (7,3%) con relación a las mujeres (0,6)⁶ y en el 2003, España ocupaba el sexto lugar en el ranking de consumo mundial de alcohol, con 10 litros de alcohol puro per cápita, por delante de Bélgica, Suiza, Chipre, Francia, Austria, Dinamarca, Portugal y Reino Unido¹⁵.

Según el INE¹⁶, el consumo de alcohol en España ha venido disminuyendo. Así, en el año 2003, el porcentaje de consumo de alcohol en la población total fue del 61,1%; en hombres (75%) y en mujeres (47,9%), en 2006, en población total, (55,7%); en hombres (70,2%) y en mujeres (41,7) y en 2011, en población total (50,7%); en hombres (64,2%) y en mujeres (37,8%). En la Encuesta de Salud de Canarias (1990) se observó que el 57,1% de la población total correspondía a consumidores de alcohol siendo los hombres (3,9%) de consumo de alto riesgo y (1,8%) en mujeres¹⁷.

Dado que en las Islas Canarias hay pocos trabajos epidemiológicos que analicen la evolución del consumo en los últimos veinte años nos planteamos el objetivo de conocer la caracterización del patrón de consumo de alcohol de alto riesgo y no bebedores así como aquellos factores sociodemográficos asociados más importantes.

⁽¹⁾ Alcohol absoluto.



Material y método

Es un estudio epidemiológico observacional, de carácter transversal y descriptivo. Los datos fueron obtenidos de las tres muestras independientes empleadas en la Encuesta de Salud de Canarias (ESC) de 1997 (n = 2.176), 2004 (n = 4.320) y 2009 (n = 4.560) (Total = 11.056). Los

participantes fueron personas adultas (≥ 16 años), no institucionalizadas y residentes en Canarias. Las variables sociodemográficas seleccionadas fueron edad, sexo, educación, estado civil, estatus laboral, consumo de tabaco, estatus laboral, y salud percibida (tabla I).

Las ESC seleccionaron a la población siguiendo un muestreo polietápico y estratificado por islas y comar-

Tabla I
Características de los participantes en las Encuestas de Salud de Canarias (1997-2004-2009)

	1997 (n = 2.176)		2004 (n = 4.320)		2009 (n = 4.560)	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Sexo						
Hombre	48,1		41,6		41,5	
Mujer	51,9		58,4		58,5	
Edad						
16-30	31,3		21,4		16,8	
31-45	28,0		30,0		31,6	
46-60	21,0		19,7		23,5	
> 60	19,7		28,9		28,1	
Edad (media \pm DE)	42,5 \pm 18,0		47,5 \pm 18,7		48,5 \pm 17,6	
Educación						
Primaria o menor	66,1	(64,0-68,0)	65,4	(64,0-66,8)	64,9	(63,5-66,2)
Secundaria	23,9	(22,1-25,7)	22,8	(21,5-24,0)	20,5	(19,3-21,7)
Universitaria	9,1	(7,8-10,2)	6,9	(6,0-7,6)	14,5	(13,5-15,5)
Estatus laboral						
Empleo	44,5	(42,3-46,5)	42,5	(41,0-43,9)	40,2	(38,7-41,5)
Desempleo	21,1	(19,3-22,8)	14,9	(13,8-15,9)	10,1	(9,2-10,9)
Ama de casa	34,4	(32,3-36,4)	42,6	(41,0-44,0)	44,1	(42,7-45,5)
Estado civil						
Soltero	32,8	(30,8-34,7)	28,8	(27,4-30,1)	25,5	(24,2-26,7)
Casado/emparejado	55,6	(53,4-57,6)	54,0	(52,5-55,4)	55,5	(54,0-56,9)
Separado/viudo	11,6	(10,2-12,9)	17,2	(16,9-18,3)	19,0	(17,8-20,1)
Estatus de fumar						
Sí fumo	34,0	(32,0-35,9)	28,7	(27,3-30,0)	27,3	(26,0-28,6)
Antes sí, ahora no	7,1	(6,0-8,2)	17,2	(16,0-18,3)	16,5	(15,4-17,6)
Nunca	58,7	(56,6-60,7)	54,1	(52,6-55,6)	56,1	(54,6-57,5)
Índice Masa Corporal						
Delgado	-	-	3,3	(2,7-3,8)	3,8	(3,2-4,3)
Normopeso	-	-	26,8	(25,4-28,1)	35,9	(34,5-37,2)
Sobrepeso	-	-	46,3	(44,7-47,7)	39,7	(38,2-41,1)
Obesidad	-	-	16,6	(15,4-17,7)	20,6	(19,4-21,7)
Condición física autopercebida						
Muy buena/buena	24,2	(22,3-25,9)	34,4	(33,0-35,8)	47,5	(46,0-48,9)
Normal	54,9	(52,8-57,0)	45,6	(44,0-47,0)	39,8	(38,4-41,2)
Muy mala/mala	19,7	(18,0-21,3)	18,9	(17,7-20,1)	12,7	(11,7-13,6)
Salud percibida autopercebida						
Muy buena/buena	24,2	(22,3-25,9)	62,1	(60,6-63,5)	13,7	(11,8-16,8)
Normal	54,9	(52,8-57,0)	28,3	(26,9-29,6)	43,7	(42,4-45,1)
Mala/muy mala	19,7	(18,0-21,3)	9,2	(8,3-10,0)	29,5	(28,1-30,8)
Consumo de alcohol						
Bebedor alto riesgo	5,6	(4,6-6,5)	7,0	(6,2-7,7)	7,9	(7,0-8,6)
Bebedor habitual	39,1	(37,0-41,1)	42,4	(40,9-43,8)	50,1	(48,6-51,5)
No bebedores	54,9	(52,8-57,0)	50,3	(48,8-51,8)	42,0	(40,5-43,4)

Fuente: Encuesta de Salud de Canarias (1997-2004-2009). Elaboración propia. IC: Intervalo de confianza al 95%.



cas, y nivel socio-económico de las secciones censales¹⁸. La afijación de las muestras fue proporcional a la edad y el sexo de la población canaria. En 2004 se añadieron 400 entrevistas adicionales en el estrato de mayores de 60 años para obtener estimaciones más precisas en este colectivo, en particular de las mujeres mayores. En todas las fases del proceso, las unidades muestrales fueron seleccionadas aleatoriamente: unidades primarias (secciones censales), secundarias (viviendas familiares) y últimas (adultos ≥ 16 años). En el año 2004 se incluyó el sistema CAPI (*Computers-Assisted Personal Interview*). Los entrevistadores fueron equipados con un "tablet" que incorporaba el cuestionario y la cartografía digital con las viviendas seleccionadas. El sistema disponía de reglas de validación de los cuestionarios y un GPS para la geo-localización de las viviendas y el encuestador. Los participantes fueron entrevistados en su vivienda. Cuando el adulto seleccionado no estaba en la vivienda, se entrevistó a otro miembro familiar con el mismo perfil y género. Si no había ninguno, se intentaba una segunda visita. Para las entrevistas que no se pudieron realizar, se seleccionó como alternativa la vivienda contigua. Los datos de 1997, 2004 y 2009 fueron recogidos entre mayo-julio y entre marzo-julio de cada año¹⁸.

La medida de consumo de alcohol se ha determinado mediante la técnica del recuerdo retrospectivo del consumo. El recuerdo se facilitó realizando una pregunta cerrada sobre la cantidad consumida de una lista bastante extensa de bebidas alcohólicas. Se pregunta por la frecuencia del consumo (diariamente, entre 4 y 6 veces/semana, 2-3 veces/semana, 1 vez/semana, 1-3 veces/mes, < 1 vez/mes y nunca) y la cantidad consumida de diferentes tipos de bebidas alcohólicas, teniendo en cuenta que 1 Unidad de Bebida Estándar (UBE) corresponde a 10 gr. de alcohol puro¹⁹. Las Encuestas de Salud de Canarias¹⁸ para los distintas encuestas estableció la siguiente clasificación de consumo de alcohol en su metodología:

- *No bebedores*: Abstemios. Ningún consumo.
- *Bebedor ocasional*: Quien ha consumido < 8 g (80 UBE) al día en la semana previa a la encuesta o menos de una vez al mes.
- *Consumo habitual*: Persona que declaró haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez a la semana durante el último año o en cuatro o más ocasiones el último mes. Los bebedores habituales se clasificaron a partir de la cantidad de alcohol consumida en la semana anterior a la encuesta²⁰. La clasificación fue la siguiente:
 - Bajo o moderado, persona que declaró haber consumido 60 cc (una copa) de alcohol al día.
 - Alto, entre 61 y 99 cc (dos copas) de alcohol al día.
 - Consumo excesivo, persona que declaró consumir 100 o más cc (tres o más copas) de alcohol al día.

Se agruparon según el consumo de alcohol de alto riesgo y No bebedores. La revisión de diferentes estudios

nos permite confirmar que no ha podido consensuarse un único criterio a nivel internacional: así en Europa, se tiende a considerar el límite para establecer un consumo de riesgo en 5 UBEs/día para el hombre y en 3 UBEs/día para la mujer. En Estados Unidos, los límites son superiores, situándose en 7 UBEs/día para los hombres y 5 UBEs/día para las mujeres, y la Organización Mundial de la Salud establece límites más restrictivos y clasifica como *bebedor de riesgo* a aquel que consume 28 UBEs/semana en el caso de los varones y 17 UBEs/semana en las mujeres.

En el análisis de tendencia se utilizaron las prevalencias ajustadas por edad y sexo, estandarizados por el método directo, tomando como población estándar la estructura de edad de la OMS (2000-2025). Los intervalos de confianza fueron calculados según el procedimiento descrito por Rothman y Greenland²¹.

Para analizar las asociaciones multivariantes entre las variables independientes con los 3 niveles de consumo se utilizó la regresión logística multinomial²². En este estudio los datos de las encuestas (1997, 2004 y 2009) fueron analizados conjuntamente ($n = 11.056$), incluyendo el año como variable confusora. Los resultados de la regresión logística multinomial son informados mediante las *odds ratios* (OR), su intervalo de confianza (95% IC), y significación (p). En las tablas los resultados se presentan crudos y después de ajustar por una selección previa de las covariables obtenidas con un análisis de pasos sucesivos. Se utilizó el grupo de abstemios como referente. El modelo final seleccionó con contribuciones significativas ($p < 0,05$) las siguientes variables: edad, sexo, año de la encuesta, nivel educativo, estatus laboral, consumo de tabaco y salud física percibida. Los análisis de datos fueron realizados con el módulo de RLM del SPSS v.19²³.

Resultados

Muestra

En la tabla I se observa las características sociodemográficas de las tres muestras (1997, 2004 y 2009). Al analizarlas, sin ajustar, hay diferencias en la variable "sexo" en la muestra del 1997 con relación a 2004 que se mantienen cuando se ajustan; en cambio, las muestras de 2004 y 2009 son similares.

Al ajustar las muestras por edad y sexo se observa diferencias significativas para todos los grupos de edad, en el nivel educativo (universitario), estatus laboral (desempleado y amas de casa), estado civil (separado/viudo), estatus de fumar (fumadores y ex fumadores) y en la salud percibida aunque las distancias en los intervalos de confianza fueron en general, muy ajustadas.

Evolución de los niveles de consumo

En la tabla II se observan que las prevalencias del consumo de alcohol en Canarias se han incrementado en el



Tabla II
Prevalencias de consumo de alcohol según características seleccionadas. Canarias (1997-2004-2009)

	Consumo alto riesgo						Consumo habitual						No bebedores					
	1997		2004		2009		1997		2004		2009		1997		2004		2009	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Todos	4,9	(1,1;8,6)	6,6	(11,6;22,6)	6,6	(3,7;9,4)	50,0	(45,0;52,0)	50,0	(43,1;53,5)	50,0	(49,6;55,2)	39,9	(36,9;42,8)	48,0	(45,6;50,3)	40,2	(37,2;42,6)
Sexo																		
Hombre	9,2	(4,0;14,4)	13,1	(8,6;17,6)	12,6	(8,2;16,9)	62,7	(56,6;63,6)	49,8	(46,1;56,2)	47,0	(44,1;54,9)	30,8	(26,1;35,5)	24,8	(20,8;28,7)	28,2	(24,4;31,9)
Mujer	0,6	(-1,5;2,7)	2,0	(-1,9;5,9)	2,4	(-1,5;6,3)	37,3	(30,0;39,0)	50,2	(42,1;56,7)	53,0	(45,8;54,2)	64,9	(61,5;68,2)	45,9	(43,6;48,6)	38,8	(35,6;41,9)
Edad																		
16-30	0,2	(0,24;0,25)	0,7	(1,4;2,8)	0,4	(-1,9;2,7)	17,1	(15,3;18,8)	18,7	(17,3;20,0)	21,4	(20,0;22,7)	16,5	(14,7;18,2)	14,4	(12,8;15,9)	11,9	(9,9;13,8)
31-45	1,7	(-0,4;3,8)	1,8	(0,2;3,3)	1,4	(1,3;4,1)	12,7	(10,9;14,4)	15,7	(14,5;16,8)	17,2	(16,2;18,1)	14,6	(13,0;16,1)	11,5	(10,3;12,6)	10,5	(9,3;11,6)
46-60	2,1	(0,1;4,0)	2,1	(0,7;3,4)	2,0	(0,8;3,2)	7,3	(5,7;8,8)	8,6	(7,0;10,1)	10,5	(9,5;11,4)	12,0	(10,6;13,3)	10,7	(9,3;12,0)	8,8	(7,8;9,7)
>60	1,3	(-0,06;2,6)	1,4	(0,6;2,1)	2,1	(1,3;2,9)	3,1	(1,7;4,4)	3,3	(2,5;4,0)	5,1	(4,3;5,8)	11,0	(10,2;11,7)	10,6	(7,5;13,7)	8,2	(7,6;8,7)
Educación																		
Primaria o menor	5,5	(0,2;10,8)	5,5	(1,2;9,8)	11,6	(6,9;16,3)	36,7	(32,4;41,0)	42,4	(39,2;45,4)	48,2	(45,3;51,1)	57,3	(53,6;61,0)	52,1	(49,0;55,2)	45,6	(42,5;48,7)
Secundaria	4,8	(-7,0;15,8)	9,1	(2,6;15,6)	5,2	(-1,3;11,7)	42,3	(32,5;52,1)	50,7	(45,8;55,6)	61,6	(57,3;65,9)	52,9	(45,8;60,0)	40,3	(35,0;45,6)	30,5	(25,0;36,0)
Universitaria	6,7	(-0,4;13,8)	8,4	(-3,0;19,8)	10,8	(1,0;20,6)	53,1	(42,7;63,5)	57,4	(49,8;65,0)	67,8	(62,9;72,7)	40,3	(28,9;51,7)	34,2	(24,6;43,8)	24,0	(16,2;31,8)
Estatus laboral																		
Empleado	6,7	(-0,3;13,7)	8,6	(3,5;13,6)	6,8	(1,1;12,4)	51,5	(46,2;56,7)	54,0	(48,9;59,0)	63,1	(59,5;66,6)	41,8	(36,4;47,2)	37,4	(33,2;41,5)	30,1	(25,2;35,0)
Desempleado	0,6	(-8,2;9,4)	2,4	(-7,5;12,3)	1,8	(-7,0;10,6)	21,1	(10,3;31,8)	31,5	(23,2;39,7)	36,2	(23,4;48,9)	78,3	(72,3;84,3)	66,1	(59,6;72,5)	62,0	(52,3;71,6)
Ama de casa	7,5	(-1,3;16,3)	5,3	(-0,1;10,7)	6,4	(0,7;12,0)	36,1	(28,9;43,3)	42,9	(38,7;47,0)	49,5	(45,5;53,4)	56,4	(50,4;62,4)	51,7	(47,7;55,6)	44,1	(39,7;48,4)
Estado civil																		
Soltero	5,7	(-4,4;15,8)	5,7	(-4,4;15,8)	5,9	(-0,1;11,9)	41,7	(33,3;50,1)	41,7	(33,3;50,1)	57,2	(52,8;61,5)	52,6	(45,3;59,8)	52,6	(45,3;59,8)	36,9	(32,0;41,8)
Casado/emparejado	5,9	(-0,9;12,7)	6,8	(1,6;12,0)	6,8	(1,1;12,4)	39,7	(34,4;44,9)	44,0	(40,0;47,9)	53,3	(49,5;57,0)	54,5	(45,3;59,8)	49,2	(46,0;52,3)	38,4	(33,9;42,9)
Separado/viudo	4,4	(-5,5;14,3)	3,9	(-7,4;15,2)	6,0	(-12,6;24,6)	43,7	(31,8;63,7)	41,4	(28,1;54,7)	52,3	(40,2;64,4)	51,8	(35,6;68,0)	54,7	(42,7;66,6)	41,7	(25,9;57,5)
Horas de dormir																		
<6 horas	5,3	(-1,5;12,1)	8,2	(-2,3;18,7)	5,5	(-2,3;13,3)	35,6	(26,5;44,6)	40,2	(32,1;48,2)	50,1	(44,8;55,3)	59,1	(51,4;66,7)	51,6	(43,3;59,8)	44,4	(38,3;50,4)
6,1-8 horas	4,3	(-0,8;9,4)	4,3	(-0,7;9,3)	5,0	(-4,4;14,4)	42,2	(38,0;46,3)	42,2	(38,0;46,3)	56,0	(53,0;58,9)	53,5	(49,9;57,0)	53,5	(49,9;57,0)	33,0	(29,6;36,3)
8,1-10 horas y más	10	(3,3;16,6)	5,7	(1,3;10,0)	6,8	(0,3;13,2)	38,7	(29,6;47,7)	46,4	(43,2;49,5)	48,0	(41,9;54,0)	51,3	(43,0;59,5)	47,8	(44,6;50,9)	45,2	(38,9;51,4)
Estatus de fumar																		
Sí fumo	10	(4,5;15,7)	11,8	(6,4;17,2)	11,7	(6,1;17,3)	53,2	(48,2;58,2)	57,2	(53,3;61,1)	59,7	(55,9;63,4)	36,7	(30,7;42,7)	31,1	(26,2;36,0)	28,6	(23,3;33,8)
Ex fumador	9,0	(-1,7;19,7)	9,0	(0,18;17,8)	8,7	(-1,8;19,2)	47,4	(33,9;60,9)	56,8	(51,4;62,2)	59,4	(53,0;65,8)	43,7	(29,4;58,0)	34,3	(26,9;41,7)	31,3	(22,3;40,3)
Nunca	2,6	(-0,7;5,9)	2,6	(-0,7;5,9)	2,9	(-0,04;5,8)	32,3	(27,6;37,0)	37,9	(34,6;41,2)	50,0	(47,0;52,9)	65,1	(61,8;68,4)	59,6	(56,7;62,5)	47,0	(43,8;50,1)

Fuente: Encuesta de Salud de Canarias 1997, 2004, 2009. Elaboración propia.
(* Ajustadas por la población estándar (OMS-2000/2025).

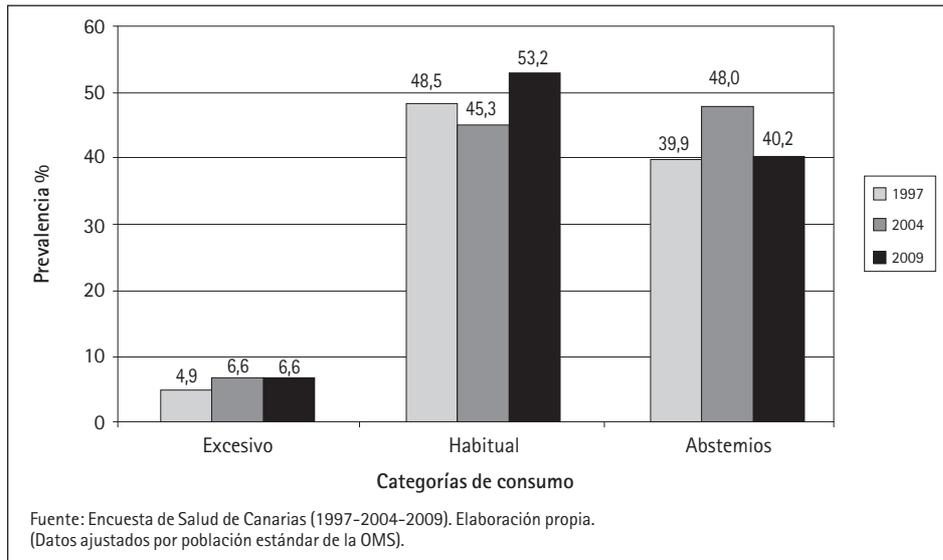


Fig. 1.—Consumo de alcohol. Total. Canarias (1997-2004-2009).

consumo habitual en la mujer aunque en éste último no ha tenido un incremento lineal, que ha compensado la disminución en el hombre; en cambio, las personas abstemias han disminuido (16%) (2004-2009) (fig. 1).

Por sexos, en hombres, se observa que se mantiene el consumo de alto riesgo entre 13,1% y 12,6% para la década de los años 2000. En la mujer, en cambio, se observa un incremento en el consumo de alto riesgo de 0,6% (1997) a 2,4% (2009), incremento en el consumo habitual (42%) y un descenso del (40%) en las abstemias (figs. 2 y 3).

2004 aunque en 2009 disminuye excepto en el grupo > de 60 años que continua incrementándose hasta 2,1%.

En el "consumo habitual" se observa un incremento en todos los grupos de edad sobre todo en jóvenes (16-30) y (31-45) del 25% y 35%, respectivamente; en general, el consumo habitual es la categoría de mayor incremento en todos los grupos de población y va progresivamente incrementándose con el paso del tiempo (tabla II) (fig. 4). En las personas "no bebedoras" se produce el fenómeno contrario, disminuye en la mujer (40%) y en todos los grupos de edad, sobre todo en los jóvenes (tabla II) (fig. 5).

Evolución de los niveles de consumo por grupos sociodemográficos y de salud

En el "consumo de alto riesgo" se observa que se incrementa a medida que se tiene más edad en el periodo 1997-

Asociaciones de las variables independientes con niveles de consumo de alcohol

El aumento de la edad y la disminución del nivel educativo se asociaron a un mayor riesgo de "bebedor de

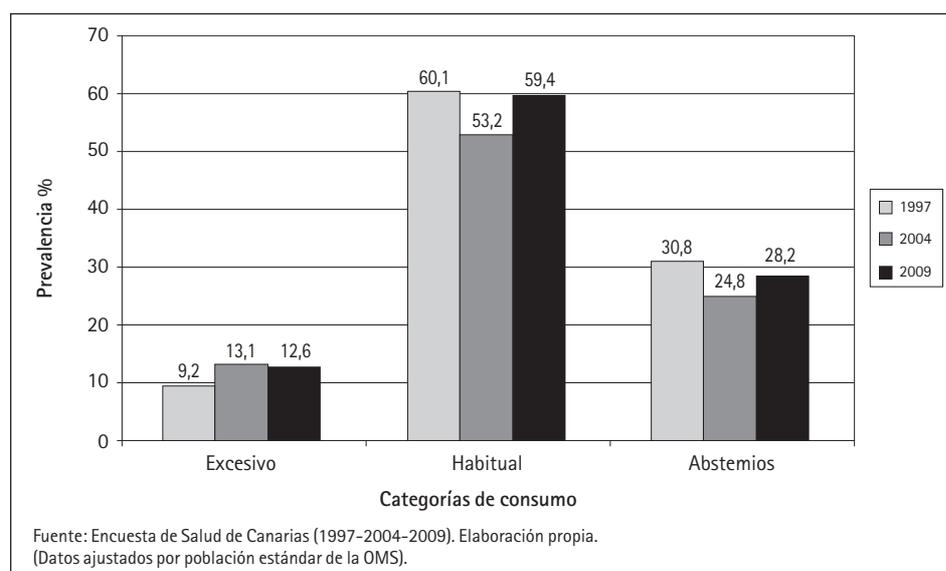


Fig. 2.—Consumo de alcohol. Hombres. Canarias (1997-2004-2009).

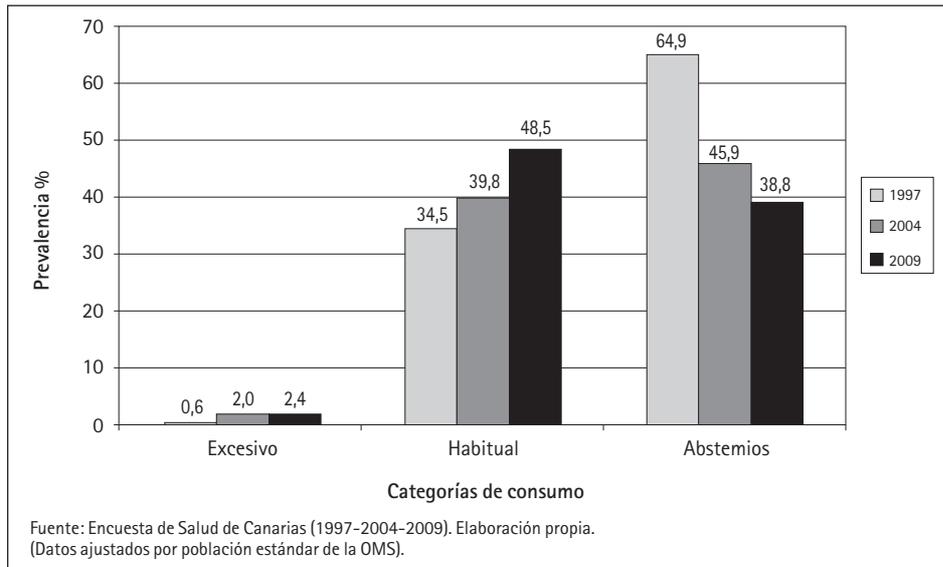


Fig. 3.—Consumo de alcohol. Mujeres. Canarias (1997-2004-2009).

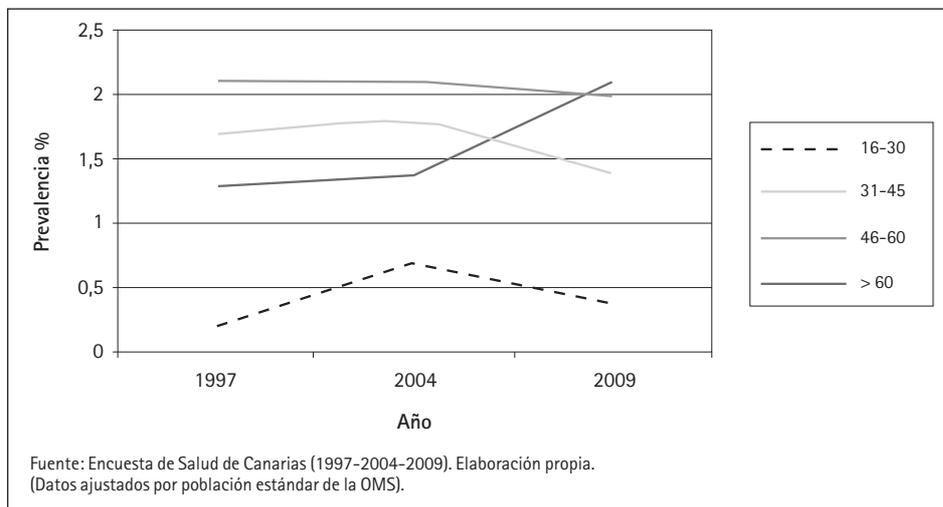


Fig. 4.—Consumo excesivo por grupos de edad. Canarias (1997-2004-2009).

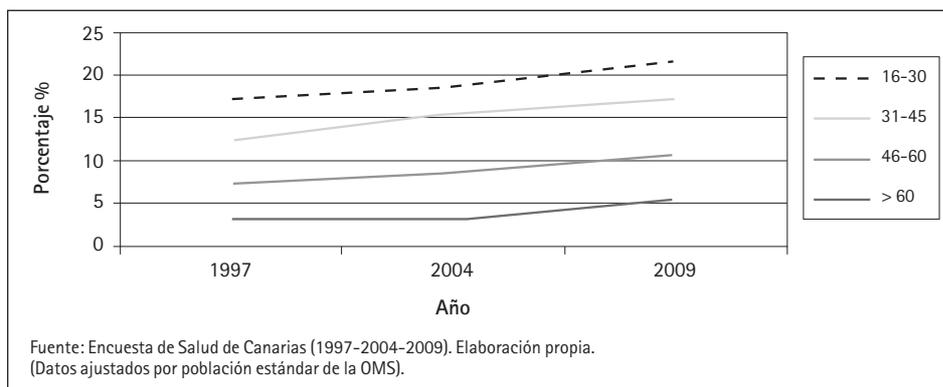


Fig. 5.—Consumo habitual por grupos de edad. Canarias (1997-2004-2009).

alto riesgo" respecto a ser no bebedor. La asociación más fuerte se produjo para los hombres, OR: 9,47 (95% IC, 7,51: 11,93); fumadores, OR: 3,96 (95% IC, 3,18: 4,92); trabajadores, OR: 1,56 (95% IC, 1,25: 1,96); y los que

perciben la salud mala/muy mala, OR: 2,29 (95% IC, 1,71: 3,07).

Para ser "bebedor habitual" el mayor riesgo lo tienen los hombres, OR: 1,98 (95% IC 1,80: 2,18); fumadores,

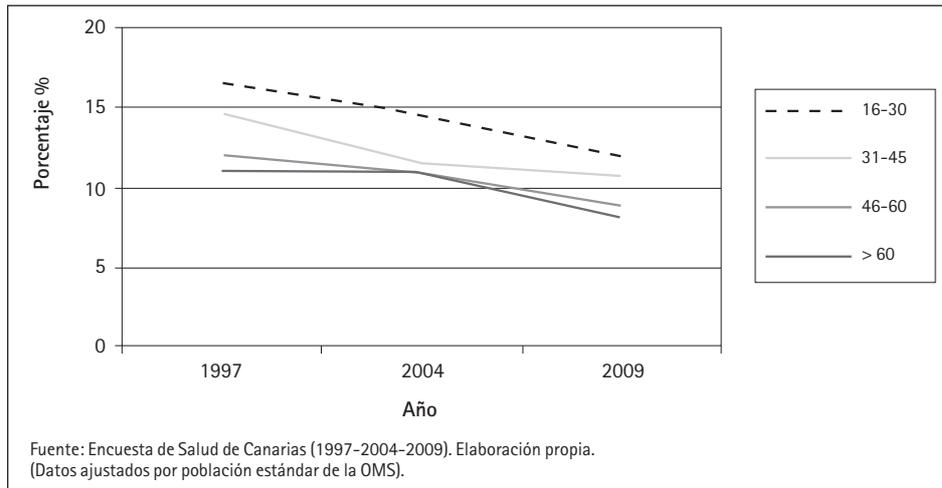


Fig. 6.—No bebedores por grupos de edad. Canarias (1997-2004-2009).

OR: 2,19 (95% IC, 1,96: 2,44); jóvenes (grupo de edad entre 16-30 años), OR: 1,83 (95% IC, 1,57: 2,13); los trabajadores, OR: 1,62 (95% IC, 1,46: 1,80) y los de percepción de la salud mala/muy mala, OR: 1,84 (95% IC, 1,56: 2,14) (tabla III).

Discusión

Este estudio se ha planteado con el objetivo de examinar las diferencias en los niveles de consumo de alcohol, particularmente su tendencia y asociación con factores sociodemográficos y la percepción de la salud.

España tiene una larga tradición en el consumo de alcohol¹⁴ y forma parte de los países con "cultura húmeda" lo cual significa que tiene no solamente altos niveles de consumo de alcohol sino también una tolerancia social al daño producido por el alcohol²⁴. Además constituye un elemento del proceso de socialización y para la economía nacional, un destacado recurso económico: la producción de bebidas a nivel mundial ocupa un lugar importante²⁵ y a su vez, es de los primeros en cuanto a consumo medio per capita de alcohol, entre 10,0-12,4 litros¹.

El patrón de consumo en Canarias no deja de ser una excepción. Ya desde 1990 se venía reflejando que tanto el consumo habitual como el excesivo estaban en una posición intermedia con relación a otras CCAA²⁶. Esta situación estaba cambiando debido a facilidad para consumir alcohol de los jóvenes y por los beneficios producidos por factores climáticos que hacen que se consuma más en espacios libres. Aunque el consumo habitual se ha incrementado en ambos sexos, en la mujeres, en las últimas décadas, se ha ido acercando a los varones, reflejándose en los niveles de alcoholismo femenino además de la mortalidad femenina por causas atribuidas al alcohol²⁶. También se presenta este fenómeno en todos los grupos de edad quizás por las políticas más permisivas dado que el consumo de alcohol es utilizado para cualquier acontecimiento social. De hecho, el consumo habitual en los jóvenes (16-45 años) se ha incre-

mentado entre un 25%-35%. España ha ido experimentado un endurecimiento de las políticas de consumo, más restrictivas si cabe, aprobándose recientemente el Plan de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA)²⁾ a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, donde se incluye entre sus medidas ampliar a los 18 años la edad de consumo del alcohol.

Los cambios más importantes en el consumo del alcohol se producen en la mujer. Se produce un aumento del consumo de alto riesgo, del consumo habitual y sobre todo, una disminución de las mujeres no bebedoras (40%) aunque las diferencias con los hombres aún siguen siendo elevadas. Estos cambios afectan también al modelo de consumo donde la mujer comienza a consumir alcohol en bares y restaurantes, terreno hasta ahora, exclusivo del hombre, y no solo en el hogar. El consumo se presenta sobre todo los fines de semana y días de fiesta porque el alcohol es barato, se permite tomar fuera del hogar y además, estamos en una cultura muy permisiva²⁴. De igual manera, estos cambios en el patrón de consumo se presenta también en Finlandia²⁷.

El porcentaje de no bebedores en España (1999) era de (25,8)^{28,29}; valores altos con relación a Europa y el porcentaje de no bebedores, en hombres, en Canarias ha ido disminuido entre (1997-2009) un (8,0) llegando a valores bajos (28,2) no tan bajo como Argentina (7,5) o Canadá (17,0)³⁰. Países como Brasil (41,4) o Tailandia (40,8) tienen porcentajes mayores de abstemios³¹. En Canarias, las mujeres ha disminuido un (43,0) llegando a valores de (38,8) que no son comparables con los valores de India (89,3), Tailandia (81,3)³²; muchos de los cambios en la mujer asiática tienen que ver con el gran porcentaje de población existente (95%), de religión budista, que promueve la abstinencia del consumo de alcohol³¹; en el otro extremo, se encuentran las mujeres australianas (10,6)³³. Canarias se encuentran en países con un porcentaje (%) de no bebedores de nivel intermedio. El consumo de alcohol en la mujer cada vez es menos restrictivo reflejando los cambios socio-culturales que se

²⁾ Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013.





Tabla III
Asociaciones entre el consumo de alcohol con algunas características sociodemográficas seleccionadas

	<i>B. habitual</i>						<i>Consumo de alto riesgo</i>					
	<i>Crudo</i>			<i>Ajustado*</i>			<i>Crudo</i>			<i>Ajustado*</i>		
	<i>n</i>	<i>OR</i>	<i>95% IC</i>	<i>n</i>	<i>OR</i>	<i>95% IC</i>	<i>n</i>	<i>OR</i>	<i>95% IC</i>	<i>n</i>	<i>OR</i>	<i>95% IC</i>
<i>Cohorte</i>												
1997	2168	0,59	(0,53:0,66)*	2100	0,44	(0,39:0,51)*	2168	0,54	(0,43:0,67)*	2160	0,43	(0,34:0,56)*
2004	4309	0,70	(0,64:0,77)*	4063	0,49	(0,43:0,55)*	4309	0,74	(0,62:0,87)*	4063	0,49	(0,34:0,56)*
2009	4560	ref		3369	ref		4560	ref		3369	ref	
<i>Sexo</i>												
Hombre	4728	2,45	(2,26:2,66)*	4079	1,98	(1,80:2,18)*	4728	11,24	(9,26:13,64)*	4079	9,47	(7,51:11,93)*
Mujer	6309	ref		5453	ref		6309	ref		5453	ref	
<i>Edad</i>												
16-30	2366	3,12	(2,78:3,51)*	658	1,83	(1,57:2,13)*	2366	0,19	(0,13:0,27)*	863	0,12	(0,08:0,19)*
31-45	3342	3,13	(2,81:3,50)*	568	1,46	(1,26:1,69)*	3342	0,79	(0,65:0,95)*	1161	0,37	(0,28:0,49)*
46-60	2379	2,12	(1,88:2,39)*	418	1,29	(1,11:1,49)*	2379	1,16	(0,97:1,40)*	784	0,68	(0,53:0,88)*
> 60	2950	ref		388	ref		2950	ref		1189	ref	
<i>Educación</i>												
Primaria o menor	7210	0,33	(0,28:0,37)*	6403	0,47	(0,40:0,55)*	7210	0,51	(0,40:0,65)*	6403	0,57	(0,39:0,70)*
Secundaria	2444	0,70	(0,60:0,81)*	2155	0,73	(0,61:0,87)*	2444	0,56	(0,41:0,75)*	2155	0,70	(0,50:0,98)*
Universitaria	1154	ref		974			1154	ref		974		
<i>Estatus laboral</i>												
Trabaja	4608	2,74	(2,52:2,97)*	4049	1,62	(1,46:1,80)*	4608	1,76	(1,49:2,03)*	4049	1,56	(1,25:1,96)*
No trabaja	6127	ref		5483	ref		6127	ref		5483	ref	
<i>Estado civil</i>												
Soltero	3111	2,47	(2,19:2,79)*	3099	1,21	(1,03:1,41)*	3111	1,02	(0,78:1,34)	3099	1,10	(0,80:1,50)
Casado/emparejado	6053	1,67	(1,48:1,87)*	6039	1,10	(0,97:1,25)*	6053	1,94	(1,56:2,41)*	6039	1,23	(0,96:1,56)
Separado/viudo	1855	ref		1848			1855	ref		1848		
<i>Estatus de fumar</i>												
Sí fumo	3220	2,77	(2,52:3,03)*	2741	2,19	(1,96:2,44)*	3220	5,94	(4,94:7,15)*	2741	3,96	(3,18:4,92)*
Ex fumador	1652	2,18	(1,94:2,45)*	1460	1,85	(1,62:2,12)*	1652	6,48	(5,26:7,98)*	1460	2,66	(2,09:3,37)*
Nunca	6164	ref		5331	ref		6164	ref		5331	ref	
<i>Salud percibida</i>												
Mala/muy mala	2169	1,96	(1,75:2,20)*	2094	1,84	(1,56:2,14)*	2169	1,56	(1,26:1,94)*	2094	2,29	(1,71:3,07)
Normal	4403	1,51	(1,35:1,69)*	4260	1,35	(1,19:1,53)*	4403	1,20	(0,98:1,49)	4260	1,43	(1,13:1,81)*
Buena/muy buena	3397	ref		3178	ref		3397	ref		3178	ref	

Fuente: ESC (1997-2004-2009). Elaboración propia.
(95% IC): Intervalo de confianza 95% (*).

*Ajustado por año de la encuesta, edad, sexo, nivel educativo, estatus laboral, estado civil, estatus de fumar y salud percibida.

OR: Odds ratio, regresión logística multinomial.

*La categoría de referencia es el abstinencia.

p < 0,05 para el OR.

está produciendo en nuestra sociedad donde la mujer externaliza su consumo y se introduce cada vez más en el mundo hasta ahora dominado por los hombres. De igual manera que los cambios en el patrón de consumo de Finlandia²⁷.

El consumo de alto riesgo esta asociado al hombre (OR: 9,47), trabajador (OR: 1,56), fumador (OR: 3,96), con mala percepción de salud (OR: 2,29). Ya la OMS señalaba hace algunos años que el consumo de alto riesgo de alcohol se había incrementado en el mundo desde 1,4% en la India al 31,8% en Colombia, países ambos de bajos consumos excesivos y renta media³⁵ y planteaba diferentes estrategias para reducir dicho con-

sumo. Estos hallazgos son importantes para establecer un plan de prevención del alcoholismo y campañas directas hacia ese segmento de población³⁶. Ya en el año 2000, el 4% de la morbimortalidad fueron relacionados con el consumo de alcohol³⁷. El porcentaje de consumo de alto riesgo encontrado en Canarias (T: 6,6; H: 12,1; M: 2,4) está por debajo de los encontrados en Brasil en 2003 (T: 8,4; H: 13,1; M: 4,1)³⁸, a pesar que la edad mínima para comprar bebida alcohólica en Brasil, (de 18 años) aunque con el acceso al alcohol relativamente fácil, ya que no existen leyes que controlen los horarios de funcionamiento de los bares y las licencias para vender bebidas alcohólicas³⁹.





Una gran limitación que se observa a menudo en este tipo de encuestas de salud poblacional es que están diseñadas para obtener información sobre aspectos generales de comportamientos sobre salud y sus determinantes y no son encuestas específicas sobre consumo de alcohol con lo cual existe una gran imprecisión en la cuantificación de la ingesta del consumo habitual y excesivo de alcohol; además, la ausencia de validación cuantitativa⁴⁰. La población tiene tendencia a subestimar su consumo; además, los bebedores excesivos son generalmente los menos que participan en estas encuestas. Estos problemas ya fueron puesto de manifiesto por otros autores⁴¹.

Conflicto de intereses

Este artículo no presenta ningún conflicto de intereses con empresa o institución alguna.

References

1. WHO, Global status report on alcohol and health, WHO, Editor. 2011, WHO: Geneve, Switzerland.
2. Rehm J et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373: 2223-33.
3. Pastor FP. Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas. *Salud y Drogas* 2007; 7 (2): 249-62.
4. OMS, Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana, OMS, Editor. 2002, OMS: Geneve, Suiza.
5. Pastor FP. Imagen social de las bebidas alcohólicas. *Adicciones* 2002; 14 (Suppl. 1): 115-22.
6. Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de consumo de alcohol en España. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 544-50.
7. Gili M. et al. Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. *Revisión Salud Pública* 1989; 1: 133-58.
8. Anderson P, Paton A, Turner C., Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction* 1993; 88 (11): 1493-508.
9. Sanidad M.d., Alcohol y Salud Pública. España 2001, S. Pública, Editor. 2002, Ministerio de Sanidad: Madrid (España).
10. Álvarez FJ. Trends in alcohol consumption in Spain. *Br J Addict* 1991; 86 (1): 104-5.
11. Jürgen Rehm ES. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011; 106 (Suppl. 1): 4-10.
12. Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011; 106 (Suppl. 1): 4-10.
13. Martin J. et al. Alcohol-Attributable Mortality in Ireland. *Alcohol & Alcoholism* 2010; 45 (4): 379-86.
14. Pyorala E. Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s. *Br J Addict* 1990; 85 (4): 469-77.
15. Drogas, P.N.s. and I. Clínico, Informe sobre Alcohol, P.N.S. Drogas, Editor. 2007, Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid, pp. 1-167.
16. INE, Encuesta Nacional de Salud. 2003-2006-2011., I.N.d. Estadística, Editor. 2005-2008-2013, INE/Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid.
17. Sanidad, Trabajo, and S. Sociales, Encuesta de Salud 1990., Sanidad, Editor. 1990, Consejería de Sanidad: S/C de Tenerife, pp. 1-433.
18. ISTAC, Encuesta de Salud de Canarias. 1997-2004-2009, ISTAC, Editor. 2011: Las Palmas de Gran Canaria.
19. Saunders J et al. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption. *Addiction* 1993; 88 (3): 349-62.
20. Salud, S.C.d., Encuesta de Salud de Canarias. 1998., S.d.P.d.S.e. Investigación, Editor. 1998, Servicio Canario de Salud: S/C de Tenerife, pp. 7-242.
21. Rothman KJ, Greenland S, Lash TL. *Modern Epidemiology*. 2008, Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
22. Petrucci C. A primer for social worker researchers on how to conduct a Multinomial Logistic Regression. *Journal of Social Service Research* 2009; 35: 193-205.
23. Armonk, ed. IBM: SPSS Statistic for Windows, versión 19.0. 2010, IBM Corp: NY.
24. Gual A. Alcohol in Spain: is it different? *Addiction* 2006; 101 (8): 1073-7.
25. Torralbo ED et al. Consumo de alcohol en España y su relación con la autovaloración del estado de salud, 1993. *Boletín Epidemiológico Semanal* 1997; 5 (21): 205-12.
26. Salud, S.C., Plan de Salud de Canarias. 1997-2001, S.C.d. Salud, Editor. 2002, Servicio Canario de Salud: Santa Cruz de Tenerife.
27. Makela P, Tigerstedt C, Mustonen H. The Finnish drinking culture: change and continuity in the past 40 years. *Drug Alcohol Rev* 2012; 31 (7): 831-40.
28. Sanidad, M.d., Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2011., P.N. Drogas, Editor. 1999, Plan Nacional sobre Drogas: Madrid.
29. Europe/OMS, R.O.f., Alcohol in the European Region: consumption, harm and policies, WHO, Editor. 1999, Regional Office for Europe/ OMS: Geneve.
30. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Pana Salud Publica* 2005; 18 (4): 241-8.
31. Assanangkornchai S et al. Pattern of alcohol consumption in the Thai population: Results of the National Household Survey. 2007. *Alcohol & Alcoholism* 2010; 45 (3): 278-85.
32. Wilsnack R, Wilsnack S, Obot I. Why study gender, alcohol and culture? Alcohol, Gender and Drinking Problems, D.M. Health, Editor. 2005, WHO: Geneve, pp. 1-24.
33. Berry J. et al. Prevalence and patterns of alcohol use in the Australian workforce: findings from the 2001 National Drug Strategy Household Survey. *Addiction* 2007; 102: 1399-410.
34. Sanidad, M.d. and y. Consumo, eds. Indicadores de Salud (Periodo 1990-1991). 1993, Ministerio de Sanidad y Consumo: Madrid, España. 189.
35. WHO, Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners., G.R.S. Partnership, Editor. 2007, WHO: Geneve.
36. Moura EC, Malta DC. Alcoholic beverage consumption among adults: sociodemographic characteristics and trends. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14 (Suppl. 1): 61-70.
37. Meloni J, Laranjeira R. Custo social e saúde do consumo de álcool. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26 (Suppl. 1): S7-10.
38. Azevedo MBd. Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (4): 502-9.
39. Romano M et al. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de Sao Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (4): 1-6.
40. Marques-Vidal P, Dias CM. Trends and determinants of alcohol consumption in Portugal: results from the national health surveys 1995 to 1996 and 1998 to 1999. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29 (1): 89-97.
41. Parna K. et al. Alcohol consumption in Estonia and Finland: Finbalt survey 1994-2006. *BMC Public Health* 2010; 10: 261.

