

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Juan Yovani Telumbre Terrero  
Manuel Antonio López Cisneros  
Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad Autónoma del Carmen, México.  
Correo-e: [jtelumbre@pampano.unacar.mx](mailto:jtelumbre@pampano.unacar.mx)

### RESUMEN

Los trastornos por consumo de alcohol constituyen un problema de salud pública, con graves implicaciones en la salud del individuo, la familia y la sociedad. Constituye un fenómeno que afecta principalmente a varones en etapa adulta, sin embargo, las mujeres y adolescentes representan un grupo vulnerable por las características biopsicosociales propias de la etapa y conlleva a implicaciones severas en la edad adulta. Es necesario que las diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales documente la prevalencia de este trastorno, para contar con información veraz y oportuna para tomar decisiones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y reinserción social de las personas que lo padecen. Así también que los programas preventivos cuenten con una metodología rigurosa y bien definida, que contemple aspectos de duración, contenido y características de los participantes.

*Palabras clave:* Adolescente, Consumo de Bebidas Alcohólicas, Trastornos Relacionados con Alcohol, Epidemiología, Perfil de Salud

### ABSTRACT

Alcohol use disorders are a public health problem, with serious implications for the health of the individual, the family and society. It is a phenomenon that mainly affects men in adulthood, however, women and adolescents represent a vulnerable group due to the biopsychosocial characteristics of the stage and leads to severe implications in adulthood. It is necessary for the various governmental and non-governmental organizations to document the prevalence of this disorder, to have accurate and timely information to make decisions for the prevention, diagnosis, treatment and social reintegration of the people who suffer from it. Also, preventive programs have a rigorous and well-defined methodology, which considers aspects of duration, content and characteristics of the participants.

*Key words:* Adolescent, Alcohol Drinking, Alcohol-Related Disorders, Epidemiology, Health Profile.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) señala que las Enfermedades No Transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas son de larga duración y resultan de la interacción de factores biológicos, ambientales y conductuales. Afectando principalmente a los países de ingresos bajos y medios, donde se registran más del 75 por ciento de las muertes en persona de 30 a 69 años. Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir si se aplican de forma eficaz y eficiente intervenciones preventivas y curativas (OMS, 2013). Por lo tanto, las ENT están íntimamente ligadas a las tendencias sociodemográficas, donde se incluye la urbanización, la globalización y el rápido envejecimiento poblacional, así como la inadecuada respuesta de los sistemas de salud ante estos cambios (OMS, 2017).

Las ENT se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI los cuales son: el consumo de tabaco, la inadecuada alimentación, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol (Negro, Gerstner, Depetris, Barfuss, González & Williner, 2018). En función de este último se ha identificado que uso y/o abuso nocivo de bebidas alcohólicas constituye un problema social y de salud pública, con implicaciones en el ámbito individual, familiar y social (Duffy, 2015). Además, el consumo nocivo de bebidas alcohólicas tiene una repercusión directa sobre los objetivos y metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (OPS, 2019). Por lo anterior el presente documento presenta un análisis del perfil epidemiológico del trastorno por consumo de alcohol en adolescentes, lo cual permitirá comprender la magnitud del problema y los resultados servirán de sustento para el desarrollo e implementación de intervenciones preventivas eficaces con un enfoque multidisciplinario.

### *Evolución de la definición del Trastorno por Consumo de Alcohol*

En 1952, la primera edición del anual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o Diagnóstico de Salud Mental (DSM) incluyó el "alcoholismo" como uno de los dos trastornos en la categoría de "adicción". La definición concisa de dos oraciones instruyó que se utilizara un diagnóstico de alcoholismo. En casos de "adicción al alcohol bien establecida". Desde entonces, la definición de lo que ahora se llama Trastorno por Consumo de Alcohol (AUD) se ha ampliado y refinado significativamente para cada edición del DSM. La tercera edición del DSM (DSM-III) se publicó en 1980 (Iglesias, 2017). En esta edición, los trastornos se denominaron "abuso de alcohol" y "dependencia del alcohol". Se requirió un diagnóstico de abuso de alcohol, bajo los siguientes parámetros:

1. Un "patrón de consumo patológico de alcohol", que se definió por características tales como la necesidad del consumo diario de alcohol para funcionar, la incapacidad para reducir o dejar de beber, permanecer intoxicado durante al menos 2 días o apagones
2. "Deterioro en el funcionamiento social u ocupacional debido al consumo de alcohol", que podría incluir comportamiento violento, ausencias del trabajo o la pérdida de un empleo.
3. "Duración de la perturbación de al menos 1 mes"

Un diagnóstico de dependencia del alcohol requirió los dos primeros criterios de abuso de alcohol, junto con indicaciones de tolerancia (la necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para lograr el efecto deseado) o abstinencia (el desarrollo de síntomas físicos después de reducir o suspender el consumo de alcohol). La revisión de 1987 de la tercera edición, el DSM-III-R, introdujo cambios diagnósticos importantes para los trastornos relacionados con el alcohol. En el DSM-III-R, un diagnóstico de "dependencia del alcohol" requirió tres de nueve criterios posibles, y un diagnóstico de "abuso de alcohol" requirió solo dos. El diagnóstico de abuso de alcohol debía usarse solo para personas que tenían problemas relacionados con el alcohol pero que no cumplían con los requisitos para la dependencia del alcohol. Los diagnósticos del DSM-IV fueron sustancialmente similares a los del DSM-III-R.

En el DSM-5, en la denominación de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos se incluyen las distintas sustancias psicoactivas y el juego, antes juego patológico, que aparecía en el apartado de trastornos de control de impulsos no clasificados en otros apartados). Es así como el DSM-5 es una clasificación diagnóstica de los trastornos mentales establecida por la Asociación Americana de Psiquiatría, específicamente para el trastorno por uso de sustancias, en esta versión se eliminaron los términos "dependencia del alcohol" y "abuso de alcohol" y se añadió el deseo persistente de consumo (craving) como un nuevo criterio y por lo tanto los dos diagnósticos separados se reemplazaron con un diagnóstico: AUD (Smith & Cottler, 2018).

El DSM-5 enumera 11 síntomas del trastorno, y un diagnóstico de AUD y está basado en grupos de criterios que abarcan la falta de control en el consumo, el deterioro social, el riesgo en el consumo de sustancias, la tolerancia y la abstinencia (Hernández & Secín, 2018). Por lo tanto, para establecer el diagnóstico es necesario, como mínimo cumplir dos ítems de los 11 propuestos:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - a) Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b) Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
  - a) Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol).
  - b) Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (Asociación Americana de Psicología, 2016).

También se advierte la dimensionalidad (Lazcano, 2015), al tratar la severidad del cuadro, estableciendo un continuum de leve (dos o más síntomas), moderado (cuatro o cinco síntomas) y grave (más de seis síntomas).

### *Panorama epidemiológico*

El Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) señala que 2.3 mil millones de personas son bebedores actuales, la prevalencia de consumo episódico intenso en población total fue del 18.2 por ciento en 2016. El 26.5 por ciento de los jóvenes (15-19 años) son bebedores, lo que supone 155 millones de adolescentes. Las mayores tasas de consumo actual de alcohol corresponden a Europa (43.8 por ciento), América (38.2 por ciento) y el Pacífico Occidental (37.9

por ciento). El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2020) estima que 16 millones de personas en los Estados Unidos tienen Trastorno por Consumo de Alcohol (AUD), 9.8 millones son hombres y 6.2 mujeres. En 2015, se estimó que 623,000 adolescentes de 12 a 17 años tenían AUD.

En las Américas la prevalencia de consumo en el último mes va desde el 9.5 por ciento en El Salvador a más del 52 por ciento en Argentina, la prevalencia más alta se encuentra entre la población adulta-joven que va de los 18 a los 34 años con una prevalencia que oscila del 40 y 70 por ciento y el consumo problemático de alcohol oscila entre el 6.5 al 28.6 por ciento. El consumo problemático de alcohol es mayor en la población masculina; sin embargo, en las mujeres va en incremento (Organización de los Estado Americanos & Comisión Interamericana Contra el Abuso de Drogas, 2019).

En México, se calcula que se consumen hasta 4.6 litros de alcohol puro per cápita por año, dentro de la población mexicana total entre las edades de 12 a 65 años, se reporta que 6.2 por ciento padece el trastorno o dependencia al alcohol. Esto quiere decir que 6.2 por ciento de más de 75 millones de personas en este intervalo de edad equivale a 4.5 millones de usuarios de alcohol que tienen problemas para controlar su consumo (Prospero, 2014).

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 (ENCODAT, 2016) mostró que el 39.8 por ciento ha consumido alcohol alguna vez en la vida (41.7 por ciento hombres y 37.9 por ciento mujeres) y 28 por ciento (4 millones) ha consumido en el último año (28.8 por ciento hombres y 27.2 por ciento mujeres). Por lo que respecta al consumo excesivo de alcohol en el último mes fue de 8.3 por ciento (1.1 millones) (8.9 por ciento hombres y 7.7 por ciento mujeres) y la posible dependencia al alcohol fue de 0.8 por ciento (115 mil) (0.9 por ciento para hombres y 0.7 por ciento para las mujeres).

Cabe hacer mención que Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Quintana Roo y Sonora presentan prevalencias por arriba del porcentaje nacional (19.8 por ciento) en consumo excesivo de alcohol en el último mes (Reynales-Shigematsu, et al., 2017). Específicamente el AUD afecta al 9 por ciento de los varones y al 1 por ciento de las mujeres de entre 18 y 65 años, que viven en zonas urbanas del país y, en la Ciudad de México, los índices alcanzan 9.2 y 1.9 por ciento. En el país, la proporción más elevada de consumidores se ubica en la zona centro (62 por ciento) y de las ciudades estudiadas el Distrito Federal y Guadalajara, son las que alcanzan índices más altos (Medina-Mora, Natera, & Borges, 2002).

### *Carga de la enfermedad*

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) menciona que el consumo nocivo de alcohol es un factor causal en de 200 enfermedades y trastornos y ocasiona la defunción y discapacidad a una edad temprana, un 13.5 por ciento de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol, además se ha identificado una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos.

En América Latina el consumo de alcohol se asocia con diversos daños a la salud y sociales, que incluye enfermedades no transmisibles, trastornos mentales, lesiones y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como la violencia doméstica, la pérdida de productividad, entre otros. El consumo nocivo de alcohol es el principal factor de riesgo para las muertes en varones de 15 a 49 años, aunque la evidencia muestra que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol (OPS, 2020), causando 274 millones de años de vida sana perdidos (AVAD). Las diferencias por sexo siguen tendencias parecidas, los hombres corren un riesgo mucho mayor de sufrir AVAD atribuibles al alcohol porque sus patrones de consumo generalmente son más peligrosos. Los AVAD atribuibles al alcohol son cerca de cinco veces más en el caso de los hombres que en las mujeres.

México presenta la tasa más alta de consumo de alcohol en promedio los hombres beben 32 litros de alcohol y las mujeres 18 litros. Se destaca un índice de 4 del patrón de consumo, lo cual lo sitúa entre los más peligrosos de la región. Esta puntuación se debe en parte a los episodios de consumo intenso, que presentan una relación causal con las lesiones traumáticas. Además de ser el principal factor de riesgo de padecer enfermedades en las personas de 15 a 49 años en México y contribuyó a 13 por ciento de las defunciones y la discapacidad en esta población. Los trastornos por consumo de alcohol representaron 310.684 años de vida perdidos en México (OPS & OMS, 2015).

### *Determinantes sociales de la salud asociados al trastorno*

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) se definen como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, como resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos mundiales, nacionales y locales, que a su vez dependen de políticas adoptadas (OMS, 2020). Los factores determinantes de las diferencias individuales de salud son distintos entre poblaciones y por lo tanto se relacionan con las causas de incidencia de enfermedad en la población (Berrocal, Ocampo & Herrera, 2018). Es importante reconocer que existen una gama de factores de riesgo que tienen un impacto significativo sobre la respuesta individual hacia el consumo de alcohol. Estos factores se interrelacionan entre

sí, incrementando la probabilidad de consumo de alcohol y los efectos de este, haciendo difícil encontrar una causa específica del origen de esta conducta (Ahumada-Cortez, Gámez-Medina, & Valdez-Montero, 2017).

Sin embargo, uno de los principales factores de riesgo identificados ha sido el género, ya que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a ciertas consecuencias derivadas del consumo de alcohol, relacionadas con su motivación para su uso y diferencias en la sensibilidad a los efectos de las sustancias, por lo tanto, suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída (Míguez & Permy, 2017). Otra determinante que cobra importancia es la edad de inicio de consumo (García, Ruiz, & Alzina, 2014), que se convierte en un factor potencial de riesgo y un excelente predictor del tipo de consumo que presentará en una edad adulta, además de los problemas biológicos, psicológicos y sociales que se pueden presentar más adelante. Así también el rol de familia y los amigos como factores influyentes en el consumo de alcohol de los adolescentes y jóvenes, haciendo énfasis en las diferencias entre los comportamientos y las normas percibidos, en general, los amigos ejercen una influencia mayor sobre el consumo de alcohol que la familia (Tartaglia, Fedi & Miglietta, 2017).

Por otro lado, los trastornos mentales pueden ser un factor de riesgo para consumo de alcohol o viceversa, se ha identificado que el trastorno de personalidad antisocial aumenta la probabilidad de una ingesta excesiva, la depresión dificulta el tratamiento del consumo perjudicial de alcohol y la ansiedad pudiera llevar a un patrón nocivo de alcohol (Acuña, Hernandez, Guzmán, Hernández, Contreras & Jorge 2016). Investigadores de Colombia identificaron que ser hombre entre los 16 y 17 años representa un factor de riesgo para consumo de sustancias, así mismo, presentar trastornos del afecto como depresión y ansiedad aumenta 2.28 y 1.62 veces el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas respectivamente (Cruz, Gómez & Rincón, 2018).

### *Programas de prevención*

A nivel internacional se destaca el programa de fortalecimiento de la familia (SFP): es un programa de capacitación de habilidades familiares basado en evidencia que se encuentra para mejorar significativamente las habilidades de crianza y las relaciones familiares, reducir los comportamientos problemáticos, la delincuencia y el abuso de alcohol y drogas en los niños y mejorar las competencias sociales y el rendimiento escolar (Kumpfer, 2019). El SFP está constituido por 14 sesiones basado en evidencia para familias de alto riesgo con niños de 6 a 11 años (SFP6-11) fue desarrollado y probado a mediados de la década de 1980 por el Dr. Karol L. Kumpfer en una beca de investigación NIDA con hijos de padres que abusan de sustancias. En una revisión sistemática realizada para detectar y comparar las adaptaciones culturales SFP, concluyo que

los programas de prevención familiar con contenido cognitivo-emocional contribuyen de manera relevante a la armonización y estandarización de los programas de trabajo socioeducativo con familias (Orte & Amer, 2014).

Por otra parte, Bajac, Feliu-Soler, Meerhoff, Latorre y Elices (2016) llevaron a cabo una intervención educativa denominada Iudicium, donde se identificó un aumento significativo en la percepción de riesgo de abuso de alcohol después de la intervención ( $M=7.70$ ,  $DE=0.091$ , vs.  $M=7.99$ ,  $DE=0.107$ ,  $t(1.283)=-2.77$ ,  $p=.006$ ); no obstante, el tamaño de efecto de este incremento fue pequeño ( $d$  de Cohen= $0.35$ ). Así también Li, Howard, Garland, McGovern y Lazar (2017) realizaron una revisión sistemática para evaluar los tratamientos de mindfulness para el abuso de sustancias, donde los resultados mostraron efectos significativos en la reducción de la frecuencia y la gravedad del uso indebido de sustancias, la intensidad del deseo de sustancias psicoactivas y la gravedad del estrés.

En México investigadores analizaron la eficacia del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (PIBA), teniendo como resultados una reducción en su patrón de consumo (cantidad, frecuencia y tiempo de abstinencia) de alcohol, mariguana e inhalables; disminuyeron los problemas asociados con el consumo (Durán, Echeverría, Martínez & Morales-Chainé, 2017).

#### CONSIDERACIONES FINALES

Con relación al análisis del trastorno por consumo de alcohol se pudo constatar que es un problema de salud pública, que va en aumento y con graves implicaciones en la salud del individuo, la familia y la sociedad. El panorama epidemiológico pone en evidencia que es un fenómeno social que afecta principalmente a varones en etapa adulta, sin embargo, las mujeres y adolescentes representan un grupo vulnerable por las características biopsicosociales que presentan. Cabe hacer mención que el consumo de alcohol se presenta cada vez a una edad más temprana y en grandes cantidades de consumo en una sola ocasión, lo cual conlleva a un estado de embriaguez. Siendo un factor condicionante para la presencia del Trastorno por Consumo de Alcohol (AUD) a una corta edad, con implicaciones biológicas, psicológicas y sociales en la vida de los consumidores y sus familias.

Por lo cual es necesario que las diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales documente la prevalencia de este trastorno, para contar con información veraz y oportuna que permita tomar decisiones para la prevención, diagnóstico, tratamiento y reinserción social de las personas que lo padecen.

Las variaciones en la presencia del trastorno han llevado a los especialistas a determinar ciertos criterios y que estos sean cada vez más precisos y concisos que coadyuven a establecer un diagnóstico, esto se puede visualizar en los cambios del Diagnóstico de Salud Mental (DMS).

En cuanto a la prevención se han realizado diversas intervenciones tanto a nivel nacional e internacional con la finalidad de evaluar su efectividad principalmente en adolescentes, jóvenes y familias, a través del fortalecimiento de habilidades sociales. Sin embargo, estos resultados no son contundentes y han presentado variaciones tanto a corto (6 meses), mediano (1 año) y largo plazo (2 años). Por lo tanto, es necesario que el diseño, implementación y evaluación de los programas preventivos cuenten con una metodología rigurosa bien definida, que contemple aspectos de duración, contenido y características de los participantes, retomando las recomendaciones de intervenciones previas. Así también surge la necesidad de enfocar intervenciones en aquellas personas que presentan trastorno por consumo de alcohol, ya que la mayoría está enfocada en aquellas personas que no han consumido alcohol o presentan un consumo moderado.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACUÑA, V. R., HERNANDEZ, M. R., GUZMÁN, M. R. A., HERNÁNDEZ, L. C., CONTRERAS, E. Z., & JORGE, R. G. (2016). Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. *Investigación y Ciencia: de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, (67), 71-77.
- AHUMADA-CORTEZ, J. G., GÁMEZ-MEDINA, M. E., & VALDEZ-MONTERO, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSICOLOGÍA. (2016). Suplemento del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, 2016. Recuperado de: <https://bit.ly/2ykQkLL>
- BAJAC, H., FELIU-SOLER, A., MEERHOFF, D., LATORRE, L., & ELICES, M. (2016). Iudicium: Una intervención educativa para abordar la percepción de riesgo del consumo problemático de alcohol en adolescentes. *Adicciones*, 28(1), 41-47.
- BERROCAL, N. N. E., OCAMPO, R. M. & HERRERA, G. E. (2018). Social determinants in the consumption of psychoactive substances in university students in 2016. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(2); 12-35.
- CRUZ, R.V., GÓMEZ, R.C., & RINCÓN, C. J. (2018). Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1); 24-30.
- DUFFY, D. N. (2015). Consumo de alcohol: principal problemática de salud pública de las Américas. *PSIENCLIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 371-382.
- DURÁN, C. A. R., ECHEVERRÍA, L., MARTÍNEZ, K. I., & MORALES-CHAINÉ, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 3(1), 16-37.
- GARCÍA, F. D. R., RUIZ, M. L. S., & ALZINA, R. B. (2014). Consumo de alcohol en la adolescencia. Consideraciones médicas y orientaciones educativas. *Salud mental*, 37(3), 255-260.
- HERNÁNDEZ, B. R. N., & SECÍN, D. R. (2018). Generalidades del trastorno por consumo de alcohol. *Acta médica Grupo Ángeles*, 16(1), 47-53.

- IGLESIAS, E. B. (2014). Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 58-61.
- KUMPFER, K. (2019). Strengthening Families Program. Recuperado de: <https://bit.ly/2KVvFRc>
- Lazcano, G. P. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de medicina forense*, 21(3), 96-104.
- LI, W., HOWARD, M. O., GARLAND, E. L., MCGOVERN, P., & LAZAR, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96.
- MEDINA-MORA, M. E., NATERA, G., & BORGES, G. (2002). Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas*. México, DF: Secretaría de Salud, 15-25.
- MÍGUEZ, M. D. C., & PERMUY, B. (2017). Características del alcoholismo en mujeres. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 15-22.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. (2020). Alcohol Use Disorder. Recuperado de: <https://bit.ly/3daHdfr>
- NEGRO, E., GERSTNER, C., DEPETRIS, R., BARFUSS, A., GONZÁLEZ, M., & WILLINER, M. R. (2018). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en estudiantes universitarios de Santa Fe (Argentina). *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(2), 131-140.
- ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS & COMISIÓN INTERAMERICANA CONTRA EL ABUSO DE DROGAS. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019. Recuperado de: <https://bit.ly/2VVD1z9>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2018). Enfermedades no transmisibles. Recuperado de: <https://bit.ly/3bTHymq>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013). Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Recuperado de: <https://bit.ly/3bXLoev>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://bit.ly/3bXLnHt>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2018). Alcohol, 2018. Recuperado de: <https://bit.ly/3d9jtItr>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2020). Determinantes sociales de la salud, 2020. Recuperado de: <https://bit.ly/2SuPym8>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015). Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas, 2015. Recuperado de: <https://bit.ly/2StRnzQ>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2019). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Recuperado de: <https://bit.ly/2KQcl7X>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2020). Alcohol. Recuperado de: <https://bit.ly/2WjzmFF>
- ORTE, C. & AMER, J. (2014). CULTURAL ADAPTATIONS OF THE STRENGTHENING FAMILIES PROGRAM IN EUROPE. A CASE EXAMPLE OF AN EVIDENCE-BASED FAMILY EDUCATION PROGRAM. *ESTUDIOS SOBRE EDUCACIÓN*, 26: 175-195.
- PROSPERO, G. O. (2014). Alcoholismo. *Ciencia-Academia Mexicana de Ciencias*, 65(1), 32-39.
- REYNALES-SHIGEMATSU, L. M., ZAVALA-ARCINIEGA, L., PAZ-BALLESTEROS, W. C., GUTIÉRREZ-TORRES, D. S., GARCÍA-BUENDÍA, J. C., RODRÍGUEZ-ANDRADE, M. A.,... & MENDOZA-ALVARADO, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: reporte de tabaco. Ciudad de México: INPRFM.
- SMITH, N. D., & COTTLER, L. B. (2018). The epidemiology of post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 39(2), 113.
- TARTAGLIA, S., FEDI, A., & MIGLIETTA, A. (2017). Family or friends: what counts more for drinking behaviour of young adults? *Revista de Psicología Social*, 32(1), 1-22.