



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

# **ABSTINENCIA EN LA FAMILIA Y RELIGIÓN: ¿FACTORES DE PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES?**

Autor: Ana Giménez Gallego

Directores: Belén Charro Baena y María Cortés Rodríguez

Madrid

Mayo 2016

Ana  
Giménez  
Gallego

**ABSTINENCIA EN LA FAMILIA Y RELIGIÓN: ¿FACTORES DE  
PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS  
ADOLESCENTES?**



## Resumen

*Objetivo.* Estudiar la relación entre religión y consumo de alcohol en adolescentes provenientes de distintas religiones, así como la influencia de la familia en el consumo y las preocupaciones por la salud. *Método.* Cuestionario autoadministrado a una muestra de 2890 sujetos en la Comunidad de Madrid, 47,5% de mujeres y 52,5% de hombres entre los 12 y los 17 años ( $M= 12,09$  años,  $DT= 2,25$ ). *Resultados.* Por familia, existían diferencias en el consumo del adolescente en función de las circunstancias en las que sus padres bebían con él. Los hermanos no resultaron ser influyentes. Se obtuvo que, a mayor cuidado familiar, menor consumo de alcohol del adolescente. El consumo de las personas que se identificaron con un grupo religioso (musulmanes, cristianos y “otras religiones”) es menor, resultando ser la musulmana la religión que más protege. Por último, se observa cierta relación entre la religión y la preocupación por la salud. *Conclusiones.* Es preciso atender las diferencias entre religiones a la hora de realizar los programas de prevención, para adaptarlos a poblaciones específicas. Tener en cuenta a la familia, el tipo de consumo que se lleva a cabo junto al hijo y la percepción que tienen sobre la salud por el consumo de alcohol, ayudará en futuras investigaciones a crear programas de prevención funcionales.

*Palabras clave:* consumo de alcohol; adolescentes; familia; religión; salud.

## Abstract.

*Objective.* Studying the relationship between religion and consumption of alcohol in teenagers from different religions, as well as the influence of the family in the consumption and the worries on health. *Method.* Questionnaire autoadministered to a sample of 2890 subjects in the Community of Madrid, 47,5% women and 52,5% men between 12 and 17 years ( $M= 12,09$  years;  $DT= 2,25$ ). *Results.* For family, there were differences in teenager's consumption depending on the circumstances their parents were drinking with them. Brothers did not turn out to be influential. There was obtained that, to major family care, minor consumption of alcohol in teenagers. People identified with a religious group (Muslims, Christians and “other religions”) consume less than people who do not, turning out to be Muslim the religion that more protects. *Conclusions.* It is necessary to pay attention to the differences between religions when achieving preventive programs, to adapt them to specific populations. Taking into account family, type of consume with teenagers and the perception they have about health regarding to alcohol consume, it will help in future investigations to create functional programs of prevention.

*Keywords:* alcohol; teenagers; family; religion; health.

La droga legal más consumida por los adolescentes españoles es el alcohol. Éste se puede consumir tanto en conductas de experimentación, como en conductas de uso y abuso, aunque este trabajo se centrará en las conductas de uso. Las conductas de uso se entienden por parte de los adolescentes como una conducta normal, tendiendo a ser algo característico de su etapa vital (Salamó, Gras y Font-Mayolas, 2010; Sánchez-Queija, Moreno, Rivera y Ramos, 2015). Por lo tanto, hay un mayor consumo de alcohol por parte de esta población y cada vez, de forma más intensa (Charro, Meneses y Cerro, 2012; Oteo, 2009; Trujillo, Robles y Martínez, 2003). Este aumento en el consumo de alcohol por parte de esta población, puede corroborarse en las cifras que se expondrán a continuación obtenidas de distintos estudios.

Según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (en adelante OED, 2011) en el año 2009, el 94,2% de la población general había consumido alguna vez en la vida alcohol (Gutiérrez y Hernández, 2015; Oteo, 2009; Pulido et al., 2014; Sánchez-Queija et al., 2015). Según el EDADES (2015), en España la edad media de inicio en el consumo de alcohol está estimada en los 16,7 años. En el caso del consumo intensivo del alcohol en el año 2014, el 78,9% de los adolescentes entre los 14 y los 18 años se había consumido alguna vez en la vida y en el último año, un 76,8% (ESTUDES, 2016). De hecho, según los datos del Informe Europeo sobre el Alcohol y la Salud indican que un 35% aproximadamente de europeos entre los 15 y los 29 años se relacionan con un mal uso del alcohol (World Health Organization, [WHO en adelante], 2011). Por último, según los datos del Informe Europeo sobre el Alcohol y la Salud indican que un 35% aproximadamente de europeos entre los 15 y los 29 años se relacionan con un mal uso del alcohol (WHO, 2011).

La razón por la que este tipo de consumo se estudia es, ya no sólo por las cifras alarmantes que aparecen anteriormente, sino también por las consecuencias sobre la salud. El consumo de alcohol se asocia directamente con consecuencias negativas para la salud de los menores. Diferentes autores advierten sobre la nocividad para el organismo adolescente del consumo de alcohol, señalando que la iniciación temprana y el abuso durante años pueden producir efectos negativos a nivel cerebral, enfermedades tanto agudas como crónicas o muertes prematuras (Baltasar et al., 2014; Cadaveira, 2009; Inglés et al., 2007; López-Caneda et al., 2014; Pulido et al., 2014; Valencia, González y Galán, 2014; Sánchez-Queija et al., 2015).

Según la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (2008), el consumo de alcohol tiene consecuencias negativas para la mayoría de los órganos del cuerpo y dicho consumo está relacionado con más de 60 enfermedades. Del mismo modo, el cerebro puede ver dañadas distintas zonas como la corteza cerebral, el hipocampo o el cerebelo, encargadas de la coordinación de los movimientos o la memoria. Es una de las drogas más adictivas y una de las más muertes causa en España, puesto que más de doce mil personas al año fallecen por causa de

un consumo excesivo. Esta droga genera todo tipo de lesiones, tanto físicas como psicológicas, pudiendo dar como resultado psicosis o alteraciones de la conciencia. Además, el consumo durante cierto período de tiempo en el que la cantidad se incrementa progresivamente, genera que la persona aumente su tolerancia al alcohol y cree un síndrome de abstinencia, pudiendo llegar al delirium tremens en casos graves (Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, 2005; Corte y Zucker, 2008).

El hecho de que los menores conozcan las consecuencias de este consumo para su salud, no hace que lo frene. Esto se debe a que los adolescentes relacionan el origen de sus problemas con otras causas y no con el consumo de alcohol (Laespada, Arostegi y Iraurgi, 2004; Hidalgo, Garrido y Hernández, 2000; Meneses et al., 2009).

Por ello, a lo largo de los años, se ha investigado sobre los motivos por los que los adolescentes consumen alcohol, proponiendo diversas explicaciones teóricas provenientes de diferentes autores, como Bandura basada en la teoría del aprendizaje, los teóricos de la personalidad como Kaplan o las propuestas con una base más integradora como Jessor y Jessor (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003). Otros autores indican que las variables que pueden influir tanto en el primer contacto como en el consumo de alcohol en adolescentes son: la integración con el grupo de pares, el estado emocional, el afrontamiento y la búsqueda de nuevas sensaciones (De la Villa, Rodríguez y Sirvent, 2005; González-Iglesias, Gómez-Fraguela, Gras y Planes, 2014; Kuntsche, Knibbe, Gmel y Engels, 2005).

En el presente trabajo se estudian los factores de riesgo y protección que pueden influir en esta conducta nociva al observar un incremento en el consumo de alcohol (Charro et al, 2012; Oteo, 2009; Trujillo et al., 2003), centrándose en los siguientes factores: las conductas de consumo en la familia, la religión y la percepción sobre la salud con el consumo de alcohol por parte de los adolescentes. Así mismo, se debe conocer estos datos para incluirlos en los diseños de programas preventivos e incidir en que éstos sean eficaces.

En la adolescencia, hay varios contextos muy importantes desde el aspecto emocional para el menor y uno de ellos es la familia. La familia actúa como factor de riesgo al igual que lo hace como factor de protección al ser determinante en un adolescente y el consumo de drogas, ya que transmite las principales creencias, valores y hábitos (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009; Fuentes, Alarcón, García y Gracia, 2015; Landero y Villareal, 2013; Salamó et al., 2010). La permisividad ante las conductas de los hijos, la ausencia de normas familiares sobre el uso de las drogas, los conflictos entre padre e hijo y tener relación con la sustancia mediante los padres, aumentan la probabilidad de que haya un consumo de drogas, ya sean legales o no (Cid-Monckton

y Pedrão, 2011; Fuentes et al., 2015; Landero y Villareal, 2013). Según Becoña et al. (2013), diferentes estudios han constatado que cuando los padres tienen una actitud más liberal hacia el consumo, la probabilidad de que los hijos consuman es elevada. Por el contrario, un buen clima familiar (cuidado, atención, ayuda o amor) actúa como factor de protección, disminuyendo la probabilidad de que los hijos consuman alcohol (Cid-Monckton y Pedrão, 2011; Fuentes et al., 2015; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Páramo, 2011; Smit, Verdurmen, Monshouwer y Smit; 2008). Según Bjarnason, Thorlindsson, Sigfusdottir y Welch (2005), tanto el apoyo como el control de los padres a los hijos adolescentes, desembocan en niveles bajos del consumo de alcohol por parte de los menores. Así mismo, Choquet, Hassler, Morin, Falissard y Chau (2008), mencionan que en su investigación y coincidiendo con otros autores, el apoyo emocional por parte de los padres no se asocia con un alto riesgo en el uso de alcohol.

Los patrones de consumo de los padres dan lugar a que los hijos de padres consumidores de sustancias están expuestos a riesgos ya no sólo biológicos, sino también psicológicos y ambientales (Morales-Manrique et al., 2011; Olcina y Martínez, 2013). De hecho, la probabilidad de que los adolescentes consuman alcohol y otras drogas aumenta si pertenecen a ambientes que incitan al consumo (De la Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006; Fuentes et al., 2015). El modelo de consumo de un padre o una madre, es determinante en el futuro consumo de un hijo, sobre todo si son tolerantes hacia esa conducta (Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas, 2004; Landero y Villareal, 2013; López y Rodríguez-Arias, 2010). Salamó et. al (2010), constataron la asociación entre el consumo de alcohol del menor y el consumo de los familiares (padre, madre y hermanos). Según el estudio realizado por Morales-Manrique et al. (2011), cuando los menores afirman que su padre y/o su madre consumen alcohol, existe mayor probabilidad de que los hijos consuman alcohol que aquellos que dijeron que sus progenitores no consumían alcohol o lo desconocían. Además, diferentes investigaciones han indicado que la figura paterna y su consumo afecta de forma más elevada que la figura materna (Landero y Villareal, 2013; Morales-Manrique et al., 2011). Por lo tanto, la familia tiene un papel determinante en cuanto al consumo de alcohol del hijo, ya que teorías como el “modelado” de Bandura lo demuestran. Según esta teoría los padres tienen un papel muy importante en las conductas de los hijos, ya que desempeñan el papel de modelos. La forma de comportarse de los padres tiene un papel significativo en el consumo de alcohol del hijo, ya sea en la forma de consumo (uso o abuso), la frecuencia, la intensidad o el momento del inicio (De la Villa, Rodríguez y Ovejero, 2010; Espada et al., 2008; Salamó, 2010).

Según los autores Phinney y Ong (2007), la identidad étnica es el autoconcepto que una persona tiene de sí misma cuando pertenece a un grupo social, entre otros el religioso. Cuando se hace referencia a la identidad étnica, se abarca en el propio concepto una variable de peso en el presente trabajo: la religión de esa etnia. La religión es una variable que está directamente relacionada con el consumo de alcohol (Razvodovsky, 2004) y, por lo tanto, la identidad étnica puede ser, tanto un factor de riesgo como de protección (Meneses et al, 2009).

Distintos autores han investigado sobre la religión y si ésta protege del consumo de alcohol en los menores. La literatura indica que la religión es una variable de protección (Bjarnason et al., 2005; Cid-Monckton y Pedrão, 2011; Escobar y Vaughan, 2014; Geppert, Bogenschutz y Miller, 2007; Desmond, Ulmer y Bader, 2013; Porche, Fortuna, Wachholtz y Stone, 2015), pero las personas que tienen una fe cristiana consumen más cantidad de alcohol que aquellos que profesan la religión musulmana u otras religiones (Charro, 2014; Kim-Spoon, Farley, Holmes, Longo y McCullough, 2014; Knight et al., 2007; Vargas y Canizales, 2015). Según Knight et al. (2007), en aquellas religiones en las que está explícitamente prohibido el uso del alcohol existen tasas de consumo menores. El hecho de que los adolescentes tengan un compromiso religioso disminuye el consumo de alcohol (Porche et al., 2015). Según Bjarnason et al. (2005), la religión puede ser tomada como un apoyo ya no sólo en un ambiente de apoyo secular, sino también como una estrategia de afrontamiento para el adolescente. Además, las teorías de apoyo social hablan de que la estructura de un grupo religioso puede mejorar el bienestar de sus miembros. Dichos autores, indican esto haciendo referencia a la influencia que pueden tener los padres con una determinada religión en los hijos.

Al tener especial relevancia para este trabajo la religión tanto de los adolescentes como la de los padres, es importante hablar sobre la “religiosidad”. Este concepto, según Cornwall, Albrecht, Cunningham y Pitcher (1986), comprende lo cognitivo, lo emocional y el comportamiento que se lleva a cabo. Por lo tanto, cuando se habla a lo largo de este trabajo sobre la religiosidad es un concepto que abarca: el nivel de actividad de la religión, la dedicación que supone dicha religión y la creencia religiosa. Según Porche et al. (2015), la religiosidad del adolescente influye de forma positiva sobre la actitud y los comportamientos de salud y consumo de alcohol, internalizándose a la hora de influir en la toma de decisiones. Además, autores como Desmond et al. (2013) indican que la religiosidad de los adolescentes está inversamente relacionada con el consumo. Según Kim-Spoon et al. (2014), hablan sobre tasas menores en el consumo de alcohol debido a la participación en actividades religiosas, así como servicios, ya que les ayuda a desarrollar autocontrol, siendo este un factor de protección hacia las conductas de riesgo (Desmond et al., 2013; Páramo, 2011). En el estudio llevado a cabo por Páramo (2011), los adolescentes indicaron que consideraban la religiosidad como uno de los principales factores

de protección. Los adolescentes que son altamente religiosos, integrando los principios y normas de su religión, que tienen para ellos un gran peso, los utilizan para guiarse en la vida, tanto en sus acciones como en sus pensamientos (Kim-Spoon et al., 2014). Por lo tanto, la religiosidad es un factor de protección ante el consumo de alcohol (Bezerra, et al., 2009; Laespada et al., 2004).

Distintos estudios abordan el hecho de que hay mayor interés por la investigación de la relación entre la religiosidad con la salud (Geppert et al., 2007; Marks, 2006). Geppert et al. (2007) realizaron un estudio según el cual encontraron que aquellas personas para las que la religión era importante, eran más reacias hacia el consumo. Rew y Wong (2006), realizaron una revisión sobre la relación entre religiosidad y comportamientos y actitud hacia la salud por parte de los adolescentes. Sus resultados concluyeron que la religiosidad de los adolescentes tiene relación con la actitud y comportamiento hacia la salud. Porche et al. (2015) explica que la religiosidad del adolescente contribuye a la hora de tomar una decisión sobre la salud y el consumo de alcohol.

Aunque está demostrado que la religiosidad del adolescente protege del consumo de alcohol, se encuentran diferentes posturas ante la religiosidad de los padres y cómo ésta puede influir en el consumo de alcohol de los hijos. Diferentes estudios (Kim-Spoon et al., 2014; Kliewer y Murrelle, 2007) hablan sobre la religiosidad de los padres como factor que influye en que los menores consuman menos alcohol, ya que lo toman como un factor que influye en el buen ajuste durante la adolescencia. Según Bjarnason, et al. (2005), la religiosidad de los padres y del entorno puede afectar en el uso de alcohol de los adolescentes. En cambio, según Desmond et al. (2013) no existía relación entre la religiosidad de los padres y el consumo de alcohol de los hijos. Aquellos padres que profesan una religión, pueden modelar estilos de vida sanos o tener mayor implicación de forma activa en la educación de sus hijos, siendo protector para ellos en el uso de alcohol (Kliewer y Murrelle, 2007).

Un dato que refleja los resultados percibidos en nuestro día a día en la sociedad, es el hecho de que los programas de prevención no obtienen los resultados esperados y, por ende, se continúa investigando en la actualidad nuevos caminos de prevención (García del Castillo, García del Castillo-López y López-Sánchez, 2014; Londoño y Vinaccia, 2014; Meneses y Charro, 2014). De hecho, los menores transmiten la ineficacia de los programas de prevención por dos razones: cuanto más se prohíbe una conducta, más atractiva es y resaltan la incoherencia de los adultos, tanto padres como profesores, entre lo que dicen y lo que hacen (Meneses y Charro, 2014; Suárez, Del Moral, Musitu, Sánchez y John, 2014). Esto es porque un gran número de las investigaciones sobre la eficacia de los programas preventivos se centra en la opinión de padres o los docentes, y no en la de los realmente afectados.

Además, según una investigación realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010), resulta de especial importancia poner de manifiesto que recientemente se han modificado los estudios sobre el consumo de drogas, puesto que estaban orientados a población masculina y las intervenciones excluían a la población femenina. Las diferencias en cuanto al género en los patrones de consumo, ya sean legales o ilegales, siempre han estado presentes, incluso por parte de los adolescentes (ESTUDES, 2016; Londoño y Vinaccia, 2014; Meneses y Charro, 2014; Meneses et al., 2009). No obstante, con la promoción de los derechos y valores de las mujeres, las investigaciones actuales son de mayor calidad. Debido a ello, se sigue investigando para encontrar programas de prevención verdaderamente eficaces (Sloboda et al., 2009).

Distintos autores proponen otras intervenciones más eficaces, como el planteamiento en etapa escolar de una asignatura obligatoria de educación para la salud, educando en conciencia emocional, comunicación, autocontrol, resolución de problemas sociales y apoyo académico. Todo ello equivaldría a una prevención a nivel comunitario, dirigida a la población situada en momentos claves de transición a lo largo de las diferentes etapas evolutivas de los niños (Arco Tirado, 2000; Espada et al., 2003; Londoño y Vinaccia, 2014).

El Instituto Nacional sobre el Uso de Drogas en los Niños y Adolescentes (2004) dictamina los principios necesarios para generar un programa de prevención útil. Para ello, se requiere una reducción de los factores de riesgo y un refuerzo de los factores preventivos, identificándolos y cuantificando la reducción o aumento de cada uno. Los programas de prevención, que deben dirigirse tanto a grupos como a individuos específicos, se orientarán también al consumo de sustancias legales, ilegales y medicamentosas. Además, la implicación de un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales de diferentes áreas podría suponer una mayor efectividad en las intervenciones, así como una mejor coordinación de las distintas instituciones encargadas de la prevención e intervención en adicciones (Arco y Fernández, 2001).

En el ámbito de la investigación sería recomendable perfeccionar tanto la formación de futuros investigadores como los métodos de investigación para que éstos posean unos criterios más estrictos. Un análisis en profundidad de la población a la que irá dirigido el programa asegurará su participación, así como el planteamiento de objetivos realistas, de tal forma que podrá intervenir sobre las necesidades de cada población. Asimismo, para la educación se deberán tener presentes las características individuales de cada grupo al que se dirigirá el programa (Arco Tirado, 2000; Londoño y Vinaccia, 2014).

Desde todo el planteamiento expuesto, se considera la necesidad de ahondar en el análisis de algunos factores de riesgo y de protección a la hora de consumir alcohol por parte de los adolescentes que muestra la literatura. Por ello, el principal objetivo de este trabajo es estudiar la relación entre la religión y el consumo de alcohol de los menores. El estudio sobre esta relación incluirá otros aspectos importantes para conocer si la religión actúa como factor de riesgo y/o protección, tales como el consumo de alcohol en la familia, las creencias de los padres y la de los propios adolescentes.

Basándonos en estudios citados anteriormente, se plantean las siguientes hipótesis:

- 1ª- El consumo familiar está relacionado con el consumo del adolescente.
- 2ª- A mayor apoyo y satisfacción con las relaciones familiares percibidas por el adolescente, menor es su consumo de alcohol
- 3ª- La religiosidad actúa como factor de protección frente al consumo de alcohol por parte de los adolescentes.
- 4ª- La religión que profesan los padres está relacionada con el consumo de alcohol de los adolescentes.
- 5ª- A mayor religiosidad de los adolescentes, mayor preocupación por las consecuencias en la salud que tiene el consumo de alcohol

Desde aquí se plantea poder realizar en futuras investigaciones programas de prevención que tengan en cuenta las características específicas de la población a la que se dirijan para poder aumentar su eficacia, especialmente en el caso de los adolescentes, población especialmente vulnerable a las consecuencias del consumo reiterado de alcohol.

En la siguiente investigación se espera demostrar que la religión sea un factor de protección y que ésta, en función de la religiosidad de los padres, proteja más o menos. Por otro lado, se espera obtener datos estadísticamente significativos que demuestren que el consumo familiar influye directamente en el consumo del adolescente, así como que el grado de cuidado, atención y amor por parte de los padres influya en el consumo/abstinencia de alcohol de los hijos.

## Método

### Diseño

Se llevó a cabo un estudio descriptivo e inferencial en el que se empleó un enfoque cuantitativo, elaborado por un equipo multidisciplinar (psicólogos, antropólogos y sociólogos) de investigación.

### Participantes y procedimiento

Se aplicó un cuestionario (Anexo) en distintos centros educativos de la Comunidad de Madrid. El 61,5% fueron centros públicos y, el resto, fueron privados o concertados. Su validación se llevó a cabo en un colegio concertado de la zona norte de Madrid capital. Los sujetos que forman parte de la muestra de la investigación son menores escolarizados en los cursos de 1º E.S.O a 4º E.S.O provenientes de distintas etnias como asiáticos, magrebíes, gitanos, latinoamericanos y autóctonos; y religiones como musulmanes (2,4%), cristianos (64,3%), evangelistas (1,4%), protestantes (0,3%), ortodoxos (0,9%), budistas (0,4%), agnósticos (4%), ateos (25,9%) u otras religiones (0,3%). El 26,7% eran estudiantes de 1º curso de la E.S.O; el 27,6 de 2º curso; el 23,3% de 3º curso y el 22,4% de 4º curso de la E.S.O. El número de sujetos con los que se contó para poder llevar a cabo este trabajo es de 2890, compuesto por un 47,5% de mujeres y 52,5% de hombres.

Se contactó con los directores de cada centro para informar sobre el estudio y los objetivos del mismo. Tras su consentimiento, el centro pidió la autorización paterna para poder llevar a cabo la investigación con los menores. Los datos se obtuvieron a través de cuestionarios autoadministrados aplicados colectivamente en las aulas en el período de unos 30 a 45 minutos aproximadamente. Se informó sobre la importancia de su sinceridad para poder llevar a cabo la investigación y la confidencialidad, así como el anonimato de los cuestionarios.

### Variables de estudio

Estudiar la relación entre religión y consumo de alcohol en adolescentes provenientes de distintas etnias y religiones, así como la influencia de la familia en el consumo y las preocupaciones por la salud. Para ello, se propuso medir las siguientes variables:

- Patrones de consumo de alcohol en el ámbito familiar de los adolescentes de diversos grupos.
- Patrones de consumo del adolescente según su religión.
- Cuidado familiar percibido por el adolescente.
- Preocupaciones por cuestiones de la salud.

Aunque este instrumento (Anexo) está compuesto por 42 preguntas, se utilizarán aquellas que miden las variables propuestas anteriormente y se tendrán en cuenta los datos demográficos de la muestra: edad, sexo, curso, país en el que han nacido el menor y sus padres, religión a la que pertenecen los padres y los adolescentes, nivel económico, con quién viven, nivel y calidad de sus estudios (si han repetido, notas del curso pasado...) y su postura ante las creencias religiosas. Los ítems que se utilizarán para realizar este trabajo se presentan a continuación:

- Datos demográficos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
- Creencias religiosas de los adolescentes: 10.
- Creencias religiosas de los padres: 11.
- Patrón de consumo en la familia: 19.1, 19.2, 19.3.
- Patrón de consumo del adolescente: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 27.
- Salud: 38
- Cuidado por parte de la familia: 42
- Diferencia entre religiones a la hora de consumir alcohol: se obtiene mediante el análisis y comparación de las variables.

Las escalas de respuesta de este instrumento son:

- Dicotómicas: sí (1) no (0)
- Escalares:
  - o Nunca (0), Alguna vez (1), Varias veces (2), Muchas veces (3).
  - o Muy de acuerdo (1), De acuerdo (2), En desacuerdo (3), Muy en desacuerdo (4).
  - o Nunca (1), A veces (2), Siempre (3)
- Rellenar espacios en blanco: He nacido en\_\_\_\_\_
- Elegir la afirmación con la que el sujeto se identifica, como por ejemplo:
  - o En casa estamos muy bien económicamente (1), En casa no tenemos problemas económicos (2), En casa tenemos muchos problemas económicos (3).

Para su elaboración hay que seguir las siguientes instrucciones:

- Hay un primer párrafo en el que se explica el objetivo del estudio. Se explica que la participación es anónima y voluntaria y se agradece la colaboración.
- Instrucciones para rellenar el cuestionario:

1. Procura contestar todas las preguntas. No dejes ninguna sin hacerlo.
  2. Marca con una cruz o círculo la respuesta y sigue las instrucciones en cada pregunta de cómo responder, marcando una respuesta o más, si la pregunta te lo indica.
- En las preguntas 12, 15, 21 y 32 aparecen unos paréntesis o una frase en la que se indica que: “si es No, entonces, pasa a la pregunta “x”.

En el cuestionario descrito se obtuvo una dimensión que medía las “creencias religiosas/religiosidad” de los adolescentes “*Mi religión es importante para mí, Me considero una persona muy creyente, Mis creencias religiosas influyen en mis acciones, Cumplo con los mandatos de mi religión, Rezo todos los días, Disfruto estando con otras personas tan religiosas como yo*” (Meneses et al., 2013, p.528) con un 0,943 de alfa de Cronbach con una varianza acumulada del 78,11% (Determinante= 0,004; KMO= 0,923; Bartlett=  $X^2= 15180,30$ ;  $p= 0,000$ ;  $gl= 15$ ). Esta es la dimensión que se ha utilizado a la hora de realizar los análisis estadísticos cuando se hace referencia a la vivencia de la religión de la muestra.

### **Análisis de datos**

El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante el programa SPSS Statistics versión 20, calculando la distribución de las frecuencias y porcentajes, así como tablas de contingencia para las variables nominales mediante un chi cuadrado y una prueba t para las variables de *Factor religioso* y las religiones profesadas por los adolescentes. También se llevó a cabo un ANOVA de un factor en función del tipo de variable y de aquello que se propusiese contrastar. Por otro lado, se llevaron a cabo correlaciones R de Pearson para evaluar la existencia de relación lineal entre las variables de *Factor religioso* y la variable del cuidado familiar percibido por el adolescente (*modo de conversación problemas, aceptan los cambios/decisiones, tiempo juntos, ayuda y amor*) y el mismo factor con la variable de las cuestiones de la salud (*consumir alcohol y problemas de salud en particular, preocupación por temas salud, consumir alcohol y problemas de salud*). La interpretación de los datos se ha llevado a cabo en función de los datos tipificados. La significación estadística se calculó en el 5% para los análisis mencionados anteriormente.

Por último, cuando se trabajó con la variable de la religión que profesan los padres, se midió por lo que indicaban en el ítem 11 los hijos. Se entiende que estos padres pueden identificarse con una religión, pero no practicarla y, por ello, se entiende que la base religiosa existe, se practique o no, y se contó con esto en este estudio. Por esta razón, se supuso que esta variable es limitada, porque pueden estar adscritos y no practicarla, pero es indicativa la influencia de los padres.

## Resultados

En primer lugar, se exponen las características sociodemográficas de la muestra. Posteriormente se muestran los resultados obtenidos para contrastar las hipótesis planteadas.

**Características sociodemográficas.** La muestra está compuesta por un 47,5% de mujeres y 52,5% de hombres. El 89,8% de los estudiantes nacieron en España; el 0,8% en África; el 6,2% en América del Sur; el 0,2% en EEUU; el 0,8% en Asia y el 2,1% en Europa. El 16,5% de la muestra indicó que había repetido algún curso de la E.S.O.

El 84% de los padres y el 84,3% de las madres de los encuestados nacieron en España. Los estudiantes indicaron que en su núcleo de unidad familiar el 82,6% vivían con el padre y el 96% vivían con la madre. Convivían en esta unidad familiar sin incluir al estudiante, una media de 3,30 personas, siendo la mediana y la moda de 3 personas.

La situación económica percibida por los menores fue la siguiente: el 26,6% percibía que en casa estaban muy bien económicamente, el 66,5% indicaban que no tenían problemas económicos en casa y el 7% percibía que tenían muchos problemas económicos.

**Consumo de alcohol de los adolescentes.** En cuanto al consumo de alcohol, la edad media de inicio en esta investigación está situada en 12,09 años de media (DT= 2,25). El 60% de los encuestados consumió alcohol alguna vez en la vida, el 65% había consumido alcohol en los últimos doce meses y el 38% en los últimos treinta días. El 67,9% de los menores se había emborrachado alguna vez en la vida, el 76,1% se habían emborrachado en los últimos doce meses y el 42,8% se había emborrachado en los últimos treinta días. Según los datos recogidos por los adolescentes, a partir de 3,68 copas de media (DT=4), se emborrachaban. De hecho, los encuestados se han emborrachado de media 2,33 veces en seis meses (DT=1,21).

**1ª Hipótesis. Relación entre el consumo de la familia y el consumo del adolescente.** La hipótesis planteada en este apartado es que hay relación entre el consumo de los padres y el consumo del adolescente (ya que se entiende por la literatura que éstos ejercen como ejemplo para el hijo). Según los resultados obtenidos, hay relación estadísticamente significativa entre el consumo del hijo en los últimos doce meses y el consumo con su madre a diario ( $\chi^2 (1, N= 2) = 4,93; p=0,026$ ) y su padre a diario ( $\chi^2 (1, N= 2) = 4,85; p=0,028$ ). Por otra parte, también se encontró relación entre el consumo del adolescente alguna vez en la vida y el consumo de la madre ( $\chi^2 (1, N= 8) = 8,61; p=0,003$ ) y del padre ( $\chi^2 (1, N= 8) = 8,68; p=0,003$ ) con el hijo entre semana. No se encontró relación entre otras frecuencias de consumo de los padres y los hijos. Por lo tanto, si el padre o la madre beben a diario con el adolescente, influye en el consumo del menor en los últimos doce meses. Además, se demostró que si la madre ( $\chi^2 (1, N=7) = 8,612; p=0,003$ ) o

el padre ( $\chi^2 (1, N=7)=8,681; p=0,003$ ) consumen alcohol con el hijo entre semana, el adolescente había consumido alcohol alguna vez en la vida.

**2ª Hipótesis: A mayor apoyo y satisfacción con las relaciones familiares, menor consumo del adolescente.** En esta segunda hipótesis se planteó que cuando hay mayor cuidado en la relación familiar, el consumo del adolescente es menor. Se demostró que cuando el adolescente está satisfecho con el modo en el que en su familia se habla sobre los problemas que se pueden tener en casa, hay menor consumo de alcohol en los últimos doce meses por parte del adolescente ( $\chi^2 (2, N= 1171) =10,396; p=0,006$ ). Esta relación también existe cuando los adolescentes sienten que su familia acepta sus decisiones o sus cambios en su estilo de vida ( $\chi^2 (2, N= 1171) =8,880; p=0,012$ ), cuando están satisfechos con el tiempo que pasan juntos ( $\chi^2 (2, N=1172) = 5,503; p=0,000$ ) y cuando sienten que su familia les quiere ( $\chi^2 (2, N= 1168) =8,864; p=0,012$ ). Por otro lado, no se encontró relación entre la satisfacción del adolescente a la hora de recibir ayuda por parte de su familia y que, por esto, el consumo fuese menor. Por lo tanto, a mayor satisfacción con las relaciones familiares, englobando las variables mencionadas anteriormente, habrá un consumo menor de alcohol por parte del adolescente.

**3ª Hipótesis: La religión como factor de protección.** En la Tabla 1 se presenta la distribución de la religión con la que se identifican los menores y el consumo de alcohol en los últimos doce meses. Se llevó a cabo una prueba t para conocer si el hecho de profesar una religión protege del consumo de alcohol ( $t (1221, 180)=5,95, p<, 001, d= 0,57$ ). Como se puede observar, la religión actúa como factor de protección, ya que el consumo de las personas que no se identificaron con un grupo religioso es mayor que el consumo en los últimos doce meses de las personas que sí lo hicieron ( $\chi^2 (4, N= 478) =47,567; p= 0,000$ ). Además, se estudió cuál de las religiones (musulmana, cristiana, “otras religiones”, budista, ateos/agnósticos) era la que tenía mayor nivel de religiosidad. Para ello, se llevó a cabo un ANOVA ( $F (2587, 0,99)= 641,685; p= 0,000$ ) utilizando las variables de *Factor religioso* y la identificación religiosa del adolescente, siendo la musulmana la que mayor nivel de religiosidad tenía, con una media de 1,163 ( $DT=0,677$ ).

**Tabla 1.** Prevalencia del consumo en los últimos doce meses en función de la religión

	Consumo de alcohol últimos doce meses		Total
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	N (%)
Musulmanes	26 (72%)	10 (28%)	36 (100%)
Cristianos	432 (39%)	677 (61%)	1109 (100%)
Ateos/Agnósticos	151 (27%)	413 (73%)	564 (100%)
Otros	20 (33%)	41 (67%)	61 (100%)
Total	629 (36%)	1141 (65%)	1770 (100%)

**Tabla 2.** Religión que más protege

Factor Religioso	Religión					Total
	Musulmán	Cristiano	Budista	Otras religiones	Ateo/Agnóstico	
N	57	1655	11	72	793	2588
Media	1,163	0,456	-0,314	0,430	-1,029	0,012
Desviación típica	0,677	0,805	0,855	1,016	0.364	0,994

**4ª Hipótesis: La religión de los padres está relacionada con el consumo de alcohol de los adolescentes.** Por otro lado, se estudió la posible relación entre la religión de los padres y el consumo de alcohol de los adolescentes en los últimos doce meses. El resultado fue que la relación entre la religión a la que pertenece el padre está relacionada con el consumo o la abstinencia del hijo en los últimos doce meses ( $\chi^2 (3, N=1926) = 36,704; p= 0,000$ ). De la misma forma, existe relación entre la religión con la que se identificó a la madre y el consumo de alcohol del hijo en los últimos doce meses ( $\chi^2 (3, N=1806) = 36,243; p= 0,000$ ). Como se puede observar en la Tabla 3 y en la Tabla 4, los adolescentes cuyos padres profesan la religión musulmana, cristiana u “otras religiones” (budistas, evangelistas, protestantes, ortodoxos), disminuye el riesgo del consumo de alcohol en los últimos doce meses, mientras que aquellos cuyos padres se identificaron con el grupo de ateos/agnósticos, consumieron más alcohol en los últimos doce meses.

**Tabla 3.** Relación religión del padre y consumo de alcohol del hijo últimos doce meses

	Consumo de alcohol últimos doce meses		Total
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	N (%)
Musulmanes	28 (74%)	10 (26%)	38 (100%)
Cristianos	480 (37%)	821 (63%)	1301 (100%)
Ateos/Agnósticos	123 (28%)	319 (72%)	442 (100%)
Otros	3 (38%)	5 (63%)	8 (100%)
Total	634 (35%)	1155 (65%)	1789 (100%)

**Tabla 4.** Relación religión de la madre y consumo de alcohol del hijo últimos doce meses

	Consumo de alcohol últimos doce meses		Total
	No	Sí	
	N (%)	N (%)	N (%)
Musulmanes	28 (82%)	6 (18%)	34 (100%)
Cristianos	510 (45%)	935 (82%)	1445 (100%)
Ateos/Agnósticos	99 (31%)	222 (69%)	321 (100%)
Otros	1 (20%)	4 (80%)	5 (100%)
Total	638 (35%)	1167 (65%)	1805 (100%)

**5ª Hipótesis: Relación entre la religiosidad del adolescente y la preocupación por cuestiones de la salud derivadas del consumo de alcohol.** En este apartado se planteó estudiar la posible relación entre la preocupación por cuestiones de la salud derivadas del consumo de alcohol y su relación con el grado de religiosidad del adolescente (*Factor religioso*). En el análisis estadístico se obtuvo una correlación lineal entre las variables: *Factor religioso y me preocupan mucho los temas relacionados con la salud* (N=2702;  $r=0,156$ ;  $p= 0,000$ ); *Factor religioso y consumir alcohol tiene una relación directa con la salud* (N=2687;  $r= 0,056$ ;  $p= 0,004$ ); *Factor religioso y en general consumir alcohol puede suponer importantes problemas de salud* (N= 2697;  $r= 0,071$ ;  $p= 0,000$ ); *Factor religioso y en mi caso consumir alcohol me puede llevar a tener importantes problemas de salud* (N= 2676;  $r= 0,082$ ;  $p= 0,000$ ). Por lo tanto, aunque la correlación es estadísticamente significativa, existe ausencia de relación entre el *Factor religioso* y la preocupación por la salud ya que su valor es muy bajo.

### Discusión

Este trabajo pone de relieve cómo actúa la religión y el consumo de alcohol dentro de la familia, a la hora de consumir alcohol en adolescentes provenientes de distintas religiones, así como su incidencia sobre las preocupaciones por la salud generadas por dicho consumo.

La edad media de inicio en el consumo de alcohol obtenida en esta investigación es inferior a la citada según el EDADES (2016), ya que en éste la edad media está estimada en los 16,7 años. En el caso de la presente investigación, se estimó en los 12 años aproximadamente. En cuanto al abuso de alcohol, según el ESTUDES (2016), el 78,9 % de los menores entre los 14 y los 18 años, se habían emborrachado alguna vez en la vida y el 76,8% en los últimos doce meses. Ambas cifras son superiores a las obtenidas en la presente investigación, ya que según ésta, el 67,9% de los adolescentes se habían emborrachado alguna vez en la vida y el 76,1% en los últimos doce meses.

La **primera hipótesis** planteada en este trabajo fue que el **consumo de los padres está relacionado con el consumo de los hijos**. Este estudio demuestra que el consumo de ambos progenitores con el hijo durante la semana tiene relación con que el adolescente haya consumido en los últimos doce meses. Los resultados obtenidos no mostraron que hubiese relación entre el consumo de los padres los fines de semana, en celebraciones o fiestas o a diario. Este fue uno de los resultados no esperados en este estudio, ya que como indica la literatura (De la Villa et al., 2006; Fuentes et al., 2015) lo que se esperaba era encontrar mayor relación entre el patrón de consumo de los padres y el de los hijos. Otro resultado no esperado fue que tampoco se encontró relación entre el consumo de los hermanos y el de los adolescentes, no coincidiendo este resultado con la literatura encontrada (Salamó et al., 2010). Aun así, la relación entre el consumo de los padres con los hijos y su influencia en el consumo del hijo es muy importante, ya que el modelo de consumo de un padre o una madre es determinante en el futuro consumo de un hijo, sobre todo si son tolerantes hacia esa conducta (Espada et al., 2008; Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas, 2004; Landero y Villareal, 2013; López y Rodríguez-Arias, 2010; Smit, et al., 2008). Por otro lado, algunos autores indican que la figura paterna afecta de forma más elevada en el consumo del hijo que la materna, obteniendo en esta investigación resultados similares en el consumo con ambos progenitores (Landero y Villareal, 2013; Morales-Manrique et al., 2011). Una futura línea de investigación abarcaría el estudio sobre qué consumo existe en el núcleo familiar y el patrón de consumo de los hijos. Una de las razones por las que en este apartado no se han obtenido los resultados esperados, es que en el cuestionario se preguntaba al adolescente en qué situaciones sus padres consumían alcohol con ellos y no sobre los patrones de consumo de los padres sin ellos.

Siguiendo con esta línea sobre cómo puede influir la familia en el consumo del adolescente, se expuso la **segunda hipótesis** de este trabajo, planteando que **a mayor cuidado familiar, menor consumo de alcohol en el adolescente**. En el presente trabajo, cuando se habla del cuidado familiar, se abarcan cinco variables que lo componen: *El modo en que se hablan los problemas que puede haber en casa, Estar satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tienen un problema, Sentir que su familia acepta sus decisiones o sus cambios en su estilo de vida, Satisfacción por el tiempo que pasan juntos, Cuando sienten que su familia les quiere*. Los resultados concluyeron que a mayor cuidado familiar, menor consumo de alcohol por parte del adolescente. Estos resultados eran de esperar, ya que como se refleja en la literatura el apoyo y la ayuda familiar es un factor clave de protección (Bjarnason et al., 2005; Choquet et al., 2008; Cid-Monckton y Pedrão, 2011; Fuentes et al., 2015; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Páramo, 2011; Pascual, 2015; Smit et al., 2008). Uno de los resultados más sorprendentes hallados a la hora de estudiar esta hipótesis, es que la variable *sentir que estás satisfecho con la ayuda que recibes de*

*tu familia cuando tienes un problema*, no se obtuvo ningún tipo de relación con un menor consumo de alcohol por parte del adolescente. Esto es bastante llamativo, porque se esperaba que cuando el adolescente tuviese esta ayuda por parte de la familia, el consumo fuese menor. Por otro lado, aunque con esta variable no se encontró la relación esperada y teniendo en cuenta la literatura, los resultados obtenidos con las variables restantes son importantes, porque demuestran que la forma en que los padres estén implicados en la relación con sus hijos, la forma de ayudarles y su tipo de relación, influirá en el consumo de alcohol de los mismos (Bjarnason et al., 2005; Choquet et al., 2008; Cid-Monckton y Pedrão, 2011; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Smit et al., 2008).

Uno de los resultados más significativos de este trabajo como **tercera hipótesis** y, coincidiendo con la literatura existente respecto a si la **religión con la que el adolescente se identifica protege** (Bjarnason et al., 2005; Cid-Monckton y Pedrão, 2011; Escobar y Vaughan, 2014; Geppert et al., 2007; Desmond et al., 2013; Porche, 2015), es que la religión protege del consumo de alcohol, aunque este hecho varía en función de la religión que se profesa. Se ha constatado mediante los resultados estadísticos que la religión con mayor nivel de religiosidad es la musulmana y, por lo tanto, como se indica en la literatura (Carvajal et al., 2002; Charro, 2014; Kim-Spoon et al., 2014; Knight et al., 2007; Vargas y Canizales, 2015), la religión que más protege. Además, aquellos adolescentes que se identificaban con el grupo de cristianos, consumen más alcohol que aquellos que se identifican con “otras religiones” (Charro, 2014; Knight et al., 2007; Vargas y Canizales, 2015). Estos resultados tienen una gran importancia, ya que la mayoría de las investigaciones se enfocan hacia la religión con la que se identifica la familia y si ésta funciona como factor de protección para el adolescente. En cambio, este estudio está basado en la religión con la que se identificó el adolescente y se estudió si ésta era un factor de protección. Por lo tanto, la tercera hipótesis planteada en este trabajo, se ha demostrado. Ha quedado reflejado a lo largo de esta investigación que la religión protege y que consumen menos alcohol los adolescentes que profesan una religión que aquellos que se identifican como agnósticos/ateos. Una futura corriente de investigación podría ser conocer en qué grado la práctica religiosa de los adolescentes repercute en el grado de protección.

Por otro lado, y siguiendo esta línea sobre la religión y consumo de alcohol, se investigó como **cuarta hipótesis la posible relación entre la religión que profesen los padres con el consumo del hijo en los últimos doce meses**. Los resultados reflejaron que las religiones que profesan los padres y que pueden determinar que los hijos no consumiesen alcohol son: la musulmana, los que se identificaron con “otras religiones” y los cristianos. Esto sigue manteniendo y reafirmando la hipótesis que se planteó al inicio de la investigación de que la religión protege y que, en este caso, la religión que profesen los padres también se relaciona con

el consumo de los hijos (Bjarnason et al., 2005; Carvajal et al., 2002; Charro, 2014; Kliewer y Murrelle, 2007). Esto también demuestra que, como ocurre de forma opuesta, los hijos de padres que se identificaron como ateos o agnósticos, habían consumido alcohol en los últimos doce meses. Además, incide en el hecho de que los padres son los principales transmisores de valores, creencias y hábitos hacia los adolescentes, como la religión y los hábitos de consumo (Alfonso et al., 2009; Fuentes et al., 2015; Kliewer y Murrelle, 2007; Landero y Villareal, 2013; Salamó et al., 2010). Por otro lado, como se indicaba anteriormente, siguen existiendo investigaciones como la de Desmond et al. (2013) en las que indican que la religión de los padres no influye en el consumo de alcohol del hijo. Por ello, una posible línea de investigación en el futuro que podría plantearse, sería realizar un estudio en el que no sólo se cuente con la participación de los hijos, sino también de los padres. Así, a la hora de investigar sobre la religión que profesan y el grado de implicación, se obtengan datos más objetivos. La importancia de estos datos, a tener en cuenta para futuros programas de prevención, es el hecho de que tener ciertas creencias implica valores éticos que protegen del consumo de alcohol.

Por último, la **quinta hipótesis** planteada fue estudiar la **relación entre la religiosidad del adolescente y la preocupación por cuestiones de la salud en relación con el consumo de alcohol**. En este estudio se intentó comprobar esta relación con el objetivo de aportar resultados actuales sobre esta relación, ya que cada vez hay mayor interés en investigar sobre la misma (Geppert et al., 2007; Marks, 2006). Así, los resultados fueron muy interesantes, ya que todas las variables correlacionaron con la religiosidad de los adolescentes. Los resultados demuestran que cuando los menores tienen mayor nivel de religiosidad, se preocupan más por los problemas relacionados con la salud, como también se indica en la literatura existente (Geppert et al., 2007; Marks, 2006; Rew y Wong, 2006; Porche et al., 2015). Estos resultados son muy importantes, porque como se demostró anteriormente, la religión es un factor de protección (Bjarnason et al., 2005; Cid-Monckton y Pedrão, 2011; Escobar y Vaughan, 2014; Geppert et al., 2007; Porche et al., 2015) y es innovador unir ambos conceptos, teniendo en cuenta que son estudiados de forma independiente por su papel en el consumo de alcohol. La forma en que se podría aportar a esta relación de forma más amplia en futuras investigaciones es estudiando si en aquellas familias que hay una educación para la salud, también hay niveles de religiosidad.

El presente trabajo es parte de una gran investigación sobre el consumo de alcohol en adolescentes. Por esta razón, sería interesante una futura investigación longitudinal. La muestra se obtuvo de forma aleatoria por distintos institutos y colegios de la Comunidad de Madrid, e interesaría impartir en cada aula cursos sobre prevención mediante la educación para la salud, adaptándose a cada población. Esta adaptación tendría en cuenta las distintas características de los grupos, como el género, la etnia o la religión. Los cursos contarían con ciertas pautas dirigidas

a los alumnos para evitar y disminuir el consumo de alcohol. Una vez impartidos dichos cursos, se volvería a pasar el cuestionario por la misma muestra para comprobar si ha sido eficaz y el consumo de alcohol ha disminuido o directamente no ha aparecido.

Es un hecho que los programas de prevención que hoy en día se imparten no obtienen los resultados esperados (García del Castillo et al., 2014; Londoño y Vinaccia, 2014; Meneses y Charro, 2014) y desde esta pequeña aportación se pretende colaborar para que esto cambie. Un primer paso, como se ha podido comprobar a lo largo de este trabajo, es tener en cuenta las características individuales o sociales (Arco Tirado, 2000; Londoño y Vinaccia, 2014; Onrust, Otten, Lammers y Smit, 2016) de la población a quien se quiera dirigir cada programa de prevención como: la edad, la religión, el género, el grado de consumo de alcohol o la familia. Todos estos factores son determinantes en los adolescentes y deben tenerse en consideración a la hora de llevar a cabo la prevención y abandonar el concepto de prevención universal (Londoño y Vinaccia, 2014; Sloboda et al., 2009). Por otro lado, a lo largo de la presente investigación trabajaron conjuntamente psicólogos, antropólogos y sociólogos, para poder abordar múltiples campos y realizar un trabajo más completo. Esta forma de trabajar es un ejemplo que debería llevarse a cabo a la hora de plantear e impartir los programas de prevención, para abordar todas estas características sociales e individuales y obtener mayor efectividad (Arco y Fernández, 2001). Por último, como se ha planteado anteriormente, lo adecuado sería realizar evaluaciones posteriores o estudios longitudinales después de haber impartido un programa preventivo para valorar su efectividad. Lamentablemente, esto no se suele realizar, desconociendo los verdaderos resultados de la aplicación del programa de prevención en cuestión o realizando evaluaciones con falta de atención a lo largo del proceso (Arco y Fernández, 2001; Londoño y Vinaccia, 2014).

No obstante, a forma de conclusión, este estudio aporta resultados relevantes, mostrando que la religión, la familia y el consumo de alcohol tienen una relación inversa, es decir, a mayor nivel de religiosidad y mayor cuidado familiar, menor consumo de alcohol por parte del menor. Por otro lado, se ha demostrado que ciertos patrones de consumo familiares con los hijos, influyen directamente en el consumo de los mismos. Así como que a mayor religiosidad, mayor preocupación por cuestiones de la salud derivadas del consumo de alcohol.

Las posibles limitaciones del presente estudio son:

1ª Hipótesis: El hecho de que obtuviésemos información de una situación en concreto y no del consumo habitual de los padres en el núcleo familiar, ya fuese con el hijo o sin él, limita los resultados a la hora de conocer el tipo de consumo de los padres.

2ª Hipótesis: En este caso, se necesitaría especificar el tipo de ayuda y el tipo de problema y, cómo en función de esto, influye en el consumo de alcohol del menor.

3ª Hipótesis: A la hora de conocer la religión que profesaban los padres de los encuestados, los datos obtenidos y con los que se ha trabajado, recogen la idea que los hijos tienen sobre la religión con la que creen que sus padres se identifican, resultando ser un dato más subjetivo. También se desconoce el grado de religiosidad de los padres.

4ª Hipótesis: La razón por la que no se han obtenido resultados en este apartado se enfoca a que esta hipótesis no se planteó en el momento de llevar a cabo la investigación y formar el cuestionario. Por lo tanto, no se ha medido de la forma adecuada.

5ª Hipótesis: Habría sido interesante conocer el grado de educación para la salud que tenían los menores encuestados.

Por último y como limitación general, aunque la muestra de esta investigación es amplia y diversa, hay una gran diferencia entre el número de musulmanes y el resto de religiones, obteniendo igualmente resultados significativos.

### Bibliografía

- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. (2005). Jóvenes y Alcohol. Una mala compañía. Recuperado de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheadervalue1=filename%3D\(19\)+LOS+JOVENES+Y+EL+ALCOHOL.pdf&blobwhere=1155602376578&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheadervalue1=filename%3D(19)+LOS+JOVENES+Y+EL+ALCOHOL.pdf&blobwhere=1155602376578&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf)
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. (2008). Drogas o tú: Jóvenes. Recuperado en: <http://www.drogasotu.com/nueva/wp-content/uploads/2013/05/GuiaSecundaria1.pdf>
- Alfonso, J.P., Huedo-Medina, T.B. y Espada, J.P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25 (2), 330-338.
- Arco Tirado, J.L. (2000). Programas de prevención del abuso de alcohol y drogas en ámbitos educativos: evolución y situación actual en España. *Suma Psicológica*, 7 (2) 195-209.
- Arco Tirado, J.L. y Fernández Castillo A. (2001). Porque los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud*, 2(2) 209-226.
- Baltasar Bagué, A., Gras Pérez, M. E., Font-Mayolas, S., García Vega, E. M., Patiño Masó, J., Raurell Torredà, M. y Cunill Olivas, M. (2014). Creencias de los adolescentes respecto al consumo de drogas. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (112), 11-21.
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Fernández-Hermida, J.R., Juan, M., Sumnall, H., Mendes, F. y Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among adolescents. *Psicothema*, 25 (3), 292-298.
- Bezerra, J., Barros, M.V., Tenório, M.C., Tassitano, R. M., Barros, S.S.H. y Hallal, P.C. (2009). Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (5), 440-6.
- Bjarnason, T., Thorlindsson, T., Sigfusdottir, I. D. y Welch, M. R. (2005). Familial and religious influences on adolescent alcohol use: A multi-level study of students and school communities. *Social Forces*, 84(1), 375-390.
- Cadaveira Mahia, F. (2009). Alcohol y cerebro adolescente. *Adicciones*, 21(1), 9-14.

- Carvajal, S. C., Hanson, C. E., Romero, A. J., y Coyle, K. K. (2002). Behavioural risk factors and protective factors in adolescents: a comparison of Latinos and non-Latino whites. *Ethnicity and Health*, 7(3), 181-193.
- Charro Baena, B., Meneses Falcón, C. y Cerro Marín, P. D. (2012). Motivos para el consumo de drogas legales y su relación con la salud en los adolescentes madrileños. *Revista Española de Drogodependencias*, 37 (3), 257-268.
- Charro Baena, B. (2014). Adolescentes inmigrantes y consumo de alcohol. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 72, 293-308.
- Cid-Monckton, P. y Pedrão, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 738-745.
- Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B., y Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: Gender and family structure differentials. *Alcohol and Alcoholism*, 43(1), 73-80.
- Cornwall, M.; Albrecht, S.L.; Cunningham, P.H. y Pitcher, B.L. (1986). The dimensions of religiosity: A conceptual model with an empirical test. *Review of Religious Research*, 27, 226-244.
- Corte, C. y Zucker, R. A. (2008). Self-concept disturbances: Cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 33(10), 1282-1290.
- De la Villa Moral, M, Rodríguez, F. J., y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Pública de México*, 52(5), 406-415.
- De la Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. J. y Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58.
- De la Villa Moral Jiménez, M., Rodríguez Díaz, F. J. y Sirvent Ruiz, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17 (2), 105-120.

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, PNSD (2016). Informe de la encuesta sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias – ESTUDES 2016. Recuperado de [http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016\\_ESTUDES\\_2014-2015.pdf](http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, PNSD (2016). Encuesta sobre alcohol y drogas en España – EDADES (2015). Recuperado de: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES2013.pdf>
- Desmond, S. A., Ulmer, J. T., y Bader, C. D. (2013). Religion, self control, and substance use. *Deviant Behavior*, 34(5), 384-406.
- Escobar, O. S., y Vaughan, E. L. (2014). Public religiosity, religious importance, and substance use among Latino emerging adults. *Substance Use and Misuse*, 49(10), 1317-1325.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W., y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17.
- Espada, J. P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F., y Gracia, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y el barrio. *Anales de Psicología*, 31 (3), 1000-1007.
- García del Castillo Rodríguez, J. A., García del Castillo-López, Á. y López-Sánchez, C. (2014). Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 14(2), 89-98.
- Geppert, C., Bogenschutz, M. P. y Miller, W. R. (2007). Development of a bibliography on religion, spirituality and addictions. *Drug and Alcohol Review*, 26(4), 389-395.
- González-Iglesias, B., Gómez-Fraguela, J.A., Gras, M.E. y Planes, M. (2014). Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: El papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de Psicología*, 30 (3), 1061-1068.
- Gutiérrez, D., y Hernández, E. (2015). La familia, factor inductor del uso indebido de drogas en la adolescencia. *Revista de Investigación Apuntes Universitarios*, 5(2), 113-122.

- Hidalgo, I; Garrido, G y Hernández, M. (2000). Health status and risk behaviour of adolescents in the North of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health, 27* (5), 351-360.
- Inglés, C. J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M. S., Espada, J. P., García-Fernández, J. M., D., Hidalgo, M.D. y García-López, L. J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7* (2), 403-420.
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas, NIH (2004). Cómo prevenir el uso de las drogas en los niños y adolescentes (2ªed.) – NIH (2004). Recuperado de [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf)
- Kim-Spoon, J., Farley, J. P., Holmes, C., Longo, G. S., y McCullough, M. E. (2014). Processes linking parents' and adolescents' religiousness and adolescent substance use: Monitoring and self-control. *Journal of youth and adolescence, 43*(5), 745-756.
- Kliewer, W. y Murrelle, L. (2007). Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use: Findings from a Study in Selected Central American Countries. *Journal of Adolescent Health, 40*, 448-455.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Holder, D. W., Kulig, J., Shrier, L. A., Gabrielli, B.A. y Chang, G. (2007). Alcohol use and religiousness/spirituality among adolescents. *Southern Medical Journal, 100*(4), 349.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G. y Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical Psychology Review, 25* (7), 841-861.
- Laespada, M. T., Arostegi, E., y Iraurgi, I. (2004). Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en los jóvenes de la CAPV. *Observatorio Vasco de Drogodependencias, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Vitoria-Gasteiz: Editorial Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.* Recuperado de: [http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_ovd\\_inf\\_txo\\_stena/es\\_9033/adjuntos/informe\\_txostena14.pdf](http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txo_stena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf)
- Landeró Hernández, R. y Villareal González, M. E. (2013). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud, 17*(1), 17-23.
- Londoño Pérez, C. y Vinaccia, S. (2014). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: Lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud, 15*(2), 241-249.

- López-Caneda, E., Mota, N., Crego, A., Velasquez, T., Corral, M., Socorro Rodríguez, H. y Cadaveira, F. (2014). Anomalías neurocognitivas asociadas al consumo intensivo de alcohol (binge drinking) en jóvenes y adolescentes: Una revisión. *Adicciones*, 26(4), 334-359.
- López Larrosa, S. y Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Marks, L. (2006). Religion and family relational health: An overview and conceptual model. *Journal of Religion and Health*, 45(4), 603-618.
- Meneses, C., Markez, I., Romo, N., Uroz, J., Rua, A., Laespada, T. (2013). Diferencias de género en el consumo diario de tabaco e intensivo de alcohol en adolescentes latinoamericanos en tres áreas españolas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (119), 525-535.
- Meneses, C. y Charro, B. (2014). ¿Es necesaria una intervención diferencial de género en la prevención universal y selectiva del consumo de drogas en adolescentes? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1), 5-12.
- Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S., y Vega, A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos Adictivos*, 11(1), 51-63.
- Morales-Manrique, C. C., Tomás-Dols, S., Herzog, B., Vidal-Infer, A., Zarza-González, M., y Aleixandre-Benavent, R. (2011). Prevalencia del consumo de sustancias en progenitores y su relación con el consumo actual de sustancias legales e ilegales en adolescentes. Un estudio exploratorio con jóvenes escolarizados en la Comunidad Valenciana, España. *Trastornos Adictivos*, 13 (2), 51-56.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT (2011). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2011 – OED 2011. Recuperado de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/FOLLETO\\_OED2011.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/FOLLETO_OED2011.pdf)
- Olcina Rodríguez y Llorens Martínez, R. (2013). Bebidas alcohólicas. Una droga en el supermercado. *Revista Española de Drogodependencias*, 38 (4), 357-375.

- Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., y Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 45-59.
- Oteo Pérez, A. (2009). La salud mental de las personas jóvenes en España. *Revista de Estudios de Juventud*, 84, 155-178.
- Páramo, M. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pascual Pastor, F. (2015). Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia. *Adicciones*, 27 (4), 245-245.
- Phinney, J. S. y Ong, A. D. (2007). Conceptualization and measurement of ethnic identity: Current status and future directions. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (3), 271-281.
- Porche, M. V., Fortuna, L. R., Wachholtz, A., y Stone, R. T. (2015). Distal and proximal religiosity as protective factors for adolescent and emerging adult alcohol use. *Religions*, 6(2), 365-384.
- Pulido, J., Indave-Ruiz, B. I., Colell-Ortega, E., Ruiz-García, M., Bartroli, M., y Barrio, G. (2014). Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 493-513.
- Razvodovsky, Y.E. (2004). Influencia de la cultura sobre las actitudes hacia el alcohol de los estudiantes universitarios árabes de religión musulmana. *Adicciones*, 16 (1), 53-62.
- Rew, L. y Wong, Y. J. (2006). A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 433-442.
- Salamó Avellaneda, A., Gras Pérez, M. E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195.
- Sánchez-Queija, I., Moreno, C., Rivera, F., y Ramos, P. (2015). Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo xxi. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 184-189.
- Sloboda, Z., Stephens, R. C., Stephens, P. C., Grey, S. F., Teasdale, B., Hawthorne, R. D., Williams, J. y Marquette, J. F. (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 102(1), 1-10.

- Smit, E., Verdurmen, J., Monshouwer, K., y Smit, F. (2008). Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and alcohol dependence*, 97(3), 195-206.
- Suárez, C., del Moral, G., Musitu, G., Sánchez, J. C., y John, B. (2014). Eficacia de las políticas institucionales de prevención del consumo de alcohol en adolescentes: la opinión de expertos y adolescentes. *Atención Primaria*, 46 (7), 326-335.
- Trujillo Mendoza, H.M., Robles Lozano, L. y Martínez González, J. M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (3), 461-475.
- Valencia Martín, J. L., González, M<sup>a</sup> J. y Galán, I. (2014). Aspectos metodológicos en la medición del consumo de alcohol: la importancia de los patrones de consumo. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 433-446.
- Vargas Valle, E. D. y Canizales, G. M. (2015). Relación entre el abuso del alcohol y la religión en adolescentes mexicanos. *Población y Salud en Mesoamérica*, 12 (2), 2
- World Health Organization, WHO (2011). Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf)

## Anexo

Nº \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO A ESTUDIANTE DE E.S.O

Somos un grupo de investigadores y profesores de la universidad que estamos llevando a cabo un estudio sobre hábitos de salud, más en concreto sobre el consumo de alcohol. Tú y tu curso habéis sido seleccionados para participar en este estudio. Para ello necesitamos que respondas este cuestionario con sinceridad y sin comentarlo con tus compañeros/as. Tu participación es voluntaria y anónima. La información que aportes nos permitirá conocer las necesidades de los jóvenes para la elaboración de programas preventivos y socio-sanitarios. MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

#### NOMBRE DEL CENTRO:

#### III. Curso:

1. 1º ESO
2. 2º ESO
3. 3º ESO
4. 4º ESO

#### IV. Tipo de centro educativo

- 1. Público
- 2. Privado-concertado religioso
- 3. Privado-concertado laico
- 4. Privado

### INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL CUESTIONARIO

1. Procura contestar a todas las preguntas: No dejes ninguna sin hacerlo.
2. Marca con una cruz o círculo la respuesta y sigue las instrucciones en cada pregunta de cómo debes responder, marcando una respuesta, o más, si la pregunta te lo indica.

#### 1. Sexo:

- 1. Varón
- 2. Mujer

#### 2. Año de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### 3. ¿Has repetido algún curso de la ESO?

1. No
2. Sí

#### 4. En el curso pasado, en junio

1. Suspendí una o dos asignaturas
2. Suspendí más de dos asignaturas
3. Saqué todo aprobados
4. La mayoría fueron notables
5. La mayoría fueron sobresaliente

#### 5. País de nacimiento tuyo y de tus padres:

1.- He nacido en \_\_\_\_\_

2.- Mi padre ha nacido en \_\_\_\_\_

3.- Mi madre ha nacido en \_\_\_\_\_

#### 6. Con quién vives habitualmente (marca todas las opciones que correspondan):

- 1. Padre
- 2. Madre
- 3. Hermano-s
- 4. Hermana-s
- 5. Abuelo-s
- 6. Abuela-s
- 7. Pareja de mi madre/ padre
- 8. Tíos
- 9. Centro de Menores
- 10. Otros: ¿Quién o quiénes? \_\_\_\_\_



16. ¿Cuántas veces vas de botellón al mes y bebes alcohol?

1. Una vez
2. Dos veces
3. Tres veces o más
4. Nunca

17. ¿Cuánto sueles gastar en bebidas alcohólicas al mes, aproximadamente?

1. Menos de 20 euros
2. Entre 21 euros y 50 euros
3. Más de 50 euros.

18. Cuando consumes bebidas alcohólicas ¿qué motivos suelen ser más habituales para hacerlo?

	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1.-En las comidas	0	1	2	3
2.-Para celebrar algún acontecimiento	0	1	2	3
3.-Para desinhibirme	0	1	2	3
4.-Para poder hacer cosas que no haría sin alcohol	0	1	2	3
5.-Porque voy de botellón	0	1	2	3
6.-Para coger un "pedo"	0	1	2	3
7.-Para olvidarme de todo	0	1	2	3
9.-Para coger el "punto"	0	1	2	3
10.-Porque cuando fumo me apetece una beber	0	1	2	3
11.-Porque lo hace todo el mundo	0	1	2	3
12. Porque los demás esperan que lo haga	0	1	2	3
13. Porque me gusta el alcohol	0	1	2	3
14. Porque me divierto cuando bebo	0	1	2	3
15. Porque me ayuda a relacionarme mejor	0	1	2	3
16. Porque si no, me aburro	0	1	2	3

19. ¿Cuándo y Con quién sueles beber cualquier tipo de bebida con alcohol? Rodea con un círculo tu respuesta en cada casilla, es decir, si es afirmativa tu respuesta, rodea SI, pero si es negativa rodea NO.

	Entre semana		Los fines de semana		En celebraciones o fiestas		A diario	
Con mi padre	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Con mi madre	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Con mis hermanos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Con mis amigos	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Con mi pareja	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Con otros familiares	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Yo solo/a	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

20. ¿Qué tipo de bebida has consumido y con qué frecuencia?

Tipo bebida	Muy a menudo	A veces	nunca
Vino, cerveza	3	2	1
Cava, champán, sidra	3	2	1
Cubatas, chupitos o alcohol "fuerte"	3	2	1

21. ¿ Te has emborrachado

1. ¿Alguna vez? 1. SI 2. NO (pasa a la pregunta 33)
2. ¿En los últimos doce meses? 1. SI 2. NO
3. ¿En los últimos 30 días? 1. SI 2. NO

22. ¿Qué edad tenías cuando te emborrachaste por primera vez? \_\_\_\_\_

23. ¿Cuántas veces te has emborrachado en los últimos seis meses? Subraya la respuesta

- 1. Nunca
- 2. 1 a 3 veces
- 3. 4 a 6 veces
- 4. 7 a 9 veces
- 5. 10 a 12 veces
- 6. 13 o más veces

24. ¿Te has emborrachado perdiendo el sentido, o teniendo que ayudarte tus amigos?

- 1. SI
- 2. NO

25. ¿Has hecho algo que no querías después de beber alcohol?

- 1. SI
- 2. NO

26. Cuando bebes alcohol, ¿sabes cuándo tienes que parar para no pasarte?

- 1. SI
- 2. NO

27. ¿A partir de cuántas bebidas alcohólicas te emborrachas? Subraya la que corresponda.

- 1. Una
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco
- 6. Otro \_\_\_\_\_

28. ¿Alguna vez bebes 5 o más copas o vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas?

- 1. Sí
- 2. No

29. ¿Hasta qué punto eres capaz de resistirte a beber? Pon una X en el número que indica lo que te pasa, teniendo en cuenta que 1 es "Nada capaz" y 10 es "Totalmente capaz"

si sales y un amigo te ofrece un trago	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
si ves al algún amigo tomando alcohol	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
si estás de botellón con amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
si estás celebrando algo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
si estás enfadado, o triste	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
si estás alegre y contento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
si estás en una fiesta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

30. Si dejas de beber.... Señala del 1 al 5 lo que se corresponda con lo que crees, siendo 1 "creo que no es verdad" y 5 "creo que es verdad"

Mis padres estarán más contentos	1	2	3	4	5
Continuaré teniendo buenos amigos	1	2	3	4	5
Tendré mejor salud en el futuro	1	2	3	4	5
Pensaré que estoy haciendo lo correcto	1	2	3	4	5
Estaré más contento que si bebo	1	2	3	4	5
Tendré menos problemas	1	2	3	4	5

31. ¿Te ha sucedido alguna de estas circunstancias cuando habías consumido alcohol? Rodea con un círculo

	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1.-Me han robado	0	1	2	3
2.-Me han pegado	0	1	2	3
3.-Me han metido alguna droga en la bebida	0	1	2	3
4.-Me he olvidado de lo que hice el día anterior	0	1	2	3
5.-Me he peleado con otros	0	1	2	3
6.-Me he enrollado con una chica/o sin quererlo	0	1	2	3
7.-No he utilizado protección en las relaciones sexuales	0	1	2	3
8.-He conducido una motocicleta	0	1	2	3
9.- Han intentado abusar de mi	0	1	2	3
10.-Tuvo que venir la ambulancia	0	1	2	3
11.-Me han castigado mis padres al pillarme en mal estado	0	1	2	3
12.-He tenido sentimientos de culpabilidad o remordimientos por haber bebido	0	1	2	3
13.-Me han dicho que bebo demasiado	0	1	2	3
14.-He pensado que bebo demasiado	0	1	2	3
15.-He mezclado con medicinas	0	1	2	3
16.- Me he montado en el coche de alguien que había bebido alcohol	0	1	2	3

32. En el último año (marca Sí o NO)

	Sí	No
¿Has consumido más alcohol de lo que te habías propuesto, o de lo que habrías querido consumir?	Sí	No
¿Has consumido cada vez más cantidad para coger el punto?	Sí	No
¿Te has llegado a preocupar por tu consumo de alcohol?	Sí	No
¿Alguna vez has hecho algún intento para reducir el consumo?	Sí	No
¿Te gustaría reducir el consumo de alcohol?	Sí	No
¿El alcohol ha supuesto algún problema en tu vida?	Sí	No
¿Tienes algún síntoma de abstinencia cuando no consumes?	Sí	No

PASA A LA PREGUNTA 38

33. Si no bebes alcohol, indícanos los motivos por los que no lo haces

	Falso	Verdadero
1.- Nunca lo he probado	0	1
2.-No me gusta el alcohol	0	1
3.-No quiero perder el control	0	1
4.-Porque es malo para la salud	0	1
5.-No puedo beber porque tengo problemas de salud	0	1
6.-He perdido la relación con amigos por el consumo de alcohol	0	1
7.-Tuve una mala experiencia y dejé de beber	0	1
8.-Tengo intolerancia al alcohol	0	1
9.-No me gusta lo que hace la gente cuando bebe	0	1
10.-Porque alguien cercano(familia, amigos, etc.) no quiere que beba	0	1
11.- Para dar ejemplo a los demás	0	1
12.- He visto a amigos y familiares pasarlo muy mal por el alcohol	0	1
13.- Por motivos religiosos	0	1
14.- Para que no me pillen mis padres	0	1

34. ¿Te han ofrecido bebidas alcohólicas?  
1. SI            2. NO
35. ¿Te han insistido/presionado para que bebas?  
1. SI            2. NO
36. ¿Te sientes diferente porque no consumes alcohol?  
1. SI            2. NO
37. ¿Influye en tu forma de divertirse el que no bebas alcohol?  
1. SI            2. NO

38. Dinos tu grado de acuerdo con las cuestiones de salud que te planteamos.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Me preocupan mucho los temas relacionados con la salud	1	2	3	4
Consumir alcohol tiene una relación directa con la salud	1	2	3	4
En general, consumir alcohol puede suponer importantes problemas de salud	1	2	3	4
En mi caso, consumir alcohol me puede llevar a tener importantes problemas de salud	1	2	3	4

39. ¿Qué relación con el alcohol consideras que tiene cada uno de los siguientes problemas de salud? Señala cada uno de ellos

	Muy poco relacionado	Poco relacionado	Algo relacionado	Muy relacionado
Cáncer	1	2	3	4
Problemas en el hígado	1	2	3	4
Problemas en el cerebro	1	2	3	4
Problemas en el corazón	1	2	3	4
Problemas digestivos	1	2	3	4

40. De los siguientes grupos que se te presentan, indícanos en cada columna con el que te sientes identificado o identificada

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
1. Asiático	1. Europeo/a	1. Musulmán	1. Heavy Metal
2. Negro	2. Latinoamericano/a	2. Católico/a	2. Rockero/a
3. Mestizo	3. Español/a	3. Cristiano/a	3. Bakalaero/a
4. Blanco	4. Africano/a	4. Budista	4. Tecno
5. Gitano	5. Magrebí	5. Evangelista	5. Pop
6. Otro ¿cuál?	6. Norteamericano	6. Protestante	6. Flamenco
.....	7. Otro ¿cuál?	7. Ortodoxo	7. Rapero/a
	.....	8. Judío	8. Punkies
Marca <b>una sola</b>	Marca <b>una o dos</b>	9. Agnóstico	9. Hip-Hop
<i>opción</i>	<i>opciones</i>	10. Ateo	10. Otro ¿cuál?
		11. Otro ¿cuál?	.....
		.....	Marca <b>una o dos</b>
		Marca <b>una sola</b>	<i>opciones</i>
		<i>opción</i>	

41. Por favor, indícanos si has consumido las siguientes sustancias en el periodo que se te indicada en cada una de ellas.

	Tabaco		Porros		Otras drogas (decir cuál):	
Alguna vez en la vida	Sí	No	Sí	No	Sí	No
En el último año	Sí	No	Sí	No	Sí	No
En el último mes	Sí	No	Sí	No	Sí	No

42. A continuación te realizamos una serie de preguntas sobre la relación con tu familia, por favor responde en cada una de ellas

	Nunca	A veces	Siempre
¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	1	2	3
¿Estás satisfecho con el modo en que tu familia conversa sobre los problemas que tienen en casa?	1	2	3
¿Sientes que tu familia acepta sus decisiones o sus cambios en tu estilo de vida?	1	2	3
¿Estás satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasáis juntos?	1	2	3
¿Sientes que tu familia te quiere?	1	2	3