

Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Mariana Paula García Mira

**PREVALENCIA DE DRUNKOREXIA ASOCIADA AL
CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL Y
PERCEPCIÓN DEL RIESGOS EN JÓVENES
PERTENECIENTES AL COLEGIO SAN MARTÍN DE
AVELLANEDA. DISEÑO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL**

2021

Tutora: Lic. Carla Carrazana

Citar como: García Mira MP. Prevalencia de drunkorexia asociada al consumo episódico excesivo de alcohol y percepción del riesgos en jóvenes pertenecientes al Colegio San Martín de Avellaneda. Diseño observacional transversal. [Trabajo Final de Grado]. Universidad ISALUD, Buenos Aires; 2021. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3236>



PREVALENCIA DE DRUNKOREXIA ASOCIADA AL
CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL Y
PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN JÓVENES
PERTENECIENTE AL COLEGIO SAN MARTÍN DE
AVELLANEDA: DISEÑO OBSERVACIONAL
TRANSVERSAL

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Autor: Mariana Paula García Mira

Aspirante al título Licenciatura en Nutrición

Tutora: Lic. Carla Carrazana

BUENOS AIRES 2020

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer especialmente a la Elizabeth Merodio, directora del colegio San Martín de Avellaneda que siempre me brindó su apoyo y colaboración para poder realizar la investigación y a los alumnos del colegio por haber participado.

A mi profesora y tutora de tesis, Carla Carrazana porque me guio, ayudo en mi formación a través de diferentes materias y especialmente por sus devoluciones con cada entrega de TFI.

A mis amigos y a mi familia que me acompañaron en el proceso, me escucharon, me alentaron y contuvieron todos estos años, fundamentalmente mis amigas de la facultad que conocen el proceso e hicieron todo más divertido aun en la virtualidad.

A mis papas que me enseñaron desde siempre a buscar, estudiar, perseverar, trabajar, y me infundieron el valor de la responsabilidad.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
I. INTRODUCCIÓN:	6
TEMA.....	7
SUBTEMA.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1. PROBLEMA.....	7
2. OBJETIVOS GENERALES.....	7
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. VIABILIDAD.....	7
II. MARCO TEÓRICO	8
MARCO CONCEPTUAL.....	8
2.1 JÓVENES.....	8
2.2 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	8
2.3 ALCOHOL.....	9
2.3.1 BEBIDAS ALCOHÓLICAS	9
2.3.2 CONSUMO DE ALCOHOL	9
2.4 CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.....	10
2.4.1 CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL	10
2.4.2 CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL	10
2.5 PERCEPCIÓN	11
2.5.1 PERCEPCIÓN DE RIESGO	11
2.6. CONDUCTA ALIMENTARIA.....	12
2.6.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	13
2.6.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO	13
2.7 DRUNKOREXIA	14

ESTADO DEL ARTE.....	15
III. MATERIAL Y MÉTODO.....	18
1. ENFOQUE.....	18
2. ALCANCE.....	18
3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	18
4. POBLACIÓN.....	19
5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	19
6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	19
7. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	19
8. MUESTRA.....	19
9. HIPÓTESIS.....	20
10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
11. RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS.....	29
12. PRUEBA PILOTO.....	31
13. ASPECTOS ÉTICOS.....	31
14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	32
IV. RESULTADOS.....	33
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	33
2. IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.....	34
3. EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL.....	37
4. COMPORTAMIENTOS COMPENSATORIOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL	
41	
5. CONSUMO EPISODICO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DRUNKOREXIA.....	44
6. EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL Y DRUNKOREXIA.....	46
V. DISCUSIÓN.....	47
VI. CONCLUSIÓN.....	50

BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS.....	57
ANEXO 1: Aspectos éticos	57
ANEXO 2: Consentimiento informado.....	58
ANEXO 3: Muestra EPIDAT 4.2	59
ANEXO 4: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	59
ANEXO 5: Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A).....	62
ANEXO 6: Compensatory Eating and Behavior in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS).....	65
ANEXO 7: Derechos para la publicación del trabajo final integrador	71
ANEXO 8: Autorización de autor para la divulgación de su obra en formato electrónico.....	73

RESUMEN

Título: Prevalencia de drunkorexia asociada al consumo episódico excesivo de alcohol y percepción del riesgo en jóvenes perteneciente al colegio San Martín de Avellaneda

Autor: Mariana García Mira (marianapgm85@gmail.com). Universidad Isalud

Introducción: En los últimos años se detectó una nueva modalidad de consumo de alcohol en la población juvenil argentina caracterizada por una ingesta elevada de alcohol, realizada en periodos cortos, vinculada con comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes a fin de restringir el consumo de alimentos calóricos y evitar el aumento de peso por el consumo de alcohol. **Objetivo:** evaluar la prevalencia del consumo del CEEA, la percepción del riesgo y su asociación con la presencia de riesgo de drunkorexia en jóvenes durante el año 2020. **Método:** estudio observacional, transversal. Muestreo aleatorio simple de jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda. Se excluyeron jóvenes con diagnóstico previo de dependencia al alcohol o adicciones, con tratamiento de desintoxicación de adicciones o diagnóstico de TCA. Se evaluó a través de cuestionarios el CEEA con cuestionario AUDIT (el consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial), CEA-A (efectos positivos y negativos) y CEBRACS en tres periodos de tiempo. Se analizó con SPSS, estadística descriptiva, y asociación por χ^2 de Pearson. **Resultados:** Se evaluaron 208 alumnos de 16(2) años, 87% presentó consumo sensato y 13% consumo de riesgo con asociación significativa ($p=0,00$) con comportamientos compensatorios, prevalecieron las conductas normales (antes 93,8%, durante 89,9% y después 97,1% de beber alcohol). Las expectativas hacia el alcohol más prevalentes fueron las positivas (acciones graciosas, hablar y relacionarse). **Conclusiones:** Las conductas compensatorias fueron leves a moderadas, siendo mayoritariamente normales, asociadas al CEEA con consumos sensatos y de riesgo. Las expectativas hacia el alcohol predominaron las positivas sin relación significativa con la drunkorexia. **Palabras claves:** Alcohol, consumo excesivo de alcohol, creencias sobre el alcohol, desórdenes alimentarios, jóvenes, drunkorexia, expectativas.

I. INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso nocivo de alcohol ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Es el principal factor de riesgo de muerte y causal de más de 200 enfermedades y trastornos, asociado a problemas de salud prevaleciendo en edades entre 15 a 49 años (1,2).

El patrón de consumo problemático más habitual en jóvenes es el consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) que implica la ingesta de grandes cantidades de alcohol en periodos cortos de tiempo, con mayor frecuencia los fines de semana, por fuera del marco familiar y, en mayor medida, en espacios vinculados con la nocturnidad, como bares, discotecas y reuniones previas a las salidas (3). En Argentina pese a la prohibición de venta a menores que establece la legislación nacional vigente, el 54,1% de los adolescentes de 13 a 17 años de escuelas públicas y privadas de todo el país bebió alcohol en los últimos 30 días, siendo la prevalencia de CEEA del 67,3%, (consumo 2 o más tragos cada vez que tomó en el último mes) (4). En cuanto a la percepción del riesgo, la mitad de los adolescentes considera que no existe un gran riesgo vinculado a la ingesta de 5 o 6 copas todos los fines de semana, o en el consumo de forma ocasional (en algún fin de semana). Los niveles más bajos de percepción de riesgo entre todas las sustancias psicoactivas, se vinculan al consumo de alcohol (tanto diario como de fin de semana), siendo la sustancia con mayor prevalencia de consumo en ambos sexos y para todas las edades (5).

Nuevas investigaciones, muestran indicios sobre una nueva tendencia en los jóvenes, llamada drunkorexia (del término inglés drunk –estar bebido– y por el sufijo orexia –apetito–), representando comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes como ayuno y provocación de vómitos, con la finalidad restringir el consumo de alimentos calóricos para evitar el aumento de peso por el consumo de alcohol (6,7,8,9).

Aunque la drunkorexia parece representar la superposición de trastornos alimentarios y el consumo riesgoso de alcohol, dentro de la literatura todavía no está claro si este comportamiento es más fuerte relacionado con el uso de sustancias o los trastornos de la conducta alimentaria no específicos (TCANE) (10,11).

Considerando los datos expuestos sobre el aumento del CEEA en los jóvenes, sumado a la escases de estudios en relación a la prevalencia de drunkorexia, la presente investigación se focaliza en indagar la prevalencia de drunkorexia como TCANE asociado al consumo episódico excesivo de

alcohol y la percepción de riesgo en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda durante el año 2020.

TEMA: CONSUMO DE ALCOHOL

SUBTEMA: CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL, PERCEPCIÓN DE RIESGO Y RIESGO DE DRUNKOREXIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de drunkorexia, y su asociación con el consumo episódico excesivo de alcohol y la percepción del riesgo de esta práctica en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda durante el año 2020?

2. OBJETIVOS GENERALES

- Evaluar la prevalencia de CEEA, la percepción del riesgo y su asociación con la presencia de riesgo de drunkorexia en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda en el año 2020.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda en el año 2020.

- Identificar los efectos positivos (sociabilidad, relajación, incremento de la sexualidad) y negativos (deterioro cognitivo y conductual, riesgo y agresividad y estados negativos) del consumo de alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda en el año 2020.

- Identificar comportamientos compensatorios en tres períodos de tiempo (antes, durante y después) frente al consumo de alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda en el año 2020.

4. VIABILIDAD

La investigación evaluó las conductas y frecuencias de consumos de alcohol, e identifico posibles signos de alerta de drunkorexia relacionado a este hábito en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda durante el transcurso del año 2020.

Para dicho estudio se mantuvo una entrevista con los directores para exponer los objetivos de la investigación considerando las opciones de poder desarrollar el trabajo de investigación de forma

virtual en el contexto actual de aislamiento físico (ANEXO 1). Se envió una carta informativa a los padres, donde se solicitó un consentimiento informado a estos y al alumnado (ANEXO 2).

Para dicha investigación se necesitaron recursos humanos disponibles: jóvenes del colegio San Martín de Avellaneda, con sus autorizaciones correspondientes. Los recursos materiales fueron desarrollados a partir de tres cuestionarios digitales: identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol (AUDIT), expectativas hacia el alcohol para adolescentes de Argentina (CEA-A) y escala de conductas y alimentación compensatoria en respuesta al consumo de alcohol (CEBRACS). El presente estudio no conllevará un gasto económico elevado.

II. MARCO TEÓRICO

MARCO CONCEPTUAL

2.1 JÓVENES

Las categorías de “adolescencia” y “juventud” frecuentemente son utilizadas de manera intercambiable, tal como si fueran sinónimos o denominaciones distintas de un mismo grupo poblacional. En algunos casos, se establecen diferencias cronológicas para delimitar la adolescencia de la juventud, en las que con frecuencia la primera queda subsumida como una parte del rango de edad que define la segunda. (12)

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y capaz de vivir en forma independiente. La adolescencia ha sido definida tradicionalmente por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad. (13,14)

2.2 SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, por ejemplo, a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, dentro de las sustancias psicoactivas legales se encuentran tabaco, alcohol, entre otras. “Psicoactivo” no implica

necesariamente que produzca dependencia, sin embargo; en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”. (15)

2.3 ALCOHOL

En terminología química, los alcoholes constituyen un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de los hidrocarburos que contienen uno o varios grupos hidroxilo (-OH). El etanol (C₂H₅OH, alcohol etílico) es uno de los compuestos de este grupo y, es el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término “alcohol” se utiliza también para referirse a las bebidas alcohólicas. (15)

El etanol se obtiene a partir de la fermentación del azúcar por la levadura. En condiciones normales, las bebidas elaboradas por fermentación tienen una concentración de alcohol que no supera el 14%. En la producción de bebidas espirituosas obtenidas mediante destilación, el etanol se evapora por ebullición de la mezcla fermentada y se recoge luego en forma condensada casi pura. (15)

2.3.1 BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Líquido que contiene alcohol (etanol) y que está destinado al consumo. Casi todas las bebidas alcohólicas se preparan mediante fermentación, seguida de destilación en el caso de las de alta graduación. La cerveza se elabora a partir de cereales fermentados (cebada malteada, arroz, mijo, etc.), a los que a menudo se añade lúpulo. El vino se produce por fermentación de frutas o bayas, sobre todo, uvas. Otros productos tradicionales obtenidos por fermentación son la sidra (de las manzanas u otras frutas), el sake (del arroz), entre otras. Los licores se obtienen a partir de materias primas diferentes, ya sean cereales o frutas: por ejemplo, el vodka se elabora con cereales o con patatas; el whisky, con centeno o trigo; el ron, con caña de azúcar; y el coñac, con uvas u otra fruta. El jerez, el oporto y otros vinos de alta graduación son vinos a los que se ha añadido un licor, para obtener un contenido en etanol del 20% aproximadamente. (15)

2.3.2 CONSUMO DE ALCOHOL

Consiste en la autoadministración de una sustancia psicoactiva. (15) El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar. La Organización Mundial de la Salud lo describe como el consumo regular de 20 a 40g diarios de alcohol en mujeres y de 40 a 60g diarios en varones. (16)

2.4 CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Término desaconsejado actualmente para referirse a un hábito de consumo que excede el standard de consumo moderado o aceptado. Un equivalente aproximado que se utiliza hoy en día es “consumo de riesgo”. El consumo excesivo de alcohol consiste en el consumo regular de cantidades de alcohol lo bastante grandes como para perjudicar la salud de la persona o el orden social, pudiendo producir una intoxicación etílica. (15,17)

2.4.1 CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL

Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir consecuencias nocivas para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las consecuencias sociales. (15,18,17) A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen importancia para la salud pública, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. (15)

En el caso del alcohol, la OMS considera que hay consumo de riesgo cuando un hombre ingiere entre 4 y 6 unidades de bebida estándar al día o entre 28 y 42 a la semana. En el caso de las mujeres son entre 2 y 4 unidades de bebida estándar al día o entre 14 y 28 a la semana. (2,19,20) En menores de 18 años, la recomendación es la abstinencia completa de alcohol, debido a que el riesgo de dependencia en la edad adulta puede disminuir cuanto más tarde sea la incorporación del consumo de bebidas alcohólicas. (21)

2.4.2 CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL

También llamado *binge drinking*. (16) Este indicador se define como el consumo de 5 tragos (60 g/cc de alcohol puro) o al menos en una oportunidad en los últimos 30 días. Este patrón de consumo, que implica grandes cantidades de alcohol consumidas en cortos periodos de tiempo. (3)

También se asocia con concentraciones de alcohol en sangre mayores a 60,8 gr/l (nivel de intoxicación alcohólica) y se da con mayor frecuencia los fines de semana, por fuera del marco familiar y, en mayor medida, en espacios vinculados con la nocturnidad. (3)

Según la *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) el consumo episódico excesivo de alcohol y el consumo excesivo de alcohol pueden aumentar el riesgo de un trastorno por consumo de alcohol. (22) También aumenta el riesgo de presentar diversas consecuencias negativas: relaciones sexuales inseguras, conducción peligrosa de vehículos, peleas, vandalismo,

accidentes de tránsito, entre otros. El uso y abuso de alcohol en la adolescencia también se vinculan con cambios estructurales y funcionales negativos en el sistema nervioso central. (23)

Dentro de las evaluaciones complementarias, los instrumentos empleados habitualmente son: cuestionarios de detección, cuestionarios de diagnóstico y cuestionarios de evaluación de dimensiones de los problemas relacionados con el alcohol. Los cuestionarios de detección permitirían la identificación de casos potenciales de alcoholismo y el que éstos pudieran pasar a una evaluación más exhaustiva, representan la tarea más importante en atención primaria y permiten la detección de consumo de riesgo, consumo perjudicial o alcoholismo. Destacan como más útiles, gracias a su validez, brevedad y sencillez, el CAGE, el Cuestionario Breve para Alcohólicos (CBA) y el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT). (24) Diferentes estudios han validado el uso del test AUDIT en poblaciones de adolescentes, los cuales reportan que es el instrumento que mejor identifica el uso y problemas o trastornos relacionados con el alcohol en adolescentes y jóvenes. (25,26,27)

2.5 PERCEPCIÓN

Es el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (28)

En el caso específico del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes adoptan las prácticas de consumo de alcohol como una forma de expresar la autonomía e independencia propias de la vida adulta dentro de una multiplicidad de factores, el sistema de creencias que posee el individuo ha sido uno de los que ha demostrado tener mayor valor predictivo sobre la ingesta de alcohol. (29)

2.5.1 PERCEPCIÓN DE RIESGO

La percepción de riesgo es considerada como el conocimiento de daños, consecuencias del consumo de drogas y la severidad atribuida a estas. Tener una baja percepción de riesgo puede conducir al adolescente a tomar la decisión de actuar de una manera determinada, a través de la ponderación de aspectos personales y ambientales. Dicha percepción se plantea como una barrera subjetiva para el consumo de sustancias y por lo tanto a más alta la percepción de riesgo probablemente exista menor consumo de drogas. (30)

En los jóvenes las creencias que tienen acerca de su salud determinan la adquisición del hábito de ingesta alcohólica. En este sentido, la percepción de riesgo personal de abusar del alcohol, las expectativas acerca del consumo, las consecuencias percibidas del consumo, la actitud hacia el riesgo y las normas sociales percibidas. El papel facilitador de las expectativas positivas en la conducta de consumo de alcohol, reconfirma que la visión de efectos positivos (aparición de sensaciones agradables, aumento de habilidad social, facilitación de conducta y potenciación del desempeño sexual) provocan un incremento en la frecuencia de consumo. (29)

Numerosos estudios apoyan la relación entre el consumo de alcohol y los rasgos de personalidad, especialmente aquellos que refieren al control de impulsos, como extroversión, desinhibición, agresividad e impulsividad. Las Expectativas hacia el alcohol (EA) son las creencias acerca de los efectos del alcohol sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones. Las EA positivas se relacionan con el inicio y el mantenimiento de la conducta del beber y las EA negativas con la decisión de evitar, retrasar o detener el consumo. (23,31,32)

A partir de la importancia de las expectativas hacia el alcohol en la comprensión de la conducta de consumo de alcohol adolescente, uno de los puntos centrales radica en la obtención de instrumentos válidos y fiables para su correcta medición. Los más empleados en la literatura para valorar los efectos anticipados del alcohol en adolescentes son el Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol- Forma Adolescente (AEQ-A), el Cuestionario de los Efectos Globales del Alcohol (CEOA) y El Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes argentinos (CEA-A). (33)

2.6. CONDUCTA ALIMENTARIA

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. (34)

En la adolescencia o adultez temprana Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) generalmente aparecen durante la adolescencia o adultez temprana con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad. (35)

2.6.1 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial. Los principales representantes de éste grupo son la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el TCA no especificado (TCANE), donde se incluye el trastorno por atracón. Son enfermedades psicosomáticas graves, de etiología multifactorial, que solo pueden entenderse por la interacción de muy diversos factores psicológicos y fisiológicos que interactúan entre sí. (35)

Los trastornos alimentarios (es decir, síndromes multidimensionales que involucran la percepción corporal, las actitudes y el comportamiento que incluyen, entre otros, la anorexia y la bulimia nerviosa) se han relacionado constantemente con el uso y abuso de alcohol. Esta relación se extiende más allá de los diagnósticos clínicos de anorexia y bulimia, y también abarca patrones de alimentación problemáticos y prácticas de control de peso. Además de estar asociados con el consumo de alcohol, los trastornos alimentarios también están estrechamente relacionados con el nivel de actividad física. (36)

Entre los factores de mayor impacto en el desarrollo de conductas alimentarias de riesgos se encuentran la baja autoestima y la insatisfacción corporal, esta última con gran predominio durante la adolescencia como resultado de diversos cambios físicos y la relevante influencia de amigos y pares, así como de la presión social que promueve la delgadez. (37)

2.6.2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Aunque la definición nosológica de los trastornos alimentarios ha sido optimizada en el tiempo, aún existen considerables dificultades en su clasificación. Desde aproximadamente las dos últimas décadas surgen en la literatura especializada los así llamados síndromes parciales, subclínicos, subumbrales o atípicos de los trastornos alimentarios, que incluyen conductas que pueden consistir en métodos de regulación ponderal, tales como ejercicios drásticos, dieta crónica, abuso de anorexígenos, alcohol, laxantes, enemas o diuréticos, masticación y emisión del alimento sin ingerirlo y comilonas con menos frecuencia que en el trastorno por atracones y alteraciones en la imagen corporal que no se ajustan claramente a las categorías más conocidas -anorexia nerviosa y bulimia nerviosa-, que dificultan la capacidad de vivir una vida óptima, interfiriendo con aspectos integrales de salud, trabajo, rendimiento académico o laboral o relaciones interpersonales. (38)

La mayoría son infra diagnosticados, pues para el individuo pasan desapercibidos. Algunos de estos nuevos trastornos son: ortorexia, vigorexia, manorexia, sadorexia, potomanía, diabulimia, síndrome del comedor nocturno o drunkorexia, entre otros. (39)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales (ICD-10) han introducido estos síndromes en su nomenclatura como la categoría de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, conceptualmente confusa y que comprende un grupo clínicamente heterogéneo de diagnósticos. (38)

2.7 DRUNKOREXIA

El término drunkorexia fue utilizado por primera vez en el periódico norteamericano "*The New York Times*" para nombrar la conducta de jóvenes que restringen el consumo de alimentos con alto aporte calórico para ingerir bebidas alcohólicas en exceso. Las personas que manifiestan estas conductas generalmente tienen conocimientos acerca del contenido energético de las bebidas alcohólicas y tratan de equilibrar la ingesta de alimentos para evitar incrementar su peso corporal. Desafortunadamente, se ha evidenciado que el mantenimiento de este "equilibrio" lleva a los jóvenes a dejar de comer drásticamente para poder consumir alcohol en forma desmedida. (40)

El patrón habitual de la drunkorexia incluye contar las calorías de los alimentos y bebidas que ingerirán, dejar de comer por horas o días enteros previo a la ingestión de las bebidas alcohólicas y después incrementar la actividad física para quemar las calorías que podrían haberse excedido durante la juerga. (40)

Los jóvenes que sufren este trastorno tienen conocimientos sobre el aporte calórico y energético de los alimentos y sobre todo de las bebidas alcohólicas que consumen. Está caracterizado por tres dimensiones: consumo de alcohol, trastorno alimentario, caracterizado por un intenso miedo a engordar y ganar peso y, como tercer factor, las conductas compensatorias, como realizar actividad física para quemar las calorías adquiridas por el alcohol u otras conductas como inducirse el vómito o el uso de laxantes. (41)

Algunas investigaciones respaldan la noción de que el consumo de alcohol corresponde a conductas alimentarias desordenadas. La aparición del fenómeno conocido como "drunkorexia" puede representar un paradigma a partir del cual examinar la relación entre el consumo de alcohol y la actividad física, y se utiliza para describir los comportamientos alimentarios y de beber de aquellas personas que son "conscientes del peso". (36,8,42)

Si bien varias investigaciones confirman este hábito como un fenómeno que se extiende cada vez más en la población, existe un número limitado de instrumentos validados que evalúen la prevalencia y las consecuencias del patrón de drunkorexia en los jóvenes. Uno de ellos es el test ICB-WGA (*Inappropriate Compensatory Behaviors to avoid Weight Gain from consuming Alcohol*), está significativamente asociado con comportamientos de TCA y abuso de alcohol en estudiantes universitarios, aunque se argumentó que son necesarios más estudios que aporten mayor validez a esta escala, como en el caso de la escala de CEBRACS. (8,42)

ESTADO DEL ARTE

En los últimos siete años, en Argentina, aumento un 50% el consumo de alcohol entre los jóvenes de 12 a 17 años, según la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (SEDRONAR) en el 2017 el 77% de la población al llegar a los 18 años ya había consumido alguna bebida con alcohol, y el 47% de los jóvenes que consumió alcohol en el último mes, lo hizo en forma excesiva. (43)

En todo el mundo y en todas las regiones, la prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es inferior en los adolescentes (de 15 a 19 años) que, en la población total, pero alcanza su punto máximo a la edad de 20 a 24 años, momento en el que es mayor que en la población total. Los jóvenes de 15 a 24 años, cuando son bebedores, a menudo beben en sesiones de consumo excesivo. La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres. (44)

En países de América Latina, el consumo etílico en adolescentes es similar o levemente superior al observado en países industrializados. En Argentina el 72,3% de los estudiantes de enseñanza media (14-18 años) manifiesta consumir alcohol alguna vez en su vida; mientras que el 25% muestra modalidades de consumo riesgoso. Si se incluyen edades más tempranas (12 a 17 años) la prevalencia de consumo en Argentina ronda el 50%. (23)

El consumo total de alcohol por habitante en la población mundial de más de 15 años aumentó de 5,5 litros de alcohol puro en el 2005 a 6,4 litros en el 2010, y se mantuvo en el nivel de 6,4 litros en el 2016. (44)

Se ha evidenciado que, entre los jóvenes, el alcohol es la droga predilecta a nivel mundial, los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas. (45)

Desde 2001, los análisis de las encuestas escolares en varios países de la Región, en su mayoría patrocinadas por CICAD (Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas) indican, que

los adolescentes y jóvenes latinoamericanos beben con frecuencia y, a una edad en que el consumo de alcohol está prohibido por la ley. Más aún, aunque no se contaba con datos sobre daños, las investigaciones indican que mientras más temprana es la edad de inicio del consumo de alcohol, mayor es el riesgo a desarrollar dependencia del alcohol en etapas posteriores de la vida con consecuencias agudas que juegan un papel significativo en las estadísticas de mortalidad. (45)

Los resultados de las encuestas escolares indican que, en muchos países de las Américas, Europa y el Pacífico Occidental el consumo de alcohol comienza antes de los 15 años y la prevalencia de este consumo en los estudiantes de 15 años puede oscilar entre 50% y 70%, con diferencias sorprendentemente pequeñas entre muchachos y muchachas. (44,21,46)

El consumo de drogas en jóvenes y adolescentes se vincula, hoy en día, a un estilo de ocio recreativo compartido con el grupo de iguales. Es lícito pensar que las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas o negativas que éstas les van a proporcionar, evitando aquellos comportamientos que les aporten consecuencias negativas. Una de las variables que interviene en esa toma de decisiones para el consumo de sustancias es la percepción del riesgo, entendida como el grado en que se atribuye a una conducta un supuesto peligro para la salud. El consumo de sustancias tiene efectos sobre la salud de forma directa o indirecta, sin embargo, los jóvenes tienden a experimentar con este tipo de actividades de alto riesgo a pesar de conocer algunas de sus posibles consecuencias. (47)

Las mayores diferencias en la percepción del riesgo asociado al consumo de drogas no se establecen con el patrón de consumo, sino en relación con el tipo de droga consumida. La concepción que se tiene sobre las diferentes drogas, que a su vez dependerá tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social de la sustancia, será determinante en el consumo de las mismas. (47)

Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, el consumo de drogas de comercio legal (alcohol, tabaco y psicofármacos) se asocia con un menor riesgo que el consumo de drogas de comercio ilegal. Conforme aumenta la edad del encuestado disminuye el riesgo percibido ante el consumo drogas y aumenta el consumo de las mismas, produciéndose lo que algunos autores señalan como banalización del consumo. Según el informe de la encuesta domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España a adolescentes de 14 y 18 años, las conductas de consumo consideradas más peligrosas son el consumo habitual de sustancias ilegales y las menos peligrosas el consumo de cinco o seis cervezas o copas en un fin de semana. (47)

Algunos trabajos científicos hacen referencia a la relación entre una baja percepción del riesgo y el consumo de sustancias en población adolescente. En un estudio realizado con adolescentes sobre actitudes y consumo de sustancias psicoactivas por niveles de edad, se confirma que la percepción de riesgo distorsionada sobre las sustancias es el principal factor de inicio de experimentación en el consumo de alcohol en los más jóvenes. (47,48)

Con el alcohol los jóvenes que mayor consumo presentan suelen tener una menor percepción de los riesgos, con una actitud de mayor permisividad y percepción de riesgos distorsionada que se asocia a un mayor consumo de alcohol. (47)

La drunkorexia incluye comportamientos como purga, restricción dietética antes de beber, ejercicio excesivo y uso de diuréticos para evitar el aumento de peso debido al consumo de alcohol y puede ser un factor de riesgo de bulimia, trastorno por uso de sustancias, o ambos. El patrón de comportamientos puede provenir, en parte, de valores culturales occidentalizados y la integración del alcohol en situaciones sociales y de celebración, especialmente entre los jóvenes. Beber y lograr un físico delgado son comportamientos discrepantes y valorados entre esta población. La borrachera puede adaptarse a estos dos comportamientos aparentemente contradictorios. (49)

Los estudios indican que del 39% al 46% de los jóvenes informan que restringen y alteran intencionalmente las conductas alimentarias antes, durante o después de beber alcohol con hasta un 67% de restricción de calorías debidas. Las investigaciones que examinan la drunkorexia son relativamente escasas, sin embargo, los episodios repetidos de bebida combinados con una restricción significativa de alimentos parecen colocar a las personas en mayor riesgo de desarrollar patrones de alimentación problemáticos o problemas relacionados con el alcohol (es decir, apagones, intoxicación por alcohol, participación en actividades de riesgo). (49,50)

No se comprenden bien cuáles son las causas que subyacen a estos comportamientos. Algunos derivan de las expectativas de alterar los estados afectivos mediante el consumo de alcohol, de manera similar, la ingesta más frecuente de alimentos sabrosos para aliviar el afecto negativo se ha asociado con los atracones y el consumo problemático de alcohol. Los motivos para mejorar el afecto positivo también están asociados con los atracones y el consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol. En conjunto, la razón de afrontamiento y mejora parecen ser factores de riesgo destacados para el comportamiento desregulado y pueden estar relacionados con la drunkorexia. El consumo excesivo de alcohol parece exacerbar aún más los trastornos alimentarios dadas las asociaciones significativas entre el consumo problemático de alcohol y los patrones de

alimentación desadaptativos, la drunkorexia puede estar asociada con una mayor patología alimentaria general y consecuencias negativas relacionadas con el alcohol. (49)

III. MATERIAL Y MÉTODO

1. ENFOQUE

La presente investigación tuvo un enfoque cuantitativo. Se analizó la prevalencia de la drunkorexia asociada al consumo episódico excesivo de alcohol y la percepción de riesgo de los alumnos del colegio San Martín de forma objetiva, secuencial, probatoria y con orden riguroso. Fue un estudio orientado a resultados, a fin de obtener datos a partir de las diferentes variables para poder analizarlas, relacionarlas y llegar a conclusiones en función de la hipótesis planteada.

Los datos se obtuvieron a partir de cuestionarios que cumplieron con los estándares de validez y confiabilidad, con base en las mediciones y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento relacionados a las variables estudiadas. Se utilizó una lógica o razonamiento deductivo, que comenzó con la teoría hasta derivar en una hipótesis que fue sometida a prueba. (51)

2. ALCANCE

El alcance del estudio fue correlacional, se evaluó el grado de asociación entre las diferentes variables. Primero fueron analizadas cada variable en sí misma, y luego se profundizó la investigación para conocer el grado de comportamiento de cada una de ellas con las otras variables vinculadas. Se indagó sobre frecuencia de consumo, expectativas, escala de conductas y el comportamiento alimentario compensatorio frente al consumo de alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda durante el año 2020. (51)

3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño fue observacional, descriptivo, de tipo transversal cuyo fin fue la recolección de datos, la descripción y el análisis de la relación entre la prevalencia de la drunkorexia y su asociación con el consumo episódico excesivo de alcohol y la percepción del riesgo de esta práctica de los jóvenes que asisten al colegio San Martín de Avellaneda durante el año 2020. Las variables no fueron manipuladas, solo se observó cada uno de los fenómenos en su ambiente natural. (51)

4. POBLACIÓN

Todos los jóvenes adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 18 años de ambos sexos que asistan al colegio San Martín del partido de Avellaneda, en el año 2020. La totalidad de la población accesible fue de 430 alumnos.

5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes de ambos sexos que hayan estado matriculados en el colegio San Martín de Avellaneda durante el año 2020.
- Estudiantes de 13 a 18 años (33)
- Estudiantes que hayan participado voluntariamente de la investigación y que presentaron el asentimiento y autorización firmado de padres y/o tutores. (52)

6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes que hayan tenido un diagnóstico previo de dependencia al alcohol o adicciones. (27)
- Estudiantes que hayan realizado un tratamiento de desintoxicación de adicciones. (53)
- Estudiantes que hayan tenido un diagnóstico de Trastornos de la Conducta alimentaria. (54)

7. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Estudiantes del colegio San Martín de Avellaneda que hayan presentado el llenado de los cuestionarios de manera incompleta.

8. MUESTRA

Se utilizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple, donde todos los jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda tuvieron las mismas posibilidades de ser escogidos. Se obtuvo definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, por medio de una selección aleatoria de las unidades de análisis. Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa EPIDAT 4.2. Considerando un tamaño total de población accesible de 430 alumnos, con un desvío estándar de 2 y un 95% de nivel de confianza, el mínimo tamaño muestral calculado fue de 203 alumnos (ANEXO 3).

9. HIPÓTESIS

En los jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda existe el predominio de consumo episódico excesivo de alcohol, con un desconocimiento del riesgo de este tipo de prácticas asociadas a la prevalencia de drunkexia durante el año 2020.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL SIMPLE MULTIVARIADA

10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. *Variables*

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
Características sociodemográficas	Se refiere al tiempo que ha vivido una persona y su condición orgánica. (55)	Edad	Edad (años)	- 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18	Simple Privada Cuantitativa Policotómica Intervalar	Cuestionario estructurado
		Género	Género	- Femenino - Masculino	Privada Cualitativa Nominal Dicotómica	
Consumo episódico excesivo de alcohol	Es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o	Consumo de riesgo	Frecuencia de consumo de alcohol	- Nunca (0) - Una o menos al mes (1) - De 2 a 4 veces al mes (2) - De 2 a 3 veces a la semana (3) - 4 o más veces a la semana (4)	Compleja Cuantitativa Privada Policotómica De razón Discreta	Cuestionario estructurado (AUDIT) (27)
			Cantidad típica de consumo	- 1 o 2 (0) - 3 o 4 (1)	Simples Cuantitativa	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
	para los demás. (27)			- 5 o 6 (2) - 7, 8 o 9 (3) - 10 o más (4)	Privada Policotómica De razón Discretas	
			Veces de consumo elevado de alcohol	- Nunca (0) - Menos de una vez al mes (1) - Mensualmente (2) - Semanalmente (3) - A diario o casi a diario (4)	Compleja Cuantitativa Privada Policotómica De razón Discreta	Cuestionario estructurado (AUDIT) (27)
	Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo repetido de alcohol. (27)	Síntomas de dependencia	Pérdida de control sobre el consumo	- Nunca (0) - Menos de una vez al mes (1) - Mensualmente (2) - Semanalmente (3) - A diario o casi a diario (4)	Compleja Cuantitativa Privada Policotómica De razón Discreta	
			Aumento de la relevancia del consumo	- Nunca (0) - Menos de una vez al mes (1) - Mensualmente (2) - Semanalmente (3) - A diario o casi a diario (4)	Compleja Cuantitativa Privada Policotómica De razón	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
					Discreta	
			Consumo matutino	- Nunca (0) - Menos de una vez al mes (1) - Mensualmente (2) - Semanalmente (3) - A diario o casi a diario (4)	Compleja Cuantitativa Privada Policotómica De razón Discreta	
	Aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños	Consumo perjudicial de alcohol	Sentimiento de culpa tras el consumo	- Nunca (0) - Menos de una vez al mes (1) - Mensualmente (2) - Semanalmente (3) - A diario o casi a diario (4)	Compleja Cuantitativa Privada Policotómica De razón Discreta	Cuestionario estructurado (AUDIT) (27)
			Lagunas de memoria	- Nunca (0) - Menos de una vez al mes (1) - Mensualmente (2) - Semanalmente (3) - A diario o casi a diario (4)	Compleja Cuantitativa Privada Policotómica De razón Discreta	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
	causados por el alcohol. (27)		Lesiones relacionadas con el alcohol	- No (0) - Sí, pero no en el último año (2) - Si, el último año (4)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica	
			Otros se preocupan por el consumo	- No (0) - Sí, pero no en el último año (2) - Si, el último año (4)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica	
Puntaje Consumo Episódico Excesivo de Alcohol Consumo de riesgo: 8-15 puntos Consumo perjudicial: 16-19 puntos Dependencia: 20 o mas						
Percepción de riesgo	Creencias que mantienen las personas acerca de los efectos positivos que el alcohol produce sobre el comportamiento,	Efectos positivos	Sociabilidad	- Nunca (1) - Pocas veces (2) - Algunas veces (3) - Muchas veces (4) - Siempre (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal	Cuestionario estructurado (CEE-A) (33)
			Relajación	- Nunca (1) - Pocas veces (2) - Algunas veces (3) - Muchas veces (4)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica	
	el estado de ánimo y las emociones. (33)			- Siempre (5)	Ordinal		
			Incremento de la sexualidad	- Nunca (1) - Pocas veces (2) - Algunas veces (3) - Muchas veces (4) - Siempre (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal		
	Creencias que mantienen las personas acerca de los efectos negativos que el alcohol produce sobre el comportamiento, el estado de ánimo y las emociones. (33)	Efectos negativos	Deterioro cognitivo y conductual	- Nunca (1) - Pocas veces (2) - Algunas veces (3) - Muchas veces (4) - Siempre (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal		Cuestionario estructurado (CEE-A) (33)
			Riesgo y agresividad	- Nunca (1) - Pocas veces (2) - Algunas veces (3) - Muchas veces (4) - Siempre (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal		
			Estados negativos	- Nunca (1) - Pocas veces (2) - Algunas veces (3) - Muchas veces (4) - Siempre (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal		

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
<p><u>Expectativas hacia el alcohol Positivas:</u> mayor puntaje la suma de las siguientes dimensiones:</p> <p>Escala Sociabilidad: Ítems: 1-2-6-10-15-19-24-28-33-38-41</p> <p>Escala Relajación: Ítems: 3-7-8-11-16-20</p> <p>Escala Sexualidad: Ítems: 14-27-32-37-44</p> <p><u>Expectativas hacia el alcohol Negativas:</u> mayor puntaje en la suma de las siguientes dimensiones:</p> <p>Escala Deterioro: Ítems: 4-9-12-17-21-25-29-34</p> <p>Escala Riesgo y Agresividad: Ítems: 5-22-30-35-39-42-45</p> <p>Escala Estados Negativos Ítems: 13-18-23-26-31-36-40-43</p>						
Drunkorexia	Antes, durante y después del consumo de alcohol (54)	Periodo de tiempo	Efectos del consumo de alcohol	- Nunca (1) - Rara vez (2) - A veces (3) - A menudo (4) - Casi todo el tiempo (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal	Cuestionario estructurado (CEBRACS)
			Conductas de bulimia (purga)	- Nunca (1) - Rara vez (2) - A veces (3) - A menudo (4) - Casi todo el tiempo (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal	
			Dieta y ejercicio	- Nunca (1) - Rara vez (2) - A veces (3)	Compleja Cualitativa Privada	

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
				- A menudo (4) - Casi todo el tiempo (5)	Policotómica Ordinal	
			Restricción calórica	- Nunca (1) - Rara vez (2) - A veces (3) - A menudo (4) - Casi todo el tiempo (5)	Compleja Cualitativa Privada Policotómica Ordinal	

Puntaje comportamientos compensatorios frente al consumo de alcohol

Antes de ingerir alcohol:

Normal (< 13)

Leve (13–18)

Moderado (19–24)

Severo (> 24)

Durante la ingesta de alcohol:

Normal (< 17)

Leve (17–24)

Moderado (25–32)

Severo (> 32)

Después de ingerir alcohol:

Normal (< 15)

Leve (15–21)

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica
<p style="text-align: center;">Moderado (22–28)</p> <p style="text-align: center;">Severo (> 28)</p>						

Ref. Elaboración propia

11. RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS

El proyecto se realizó en el colegio San Martín ubicado en el partido de Avellaneda, los datos fueron tomados durante el transcurso del año 2020. Se pidió autorización a los padres de los alumnos mediante un consentimiento donde se informó cómo se iba a desarrollar el procedimiento. Los objetivos, el propósito, y el procedimiento junto a sus beneficios fueron informados de forma oral a la institución quien aprobó y quedó a disposición para avanzar con la investigación.

Se realizaron tres cuestionarios fueron enviados a través de la directora del colegio, de manera digital utilizando la plataforma de formularios de Google para evaluar los diferentes objetivos.

Para evaluar consumo episódico excesivo de alcohol, se realizó un cuestionario estructurado autoadministrado validado denominado Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). El mismo cuenta con una amplia bibliografía de estudios de validación en diferentes países, poblaciones y contextos (27). El comportamiento psicométrico del AUDIT ha sido, por lo general, muy satisfactorio tanto en términos de consistencia interna, como sensibilidad y especificidad. (53).

Es un cuestionario de 10 ítems, separados en tres dominios de acuerdo a la siguiente distribución: dominio 1, sobre consumo de riesgo de alcohol (ítems 1 a 3); dominio 2, sobre síntomas de dependencia (ítems 4 a 6) y dominio 3, sobre consumo perjudicial de alcohol (ítems 7 a 10). Los ocho primeros ítems tienen 5 categorías de respuesta (0 a 4 puntos) y los dos últimos poseen tres alternativas cada uno (0, 2 y 4 puntos). La categoría de consumo de alcohol en la que se encuentre cada individuo va a estar determinada por el puntaje total obtenido en el instrumento. De acuerdo a la recomendación de la OMS, los puntajes que identifican los distintos niveles de riesgo en la escala AUDIT son: Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo; entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial y 20 puntos o más: dependencia. (ANEXO 4).

Para identificar los efectos positivos y negativos del consumo de alcohol se utilizó un cuestionario validado para adolescentes en Argentina llamado Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A). El instrumento presenta en cada una de sus escalas adecuados valores de confiabilidad: sociabilidad ($\alpha = 0,86$), relajación ($\alpha = 0,72$), incremento de la sexualidad ($\alpha = 0,85$), deterioro cognitivo y conductual ($\alpha = 0,87$), riesgo y agresividad ($\alpha = 0,89$) y estados negativos ($\alpha = 0,85$). Es un cuestionario autoadministrado y estructurado de 70 ítems distribuidos en siete escalas de la siguiente forma: incremento de la sociabilidad (11 ítems), relajación y reducción de la tensión (11 ítems), coraje y sentimientos de seguridad (10 ítems), deterioro cognitivo y conductual (10

ítems), riesgo y agresividad (10 ítems), percepción de estados negativos (11 ítems) e incremento de la sexualidad (7 ítems). Para completar el cuestionario, cada adolescente debía responder en una escala tipo Likert de cinco puntos (1 = “nunca”, 2 = “pocas veces”, 3 = “algunas veces”, 4 = “muchas veces” y 5 = “siempre”) cuantas veces esperaba sentirse del modo que describía cada ítem después de tomar bebidas alcohólicas. De esta forma, un puntaje elevado implica una mayor anticipación de los efectos correspondientes a cada escala. La sumatoria del puntaje directo de las tres escalas de expectativas positivas y de las tres escalas de expectativas negativas, permite obtener un puntaje general de expectativas hacia el alcohol positivas y expectativas hacia el alcohol negativas, respectivamente. De esta forma, un mayor puntaje en cualquiera de las escalas, se interpreta como una mayor anticipación de los efectos que describe la escala como consecuencia del consumo de alcohol. (33) (ANEXO 5).

Para evaluar la alimentación y el comportamiento compensatorio en respuesta a la escala de consumo de alcohol, se utilizó el cuestionario validado *Compensatory Eating and Behavior in Response to Alcohol Consumption Scale* (CEBRACS). Se utilizó el test adaptado a lengua española del original validado en inglés de Collin J Rahal, Judith B et al aplicado en una prueba piloto en 10 internos de medicina del hospital Goyeneche y demostró buena validación interna (0.79 a 0.95) para todas las sub escalas y una adecuada representación de los comportamientos compensatorios usados durante un episodio entero de consumo de alcohol. (56)

El cuestionario mide los comportamientos compensatorios en tres periodos de tiempo de consumo de alcohol: antes de consumir alcohol, durante el consumo de alcohol y después del consumo de alcohol. Antes de consumir alcohol está referido al periodo de tiempo previo al consumo planeado de alcohol, durante el consumo de alcohol está referido al periodo de tiempo en el cual se está consumiendo alcohol o aún se está bajo los efectos de este, y después del consumo de alcohol está referido al periodo de tiempo en el cual ya no se está bajo los efectos del alcohol. (54)

La escala de conductas y alimentación compensatoria en respuesta al consumo de alcohol, inicialmente consiste de 36 ítems los cuales respondían a una escala de Likert (1 = “nunca”, 2 = “infrecuente”, 3 = “algunas veces”, 4 = “frecuente”, 5 = “casi siempre”). La estructura de la escala se determina en cuatro factores: factor 1 contiene 7 ítems similares a índices de comportamiento diseñados para mejorar los efectos del alcohol, factor 2 contiene 6 ítems que reflejan conductas de bulimia (purga), factor 3 contiene 6 ítems que reflejan restricción dietética y ejercicios y el factor 4 contiene 2 ítems similares a índices de restricción extrema.

La escala tiene un puntaje máximo de 105, y un puntaje mínimo de 21, el puntaje menor a 43 indicara ausencia de características de comportamientos compensatorios en respuesta al consumo de alcohol, un puntaje de 43 a 63 indicara características leves de comportamientos compensatorios en respuesta al consumo de alcohol, un puntaje de 64 a 84 indicara características moderadas de comportamientos compensatorios en respuesta al consumo de alcohol y un puntaje mayor a 84 indicara características severas de comportamientos compensatorios en respuesta al consumo de alcohol. La calificación de la escala está dividida en tres periodos de tiempo: antes de ingerir alcohol: Normal (< 13), Leve (13–18), Moderado (19–24), Severo (> 24); durante la ingesta de alcohol: Normal (< 17), Leve (17–24), Moderado (25–32), Severo (> 32); y después de ingerir alcohol: Normal (< 15), Leve (15–21), Moderado (22–28), Severo (> 28). (54) (ANEXO 6)

12. PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó de manera virtual con los alumnos de Colegio San Martín, ubicado en Barrio de Avellaneda, el durante el mes de agosto del año 2020. La prueba se realizó con el objetivo de evaluar la viabilidad del proyecto y realizar los ajustes necesarios para minimizar los errores durante la recolección de datos. Se hizo una presentación del proyecto a los directivos del colegio, donde se explicaron los objetivos, el propósito, el procedimiento y los beneficios del mismo. Se entregó a las autoridades de la institución y los adultos el consentimiento informado y los aspectos éticos. Estos fueron leídos y posteriormente firmados.

A continuación, se envió a cada uno de los participantes a través de una plataforma digital los tres cuestionarios autoadministrados: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), el Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A) y *Compensatory Eating and Behavior in Response to Alcohol Consumption Scale* (CEBRACS), para que cada uno pudiera completarlo de forma individual y personal. Una vez finalizado el llenado de los mismos se agradeció a medida que lo enviaban y se dio por finalizada la prueba.

13. ASPECTOS ÉTICOS

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. (52)

La presente investigación estuvo sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

La investigación debe proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participen en la misma.

Los alumnos que participaron del estudio presentaron el consentimiento firmado por sus padres o tutores, estuvieron presentes el día que se llevó a cabo el cuestionario de forma virtual a través de la plataforma que utilizó el colegio San Martín de Avellaneda. Fueron excluidos aquellos estudiantes que no aceptaban ser parte del proyecto o que estuvieran en algún tratamiento por adicción.

El protocolo hizo referencia a las consideraciones éticas que fueron enunciadas en la Declaración de Helsinki (52) tomando toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

14. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos obtenidos de las variables fueron clasificados según consumo episódico excesivo de alcohol, expectativas hacia el consumo y comportamientos compensatorios en relación al consumo de alcohol. El análisis descriptivo de las variables se realizó a través de frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión.

Se manipuló el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS versión 25.0 para el análisis de datos.

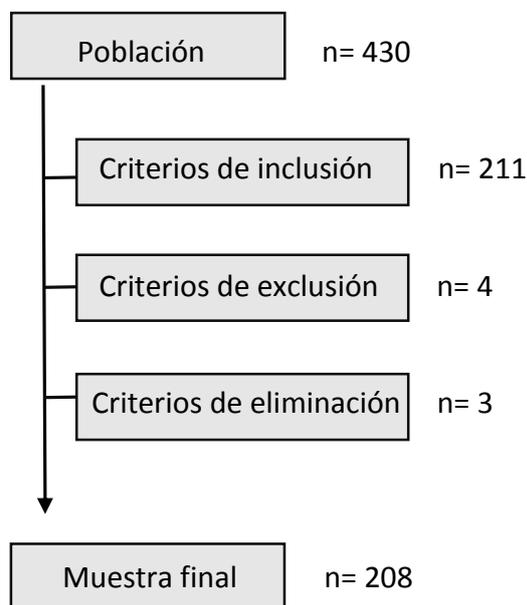
Para contrastar la hipótesis de normalidad en las variables continuas se aplicó la prueba de normalidad de Ajuste Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors, los resultados no presentaron una distribución normal ($p < .001$), por lo que se rechazó la hipótesis de normalidad y se decidió el uso de estadística inferencial no paramétrica para responder a los objetivos de la investigación.

IV. RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

La población estuvo conformada por 430 jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda con edades comprendidas entre 13 y 18 años, quedando excluidos cuatro casos por presentar diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria. Dos casos fueron eliminados por respuestas ausentes en las preguntas que median drunkorexia. Obteniendo una muestra final de 208 alumnos. (Figura 1)

Figura 1. Diagrama de flujo para la elección de participantes.



En relación a las variables sociodemográficas se mostraron resultados heterogéneos, se obtuvieron mayor cantidad de respuestas de mujeres (60,1% n=125) respecto a hombres (39,9% n=83). El 50,8% de la muestra fueron jóvenes entre 16-17 años, 30,8% de jóvenes de 15 y 18 años; el porcentaje restante fue distribuido de forma homogénea en edades comprendidas entre 13-14 años. (Tabla 2)

Tabla 2. *Características sociodemográficas en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208)*

	n	%
Genero		
<i>Femenino</i>	125	60,1
<i>Masculino</i>	83	39,9
Edad (años) Md (RQ)	16 (2)	

Md= mediana, RQ= Rango Intercuartílico

2. IDENTIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Del total de la muestra obtenida, considerando la variable consumo episódico excesivo de alcohol, la diferencia fue significativa, el 87% (n=181) de jóvenes tuvo consumo sensato o sin riesgo y 13% (n=27) presento consumo de riesgo con puntaje en el rango 8-15 puntos según AUDIT. Según sexo, el consumo de riesgo fue en proporción mayor en hombres que en mujeres, presentando en hombres (n=83) 16.9% (n=14) de consumo de riesgo y en mujeres (n=125) el 10.4% (n=13) del total encuestado. Ninguno de los participantes mostro síntomas de dependencia. (Tabla 3)

Tabla 3. *Características generales del consumo episódico excesivo de alcohol según escala. Cuestionario AUDIT en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208).*

	n	%
Consumo de riesgo	27	13
<i>Hombres</i>	14	6,7
<i>Mujeres</i>	13	6,2
Edad (años) Md (RQ)	17 (1)	
Consumo sensato	181	87
<i>Hombres</i>	69	33,2
<i>Mujeres</i>	112	53,9
Edad (años) Md (RQ)	16 (2)	

Md= mediana, RQ= Rango Intercuartílico

El análisis de CEEA según su dimensión consumo de riesgo, reveló que el 68,8% (n=143) de los jóvenes consumió una vez o menos alguna bebida alcohólica (Md1 RQ3), 28,8% (n=60) admitió haberlo hecho de 2 a 4 veces al mes y 2,4% (n=5) consumió alcohol de 2 a 3 veces a la semana.

Las siguientes preguntas afectaron solo aquellos que respondieron que, al menos una vez habían consumido alguna bebida alcohólica [63% (n=131)]. La cantidad típica de consumo, más prevalente fue de quienes consumen de 1 o 2 bebidas alcohólicas [39,9% (n=83)], 19,2% (n=40) consumían de 3 a 4 bebidas alcohólicas y seis jóvenes (2,9%) respondieron que habían tomado de 7 a 9 bebidas alcohólicas en un día normal. Respecto a la frecuencia de consumo elevado predominó con el 47,6% (n=99) quienes nunca tuvieron este tipo de consumo, 12% (n=25) lo hizo menos de una vez al mes y siete alumnos lo hicieron mensualmente.

Ninguno de los participantes mostró síntomas de dependencia evaluados a través de los indicadores pérdida de control (Md0 RQ4), relevancia (Md0 RQ3), y consumo matutino (Md0 RQ2) considerando su categoría “nunca” como respuesta mayoritaria en las 3 preguntas.

El consumo perjudicial fue evaluado a través de sus indicadores sentimiento de culpa (Md0 RQ3), lagunas de memoria (Md0 RQ3), lesiones relacionadas al alcohol (Md 0 RQ4) y preocupación de terceros respecto al consumo de alcohol (Md0 RQ4). En el curso del último año 41,3% (n=86) de los jóvenes nunca tuvo remordimiento o sentimiento de culpa después de haber bebido y 18,8% (n=38) admitió haberlo sentido menos de una vez al mes.

En relación a las lagunas de memoria, fueron 44,7% (n=93) quienes nunca las tuvieron mientras que el 14,4% (n=30) manifestó no haber podido recordar lo que había sucedido la noche anterior con una frecuencia de menos de una vez al mes. De los jóvenes encuestados 9,3% (n=19) nunca tuvo lesiones o lesionó a terceros por efectos del alcohol, solo dos respondieron que sí y 16 también que sí lo habían hecho, pero no en el curso del último año.

El último indicador evaluó la preocupación de un tercero por el consumo de alcohol, 84,6% (n=176) respondió que no, 14 jóvenes admitieron que algún familiar o profesional sanitario mostró preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o sugirió que deje de hacerlo y 18 alumnos admitieron que un tercero demostró preocupación, pero no en el curso del último año. (Tabla 4)

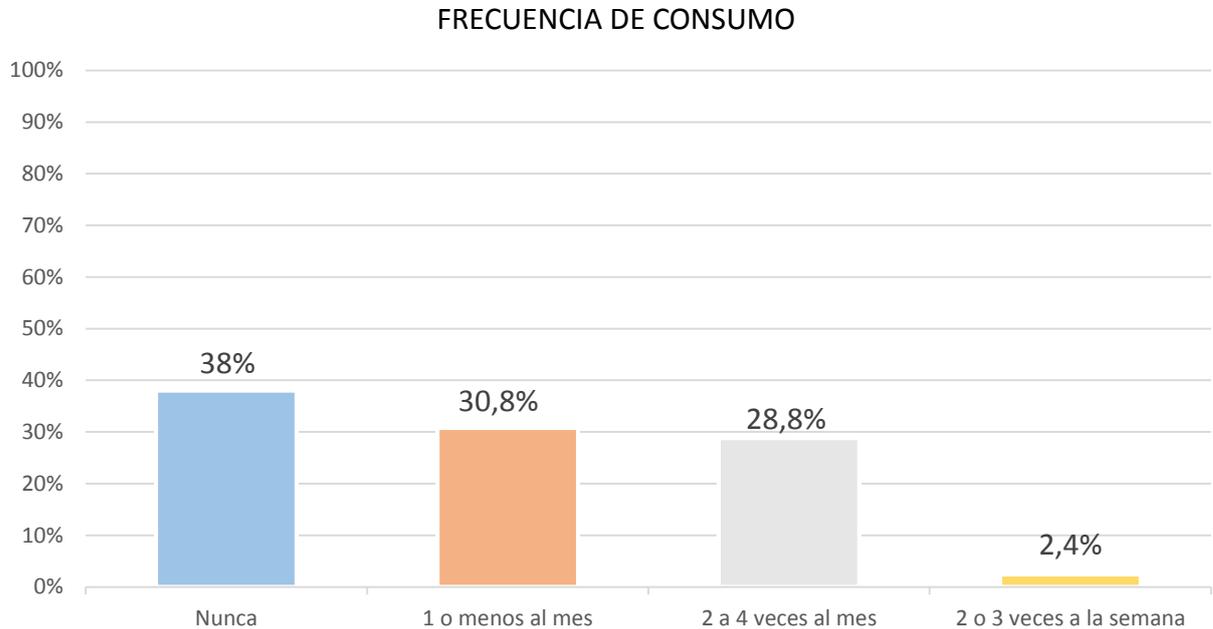
Tabla 4. *Indicadores de consumo episódico excesivo de alcohol según Cuestionario AUDIT en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda en el año 2020 (n= 208).*

	Md (RQ)	n	%	Perdidos n (%)
Consumo de riesgo				
<i>Frecuencia de consumo</i>	1 (3)	208	100	
<i>Cantidad de consumo</i>	0 (3)	131	63	77 (37)
<i>Veces de consumo elevado</i>	0 (2)	131	63	77 (37)
Síntomas de dependencia				
<i>Pérdida de control</i>	0 (4)	131	63	77 (37)
<i>Aumento de relevancia</i>	0 (3)	131	63	77 (37)
<i>Consumo matutino</i>	0 (2)	131	63	77 (37)
Consumo perjudicial				
<i>Sentimiento de culpa</i>	0 (3)	131	63	77 (37)
<i>Lagunas de memoria</i>	0 (3)	131	63	77 (37)
<i>Lesiones</i>	0 (4)	208	100	
<i>Preocupación de terceros</i>	0 (4)	208	100	

Md= mediana, RQ= Rango Intercuartílico

La frecuencia de consumo presento una mediana 1 (RQ3) para los alumnos (n=208) del colegio San Martín de Avellaneda, el 38% (n=79) respondió nunca a la pregunta formulada para este indicador respecto a las veces que consumieron alguna bebida alcohólica, 30,8% (n=64) lo hizo 1 o menos de una vez al mes y de 2 a 4 veces al mes fueron 28,8% (n=60) quienes eligieron esa opción, y 5 alumnos tuvieron una frecuencia de consumo de 2 a 3 veces a la semana. (Figura 2)

Figura 2. Frecuencia de consumo de alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208).



3. EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL

En relación a las expectativas hacia el alcohol, se evaluaron las creencias personales actuales sobre el consumo de bebidas alcohólicas en jóvenes que consumían alcohol y en quienes no lo hacían. Las expectativas positivas hacia el alcohol, fueron mayores en el grupo de jóvenes que no tenían riesgo de consumo con 59,1% (n=123) y 8,7% (n=18) en quienes poseían un puntaje según el cuestionario AUDIT de consumo de riesgo. En ambos grupos las expectativas positivas tuvieron una diferencia significativa respecto a las negativas. Sin asociación significativa respecto a las expectativas hacia el alcohol y las categorías de consumo de los alumnos. (Tabla 5)

Tabla 5. Expectativas hacia el alcohol según puntaje de consumo en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020.

	Consumo sensato		Consumo de riesgo		*p
	n	%	n	%	
<i>Igual expectativas positivas y negativas</i>	5	2,4	0	0	,629
<i>Positivas</i>	123	59,1	18	8,7	,457
<i>Negativas</i>	53	25,5	9	4,3	,564

p* chi cuadrado nivel de significancia <0,05

A continuación, se describen las dimensiones que representan las expectativas positivas hacia el consumo, detallando los distintos indicadores y sus categorías (Tabla 6). La categoría “algunas veces” tuvo mayor preponderancia en la escala de sociabilidad relacionada con las acciones graciosas (Md3 RQ4) que les producía el consumo de alcohol, seguida por ser más simpático (Md3 RQ4).

Tabla 6. Expectativas positivas hacia el alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020.

	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sociabilidad										
<i>Pueda divertirme más en fiestas</i>	39	18,8	59	28,4	43	20,7	55	26,4	12	5,8
<i>Sea una persona más alegre</i>	19	9,1	64	30,8	64	30,8	46	22,1	15	7,2
<i>Converse más c/otras personas</i>	17	8,2	41	19,7	76	36,5	42	20,2	32	15,4
<i>Haga cosas graciosas</i>	17	8,2	43	20,7	92	44,1	46	22,1	10	4,8
<i>Sea más fácil hablar c/ personas</i>	28	13,5	53	25,5	87	41,8	17	8,2	23	11,1
<i>Sea más fácil hablar c/ personas del sexo opuesto</i>	62	29,8	53	25,5	55	26,4	23	11,1	15	7,2
<i>Pueda sentirme más cómodo al relacionarme con otras personas</i>	29	13,9	53	25,5	84	40,4	23	11,1	19	9,1
<i>Sea menos tímido</i>	26	12,5	59	28,4	67	32,2	28	13,5	28	13,5

	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Sea más simpático</i>	12	5,8	56	26,9	88	42,3	42	20,2	10	4,8
<i>Sea más amigable</i>	21	10,1	52	25	76	36,5	38	18,3	21	10,1
<i>Haya más compañerismo en el grupo que está bebiendo</i>	44	21,2	77	37	42	20,2	36	17,3	9	4,3
Relajación										
<i>Me siento entretenido</i>	31	14,9	43	20,7	90	43,3	34	16,3	10	4,8
<i>Puedo dormir mejor</i>	107	51,4	52	25	17	8,2	27	13	5	2,4
<i>Me sienta tranquilo</i>	102	49	59	28,4	41	19,7	4	1,9	2	1
<i>Me calme si estoy ansioso</i>	138	66,3	39	18,8	25	12	6	2,9	0	0
<i>Me sienta relajado</i>	80	38,5	49	23,6	47	22,6	18	8,7	14	6,7
<i>Si tengo un dolor muscular no me moleste tanto</i>	148	71,2	32	15,4	13	6,3	9	4,3	6	2,9
Sexualidad										
<i>Me sienta excitado sexualmente</i>	104	52,4	57	27,4	18	8,7	22	10,6	1	5
<i>Me guste tener relaciones sexuales</i>	113	54,3	65	31,3	7	3,4	18	8,7	5	2,4
<i>Disfrute más del sexo</i>	147	70,7	33	15,9	16	7,7	8	3,8	4	1,9
<i>Sea mejor amante</i>	162	77,9	24	11,5	12	5,8	9	4,3	1	5
<i>Varones y mujeres parezcan más sensuales</i>	127	61,1	40	19,2	27	13	10	4,8	4	1,9

La dimensión expectativa negativas hacia el alcohol, tuvo un mayor porcentaje de respuestas en la categoría “nunca”, prevaleciendo los ítems de comportamiento agresivo (74%) y pelea con otros (74,5%). En el indicador riesgo y agresividad (Md1 RQ4), entre las categorías de mayor puntaje “algunas veces” hubo mayores respuestas positivas en el indicador deterioro cognitivo y conductual (Md2 RQ4) en el ítem sueño (32,2%). (Tabla 7)

Tabla 7. Expectativas negativas hacia el alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208)

	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Deterioro										
<i>Mis respuestas sean lentas</i>	78	37,5	72	34,6	23	11,1	21	10,1	14	6,7
<i>Me falte el equilibrio</i>	48	23,1	73	35,1	46	22,1	17	8,2	24	11,5
<i>Tenga dolor de cabeza</i>	53	25,5	62	29,8	50	24,0	23	11,1	20	9,6
<i>Tenga sueño</i>	43	20,7	63	30,3	67	32,2	14	6,7	21	10,1
<i>Me sienta confundido</i>	88	42,3	45	21,6	51	24,5	19	9,1	5	2,4
<i>Me sienta descompuesto</i>	98	47,1	51	24,5	33	15,9	18	8,7	8	3,8
<i>Me sienta desorientado</i>	94	45,2	45	21,6	44	21,2	20	9,6	5	2,4
<i>Diga cosas sin sentido</i>	29	13,9	64	30,8	46	22,1	40	19,2	29	13,9
Riesgo y agresividad										
<i>Moleste a los demás</i>	106	51	50	24	31	14,9	13	6,3	8	3,8
<i>Realice comportamientos que impliquen algún riesgo</i>	137	65,9	36	17,3	27	13	8	3,8	0	0
<i>Me comporte de manera agresiva</i>	154	74	35	16,8	17	8,2	1	0,5	1	0,5
<i>Insulte a los demás</i>	152	73,1	37	17,8	11	5,3	8	3,8	0	0
<i>Busque pelearme con otras personas</i>	155	74,5	41	19,5	8	3,8	3	1,4	1	0,5
<i>Discuta con las personas con facilidad</i>	136	65,4	37	17,8	24	11,5	10	4,8	1	0,5
<i>Que me enoje con facilidad</i>	142	68,3	33	15,9	21	10,1	11	5,3	1	0,5
Estados negativos										
<i>Me ponga más crítico conmigo mismo</i>	107	51,4	71	34,1	16	7,7	8	3,8	6	2,9
<i>Me sienta angustiado</i>	126	60,6	49	23,6	24	11,5	8	3,8	1	0,5
<i>Me sienta culpable por cómo me comporto cuando tomo</i>	105	50,5	50	24	33	15,9	14	6,7	6	2,9
<i>Me sienta culpable por tomar</i>	117	56,3	58	27,9	14	6,7	11	5,3	8	3,8
<i>Me sienta culpable por las cosas que digo cuando tomo</i>	92	44,2	54	26	25	12	30	14,4	7	3,4

	Nunca		Pocas veces		Algunas veces		Muchas veces		Siempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Haga cosas de las que después me arrepiento</i>	91	43,8	42	20,2	39	18,8	33	15,9	3	1,4
Diga cosas de las que después me arrepiento	92	44,2	37	17,8	45	21,6	29	13,9	5	2,4
Me sienta avergonzado de mi comportamiento cuando tomo	97	46,6	46	22,1	38	18,3	24	11,5	3	1,4

4. COMPORTAMIENTOS COMPENSATORIOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

A través del cuestionario CEBRACS se evaluaron los comportamientos compensatorios en tres periodos de tiempo de consumo de alcohol. Se obtuvieron conductas compensatorias normales (93,6%), leves (5,8%) y moderadas (n=4), no se observaron puntajes severos en ninguna de las tres instancias de consumo. Los resultados arrojaron comportamientos compensatorios moderados mayores durante la ingesta de alcohol en cuatro alumnos, y en el mismo periodo de consumo comportamientos leves (8,2%). (Tabla 8)

Tabla 8. *Comportamientos compensatorios según momento de ingesta de alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208)*

	Antes		Durante		Después	
	n	%	n	%	n	%
<i>Normal</i>	195	93,8	187	89,9	202	97,1
<i>Leve</i>	13	6,3	17	8,2	6	2,9
<i>Moderado</i>	0	0	4	1,9	0	0

Al evaluar el nivel de comportamiento compensatorio antes de la ingesta de alcohol, se les consulto por la disminución de la ingesta, el ejercicio físico y la ingesta de laxantes como conducta de compensación calórica entre otras variables. Del total de jóvenes evaluados (n=208), al consultar por la disminución de la ingesta de alimentos para emborracharse, acelerar los efectos o compensar las calorías del alcohol que iban a consumir, fue mayoritaria la respuesta “nunca”. Nueve alumnos de los encuestados manifestaron haber estado casi todo el tiempo disminuyendo su ingesta durante

una o más comidas para compensar calorías, cinco jóvenes lo hicieron a veces (2,4%) para emborracharse y 7,7% (n=16) respondieron rara vez haberlo hecho.

El ejercicio físico como compensación de calorías del alcohol consumidas fue mayoritariamente negativo, con 84,1% (n=175) respuestas, mientras que la categoría rara vez o a veces obtuvo el 5,8% (n=12) en cada una. Nueve jóvenes declararon hacerlo casi todo el tiempo.

El 96.6% (n=201) manifestó respuestas negativas hacia el consumo de laxantes antes de beber para compensar calorías, y el porcentaje restante se distribuyó entre rara vez y a veces. (Tabla 9)

Tabla 9. *Comportamientos compensatorios antes de la ingesta de alcohol en los últimos tres meses en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda en el año 2020 (n=208)*

	Nunca		Rara vez		A veces		A menudo		Casi todo el tiempo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Disminución de la ingesta para emborracharse</i>	176	84,6	16	7,7	5	2,4	2	1	9	4,3
<i>Ejercicio físico compensatorio</i>	175	84,1	12	5,8	12	5,8	5	2,4	4	1,9
<i>Disminución de la ingesta para sentir efectos del alcohol</i>	178	85,6	14	6,7	6	2,9	10	4,8	0	0
<i>Disminución de ingesta compensatoria</i>	195	93,8	0	0	4	1,9	9	4,3	0	0
<i>Ingesta de laxantes compensatoria</i>	201	96,6	5	2,4	2	1	0	0	0	0
<i>Disminución de la ingesta para sentir efectos del alcohol más rápido</i>	187	89,9	9	4,3	3	1,4	9	4,3	0	0

El comportamiento compensatorio durante la ingesta de alcohol fue evaluado mediante preguntas como ayuno o disminución de ingesta para acelerar los efectos del alcohol y/o emborracharse, ingesta de diuréticos y/o laxantes, o elección de bebidas alcohólicas bajas en calorías, entre otras.

La disminución de la ingesta y el ayuno como acto compensatorio para sentir más rápido los efectos del alcohol o emborracharse fueron mayores los resultados obtenidos en quienes nunca lo hicieron siendo 88,5% (n=184) en cada uno de esos dos ítems. Cuatro alumnos admitieron haber disminuido su ingesta a veces y seis recurrieron al ayuno para emborracharse.

El 99,5% (n=207) de los jóvenes nunca ingirió diuréticos o laxantes con el objetivo de compensar calorías. La ingesta baja en calorías, o la elección de bebidas alcohólicas baja en calorías fue de cuatro alumnos en cada caso para quienes lo hicieron casi todo el tiempo en los últimos tres meses. (Tabla 10)

Tabla 10. *Comportamientos compensatorios durante de la ingesta de alcohol en los últimos tres meses en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208)*

	Nunca		Rara vez		A veces		A menudo		Casi todo el tiempo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Disminución de la ingesta para sentir efectos del alcohol más rápido</i>	184	88,5	18	8,7	4	1,9	2	1	0	0
<i>Ingesta de diuréticos compensatorio</i>	207	99,5	0	0	1	0,5	0	0	0	0
<i>Ayuno para sentir los efectos del alcohol más rápido</i>	184	88,5	18	8,7	6	2,9	0	0	0	0
<i>Ingesta baja en calorías o grasas compensatoria</i>	189	90,9	6	2,9	9	4,3	0	0	4	1,9
<i>Consumo de cerveza o alcohol baja en calorías para obtener menos calorías que el alcohol</i>	193	92,8	11	5,3	0	0	0	0	4	1,9
<i>Disminución de la ingesta para emborracharse</i>	183	88	15	7,2	4	1,9	6	2,9	0	0
<i>Ingesta de laxantes compensatoria</i>	207	99,5	0	0	1	0,5	0	0	0	0
<i>Ayuno para emborracharse</i>	180	86,5	21	10,1	3	1,4	0	0	4	1,9

Las conductas compensatorias después que los efectos del alcohol hayan desaparecido, se evaluaron combinando las preguntas de los cuestionarios antes y durante y, se les sumo la pregunta relacionada a la provocación del vomito como conducta compensatoria. La mayoría de los jóvenes eligió la respuesta “nunca” para todos los ítems.

En relación al consumo de laxantes y diuréticos como compensación, prevaleció la respuesta negativa en ambos casos. Cinco alumnos utilizaron a veces los laxantes y se obtuvo una sola

respuesta de consumo de diuréticos y laxantes en cada caso para quienes eligieron la opción a menudo o rara vez.

Con respecto a la inducción del vómito, el 97,6% (n=203) de los alumnos contestaron nunca haberlo hecho en los últimos tres meses, tres alumnos rara vez lo hicieron y dos admitieron hacerlo a menudo.

El 89,4% (n=186) de los alumnos nunca eligió alimentos bajos en calorías, nueve alumnos admitieron haberlo hecho a veces y fueron seis quienes rara vez tuvieron esa conducta.

El ejercicio compensatorio, fue del 8,2% (n=17) para quienes a veces lo hicieron, 7,7% (n=16) quienes eligieron la opción rara vez y nueve quienes lo hacen a menudo. Siendo mayoritaria la respuesta nunca con el 79,8% (n=166). (Tabla 11)

Tabla 11. *Comportamientos compensatorios después de que los efectos del alcohol en los últimos tres meses en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208)*

	Nunca		Rara vez		A veces		A menudo		Casi todo el tiempo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Ingesta de diuréticos compensatorio</i>	206	99	1	0,5	0	0	1	0,5	0	0
<i>Ingesta baja en calorías o grasas compensatoria</i>	186	89,4	6	2,9	9	4,3	3	1,4	4	1,9
<i>Ingesta de laxantes compensatoria</i>	201	96,6	1	0,5	5	2,4	1	0,5	0	0
<i>Ejercicio físico compensatorio</i>	166	79,8	16	7,7	17	8,2	9	4,3	0	0
<i>Vomito inducido compensatorio</i>	203	97,6	3	1,4	0	0	2	1	0	0
<i>Disminución de la ingesta compensatorio</i>	182	87,5	13	6,3	9	4,3	4	1,9	0	0
<i>Ayuno compensatorio</i>	194	93,3	14	6,7	0	0	0	0	0	0

5. CONSUMO EPISODICO EXCESIVO DE ALCOHOL Y DRUNKOREXIA

Al relacionar las variables comportamientos compensatorios y consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA) según su clasificación consumo de riesgo y consumo sensato, se obtuvo mayoría de respuestas en los tres periodos de tiempo (antes, durante y después) de comportamientos compensatorios normales mostrando asociación significativa de 0,000 ($p < 0,05$) entre las variables analizadas a través a través de las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson.

La estimación de riesgo (OR 61.531 IC 12,534-302,057), mostro que quienes tuvieron comportamientos compensatorios leves antes de beber alcohol tienen 61,531 veces más riesgo de tener consumo de riesgo que quienes tuvieron conductas normales antes de beber alcohol respecto a quienes tuvieron conductas compensatorias normales.

Los jóvenes con comportamientos compensatorios leves después de beber alcohol mostraron que tienen 40,909 más de riesgo de tener consumo de riesgo respecto a quienes tienen conductas de compensación normales (IC 4,568-366,333).

Quienes tuvieron consumo de riesgo (n=27), fueron los únicos que presentaron comportamientos moderados de compensación en cuatro jóvenes bajo los efectos del alcohol. En el mismo periodo de tiempo fue mayor la prevalencia de conductas compensatorias leves en quienes tuvieron un consumo sensato o sin riesgo (7,2% n=15). (Tabla 12)

Tabla 12. *Comportamientos compensatorios relacionado con el consumo del alcohol en tres periodos de tiempo y trastornos por consumo de alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208)*

	Consumo sensato		Consumo de riesgo		p*	OR	IC 95%
	n	%	n	%			
Antes de beber					,000		
<i>Normal</i>	179	86,1	16	7,7	,000	61,531	12,534-302,057
<i>Leve</i>	2	1	11	5,3			
Bajo los efectos del alcohol							
<i>Normal</i>	166	79,8	21	10,1	,000		
<i>Leve</i>	15	7,2	2	1			
<i>Moderado</i>	0	0	4	1,9			
Después de consumir alcohol							
<i>Normal</i>	180	86,5	22	10,6	,000	40,909	4,568-366,333
<i>Leve</i>	1	0,5	5	2,4			

p* chi cuadrado nivel de significancia <0,05, OR= Odds Ratio, IC= intervalo de confianza

6. EXPECTATIVAS HACIA EL ALCOHOL Y DRUNKOREXIA

De los jóvenes que presentaron expectativas positivas hacia el alcohol, 93,8% (n=136) tuvieron comportamientos normales antes, 59,6% (n=124) bajo los efectos y 64,9% (n=135) después de consumir alcohol. Los comportamientos leves fueron cinco antes, 6,3% (n=13) bajo los efectos y seis jóvenes después del consumo de alcohol. Cuatro alumnos presentaron comportamiento moderado (puntaje 25-32 CEBRACS) bajo los efectos del alcohol con mayores expectativas positivas que negativas frente al consumo de alcohol.

Las expectativas negativas presentaron escalas normales y leves en los tres periodos de tiempo evaluados según los comportamientos compensatorios, 26% (n=54) tuvieron comportamientos normales y 3,8% (n=8) fueron leves antes de beber, bajo los efectos del alcohol 27,9% (n=58) fueron normales y cuatro fueron leves.

Después de beber alcohol, 29,8% (n=62) presentaron expectativas negativas con comportamiento normal frente al consumo de alcohol y a las conductas compensatorias.

Cinco jóvenes con comportamientos compensatorios normales presentaron igual puntaje en expectativas positivas como negativas, en los tres periodos de tiempo.

Se calculó la relación de las variables expectativas hacia el alcohol y los comportamientos compensatorio mediante pruebas de Chi-cuadrado de Pearson, las expectativas positivas, negativas e iguales hacia el alcohol no presentaron grado de asociación con respecto a las conductas compensatorias antes de beber ($p < 0,05$ $p = 0,34$), bajo los efectos del alcohol ($p < 0,05$ $p = 0,569$) y después de consumir bebidas alcohólicas ($p < 0,05$ $p = 0,230$). (Tabla 13)

Tabla 13. *Comportamientos compensatorios relacionado con el consumo del alcohol en tres periodos de tiempo y expectativas hacia el alcohol en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020 (n=208)*

	Expectativas positivas		Expectativas negativas		Igual expectativas		p*
	n	%	n	%	n	%	
Antes de beber							0,34
<i>Normal</i>	136	93,8	54	26	5	2,4	0,569
<i>Leve</i>	5	2,4	8	3,8	0	0	
Bajo los efectos del alcohol							

	Expectativas positivas		Expectativas negativas		Igual expectativas		p*
	n	%	n	%	n	%	
<i>Normal</i>	124	59,6	58	27,9	5	2,4	0,230
<i>Leve</i>	13	6,3	4	1,9	0	0	
<i>Moderado</i>	4	1,9	0	0	0	0	
Después de consumir alcohol							
<i>Normal</i>	135	64,9	62	29,8	5	2,4	
<i>Leve</i>	6	2,9	0	0	0	0	

p* chi cuadrado nivel de significancia <0,05

V. DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue abordar conceptos tales como consumo, expectativas positivas y negativas hacia el alcohol y su asociación con el riesgo de padecer drunkorexia que presentaron los estudiantes del colegio San Martín de Avellaneda durante el año 2020.

En los participantes de la presente investigación si bien predominó el sexo femenino en la recolección de respuestas, se identificaron prevalencias de consumo de riesgo mayores en el sexo masculino en comparación al femenino, si bien en este estudio no se consideraron edad y sexo como variables determinantes fueron evaluadas en relación al estudio general y coincidieron con los resultados obtenidos en otros estudios de investigación. (57,58)

Estudios consultados señalan que, los episodios de consumo excesivo de alcohol son menores en los adolescentes que en jóvenes de 20 a 24 años, pero que entre los 15 y 24 años cuando son bebedores, a menudo lo hacen en sesiones de consumo excesivo y es particularmente elevada en hombres. (44,46)

Respecto al consumo de alcohol, los alumnos del presente estudio presentaron una mediana de 17 años de edad para el consumo de riesgo y 16 años para quienes tuvieron un consumo sensato, esto coincidió con los resultados de las encuestas SEDRONAR que advierten el consumo de alcohol antes de llegar a los 18 años de edad fue en el 2017 del 77% de la población, a pesar de que en Argentina la edad permitida para consumo de bebidas alcohólicas es para mayores de 18 años (Ley 24.788). (59,43,46)

De manera consistente con lo documentado en otras investigaciones, los resultados de este estudio indicaron que los estudiantes presentaron un consumo sensato y los que reportaron consumo de riesgo tuvieron mayores puntuaciones en las escalas de expectativas positivas que negativas. A pesar de no obtener una asociación entre dichas variables, en otras investigaciones se destaca la fuerte influencia de estas variables sociales y cognitivas sobre consumo de alcohol en nuestro país. (60,61)

Los resultados correspondientes a los comportamientos compensatorios relacionados al consumo de alcohol revelaron la prevalencia de conductas normales, pero es de destacar que los jóvenes que presentaron comportamientos compensatorios leves antes y después de beber alcohol tienen más de riesgo de tener consumo de riesgo respecto a aquellos tuvieron conductas compensatorias normales, mediante conductas recurrentes inapropiadas para prevenir el aumento de peso al beber alcohol especialmente durante el momento de consumo, adoptando métodos de control de peso extremos con actividades como disminución de ingesta, consumir bebidas bajas en calorías, diuréticos y laxantes y hacer ejercicio físico. En este contexto, en la actualidad todavía falta una definición estandarizada y un conjunto de criterios de diagnóstico de drunkorexia, sin embargo, diversos comportamientos inapropiados, como el consumo excesivo de alcohol, ayuno, típico de la anorexia nerviosa, vómitos autoinducidos y el uso de laxantes, típico de bulimia nerviosa, y las preocupaciones sobre la apariencia física, todas han sido reconocidas como característica de esta tendencia alarmante. (10)

El consumo excesivo episódico de alcohol (*binge drinking*) en el presente estudio reportó una prevalencia de comportamientos compensatorios normales en ambos grupos (consumo de riesgo y consumos sensato) en los tres periodos de tiempo. La adopción de conductas compensatorias leves y moderadas fueron mayores en aquellos alumnos que tuvieron consumo de riesgo. Como se mencionó anteriormente, aún falta profundizar en la investigación referente a la drunkorexia pero un reciente estudio en Italia confirma que esta patología prevalece entre los estudiantes, con dietas y ejercicios después del consumo del alcohol como estrategia adoptada para facilitar el consumo de alcohol en mayores cantidades y controlar el peso. (10)

En lo que respecta a las expectativas hacia el consumo de alcohol y las conductas compensatorias, se encontró que son mayores los efectos positivos en los tres periodos de tiempo, siendo leves y moderados bajo los efectos del alcohol, aunque no presentaron una relación significativa. La principal expectativa asociada con el consumo fue el alcohol como facilitador de la interacción

social, tanto en consumidores sensatos como en riesgo, esta conducta puede deberse a la gran tolerancia sociocultural hacia el consumo de alcohol. En ese sentido, el contexto social del consumo juega un papel significativo en las experiencias reforzadoras del consumo de alcohol. Los hallazgos de investigación en esta línea sugieren que las expectativas sobre los efectos sociales del consumo pueden ser importantes predictores de un consumo temprano en los jóvenes. (61,58)

Por todo lo mencionado anteriormente se rechaza la hipótesis de investigación.

La muestra fue representativa ya que a pesar del contexto de aislamiento social, preventivo y obligatorio se pudieron obtener los cuestionarios completos respondidos por los alumnos del colegio San Martín de Avellaneda y sus resultados fueron analizados de manera virtual.

Como fortalezas de esta investigación se destaca que puede ser utilizado para futuros estudios como punto de partida para el desarrollo de nuevas políticas públicas, programas de salud y ajustes de las políticas ya existentes para promover la conciencia sobre riesgos y consecuencias del consumo de alcohol de los jóvenes y adolescentes, especialmente para la detección de comportamientos de tipo compensatorio asociados al alcohol y la ingesta de alimentos que aún no se ha investigado en profundidad.

La presente investigación presenta algunas limitaciones. La muestra obtenida no fue homogénea siendo mayor el porcentaje femenino que masculino, desde el contexto temporo espacial la misma fue realizada durante el año 2020 en contexto social de COVID-19 donde el consumo de alcohol pudo estar sesgado por la obligatoriedad del aislamiento social, preventivo y obligatorio donde los adolescentes se encontraban con sus padres o tutores, con la imposibilidad de participar de actividades grupales, como fiestas, “previas” y otros eventos de sociabilidad, donde se presta al consumo de bebidas alcohólicas. (62)

VI. CONCLUSIÓN

Los datos de la presente investigación corroboran la mayoría de los hallazgos de la literatura científica relacionadas al consumo de alcohol de los jóvenes, caracterizado por una alta ingesta de bebidas alcohólicas en periodos cortos de tiempo, desarrollados en ámbitos de nocturnidad y entre pares, que comienza antes de los 18 años, edad legal para el consumo de las mismas.

Fueron mayores las expectativas positivas que las negativas relacionadas al consumo de alcohol encabezados por la escala de sociabilidad en sus dimensiones de acciones graciosas y la facilidad de relacionarse con otras personas.

Si bien la drunkorexia aún no tiene suficientes estudios de investigación y un criterio de diagnóstico determinado se documentó en la presente investigación conductas compensatorias normales en la mayoría de los alumnos, aunque no fue en su totalidad. Esto advierte sobre la posible vinculación de esta práctica con el consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas que viene creciendo año tras año entre los jóvenes, acompañado de las expectativas positivas frente al consumo de alcohol y el aumento de riesgo de padecer drunkorexia en los diferentes periodos de tiempo de ingesta alcohólica, especialmente bajo los efectos del alcohol con comportamientos compensatorios como la elección de alimentos y bebidas bajas en calorías, disminución de la ingesta y ayunos para compensar calorías o acelerar los efectos del alcohol.

Las expectativas hacia el alcohol no presentaron relación significativa como para predecir la incidencia en el riesgo de padecer drunkorexia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 Abril 03. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
2. Secretaria del Gobierno de Salud. Diagnóstico de situación sobre el consumo de alcohol en Argentina y recomendaciones para la puesta en marcha de políticas sanitarias. Programa Nacional de Lucha Contra el Consumo Nocivo de Alcohol. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles; 2019.
3. Fundación Interamericana del corazón Argentina. FIC Argentina. [Online].; 2016 [cited 2020 Abril 03. Available from: https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/160914_factsheet_alcohol.pdf.
4. Ministerio de Salud. Argentina.gob.ar. [Online].; 2019 [cited 2020 Abril 03. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/en-argentina-el-consumo-episodico-excesivo-de-alcohol-crecio-un-28-segun-la-4deg-encuesta>.
5. Suárez Relinque C, Del Moral Arroyo G, Martínez Ferrer B, Musitu Ochoa G. Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(7): p. 33(7):e00129716.
6. Behar R. Consumo de alcohol y trastornos de la conducta alimentaria: evidencia, similitudes e implicancias. Rev. chil. neuro-psiquiatr. 2004 Julio; 42(3).
7. Muñoz Algar M, Bernal García P, Poyo Calvo F. Detección de trastornos de la conducta alimentaria en una unidad de alcoholismo. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015 Mayo; 35(128).
8. Sánchez SanSegundo , Zaragoza Martí , Ferrer Cascales. Drunkorexia y Binge Drinking: nuevos patrones de conducta alimentaria en estudiantes universitarios. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2016; 22(1).
9. Hunt T, Forbush K. Is “drunkorexia” an eating disorder, substance use disorder, or both? Eating Behaviors. 2016 Agosto; 22.
10. Pietrabissa G ea. Drunkorexia: investigación empírica y análisis de las características del fenómeno en una muestra italiana de adolescentes y adultos jóvenes. Psy, Soc y Educ. 2018 Septiembre; 10(3).

11. Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA). Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia (ALUBA). [Online].; 2020 [cited 2020 Abril 10. Available from: <https://aluba.org.ar/otros-desordenes/ebriorexia/>].
12. Alveiro Restrepo Ochoa D. La juventud como categoría analítica y condición social en el campo de la salud pública. CES P. 2016 Noviembre; 9(2).
13. Gaetea V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr. 2015 Diciembre; 86(6).
14. Organización Mundial de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
15. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.
16. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud. Washington, DC. : Organización Mundial de la Salud; 2008.
17. Duffy D. Consumo de alcohol: Principal problemática de salud pública de las Americas. PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica. 2015; 7(2).
18. Organización Mundial de la Salud. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Manual de atención primaria. Valencia: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001.
19. Lundbeck. Trastorno por el consumo de alcohol (TCA). Barcelona: Lundbeck; 2018.
20. Pomares L, Braschi M, Casella MA. Lineamientos para la Atención del Consumo Episódico Excesivo de Alcohol en Adolescentes. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA). Buenos Aires: Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones; 2018.
21. Fundación InterAmericana del Corazón Argentina. Consumo problemático de alcohol de adolescentes en Argentina: un grave problema de la salud pública. Documento informativo. Buenos Aires: FIC; 2016.
22. NIAAA. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 21. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>].

23. Pilatti A, Brussino S, Godoy J. Factores que influyen en el consumo de alcohol de adolescentes argentinos: un path análisis prospectivo. *Revista de Psicología*. 2013; 22(1): p. 2013, 22(1), 22-36.
24. Jiménez M, Monasor R, Rubio G. Instrumentos de evaluación en el alcoholismo. *Trastornos Adictivos*. 2003 Octubre; 5(1).
25. Guzmán F, Pedrão L, Aguilar L. Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) en adolescentes y jóvenes marginales de bandas juveniles de Mexico. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. 2007 Diciembre; 11(4).
26. Boubeta A, Golpe Ferreiro S, Araujo Gallego M, Braña Tobío T. Validación del "Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol" (AUDIT) en población adolescente española. *Behavioral Psychology*. 2017 Octubre; 25(2).
27. Organización Mundial de la Salud. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Manual. Valencia: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001.
28. Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 1994; 4(8).
29. Valencia L, et al. Diseño del cuestionario de creencias referidas al consumo de alcohol para jóvenes universitarios. *Divers.: Perspect. Psicol*. 2009 Mayo; 5(2).
30. Mendez-Ruiz M, Alonso Castillo MT, Alonso Castillo MM, et al. Relación de percepción de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *SMAD*. 2015 Septiembre; 11(3).
31. Guerrero L. El papel de la personalidad y las expectativas en el consumo de alcohol. Tesis doctoral. Castellón: Universitat Jaume I de Castelló; 2014.
32. Rivarola Montejano A, Pilatti A, Godoy JM, Brussino A. Modelo de predisposición adquirida para el uso de alcohol en adolescentes argentinos. *Suma psicológica*. 2016; 23.
33. Pilatti A, Godoy JC, Brussino S. Construcción y valoración psicométrica del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes de Argentina (CEA-A). *Anales de psicología*. 2010 Julio; 26(2).
34. Domínguez Vásquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN*. 2008 Septiembre; 58(3).

35. Vargas Baldares MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev. méd. Costa Rica Centroam. 2013; 70(607).
36. Barry A, Piazza Gardner A. Drunkorexia: Understanding the Co-occurrence of Alcohol Consumption and Eating/Exercise Weight Management Behaviors. J Am Coll Health. 2012 Marzo; 60(3).
37. Betzaida Altamirano Martínez M, Vizmanos Lamotte B, Unikel Santoncini C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. Rev Panam Salud Publica. 2011 Junio; 30(5).
38. Behar A R. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. Rev Méd Chile. 2008 Diciembre; 136(12).
39. Baztarrica Jarauta R, Beato Fernández L, Blanco Fernández A. Controversias sobre los trastornos alimentarios. Libro. Madrid: Fundación Tomás Pascal y Pilar Gomés-Cuétara, Fundación Instituto de Trastornos Alimentarios; 2012.
40. Martínez Moreno A, et al. Trastornos de la conducta de beber: una propuesta de investigación. Rev. Mex. de trastor. aliment. 2014 Junio; 5(1).
41. Morcillo Chamizo M. Nutrición y trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de grado. Badajoz: Escuela de Ingenierías Agrarias, Ciencia y Tecnología de los Alimentos; 2019.
42. Burke S, Cremeens J, Vail-Smith K. Drunkorexia: Calorie Restriction Prior to Alcohol Consumption among College Freshman. JADE. 2010 Agosto; 54(2).
43. Buenos Aires Gob. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 21. Available from: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/riesgos-del-consumo-de-alcohol-excesivo>.
44. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
45. Monteiro M. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Reporte. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias y Rehabilitación; 2007.

46. SEDRONAR. Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Informe de investigación. Buenos Aires: Presidencia de la Nación, Secretaria de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina; 2017.
47. Ruiz Olivares R, Lucena V, Pino MJ, Herruzo J. Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psy, Soc, & Educ.* 2010 Marzo; 2(1).
48. Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES). Informe de investigación. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2017.
49. Simons R, Hansen J, Simons J, et al. Drunkorexia: Normative behavior or gateway to alcohol and eating pathology? *Addictive Behaviors.* 2020 Julio; 112.
50. Giles S, Champion H, Stufin E. Calorie Restriction on Drinking Days: An Examination of Drinking Consequences Among College Students. *J Am Coll Health.* 2009 Agosto; 57(6).
51. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. Quinta ed. Chacón JM, editor. Mexico: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2010.
52. Asociación Médica Mundial. Declaracion de Helsinki - Principios eticos para las investigaciones medicas en seres humanos. [Online].; 2017 [cited 2020 Junio 15. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
53. Rial Boubeta A, Golpe Ferreiro S, Araujo Gallego M, et al. Validación del "Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol" (AUDIT) en población adolescente española. *Rev. Int.psicol.clin.y salud.* 2017 Septiembre; 25(2): p. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 25, Nº 2, 2017, pp. 371-386.
54. Choquette E. A Psychometric Evaluation of the Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS). Graduate theses and dissertation. University of South Florida Scholar Commons, Clinical Psychology Commons; 2017 Octubre.
55. Española RA. Real Academia Española. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 14. Available from: <https://www.rae.es/>.

56. Curi Contreras A. Características clínico epidemiológicas de la ebriorexia en estudiantes del internado médico en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza. Tesis doctoral. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Facultad de Medicina Humana; 2017.
57. Yañez Castillo , Villar Luis M, Alonso Castillo M. Espiritualidad, autotrascendencia y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. Journal Health NPEPS. 2018 Junio; 3(1).
58. Ahumada-Cortez J, Villar Luis M, Alonso Castillo M. Expectativas hacia el consumo de alcohol y conducta de consumo en adolescentes de nivel medio. Health and Addictions. 2018 Febrero; 18(2).
59. Argentina Gobierno. [Online].; 2020 [cited 2020 Octubre 19. Available from: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/lucha-contra-el-alcoholismo#titulo-2>.
60. Pilatti A, Godoy J, Brussino S. Expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en niños y adolescentes de Argentina. Rev Int Psicol Ter Psicol. 2010 Diciembre; 11(1).
61. Mora Ríos J, Natera G. Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud púb. Méx. 2001 Abril; 43(2).
62. Municipalidad de Chascomús. Estudio sobre consumo de alcohol en jóvenes en tiempos de COVID-19/ en cuarentena. Estudio de investigación. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires, Estrategia Mundial sobre drogas; 2020.

ANEXOS

ANEXO 1: Aspectos éticos

Título de la Investigación: PREVALENCIA DE DRUNKOREXIA ASOCIADO AL CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN JÓVENES PERTENECIENTE AL COLEGIO SAN MARTIN DE AVELLANEDA

Introducción: En los últimos años, en Argentina, aumento un 50% el consumo de alcohol entre los jóvenes de 12 a 17 años, a menudo beben en sesiones de consumo excesivo. La prevalencia de los episodios de consumo excesivo de alcohol es particularmente elevada en los hombres.

Con el alcohol los jóvenes que mayor consumo presentan suelen tener una menor percepción de los riesgos, con una actitud de mayor permisividad y percepción de riesgos distorsionada que se asocia a un mayor consumo de alcohol.

La drunkorexia incluye comportamientos como purga, restricción dietética antes de beber, ejercicio excesivo y uso de diuréticos para evitar el aumento de peso debido al consumo de alcohol y puede ser un factor de riesgo de bulimia, trastorno por uso de sustancias, o ambos. Las investigaciones que examinan la drunkorexia son relativamente escasas, sin embargo, los episodios repetidos de bebida combinados con una restricción significativa de alimentos parecen colocar a las personas en mayor riesgo de desarrollar patrones de alimentación problemáticos o problemas relacionados con el alcohol.

El consumo excesivo de alcohol parece exacerbar aún más los trastornos alimentarios dadas las asociaciones significativas entre el consumo problemático de alcohol y los patrones de alimentación desadaptativos.

Objetivo del estudio: Evaluar la prevalencia del consumo del CEEA, la percepción del riesgo y su asociación con la presencia de riesgo de drunkorexia en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de avellaneda en el año 2020.

Participación del estudio.

La participación es voluntaria y gratuita. Los hallazgos que se produzcan serán utilizados solo a fines de investigación. No existen beneficios económicos en la participación del estudio. La decisión de participar o no, no modifica en ninguna medida sus actividades diarias en el hospital. Usted no se encuentra en riesgo adicional alguno por participar.

No se identificará ni dará a conocer sus datos personales, los mismos son confidenciales y serán tratados sólo por el investigador a fin de proteger su identidad y su privacidad. Según la Ley Nacional

de Protección de Datos Personales 25.326 (Ley de Habeas data) usted tiene derecho al acceso a los datos, pedido de rectificación y el no tratamiento de ellos a futuro en caso de retirarse el consentimiento a participar del estudio. Usted puede decidir en cualquier momento retirarse del estudio con sólo comunicarlo a los teléfonos de contacto indicados a continuación.

Ante cualquier duda con respecto al estudio usted puede comunicarse con Mariana García Mira al teléfono 1153255235.

Se agradece su participación.

ANEXO 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

Estimada/o Mi nombre es Mariana García Mira, en virtud que me encuentro realizando mi trabajo final integrador (TFI) de la Licenciatura en Nutrición, cuyo objetivo es evaluar la prevalencia de drunkorexia asociada al consumo episódico excesivo de alcohol y percepción del riesgo durante año 2020 necesitaré realizar una encuesta para medir consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial, identificar los efectos positivos y negativos y el comportamientos compensatorios en tres períodos de tiempo (antes, durante y después) frente al consumo de alcohol. Por esta razón, solicito su autorización para participar en este cuestionario, que consiste en responder las preguntas que se encuentran en las hojas siguientes.

Resguardaré la identidad de las personas incluidas en esta encuesta.

En cumplimiento de la Ley N° 17622/68 (y su decreto reglamentario N° 3110/70), se le informa que los datos que usted proporcione serán utilizados sólo con fines estadísticos, quedando garantizado entonces la absoluta y total confidencialidad de los mismos.

La decisión de participar en esta encuesta es voluntaria y desde ya agradezco su colaboración.

Le solicitamos que de estar de acuerdo, luego de haber leído detenidamente lo anterior y habiéndolo comprendido, firmar al pie:

Yo....., en mi carácter de respondente encuestado, habiendo sido informado y entendiendo el objetivo de la encuesta, acepto participar en la misma.

Fecha:.....

Firma:.....

Lugar de la encuesta:.....

Alumna encuestadora:.....

 (Firma)

Universidad ISALUD

ANEXO 3: Muestra EPIDAT 4.2

Datos:
 Tamaño de la población: 430
 Desviación est. esperada: 2,000
 Nivel de confianza: 95,0%
 Efecto de diseño: 1,0

Resultados:

Precisión	Tamaño de la muestra
0.200	203

ANEXO 4: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase

Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

		0	1	2	3	4
1	¿Con qué frecuencia	Nunca	Una o menos	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces	4 o más veces a la semana

	consume alguna bebida alcohólica?		veces al mes		a la semana	
2	¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7 a 9	10 o mas
3	¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

6	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7	¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8	¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9	¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

10	¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?					
	Total					

ANEXO 5: Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A)

Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes (CEA-A)

Las siguientes frases describen efectos diferentes del consumo de alcohol. Te voy a pedir que usando una escala de 1 a 5 indiques **la frecuencia con que esperarías que te suceda cada uno de estos efectos** después de tomar bebidas alcohólicas. No te detengas a pensar mucho y responde **de acuerdo a tus creencias actuales y personales**. Si no tomas bebidas con alcohol, igual indica que efectos vos crees se sucederían después de tomar bebidas alcohólicas.

	“El alcohol hace que...”	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Pueda divertirme más en las fiestas					

2	Sea una persona más alegre cuando estoy con otras personas					
3	Me sienta entretenido/a					
4	Mis respuestas sean lentas					
5	Moleste a los demás					
6	Converse más con otras personas					
7	Pueda dormir mejor					
8	Me sienta tranquilo/a					
9	Me falte el equilibrio					
10	Haga cosas graciosas					
11	Me calme si estoy ansioso/a					
12	Tenga dolor de cabeza					
13	Me ponga más crítico conmigo mismo					
14	Me sienta excitado sexualmente					
15	Sea más fácil hablar con las personas					
16	Me sienta relajado/a					
17	Tenga sueño					
18	Me sienta angustiado					
19	Sea más fácil hablar con una persona del otro sexo					
20	Si tengo un dolor muscular, no me moleste tanto					
21	Me sienta confundido/a					

22	Realice comportamientos que impliquen algún riesgo para mí o los demás					
23	Me sienta culpable por como me comporto cuando tomo					
24	Pueda sentirme cómodo/a al relacionarme con otras personas					
25	Me sienta descompuesto					
26	Me sienta culpable por tomar					
27	Me guste tener relaciones sexuales					
28	Sea menos tímido/a					
29	Me sienta desorientado					
30	Me comporte de manera agresiva con las demás personas					
31	Me sienta culpable por las cosas que digo cuando tomo					
32	Disfrute más del sexo					
33	Sea más simpático/a					
34	Diga cosas sin sentido					
35	Insulte a los demás					
36	Haga cosas de las que después me arrepiento					
37	Sea mejor amante					
38	Sea más amigable					
39	Busque pelearme con otras personas					

40	Diga cosas de las que después me arrepiento					
41	Haya más compañerismo en un grupo de gente que ha estado bebiendo					
42	Discuta con las personas con facilidad					
43	Me sienta avergonzado de mi comportamiento cuando tomo					
44	Varones y mujeres parezcan más sensuales					
45	Que me enoje con facilidad					

ANEXO 6: Compensatory Eating and Behavior in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS)

Comportamientos compensatorios relacionados con el consumo de alcohol (CEBRACS)

Lea cada una de las siguientes declaraciones con mucho cuidado y responda con precisión y honestidad. Todas estas declaraciones reflejan comportamientos reales que puede haber realizado en los últimos 3 meses. Se le preguntará si ha realizado alguna de las conductas antes, durante o después de beber alcohol. Lea atentamente porque muchas de las declaraciones están estrechamente relacionadas entre sí. Beber se refiere a tomar cualquier bebida alcohólica como: cerveza, vino, enfriadores de vino o licores, licores o bebidas mixtas.

Use la siguiente escala para responder:

Nunca

Raramente: alrededor del 25% del tiempo

A veces: aproximadamente el 50% del tiempo

A menudo: alrededor del 75% del tiempo

Casi todo el tiempo

ANTES DE BEBER

Para las siguientes declaraciones piense en los comportamientos en los que se ha involucrado ANTES de anticipar beber alcohol. Es decir, piense en situaciones en las que sabía que estaría bebiendo alcohol en el futuro (por ejemplo, planeado salir a beber con amigos, asistir a una boda o cumpleaños donde planeaba beber, o asistir a cualquier otro evento o situación donde lo conocía estaría bebiendo más tarde).

		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi todo el tiempo
1	En los últimos 3 meses, he comido menos de lo habitual durante una o más comidas antes de beber para emborracharme.					
2	En los últimos 3 meses, he hecho ejercicio antes de beber para compensar las calorías en alcohol que preveía consumir.					
3	En los últimos 3 meses, he comido menos de lo habitual durante una o más comidas antes de beber					

	para sentir los efectos del alcohol MÁS RÁPIDO.					
4	En los últimos 3 meses, me he saltado una o más comidas antes de beber para compensar la cantidad de calorías en alcohol que preveía consumir					
5	En los últimos 3 meses, he tomado laxantes antes de beber para compensar las calorías en alcohol que preveía consumir.					
6	En los últimos 3 meses, me he saltado una o más comidas antes de beber para sentir los efectos del alcohol MÁS RÁPIDO.					

BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL

Para los siguientes enunciados piense en los comportamientos que usted realizó mientras que usted bebía o mientras se encontraba bajo los efectos del alcohol, piense en situaciones donde usted está bebiendo o usted dejó de beber, pero aún se encuentra bajo efectos del alcohol. Por ejemplo, usted llega a casa después de una fiesta donde ha estado bebiendo y usted aun podía sentir los efectos del alcohol a pesar de haber dejado de beber hace varias horas.

		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi todo el tiempo
--	--	--------------	------------------	----------------	-----------------	----------------------------

7	En los últimos 3 meses, he comido menos de lo habitual mientras estaba bebiendo porque quería sentir los efectos del alcohol MÁS RÁPIDO.					
8	En los últimos 3 meses, tomé diuréticos mientras bebía para compensar las calorías en el alcohol que estaba consumiendo.					
9	En los últimos 3 meses, no he comido nada mientras estaba bebiendo porque quería sentir los efectos del alcohol MÁS RÁPIDO.					
10	En los últimos 3 meses, he comido alimentos bajos en calorías o grasas mientras estaba bebiendo para compensar las calorías en el alcohol que estaba consumiendo.					
11	En los últimos 3 meses, bebí cerveza baja en calorías o bebidas alcohólicas para obtener menos calorías que el alcohol.					
12	En los últimos 3 meses, he comido menos de lo habitual					

	mientras bebía porque quería emborracharme.					
13	En los últimos 3 meses, tomé laxantes mientras bebía para compensar las calorías en el alcohol que estaba consumiendo.					
14	En los últimos 3 meses, no he comido nada mientras estaba bebiendo porque quería emborracharme.					

DESPUES DE QUE LOS EFECTOS DEL ALCHOL HAYAN DESAPARECIDO

Para los siguientes enunciados piense en los comportamientos que usted realizo después de haber estado bebiendo y los efectos del alcohol hayan desaparecido. Esto puede incluir su comportamiento ese mismo día, el día siguiente o varios días después de que el efecto del alcohol haya desaparecido.

		Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi todo el tiempo
15	En los últimos 3 meses, tomé diuréticos para compensar las calorías en el alcohol que había consumido anteriormente mientras estaba bajo los efectos del alcohol.					
16	En los últimos 3 meses, he comido alimentos bajos en					

	calorías o grasas durante una o más comidas para compensar las calorías en el alcohol que había consumido anteriormente mientras estaba bajo los efectos del alcohol.					
17	En los últimos 3 meses, he tomado laxantes para compensar las calorías en el alcohol que había consumido anteriormente mientras estaba bajo los efectos del alcohol					
18	En los últimos 3 meses, me he ejercitado para compensar las calorías en el alcohol que había consumido anteriormente mientras estaba bajo los efectos del alcohol.					
19	En los últimos 3 meses, me he hecho vomitar para compensar las calorías en el alcohol que había consumido anteriormente mientras estaba bajo los efectos del alcohol					

20	En los últimos 3 meses, he comido menos de lo habitual durante una o más comidas para compensar las calorías en el alcohol que había consumido anteriormente mientras estaba bajo los efectos del alcohol.					
21	En los últimos 3 meses, me he saltado un día entero o más de comer para compensar las calorías en el alcohol que había consumido anteriormente mientras estaba bajo los efectos del alcohol.					

ANEXO 7: Derechos para la publicación del trabajo final integrador

Buenos Aires, 17 de Julio de 2021

Derechos para la publicación del trabajo final integrador

En calidad de autor del Trabajo Final Integrador (TFI) denominado: “Prevalencia de drunkorexia asociada al consumo episódico excesivo de alcohol y percepción de riesgo en jóvenes pertenecientes al colegio San Martín de Avellaneda: diseño observacional transversal”

Certifico que he contribuido al contenido intelectual de este trabajo, ya sea en la concepción del diseño, análisis e interpretación de los datos, y en la redacción y revisión crítica del mismo, por lo cual estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él como autor.

En el caso que yo elija publicar el trabajo por mis propios medios, queda vedada cualquier reproducción, total o parcial, en cualquier parte o medio de divulgación, impresa o electrónica, sin solicitar previamente autorización a la Universidad ISALUD.

Declaro que, desde la concepción del trabajo de investigación y al concluirlo, en consecuencia, como TFI para obtener el título de licenciado en Nutrición, debo declarar siempre como filiación a la Universidad ISALUD en cualquier publicación que se haga de la investigación (Revistas, Congresos, Boletines de Nutrición, etc.).

Nombre completo del Autor/Alumno: Mariana Paula García Mira

Firma: 

DNI: 31.727.926

Dirección postal: 1426

E-mail de contacto: marianapgm85@gmail.com

ANEXO 8: Autorización de autor para la divulgación de su obra en formato electrónico

Autorización de Autor para la Divulgación de su Tesis o Trabajo Final Integrador en Formato Electrónico

El Repositorio Institucional Digital (RID) tiene como objetivo principal recopilar toda la producción científica y académica realizada por integrantes de la comunidad universitaria. Como parte de sus funciones es brindar visibilidad en la internet, ya que los contenidos son recolectados por redes de repositorios y los buscadores web amplían la cobertura de búsqueda de cualquier usuario a nivel mundial. Además, ofrece la oportunidad de preservar de manera digital cada documento que se almacena. El recurso podrá visitarlo en el siguiente enlace: <http://repositorio.isalud.edu.ar>

Aspectos Legales

El derecho de autor es un conjunto de normas y principios que regulan los derechos morales y patrimoniales que la Ley N.º 11.723 de Propiedad Intelectual concede a los autores por el solo hecho de la creación de una obra literaria, artística o científica. Por lo tanto, los derechos de autor sobre una obra (publicada o inédita) corresponden a la persona que la ha elaborado. El/La autor/a es quien debe decidir qué tipo de permisos y/o derechos libera a otros para que su obra pueda ser depositada y divulgada en el RID, de la Universidad ISALUD

Derechos patrimoniales sobre las obras

Para que el RID cumpla y tenga los permisos de ingresar su obra al sistema, y la pueda presentar y difundir públicamente, es necesario que como autor/a firme el siguiente formulario dejando constancia de su acuerdo con las siguientes condiciones:

- Como autor/a, cedo a la Universidad ISALUD, el derecho no exclusivo de archivar, reproducir y comunicar mi documento cobijado bajo la ley de Creative Commons [Atribución-No comercial](#).

- En el caso de coautoría, dejo constancia y garantizo que los demás autores están de acuerdo con la publicación de la obra.
- Acuerdo con la Universidad ISALUD a conservar el documento y solo poder hacer modificaciones de formato, medio o soporte sin realizar alteraciones de su contenido, salvo que como autor/a permita los cambios pertinentes a realizarse.
- Declaro que la obra a publicar es la versión original y no está sujeta a derechos de explotación a terceros para poder otorgar al RID los derechos requeridos bajo la licencia de atribución *Creative Commons*.
- Dejo constancia de que una vez que la obra esté almacenada en el RID, y el documento esté disponible al público, su uso sea respetuoso, haciendo mención de citación y reconociendo la autoría de la obra.

Quien suscribe, Mariana García Mira, autorizo por la presente a la Universidad ISALUD y como intermediario a la Biblioteca ISALUD, Dr. Néstor Rodríguez Campoamor a la divulgación en forma digital de la obra de su autoría que se indica en el presente documento. Si **X** No__

Autorizo a la Biblioteca a publicar la obra en el RID desde la fecha: 23 / 07 / 2021

Carrera: Licenciatura en Nutrición

Indique el tipo de documento: Tesis ___ Trabajo Final Integrador (TFI) **X**

Título de la obra: PREVALENCIA DE DRUNKOREXIA ASOCIADA AL CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO EN JÓVENES PERTENECIENTE AL COLEGIO SAN MARTÍN DE AVELLANEDA.

Una vez esté la versión final y original de la obra, su versión digital deberá ser enviada en formato word y pdf sin particiones ni ningún tipo de protección a la dirección de correo tfi@isalud.edu.ar. Además, se debe incluir esta autorización como otro archivo adjunto.

El personal de la Biblioteca verificará que todos los datos estén correctos y confirmará la recepción correcta de los archivos. En caso de autorizar la divulgación del documento en el RID, se le hará envío de la URL donde quedará almacenado.

Cualquier consulta, acercarla a biblioteca@isalud.edu.ar

¡Muchas gracias!

Fecha: 17/07/2021

Firma:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'A' followed by a smaller, cursive signature.

DNI: 31.727.926