

Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica



**Para
profesional
sanitario**

Autores

Olga Alonso Alonso,
DUE pediatría, Dirección General de Salud Pública, Oviedo.

Víctor Amador Tejón,
pediatra, Centro de Salud La Magdalena-La Carriona. Avilés.

Luis Argüelles Otero,
DUE, Centro de Salud de Rocas-Montevil. Gijón.

Nadia García Alas,
pedagoga, Plan de Drogas de Asturias. DGSP, Oviedo.

Susana García Tardón,
psicóloga clínica, Coordinadora de los Servicios de Salud Mental del Área II-Cangas de Narcea.

Antón González Fernández,
sociólogo, Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias. DGSP, Oviedo.

José Ramón Hevia Fernández,
epidemiólogo, Jefe de Servicio Promoción de la Salud y Participación. DGSP, Oviedo.

María de los Ángeles Ordóñez Alonso,
pediatra, Centro de Salud La Corredoria, Oviedo.

José Ignacio Pérez Candás,
pediatra, coordinador centro de salud de Sabugo, Avilés. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.

Revisores

Jennifer Fernández Fernández, psiquiatra, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (Área sanitaria - AS IV). Francisco Javier Fernández López, pediatra, Centro de Salud de Nava (AS IV). Mercedes Sarmiento Martínez, pediatra, Centro de Salud de Pumarín (AS V). Esther Crespo Pérez, pediatra del Centro de Salud Llanoponte (AS III). Beatriz Fernández López, enfermera de Pediatría del Centro de Salud de Sabugo (AS III). Pilar Flórez Rodríguez, enfermera de Pediatría del Centro de Salud de Sabugo (AS III). Ana Mª Pérez López, pediatra del Centro de Salud de Sabugo (AS III).

Coordinador

Antón González Fernández

Entidades colaboradoras

Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria –AAPap–.
Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias –SEAPA–.
Sociedad de Psicólogos Clínicos de Asturias –SOPCA–.

Edita

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias
Dirección General de Salud Pública
Diciembre de 2016

Diseño y maquetación

Jorge Lorenzo diseño y comunicación Visual

Depósito legal

AS-03941-2016

Acceso al documento

Se puede acceder a las versiones ampliada y reducida de la guía y a los anexos de la misma a través de la página web de Astursalud/Profesionales/Área socio-comunitaria/Práctica clínica

Somos conscientes que la prevención del consumo de drogas en menores de edad es una estrategia en constante renovación y mejora. Para realizar aportaciones, comentarios o sugerencias puede hacerlo a través del siguiente contacto:

Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias

C/ Ciriaco Miguel Vigil, nº 9
33006 Oviedo
Telf.: 985 668 154
Correo-e.: promocionyparticipacion@asturias.org

**Guía de
prevención del
consumo de
alcohol en la
Edad Pediátrica**

**Para
profesional
sanitario**

Índice de contenidos

Apartado	Página
1. Propósito de la guía	6
2. Por qué intervenir en atención pediátrica ante el consumo de alcohol	10
3. Concepto, riesgos, daños, dimensión y características del consumo temprano de alcohol	12
3.1. Concepto	13
3.2. Riesgos y daños	13
3.3. Dimensión y características del consumo de alcohol en menores de edad	15
3.3.1. Dimensión del consumo de alcohol en menores de edad	15
3.3.2. Patrones de consumo de riesgo; borracheras, «binge drinking» o atracones	18
3.3.3. Edad de inicio al consumo	19
3.3.4. Accesibilidad	24
3.3.5. Percepción del riesgo	25
3.3.6. Canales de información sobre las drogas y su valoración por los jóvenes	27
3.4. Fundamentos para llevar a cabo un programa de prevención del consumo temprano de alcohol en atención primaria de pediatría	30
4. Modelos y niveles de prevención	32
4.1. Modelos de prevención	33
4.2. Niveles de prevención	33
5. Factores de riesgo y de protección.	34
5.1. El enfoque de los factores de riesgo y de protección en relación a la prevención dirigida a jóvenes.	36
5.2. El enfoque de los factores de riesgo y de protección en relación a la prevención del consumo de alcohol dirigida a familias.	37
6. Recomendaciones clínicas para actividades preventivas ante el consumo de alcohol en atención pediátrica	40
6.1. Contexto	41
6.2. Recomendaciones clínicas en el Programas Clave de Atención Interdisciplinar – PCAI– sobre alcohol	42
6.3. Principios de prevención del National Institute on Drug Abuse, NIDA.	44
6.4. Recomendaciones que deben regir la intervención preventiva de consumo de alcohol en pediatría de atención primaria	45
6.4.1. Recomendaciones Generales para la prevención del consumo de alcohol en consulta pediátrica	45
6.4.2. Recomendaciones para el trabajo con las familias	46
6.4.3. Recomendaciones para el trabajo con menores	47
6.4.3.1. Generales	47
6.4.3.2. Específicas a los 10 años	48
6.4.3.3. Específicas a los 13 años	48

Apartado	Página
7. Protocolo de intervención para la prevención del consumo de alcohol en consulta de pediatría de atención primaria	50
7.1. ¿Cuál es el papel de los y las profesionales de pediatría en la prevención del consumo de alcohol en la adolescencia?	51
7.2. ¿Qué objetivos se buscan con la intervención educacional pediátrica ante el consumo de alcohol?	51
7.3. «Cribado sobre consumo de alcohol e intervención breve para jóvenes» (Guía NIAAA 2015, modificada por los autores)	52
7.3.1. ¿Por qué esta herramienta?	52
7.3.2. ¿Por qué hacer cribado del consumo de alcohol?	53
7.3.3. Acerca de esta herramienta de cribado	53
7.3.4. Antes de comenzar	54
7.3.5. Los cuatro pasos de un vistazo	56
7.3.5.1. Paso 1: Las preguntas de detección	57
7.3.5.2. Paso 2: Guía del paciente	58
7.3.5.3. Paso 2: Evaluación del riesgo para pacientes que beben	59
7.3.5.4. Paso 3: Asesorar y Ayudar. Para los pacientes que beben...	60
7.3.5.5. Paso 4: En el seguimiento, continuar con el apoyo. Para los pacientes que han contestado afirmativamente a la pregunta de consumo propio...	62
7.3.6. Preguntas frecuentes	63
7.3.6.1. Acerca de cribado	63
7.3.6.2. Acerca de orientar a pacientes que no beben y sus padres	65
7.3.6.3. Sobre la evaluación de riesgos	66
7.3.6.4. Acerca de la intervención	70
7.3.7. Confidencialidad	72
7.3.8. Entrevista Motivacional Breve	74
8. Integración del programa de prevención del consumo temprano de alcohol en el plan personal jerárquico (PPJ) de la infancia y adolescencia en Asturias	78
8.1. Recomendaciones	81
9. Glosario de términos	82
9.1. Términos mal definidos que se recomienda no utilizar	84
9.2. Términos desaconsejados	84
10. Recursos comunitarios a disposición de la intervención	86
11. Anexos	88
i. Prevenir el consumo de alcohol. ¿QUÉ pueden hacer las familias?	89
ii. A los 10 años: ¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as	90
iii. A los 13 años: ¿Quieres ser el que lo sabe todo sobre el alcohol? Díselo a tus amigos/as	90
12. Referencias bibliográficas	92

Propósito de la guía

01

Objetivo

Proporcionar información actualizada y documentada acerca de **por qué y cómo intervenir para prevenir el consumo de alcohol en la edad pediátrica**. La intervención se basa en los **hechos probados** sobre:

- Los riesgos y daños que para la salud física, psíquica y social de los jóvenes tiene el consumo de alcohol.
- La baja percepción del riesgo que tiene el consumo de alcohol en esta población.
- La edad de inicio al consumo de alcohol, situada como media en los 14 años para ambos sexos.
- El prestigio que tienen los profesionales sanitarios entre los jóvenes como fuente de información sobre drogas.

Esta Guía le Proporcionará

- Evidencia sobre los motivos de la intervención.
- Orientación sobre las actividades preventivas.
- Criterios de intervención.
 - Pasos a seguir.*
 - Apoyo práctico.*
 - Instrumentos para cada situación.*
- Información sobre recursos adicionales.
- Un glosario de términos sobre drogas con recomendaciones sobre su uso en la actividad preventiva.

Todo ello para responder con coherencia, eficacia y eficiencia al reto de salud que plantea el consumo de alcohol en menores de edad.

Destinatarios de la guía

Este documento está dirigido a los y las trabajadores/as de atención primaria pediátrica (médicos/as y enfermeros/as), que atienden a jóvenes de 10 a 13 años, edades umbral de inicio al consumo de alcohol.

Población diana

- Jóvenes de 10 y 13 años que acuden a las revisiones obligatorias de consulta de pediatría de atención primaria.
- Sus familias (padres/madres o tutores legales).

Objetivos de la intervención en la población diana

- Incrementar la percepción del riesgo del consumo de alcohol en menores de edad.
- Retrasar la edad de inicio al consumo y a las borracheras.
- Implicar a los padres o tutores en la prevención del consumo de alcohol a menores.

Evidencia

Está basada en la investigación sobre la prevención del consumo de drogas en general y específicamente sobre el alcohol, recopilada y trabajada por un grupo multidisciplinar de profesionales desde la Dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias a partir de conclusiones extraídas de las encuestas e investigaciones realizadas por el Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado.

La intervención preventiva propuesta es una adaptación del algoritmo de intervención de consejo breve para la prevención del consumo temprano de alcohol y la matriz para determinar el nivel de riesgo de la «*Alcohol screening and brief for youth: a practitioner's guide*» elaborado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – NIAAA- de Estados Unidos de Américaⁱ.

i. <https://www.niaaa.nih.gov/Publications/EducationTrainingMaterials/Pages/YouthGuide.aspx>

Equipo redactor

El grupo de trabajo redactor de la guía está compuesto por profesionales de la salud en sus dimensiones física, psicológica y social; especialistas en salud pública, pediatría, salud mental, enfermería familiar y comunitaria, pedagogía y sociología.

Metodología

La dirección General de Salud Pública del Principado de Asturias a través del Plan de Drogas, crea en abril de 2016 un grupo de Trabajo compuesto por 8 profesionales de la Consejería de Sanidad y del Servicio de Salud (SESPA) bajo los criterios de interdisciplinariedad, participación y carácter operativo, con el objetivo de elaborar una guía de intervención en atención primaria para prevenir el consumo de alcohol. Los criterios de interdisciplinariedad y participación buscaban reunir y confrontar el conocimiento, la experiencia y opinión de los profesionales tanto de salud pública como de atención sanitaria vinculados a la intervención con el objetivo de elaborar un texto multidimensional. El principio de operatividad es fundamental con el objetivo de obtener un documento práctico que facilite a los profesionales de atención pediátrica a llevar a cabo la intervención.

Con estos criterios se estableció una metodología de trabajo en torno a 5 fases, Diseño, Elaboración, Revisión, Implementación y Evaluación, y las siguientes tareas; recopilación de buenas prácticas y referencias documentales, análisis y propuestas, redacción, elaboración de materiales complementarios, revisión, implementación y divulgación. El calendario se inició en abril de 2016 con la fase de diseño y finalizó, con la fase de revisión externa en enero de 2017. La fase de implementación a partir de esa última fecha implica la edición de materiales, su difusión pública y entre los profesionales de atención pediátrica, la incorporación en la ficha de anamnesis del Programa del Niño Sano de los materiales (Guía completa, en formato reducido y en formato de bolsillo, así como el material informativo para jóvenes y familias), y la impartición de cursos formativos a través del Instituto de Administración Pública «Adolfo Posada». La fase de evaluación se plantea como evaluación de proceso para conocer la medida del logro de los objetivos que aporte información de cara al perfeccionamiento del modelo de intervención empleado y a identificar las lecciones aprendidas.

Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene vínculos con actividades que pueden influir su juicio en forma inapropiada.

Por qué intervenir en atención pediátrica ante el consumo de alcohol

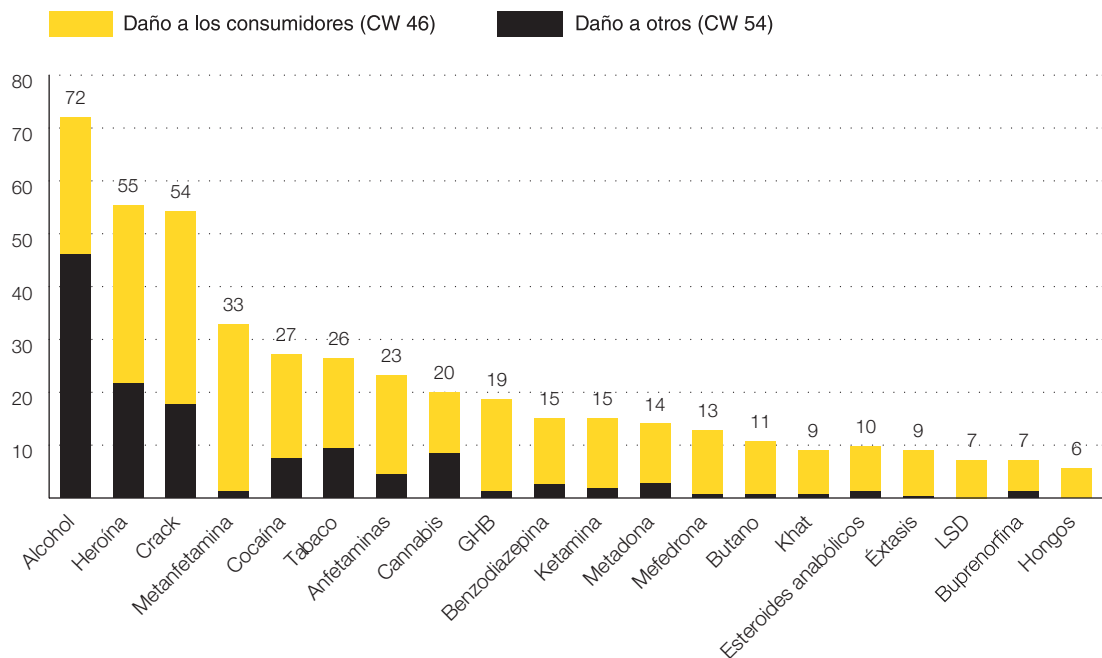
La gran extensión y el elevado prestigio social que tiene el consumo de bebidas alcohólicas en nuestra sociedad es producto del papel que históricamente ha tenido en Europa occidental tanto desde el punto de vista agrícola como económico, social y cultural.

Esta posición no se compadece con la información epidemiológica que demuestra el amplio abanico de daños y riesgos físicos, psicológicos y sociales relacionados con su consumo, en particular para los menores de edad. La Organización Mundial de la Salud (2010) señala que el alcohol es el tercer factor de riesgo individual para enfermar después del tabaco y la hipertensión, y la segunda causa generadora de años de vida con discapacidad en varones, solo por detrás de los trastornos depresivos.

David Nutt² y otros, en un análisis de decisión multicriterio sobre los daños ocasionados a la salud física, psicológica y social por el abuso de diferentes drogas con el objetivo de ordenarlas según la magnitud del daño causado, y en el que distinguen entre el ocasionado al consumidor y a otros, concluye que «el alcohol es la droga más dañina (daño puntuación global de 72), seguida de la heroína (55) y el crack (54)», ocupando el primer puesto en el daño a otros y el cuarto en el daño al usuario (Fig. 1).

El consumo de alcohol realizado antes de alcanzar la madurez física, psicológica y social denominado consumo temprano (en inglés *underage drinking*) es una conducta particularmente perjudicial para la salud, al ser este el momento vital en el que los/as niños/as, dependientes e «irresponsables» desde el punto de vista legal, inician la etapa de transición hacia la vida adulta en la que han de convertirse en personas con autonomía y plena responsabilidad.

Figura 1. Clasificación de las diferentes drogas según el daño ocasionado, distinguiendo el propio y el ajeno. Fte.: Nutt et al., 2010.



Las drogas están clasificadas según su «puntuación global de daño», mostrando por separado la contribución al daño global (100) del daño al usuario (en amarillo) y a otros (en negro). CW = peso acumulado de los criterios de «daño a los usuarios», CW 46, y de los criterios de «daño a otros», CW 54.

Concepto, riesgos, daños, dimensión y características del consumo temprano de alcohol

3.1. Concepto

El concepto de «consumo temprano» de alcohol tiene dos abordajes de distinta naturaleza: el empírico y el legal. En el segundo caso estaríamos hablando de todo consumo que se produce por debajo de la edad establecida por las leyes para poder consumir alcohol (18 años en nuestro medio) y aunque se ha relacionado en algunos estudios con conductas impulsivas, el que más nos interesa es el de base empírica, esto es, el que se fundamenta en estudios que inciden en la mayor vulnerabilidad bio-psico-social del consumidor y que se asocia a un mayor consumo que aquellas personas que se inician más tarde, y a una mayor probabilidad de desarrollar una conducta problemática y de abuso respecto al alcohol. Los autores que manejan este criterio^{5,6,7} sitúan esta edad *en el entorno de los 12-13 años y antes*.

La Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health afirma que:

*Las consecuencias negativas a corto y largo plazo producto del consumo temprano de alcohol son sorprendentes en su alcance y magnitud, afectando a los jóvenes, las personas de su alrededor y la sociedad en su conjunto.*⁸

3.2. Riesgos y daños

Consumir alcohol, **cualquiera que sea la cantidad consumida, implica riesgos en un cierto grado para todas las personas.**

El nivel de consumo de alcohol para mujeres menores de 65 años que implica menor riesgo es de cero o casi cero y en el caso de los hombres menores de 35 años el consumo que conlleva menor riesgo es cero. La «Guía de Recomendaciones clínicas sobre el consumo de alcohol: Programas clave de Atención Interdisciplinaria» -PCAI- señala que cualquier consumo en menores de edad es de riesgo. Los jóvenes son menos sensibles a los efectos sedantes y a los trastornos motores que produce el alcohol, lo que limita su percepción de riesgo ante el consumo y da lugar a mayores síntomas de excitación y menores de sedación en caso de embriaguez.

Figura 2

Esquema de daños ocasionados por el consumo de drogas a los consumidores y a terceras personas organizados según la dimensión física, psíquica y social. Fte.: Nutt et al., 2010.



La literatura científica acredita el amplio abanico de **riesgos y daños propios y ajenos**, con consecuencias en el **posterior desarrollo e integración social, que tiene el consumo temprano de alcohol.**

- a) **Mayor riesgo de desarrollar en el futuro hábitos de consumo problemáticos.** Hay una fuerte evidencia¹⁰ de que **cuanto más temprano comienza a beber alcohol una persona, más probable es que tenga problemas relacionados con el alcohol a lo largo de su vida**, incluyendo episodios de dependencia del alcohol, tasas más altas de lesiones, y menores niveles de logro académico y el empleo. La menor edad de inicio al consumo de alcohol (10-12 años) relaciona con un mayor nivel de consumo abusivo de alcohol a los 17-18 años¹¹. Investigaciones recientes muestran que más del 95% de adultos con adicción al alcohol en Estados Unidos de América comenzaron a beber antes de los 21 años¹².
- b) **Daño neuronal.** Múltiples investigaciones neuropsiquiátricas sugieren que durante la adolescencia el cerebro es particularmente susceptible a los efectos adversos del alcohol^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19}. Debido a su menor peso y talla, los niveles de alcohol en sangre son proporcionalmente más altos, a igualdad de consumo, que en adultos e igualmente, el daño cerebral es mayor. Este factor es generalizable a las diferencias morfológicas entre hombres y mujeres, por lo que **la perspectiva de género es igualmente relevante a estas edades.** Datos recientes²⁰ muestran la existencia de daño neuronal secundario al consumo intermitente de alcohol con alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje que se producen incluso con consumos no excesivamente grandes de alcohol,

pero que resultan dañinos para un cerebro todavía en desarrollo, como es el de los jóvenes hasta los 20 años de edad. Mediante técnicas de imagen (resonancia magnética funcional) ha podido comprobarse que el hipocampo es una de las áreas cerebrales más sensibles a los daños producidos por el consumo temprano de alcohol, afectando a su tamaño. Por contra, un inicio al consumo más tardío **y menores cantidades consumidas se relacionan con un hipocampo de mayor tamaño.**

- c) Se asocia con una **mayor vulnerabilidad de consumo de otras drogas y de desarrollar conductas adictivas.** El consumo de alcohol se asocia con mayor probabilidad de consumo de otras drogas tanto de comercio legal como el tabaco²¹ como ilegal²². El consumo de alcohol en la adolescencia interfiere en el proceso de maduración de estructuras cerebrales como el córtex prefrontal, decisivo en las funciones neurológicas ejecutivas y de la autorregulación de la conducta, y el circuito mesolímbico, relacionado con la motivación y la búsqueda de recompensas²³. La maduración asincrónica de estos sistemas puede hacer que los jóvenes sean más vulnerables a comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol, lo que puede favorecer el desarrollo de conductas adictivas²⁴.
- d) **Aumento del riesgo de accidentes, peleas y agresiones y de sus consecuencias negativas**²⁵. Diferentes estudios^{26, 27, 28} han observado que el alcohol está relacionado con los accidentes **de tráfico** en un 40% de los casos. En España, cerca del 64% de jóvenes entre 16 y 30 años admite que, durante los últimos seis meses, se ha subido a un coche en manos de alguien que había bebido «sustancialmente» alcohol²⁹. En Asturias, el porcentaje de jóvenes de 14 a 18

años que ha tenido un *Accidente de tráfico en los Últimos 12 meses y se ha emborrachado en los Últimos 30 días*, multiplica por 4 el de los que *no se ha emborrachado*. En el caso de los que han participado en *peleas o sufrido o realizado agresiones* el porcentaje se multiplica por 3³⁰.

- e) **Aumento del riesgo de muertes y lesiones.**
El alcohol está presente en un amplio abanico de daños físicos. La OMS destaca que las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar a personas relativamente jóvenes³¹. En Estados Unidos el alcohol se relaciona con el 38% de las muertes de menores de 21 años por accidentes de circulación, con el 32% en el caso de los homicidios y con el 6% en el caso de los suicidios³².
- f) **Aumento del riesgo de comportamientos sexuales de riesgo**, incluyendo el no deseado, no planeado, las relaciones sexuales sin protección y las relaciones sexuales con múltiples parejas, lo que a su vez aumenta el riesgo de **embarazos no deseados y de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS)**, incluida la infección por el VIH³³. Las relaciones sexuales entre jóvenes a menudo tienen lugar durante el fin de semana, igual que el consumo de alcohol.
- g) Aumento del riesgo de **llevar a cabo y/o de ser víctima de un asalto físico y sexual**³⁴.
- h) Se asocia con un mayor **fracaso escolar**³⁵. En Asturias se ha observado asociación entre el nivel de las *Notas Habituales* y la prevalencia de *Borracheras en los Últimos 30 días*; el porcentaje de jóvenes que *saca de forma habitual Suspenso* y se ha *emborrachado* en ese periodo de tiempo es más del doble de los que obtienen *Sobresaliente*³⁶.

- i) **Aumento del riesgo de daños a terceros.**
Además de incrementar los riesgos, daños y perjuicios propios, el consumo temprano de alcohol en los jóvenes causa efectos en terceros de diversa índole y gravedad; desde la destrucción de la **propiedad pública y privada** (vandalismo), pasando como ya se ha señalado por **lesiones no intencionadas, peleas y agresiones e incluso muertes**. Por ejemplo, en Estados Unidos alrededor del 45 por ciento de las personas que mueren en accidentes de tráfico provocados por un conductor menor de 21 años que se encuentra bajo los efectos del alcohol, son personas **distintas al conductor**³⁷.

3.3. Dimensión y características del consumo de alcohol en menores de edad

Además de los riesgos y daños relacionados con el consumo temprano de alcohol, hay una serie de **datos** en relación al consumo de drogas en general y específicamente de alcohol que **aconsejan afrontar una actividad preventiva de su consumo en población menor de edad**.

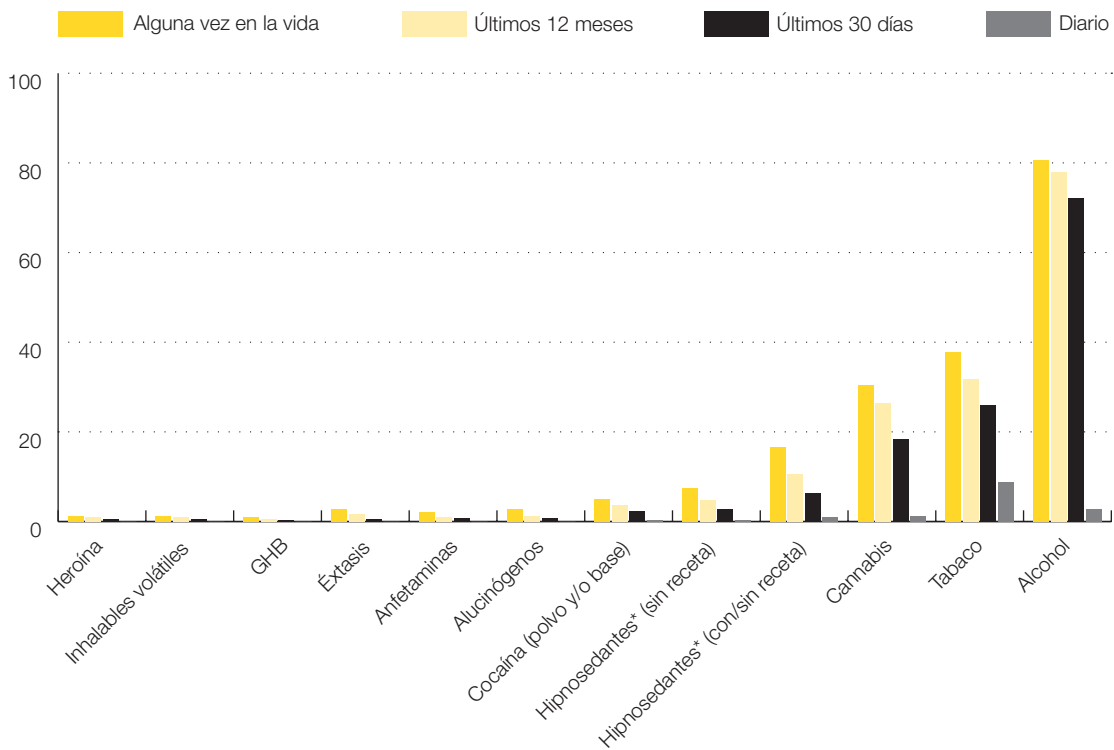
3.3.1. Dimensión del consumo de alcohol en menores de edad

En general, la opinión pública entiende por «consumo de drogas» el de sustancias como la heroína y sin embargo, en la población menor de edad, la única sustancia que presenta prevalencias de **consumo elevadas es el alcohol, siendo el consumo de otras drogas marginal** o inexistente.

Los resultados de la **Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias** -ESTUDES-, realizada por el Plan Nacional de Drogas y el Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias en estudiantes de 14 a 18 años, demuestran que el **alcohol es con**

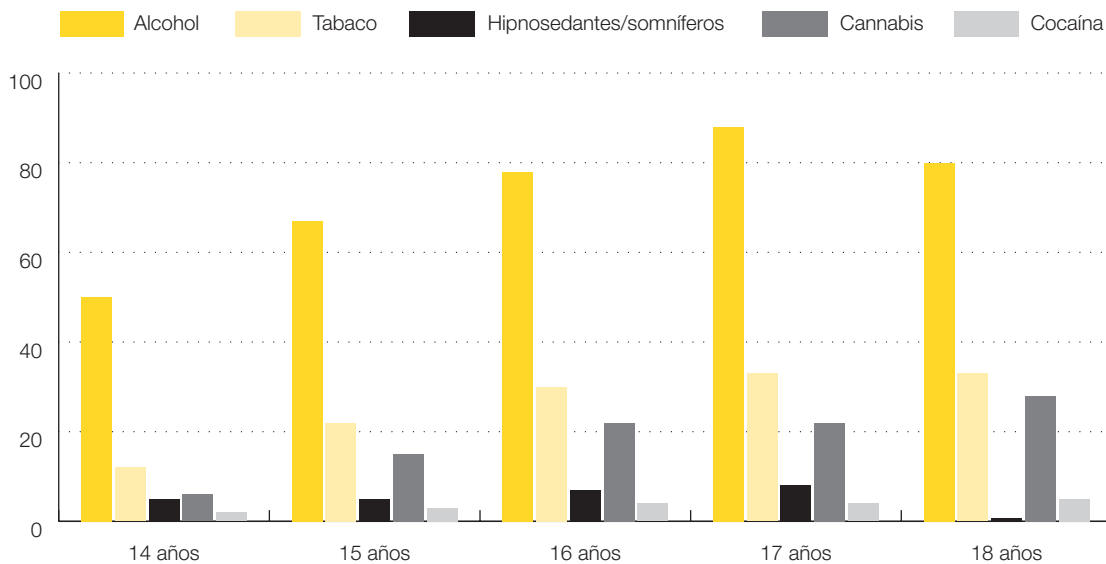
diferencia la sustancia de mayor prevalencia de consumo, superada únicamente en la tipología de consumo *diario* por el tabaco (Gráfico 1). Ocho de cada diez jóvenes asturianos de 14 a 18 años lo han consumido *Alguna vez en la vida* y siete de cada diez lo han hecho en los *Últimos 30 días*.

Gráfico 1: Porcentaje de población escolarizada de 14 a 18 años de Asturias según consumo de diferentes sustancias, por Sexo y Tipología de Consumo. Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.



De hecho, si observamos el «consumo realizado en los Últimos 30 días» de las drogas de mayor consumo (Gráfico 2) y distinguimos por **edad** vemos cómo el **alcohol destaca** claramente sobre el resto ya **a los 14 años**, momento en que el **50%** de los estudiantes encuestados afirma haberlo consumido en ese lapso de tiempo, por solo el 13% que ha fumado tabaco.

Gráfico 2: Porcentaje de población escolarizada de 14 a 18 años de Asturias según consumo en los Últimos 30 días de las drogas de mayor prevalencia de consumo, por Edad. Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.



3.3.2. Patrones de consumo de riesgo: borracheras, «binge drinking» o atracones

Además de las borracheras como intoxicación etílica, en los primeros años del presente siglo el Observatorio Español sobre Drogas detectó un nuevo patrón de consumo de riesgo entre los jóvenes españoles, definido por la ingesta de **gran cantidad de alcohol en escaso tiempo**, principalmente los fines de semana, realizado en el contexto del grupo de iguales **con el objetivo de «colocarse», y con un importante matiz de falta de control**³⁸. Este patrón se caracteriza por **picos de incidencia** entre los jóvenes, **igualación del consumo entre sexos, rejuvenecimiento del perfil de los bebedores abusivos y escasa percepción de riesgo**. En nuestro país este modelo se conoce como *atración o consumo intensivo de alcohol y la literatura anglosajona lo denomina binge drinking o heavy episodic drinking*³⁹.

A pesar de no existir consenso internacional a la hora de operativizar el término, ya que aspectos como las diferencias entre países en los gramos de alcohol de las Unidades de Bebida Estándar^a –UBE– dificultan el acuerdo, las revisiones bibliográficas han concluido

que una definición adecuada del patrón de *consumo intensivo de alcohol* debe integrar las variables *cantidad y frecuencia* y, además, tener en cuenta las *consecuencias negativas* asociadas al mismo (Ver Glosario de Términos, página 83).

Diversos autores han puesto de manifiesto que **sus consecuencias sociales y sanitarias son tan, o incluso más, importantes que las derivadas del consumo de riesgo regular**⁴¹. **Se asocia con una mayor frecuencia de todas las conductas de riesgo:** accidentes de tráfico, peleas, sexo sin protección, no llevar casco, suicidios, etc. Los jóvenes que presentan episodios repetidos de consumo intensivo de alcohol suelen tener **más problemas con el alcohol cuando son adultos**⁴².

Los episodios de ebriedad en menores presentan unas frecuencias elevadas en cualquiera de sus dos formas, borracheras o atracones. *En los últimos 30 días* como **mínimo uno de cada cuatro** declara haber experimentado un episodio etílico, con **igualdad entre sexos** y aumentando casi exponencialmente a partir de los 14 años (**Tabla 1**).

Tabla 1: Porcentaje de población escolarizada de 14 a 18 años de Asturias que se ha emborrachado y realizado binge drinking en diferentes horizontes temporales, por Sexo y Edad. Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.

	Chicos	Chicas	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años	Total
Borracheras Alguna vez en la vida	51,0	56,8	21,9	41,2	56,6	75,2	74,1	53,8
Borracheras Últimos 12 meses	45,0	47,2	17,2	35,5	48,8	67,0	62,2	46,1
Borracheras Últimos 30 días	27,4	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0
Atracones Últimos 30 días	39,4	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0	51,0

a. En España una «Unidad de Bebida» es igual a 10 gramos de etanol puro (Saunders y Cols. 1992), y en Inglaterra equivale a 8 grs. (Altisent y Cols.) MSSSI. <http://www.msssi.gov.es/campannas/campannas07/alcoholmenores9.html>

3.3.3. Edad de inicio al consumo

Otro factor relevante que aconseja la intervención preventiva del consumo de alcohol en edades pre y jóvenes es la **edad de inicio al consumo**.

Según los resultados en Asturias de la encuesta ESTUDES 2014-15 (Tabla 2), casi un **4% de los jóvenes** estudiantes asturianos de enseñanzas secundarias, sobre todo chicos, dice haber comenzado a **consumir alcohol entre los 6 y los 11 años**. Este porcentaje

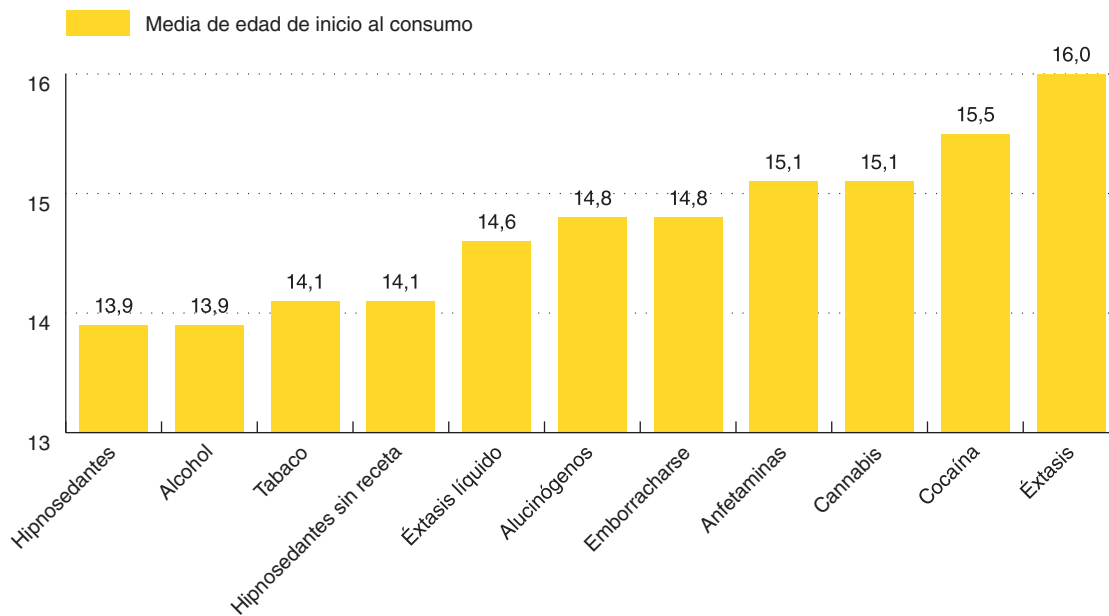
se incrementa de forma exponencial **a partir de los 12 años, edad en la que dice haber comenzado a beber alcohol cerca del 10%**, que pasa a ser el **22,6%** a los **13 años**, edad en la que además las chicas (23,1%) se incorporan al consumo y superan a los chicos (22,2%). **El mayor porcentaje de jóvenes que dicen haber comenzado a consumir alcohol a una edad determinada son los 14 años**, donde además es bastante mayor el porcentaje de chicas, 36,4%, que de chicos, 26,6%. A partir de los 15 años y siguientes, el porcentaje de jóvenes que comienzan a beber alcohol desciende.

Tabla 2: Porcentaje de población escolarizada de 14 a 18 años de Asturias según la edad a la que comenzaron a beber, por Sexo. Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.

	Chicos	Chicas	Total
6 años	0,1	0,0	0,1
7 años	0,1	0,0	0,1
8 años	0,3	0,0	0,1
9 años	0,3	0,1	0,2
10 años	2,0	0,7	1,3
11 años	2,8	1,4	2,1
12 años	11,0	7,2	9,1
13 años	22,2	23,1	22,6
14 años	26,2	36,4	31,5
15 años	25,4	18,3	21,9
16 años	8,1	10,1	9,1
17 años	0,4	2,6	1,5
18 años	0,7	0,0	0,3
	100,0	100,0	100,0
n	717	720	1437

De acuerdo con estos datos, la **media de edad inicio al consumo de alcohol** es, junto con los hipno-sedantes/somníferos, **la más baja de todas las drogas (Gráfico 3)**, situándose en **los 13,9 años**, sin diferencias significativas por sexo; **13,8 años ellos y 14 ellas**.

Gráfico 3: Media de Edad de Inicio al consumo de las diferentes drogas entre la población escolarizada de 14 a 18 años de Asturias.
Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.



Si en vez de la edad de inicio al consumo de alcohol preguntamos por la **edad de inicio de las borracheras** el resultado que obtenemos es **similar en cuanto al modelo**, aunque con **1 año de retardo**.

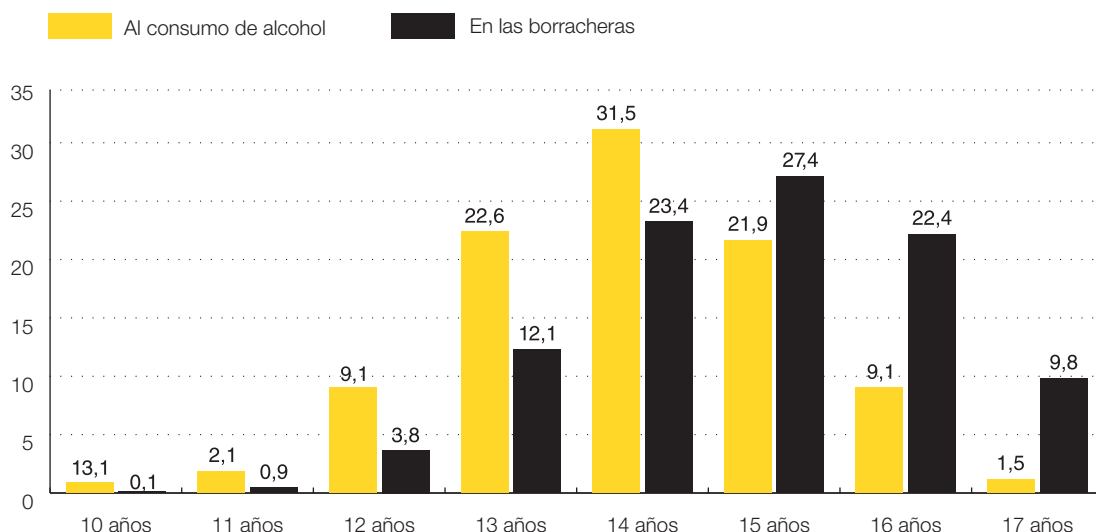
Es decir, si el primer porcentaje relevante (en torno al 10%) en el inicio al consumo de alcohol se produce a los 12 años, en las borracheras se observa a los 13. Si allí los porcentajes mayoritarios (20-30%) se observaban a los 13, 14 y 15 años, aquí es a los 14, 15 y 16 años (**Tabla 3**).

Tabla 3: Porcentaje de población escolarizada de 14 a 18 años de Asturias según la media de edad a la que se emborracharon por primera vez, según Sexo. Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.

	Chicos	Chicas	Total
6 años	0,2	0,0	0,1
10 años	0,2	0,0	0,1
11 años	1,7	0,2	0,9
12 años	6,0	1,6	3,8
13 años	10,1	14,0	21,1
14 años	20,2	26,5	23,4
15 años	31,1	23,9	27,4
16 años	22,1	22,7	22,4
17 años	8,4	11,1	9,8
	100,0	100,0	100,0
n	466	494	960

En el siguiente gráfico podemos visualizar cómo la incorporación al consumo de alcohol y a las borracheras se produce de forma progresiva a partir de los 10 años y el retardo de un año entre la primera y la segunda conducta.

Gráfico 4: Porcentaje de jóvenes escolarizados de 14 a 18 años según la Media de Edad de inicio a la que comienzan a beber alcohol y a emborracharse. Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.



En base a este proceso podemos **categorizar las distintas fases de acceso** según las edades de inicio tanto **al consumo de alcohol como al de las borracheras**, con el objetivo de ajustar los mensajes a la edad y fase de consumo. Así distinguimos:

1. Una fase o etapa Previa en la que el 99% de los jóvenes ni ha consumido alcohol ni se ha emborrachado. Esta fase previa acaba a los 9 años para el inicio al consumo de alcohol y llega a los 11 años para las borracheras.

2. A continuación podemos hablar de una **etapa Precoz**, en la que alrededor de un 3% de chicos y chicas se inician tanto en el consumo como en las borracheras, situada entre los 10-11 años en el primer caso y en los 12 en el segundo.

3. La fase que denominamos de **Entrada**, en la que el porcentaje de jóvenes que se inician tanto al consumo de alcohol como a las borracheras **alcanza el 10%**, manteniéndose el retardo de un año entre observado en las fases anteriores; 12 años para el inicio al consumo y 13 para las borracheras.

4. La siguiente etapa es la que denominamos de **Asentamiento** en la que entre un 20 y un 30% de los chicos y chicas comienzan tanto a beber como a las borracheras. Esta fase va de los 13 a los 15 años para el inicio al consumo y de los 14 a los 16 para las borracheras.

5. La última de estas fases la denominamos **Estándar** por corresponder al momento en que tanto el porcentaje de jóvenes que se inician en el consumo como a las borracheras disminuye. En el caso del inicio al consumo esta fase abarca de los 16 a los 18 años, mientras que para las borracheras va de los 17 a los 18.

Tabla 4: Etapas o fases ante el consumo de alcohol y las borracheras según la Edad. Elaboración propia a partir de los resultados para Asturias de la encuesta ESTUDES 2014-15.

	Inicio al consumo de alcohol		Inicio en las borracheras	
	Etapas	Comentarios	Etapas	Comentarios
6 años	Previa	Menos del -1% confiesa haber comenzado a beber en estas edades.	Previa	Menos del -1% confiesa haberse emborrachado a estas edades.
7 años				
8 años				
9 años	Precoz	Se detectan los primeros contactos con el alcohol ($\pm 3\%$), de forma casi exclusiva en chicos	Precoz	Se detectan las primeras borracheras ($\pm 3\%$), de forma casi exclusiva en chicos
10 años				
11 años	Entrada	Se detecta ya un número relevante de iniciadores ($\pm 10\%$), más aún en chicos.	Entrada	Se detecta ya un número relevante de primeras borracheras ($\pm 10\%$), más en chicas.
12 años				
13 años				
14 años	Asentamiento	Se produce de forma masiva el inicio al consumo en estas edades (20/30%). Las chicas se incorporan mayoritariamente.	Asentamiento	Se produce de forma masiva el inicio en las borracheras en estas edades (20/30%). Equiparables chicos y chicas.
15 años				
16 años	Estándar	El número de nuevas incorporaciones se reduce considerablemente (-10%).	Estándar	El número de nuevas borracheras se reduce considerablemente (-10%).
17 años				
18 años				

En esta taxonomía, es **importante** tener presente que **por sexo**, el porcentaje de **chicas** supera al de chicos **a los 13 y 14 años** tanto en la edad en que comenzaron a beber como en la edad de inicio en las borracheras, lo que señala que la **incorporación al consumo de alcohol de las chicas se concentra o intensifica en estas dos edades**.

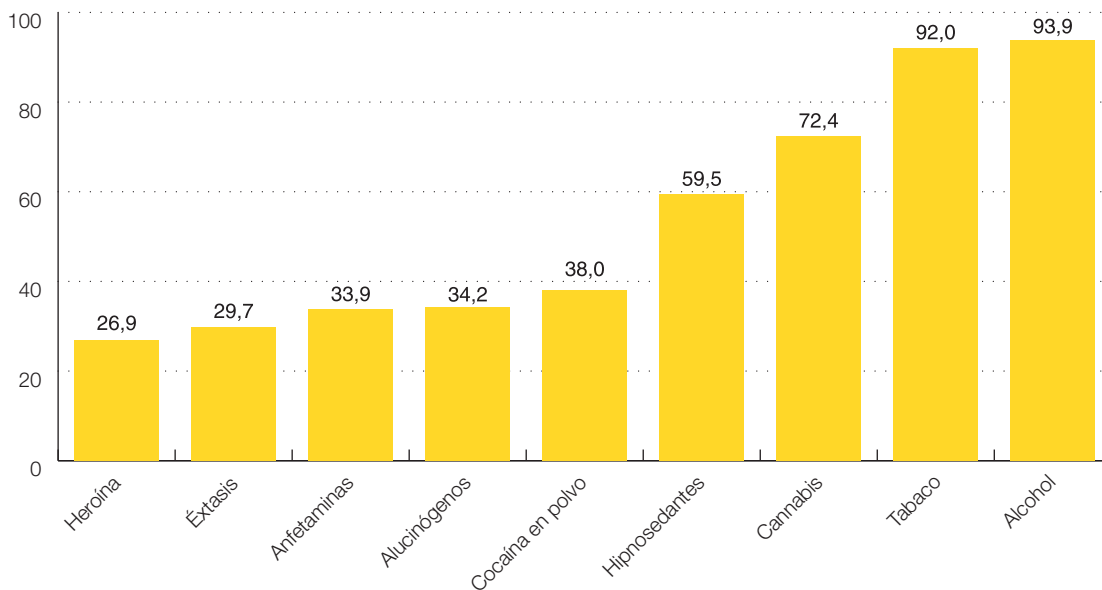
3.3.4. Accesibilidad

La mayor o menor facilidad para conseguir una droga es un factor de protección/riesgo que correlaciona positivamente con la prevalencia de consumo, de tal forma que **a mayor accesibilidad mayor consumo y viceversa**. Esta relación tiene tanta fuerza que en las estrategias de reducción y prevención del consumo de drogas en

general y del alcohol en particular, una de las que cuenta con mayor evidencia es **dificultar el acceso**. La OMS destaca respecto al alcohol que intervenir **sobre la demanda** a través del aumento de precios o restringiendo la venta en horas y espacios determinados para **dificultar su accesibilidad** «son dos de **las estrategias más rentables para países y comunidades para reducir o prevenir los daños relacionados con el alcohol**»⁴³.

Por este motivo, la **Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias** pregunta específicamente sobre este aspecto y como no puede ser sorprendente en coherencia con todo lo señalado, **el alcohol es la droga de más fácil acceso para los menores de edad**; cerca del 95% de los jóvenes asturianos de 14 a 18 años cree que les resulta fácil o muy fácil conseguirlo.

Gráfico 4: Disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años; proporción de estudiantes que piensa que sería Relativamente Fácil o Muy Fácil conseguir cada droga (%). Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.



En atención a reducir esta alta accesibilidad, la **Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de Atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas** incorpora una serie de **medidas para dificultar el acceso al alcohol de menores de 18 años** en concreto prohibiendo la **venta y el consumo, así como la publicidad y promoción** de bebidas alcohólicas dirigidas a esta población.

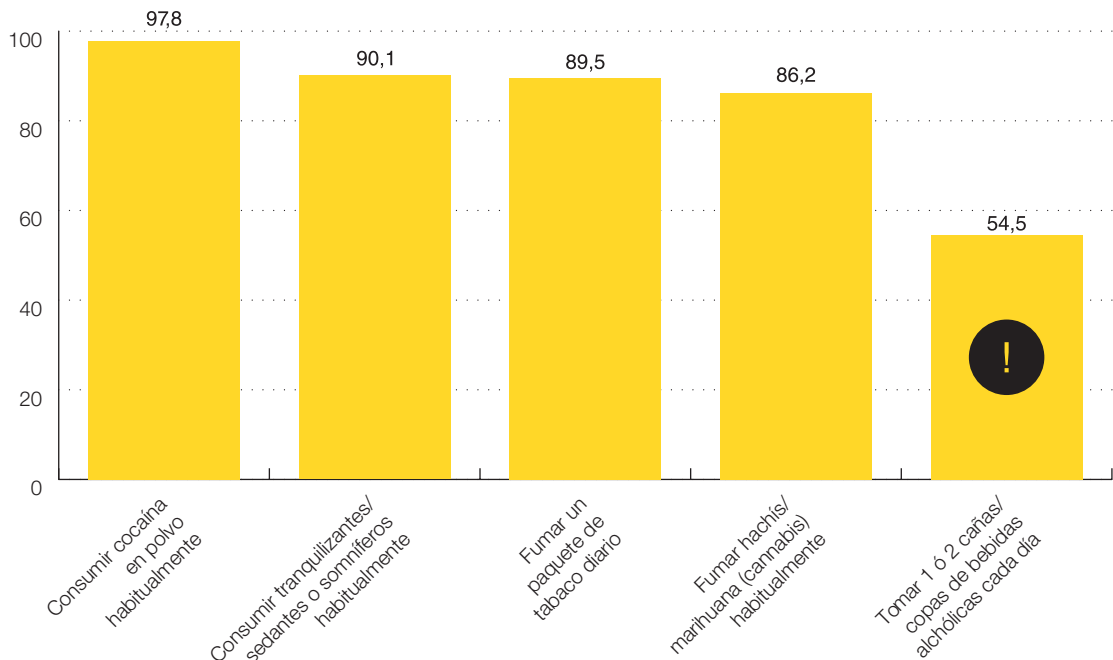
3.3.5. Percepción del riesgo

El menor o **mayor riesgo para la salud** física, psicológica o social que **las personas atribuyen al consumo de una droga** es un factor de riesgo/protección

que correlaciona negativamente con su consumo; es decir, **a mayor percepción del riesgo menor probabilidad de consumo y viceversa**⁴⁴.

Desde siempre, el riesgo para la salud que la población adulta asocia con el consumo de alcohol es el más bajo de todas las drogas y en los **menores de edad esta baja percepción del riesgo se acentúa**. Según la última edición de la ESTUDES, solo la mitad de los jóvenes asturianos escolarizados de 14 a 18 años considera que **beber diariamente 1 o 2 copas** de bebidas alcohólicas puede tener *bastantes o muchos problemas* para la salud o de otro tipo, mientras que, ese porcentaje sube al 90% para el *consumo habitual de tranquilizantes/sedantes o para al consumo de un paquete de tabaco a diario*.

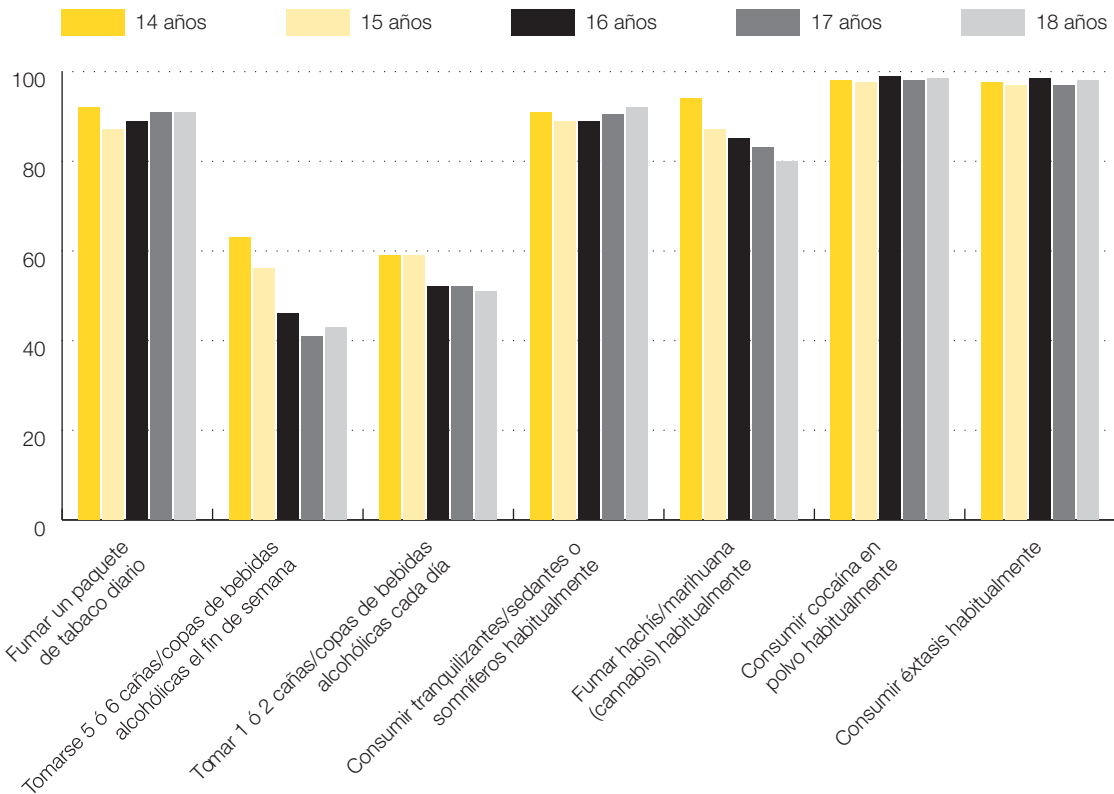
Gráfico 4: Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de algunas sustancias psicoactivas; proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar Bastantes+Muchos problemas de salud o de otro tipo (%).
Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.



Por **edad**, la **percepción del riesgo ante el consumo de alcohol** siendo la más baja de todas las drogas, **disminuye de forma significativa entre los 14 y los 16-17 años**, estabilizándose o aumentando a los 18, **evolución que no se observa**

con el tabaco ni los tranquilizantes, también sustancias de comercio legal, ya que **en ambas la percepción de riesgo se mantiene alta con el paso de los años, e incluso aumenta ligeramente (Gráfico 5).**

Gráfico 5: Riesgo percibido por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años ante el consumo de algunas sustancias psicoactivas; proporción de estudiantes que piensan que esa conducta puede causar Bastantes+Muchos problemas de salud o de otro tipo, según Edad (%). Fte.: ESTUDES, Asturias, 2014-15.



El hecho de que a los 17 o 18 años (edad legal de consumo), la percepción del riesgo que los jóvenes tienen ante el consumo de drogas se incrementa o deje de bajar, parece **respaldar la importancia de llevar a cabo actividades preventivas a los 10 y 13 años**, con el objetivo de **aumentar y reforzar la percepción del riesgo** como **factor de protección** ante el consumo de alcohol.

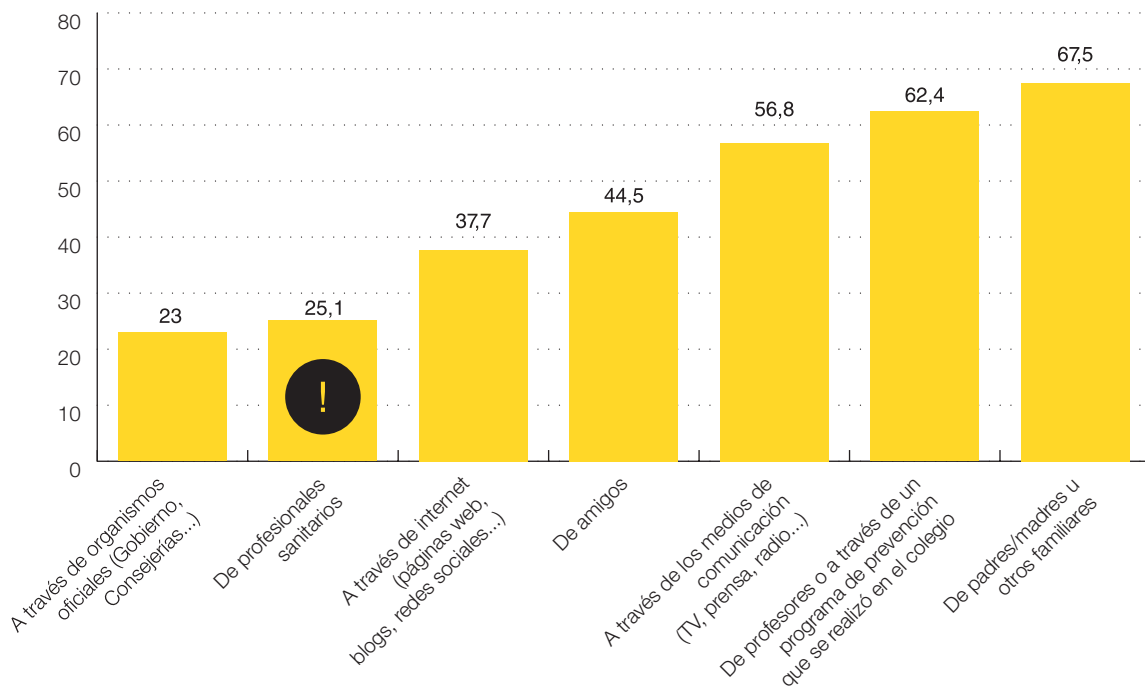
3.3.6. Canales de información sobre las drogas y su valoración por los jóvenes

Uno de los aspectos que justifica por sí misma la prevención sobre el consumo de alcohol en pediatría de

atención primaria es la relacionada con la valoración que hacen los jóvenes de las **vías de información sobre drogas**.

Los **profesionales sanitarios son la fuente o vía de información que los propios jóvenes consideran como más apropiada para recibir mejor información y más objetiva**. Sin embargo solo **uno de cada cuatro** afirma haber recibido información sobre el tema por ésta vía, tal y como podemos comprobar en el siguiente gráfico, relación que **desciende a uno de cada cinco** en los de 14 años.

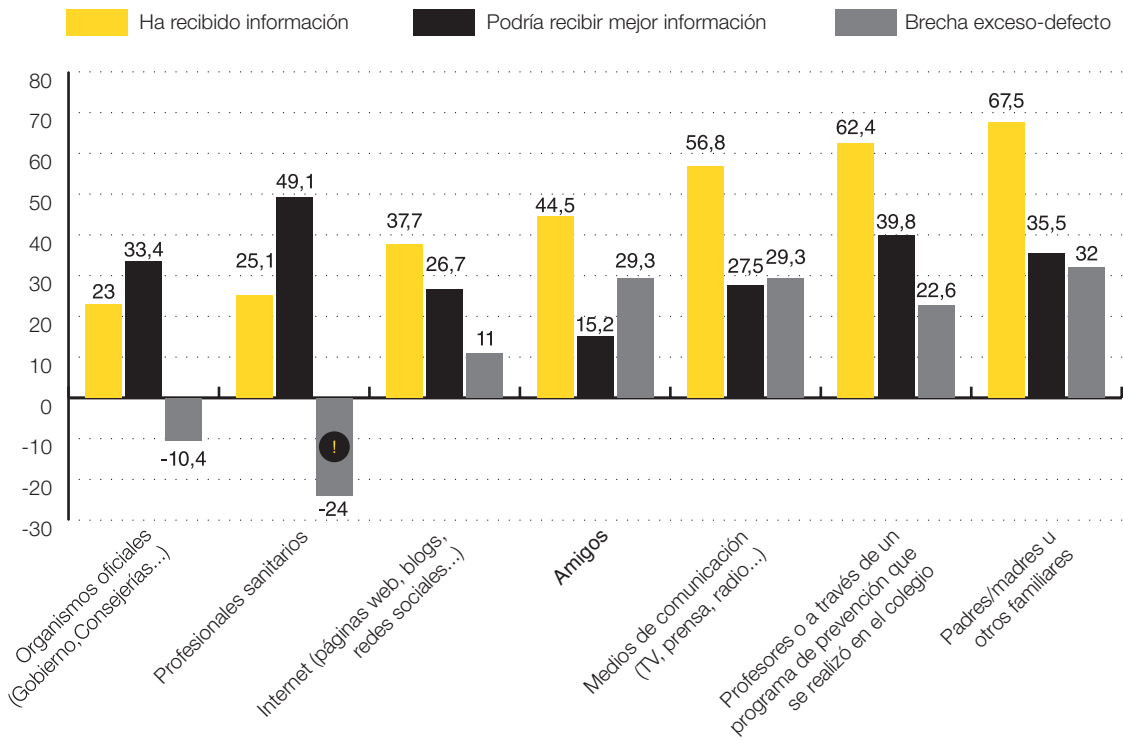
Gráfico 6: Porcentaje de jóvenes estudiantes de 14 a 18 años según las Vías por las que han recibido información sobre drogas (%). ESTUDES, Asturias 2014-15.



De hecho, si obtenemos la **diferencia** entre los valores de la primera variable «**Vía por la que Ha recibido información**» y los de la segunda «**Vía por la que podría obtener mejor información**», obtenemos un **resultado** que en el caso de ser

positivo, señalaría la fuente de la que los jóvenes reciben **más información de la que les gustaría**, y que en el caso de ser **negativa**, señalaría la vía en la que **reciben menos información sobre drogas de la que les gustaría**.

Gráfico 7: Porcentaje de jóvenes estudiantes de 14 a 18 años según Vía por la que ha recibido información sobre drogas, Podría recibir mejor información y más objetiva y Brecha entre ambas (%). ESTUDES, Asturias 2014-15.



Desagregando la misma operación por **sexo** podemos señalar que son **las chicas las que más parecen echar en falta la información** sobre drogas proveniente de los profesionales sanitarios.

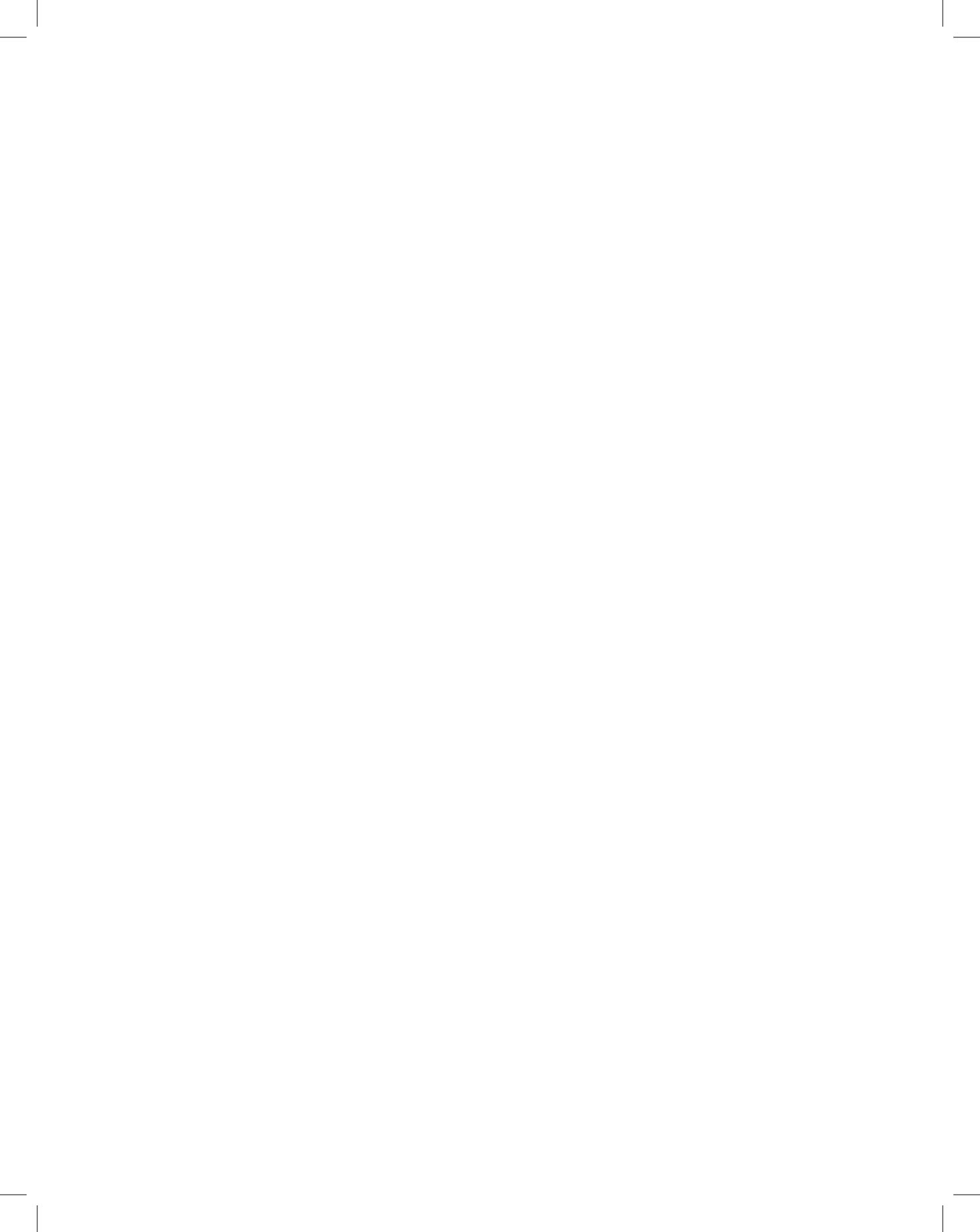
Según la **edad**, en general **todos echan de menos más información sobre drogas proveniente de los profesionales sanitarios**, ya que prácticamente 1 de cada 2 manifiesta que *Podría recibir mejor información* y más objetiva, superando el 50% a los 16 y 17 años seguido del **48% a los 14**.

Tabla 5: Porcentaje de jóvenes estudiantes de 14 a 18 años según Ha recibido información, Podría recibir mejor información y Brecha entre ambas en relación a los Profesionales sanitarios (%). ESTUDES, Asturias 2014-15.

	Vía de Información «Profesionales sanitarios»						
	Sexo		Edad				
	Chicos	Chicas	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Ha recibido información	27,2	22,8	20,9	24,1	24,1	25,7	30,3
Podría recibir mejor información	45,7	52,8	47,9	45,1	54,8	52	45,8
Brecha exceso-defecto	-18,5	-30,0	-27,0	-21,0	-30,7	-26,3	-15,5

3.4. Fundamentos para llevar a cabo un programa de prevención del consumo temprano de alcohol en atención primaria de pediatría

- El consumo de alcohol realizado antes de alcanzar la madurez física, psicológica y social o *consumo temprano* es una conducta con un amplio rango de riesgos y daños a corto, medio y largo plazo para la salud física, psicológica y social de los menores.
- El alcohol es la **droga de consumo más extendido** entre los y las menores de edad.
- Las **borracheras y los atracones** de alcohol son **muy frecuentes** en esta población e iguales entre los sexos.
- La **media de edad de inicio** al consumo de alcohol situada en los **14 años** y sin diferencias por sexo, es la más baja de todas las drogas. En base a esto, es **fundamental intervenir preventivamente en las edades** en las que los chicos y chicas **están a punto de comenzar o apenas han comenzado** y no solo para aumentar la edad de inicio y reducir los riesgos y daños asociados, sino por que además, al ser la droga de inicio más temprano, el alcohol es la **puerta de entrada al consumo de otras sustancias**, por lo que de esta forma probablemente **estaremos retrasando y reduciendo también el consumo de otras drogas**.
- La **percepción del riesgo** asociado al consumo de alcohol es **la más baja de todas las drogas**, por tanto un objetivo básico de salud pública es **aumentar esta percepción del riesgo** en las **edades previas a la edad de inicio** al consumo.
- Los **profesionales sanitarios son la vía por la que menos información sobre drogas reciben los jóvenes en comparación con la que les gustaría recibir**, dato que justificaría por sí solo una intervención preventiva en atención primaria.
- De acuerdo con lo señalado y dado que en Asturias las **revisiones obligatorias en pediatría** están programadas a los **10 y a los 13 años**, estos momentos coinciden exactamente con la **Fase Precoz** (10/11 años) y la **Fase de Asentamiento** (13/15 años) del consumo de alcohol, lo que **subraya la importancia de llevar a cabo intervenciones preventivas en estas edades**.



Modelos y niveles de prevención

4.1. Modelos de prevención

En las intervenciones **preventivas** del consumo de drogas se distingue entre las orientadas a **reducir el consumo** o la *demanda*, y las dirigidas a **reducir la oferta** o *disponibilidad/accesibilidad* de la sustancia.

Las dirigidas a reducir el consumo son las conocidas popularmente como preventivas dado que su objetivo es «advertir o prevenir» sobre los riesgos y daños del consumo en cualquier dimensión de la salud. A este tipo de actividades corresponden las habituales realizadas en la escuela, los medios de comunicación, el entorno familiar, laboral o los servicios asistenciales, etc...

Las orientadas a reducir la oferta pertenecen más al ámbito legal, administrativo, policial, judicial,⁴⁵ etc. y tienen gran impacto en el comportamiento de las personas ante el consumo, ya que la mayor o menor facilidad para conseguir una droga es un factor de protección/riesgo que correlaciona positivamente con la prevalencia de consumo, de tal forma que a mayor accesibilidad mayor consumo y viceversa.

En atención a reducir la accesibilidad del alcohol para los menores, la Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de Atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas incorpora una serie de medidas para dificultar el acceso al alcohol de menores de 18 años en concreto prohibiendo la venta y el consumo, así como la publicidad y promoción de bebidas alcohólicas dirigidas a esta población.

4.2. Niveles de prevención

En las actividades preventivas, la terminología propuesta por Caplan desde un punto de vista individual distingue entre primaria, secundaria y terciaria, que equivale de modo muy sintético a prevenir, curar y rehabilitar. Gordon, citado por Becoña en base a criterios poblacionales diferencia entre prevención universal, selectiva e indicada.

La prevención universal sería aquella que puede dirigirse a todos los jóvenes, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Se incluirían aquí los programas preventivos que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, factores protectores que, como veremos en el correspondiente apartado, más eficacia preventiva han acreditado por la evidencia.

La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de jóvenes que tienen un riesgo de ser consumidores mayor que el promedio de los jóvenes, identificados como grupos de riesgo. Finalmente, la prevención indicada es más intensiva y más costosa, dirigida a un subgrupo concreto que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento.

La intervención que proponemos pertenece al tipo de reducción del consumo o de la demanda, de nivel universal y con un enfoque centrado en la formación y/o las actitudes y en las competencias para la toma de decisiones.

Factores de riesgo y de protección

Teresa Laespada et al⁴⁹ señalan que el enfoque de los factores de riesgo fue adoptado desde la investigación biomédica y dirigido hacia la identificación de aquellos **factores bio-psico-sociales, del comportamiento y del medio ambiente, asociados con la aparición de un problema de salud**. La literatura sobre el papel que juegan los factores protectores y de riesgo en el adolescente a la hora de explicar el consumo de alcohol en particular y de las drogas en general es muy amplia⁵⁰.

- **Factores protectores**, definidos como «un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental **cuya presencia inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso** de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas»⁵¹.
- **Factores de riesgo**, definidos como «un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental **cuya presencia incrementa la probabilidad del uso y/o abuso** de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas».

Durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación sobre la etiología del abuso de sustancias en la adolescencia, proponiéndose múltiples explicaciones teóricas⁵².

El **modelo de creencias de salud** de Becker⁵³ resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones. La **teoría del aprendizaje social** de Bandura⁵⁴ recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Los **teóricos de la personalidad** subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo la teoría de la auto-depreciación de Kaplan⁵⁵ otorga un papel central a las carencias afectivas de la persona. Otras teorías, como el **modelo de desarrollo social** de Hawkins y Weis⁵⁶, analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. También se han planteado **propuestas integradoras**, como la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor⁵⁷, que intentan conjugar múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia.

Estas características personales, sociales, familiares, etc. permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento.

En conjunto los estudios han identificado **numerosos factores de riesgo** del consumo de drogas en la adolescencia, así como **factores protectores** que reducen la probabilidad del abuso de sustancias⁵⁸.

Sonia Moncada, citada por Becoña⁵⁹, recoge las siguientes **conclusiones** sobre la función que desempeñan los **factores de riesgo y de protección en el campo de la prevención**:

- I. A **mayor concentración** de factores, **mayor será el riesgo o la protección**. Mientras más son los riesgos a los que está expuesto un niño, mayor es la probabilidad de que abuse de las drogas. Por tanto, un **objetivo básico** de la prevención es **cambiar el balance entre los factores de riesgo y los de protección de manera que los de protección superen a los de riesgo**.
- II. Existen **diferentes factores de riesgo para las distintas drogas**: por ejemplo, un alto nivel de depresión se asocia con el uso de drogas como la heroína o el alcohol, pero no con el consumo de otras como el cannabis.
- III. En general lo que muestran los estudios es una **agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo**.
- IV. **Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante** a lo largo del desarrollo, mientras que **otros agudizan su impacto en determinadas edades**. Ej., presión de grupo. Del mismo modo que algunos factores de protección, como un fuerte vínculo entre padres e hijos, pueden tener un impacto mayor en reducir los riesgos durante los primeros años de la niñez.
- V. Algunos factores son **más remotos**; son causas relativamente indirectas de la conducta, aunque no por ello menos importantes, sino que su efecto está mediado por otros que son **más próximos**. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo.

VI. Se han encontrado **factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas** o desadaptadas, como los embarazos no deseados, el fracaso escolar, la violencia, la delincuencia juvenil. Algunas de estas conductas, además, predicen el uso problemático de drogas.

5.1. El enfoque de los factores de riesgo y de protección en relación a la prevención dirigida a jóvenes

Los programas de prevención planteados como **intervención temprana** tratan de **fortalecer los factores de protección** antes de que se desarrollen los problemas de conducta. En relación con los jóvenes es necesario tener presente que:

- El **impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad**. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen un impacto mayor en un niño más joven, mientras que la asociación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente⁶⁰.
- Una **intervención temprana sobre los factores de riesgo** (Ej., conducta agresiva y un auto-control deficiente) **a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía**, al cambiar la trayectoria de la vida del niño alejándole de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas.
- **Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales** (Ej., el tabaco o el alcohol) por menores; el uso de drogas ilegales

(Ej., la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (Ej., los inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.

5.2. El enfoque de los factores de riesgo y de protección en relación a la prevención del consumo de alcohol dirigida a familias

La Recomendación (2006)¹⁹ del Consejo de Europa define el **desempeño positivo del rol parental** como «el conjunto de conductas parentales que procuran el bienestar de los niños y su desarrollo integral desde una perspectiva de cuidado, afecto, protección, enriquecimiento y seguridad personal, de no violencia, que proporciona reconocimiento personal y pautas educativas e incluye el establecimiento de límites para promover su completo desarrollo, el sentimiento de control de su propia vida y puedan alcanzar los mejores logros tanto en el ámbito familiar como académico, con los amigos y en el entorno social y comunitario».⁶¹

En base a este modelo y en relación al trabajo con las familias en actividades preventivas es necesario tener en cuenta que:

- Las actuaciones de prevención para familias deben orientarse a **mejorar la compenetración y las relaciones familiares**.
- **La supervisión y el establecimiento de normas y límites claros en relación al consumo de drogas por parte de los padres es esencial para prevenir el abuso**⁶². En este sentido debe potenciarse el *establecimiento de reglas*, el elogio de *conductas saludables* y la *disciplina moderada y consistente* que hace respetar las reglas familiares.
- **La educación y la información sobre las drogas para los padres o los cuidadores refuerza lo que los niños están aprendiendo** sobre los efectos dañinos de las drogas y **brinda la oportunidad para la discusión familiar** sobre el abuso de sustancias legales e ilegales.

En las páginas siguientes,
Tabla 6. Factores de riesgo y protección ante el consumo de alcohol

Tabla 6. Factores de riesgo y protección ante el consumo de alcohol

Síntesis de los Factores de riesgo y protección ante el consumo de alcohol		
Ámbito	de Riesgo	de Protección
Personal / psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Déficits y problemas del adolescente; inseguridad, baja autoestima, pobre valoración, locus de control externo, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. • Rebeldía, actitud de rechazo hacia la autoridad. • Tolerancia ante la desviación. • Bajo compromiso con la escuela y escasos logros. • Desinformación y prejuicios. Falta de conocimiento o información errónea. • Creencias, actitudes y valores positivas hacia el consumo de alcohol. • Falta de auto-eficacia para rechazar las ofertas de alcohol. • Género masculino. • Antecedentes familiares de alcoholismo y/o trastorno mental. • Escasas habilidades de relación social. • Escaso autocontrol, irreflexibilidad. • Bajo rendimiento escolar. • Alta autoestima social (jóvenes con un mejor concepto y valoración de sí mismos en el ámbito de las relaciones sociales, que se consideran competentes socialmente y que tienen facilidad para hacer amigos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad, autoestima. • Género femenino. • Autosatisfacción con los logros personales. • Recompensas por implicación en la escuela. • Asertividad. • Valores normativos. • Autocontrol. • Habilidades de relación social. • Participación en actividades de tipo comunitario. • Establecimiento de metas y objetivos a medio y largo plazo.

Ámbito		de Riesgo	de Protección
Ambiental / social	Nivel Micro (familia, amigos)	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel socioeconómico y educación de los padres mínima. • Desintegración familiar y conflicto con mala relación y/o violencia verbal y/o física. Bajo apego en la crianza. • Pobre valoración del adolescente dentro de la familia. • Inestabilidad socio/laboral. • Estilos educativos inadecuados. • ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento y una organización familiar rígida. • Baja supervisión y/o permisividad; falta de reglas de los padres sobre el consumo de alcohol. • Falta de comunicación y clima familiar conflictivo • Actitudes favorables en la familia al consumo de alcohol/drogas • Liderazgo familiar antisocial. • Consumo de alcohol del grupo de iguales. • Conducta antisocial de los iguales • Disponibilidad alta de alcohol en el entorno familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo de los padres alto. • Cohesión familiar, con buena relación y ambiente tranquilo; apego familiar. • Autoestima familiar; valoración e imagen positiva del adolescente en el entorno familiar. • Supervisión y control, con normas claras contra el consumo de alcohol de los menores. • Oportunidades y refuerzos por la implicación familiar. • No consumo en el grupo de iguales. • Dificultad de acceso al alcohol en el entorno familiar. • Modelos de liderazgo adaptados.
	Nivel Meso (barrio, colegio)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad percibida de alcohol en la comunidad. • Normas culturales favorables sobre el consumo. • Percepción de aprobación del consumo por parte de los adultos. • Percepción de aprobación del consumo por parte de los compañeros. • Consumo alto en la comunidad. • Desorganización comunitaria. • Transiciones y movilidad elevadas; inestabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima social. • Dificultad para acceder al alcohol. • Baja aceptación del consumo de alcohol. • Implicación en la comunidad local a favor de conductas saludables. • Oportunidades para implicarse en actividades comunitarias.
	Nivel Macro (ciudad, región, país)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad legal o administrativa. Leyes y normas favorables al uso de alcohol. • Institucionalización y aprobación social de las drogas legales. • Publicidad como mensaje persuasivo, fuente de presión social hacia el consumo. • Asociación del alcohol con el ocio. • Normas culturales favorables sobre el consumo. • Liderazgo a favor del consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de acceso legal o administrativa. • Normas culturales contrarias al consumo. • Modelos de liderazgo en contra del consumo.

**Recomendaciones
clínicas para
actividades
preventivas ante
el consumo de
alcohol en atención
pediátrica**

6.1. Contexto

Las mayor parte de las intervenciones preventivas ante el consumo de drogas en general y del alcohol en particular que tienen como población diana la situada por debajo de la media de edad de inicio al consumo se llevan a cabo en primer lugar en el ámbito educativo seguido de los espacios de ocio. Sin embargo son **poco frecuentes en el ámbito sanitario**. Una revisión

sobre la literatura en la materia⁶³ concluye que, que *la mayoría de los estudios son heterogéneos, no comparables y difícilmente extrapolables a nuestro medio*. Otra revisión de evidencia realizada por el *US Preventive Service Task Force –USPSTF*.⁶⁴ para evaluar las intervenciones de asesoramiento realizadas en atención primaria encontró un número insuficiente de intervenciones en jóvenes que impiden obtener conclusiones sobre su efectividad (**Figura siguiente**).

Figura 3.: Efectividad y fuerza de la evidencia de las intervenciones conductuales comparadas con Intervenciones de control para provocar resultados intermedios, por población. Fte.: Evidence Summary Other Supporting Document for Alcohol Misuse: Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care, May 2013. USPSTF.

Population	Mean Consumption		Heavy Drinking Episodes		Recommended Drinking Limits	
	Results	Strength of Evidence	Results	Strength of Evidence	Results	Strength of Evidence
Adults	3.6 fewer drinks/wk (95% CI, 2.4-4.8 drinks/wk); 10 trials; 4332 participants	Moderate	12% fewer participants reported heavy drinking episodes (CI, 7%-16%); 7 trials; 2737 participants	Moderate	Achieved by 11% more participants (CI, 8%-13%); 9 trials; 5973 participants	Moderate
Older adults	1.7 fewer drinks/wk (CI, 0.6-2.8 drinks/wk); 2 trials; 776 participants	Moderate	-	Insufficient	Achieved by 9% more participants (CI, 2%-16%); 2 trials; 776 participants	Low
Young adults / college students	1.7 fewer drinks/wk (CI, 0.7-2.6 drinks/wk); 3 trials; 1421 participants	Moderate	0.9 fewer heavy drinking days per month (CI, 0.3-1.5 fewer); 3 trials; 1448 participants	Moderate	-	Insufficient
Pregnant women	Data from 1 study found no difference	Low	-	Insufficient	-	Insufficient
Adolescents	-	Insufficient	-	Insufficient	-	Insufficient

En todo caso, este meta-análisis **concluye que:**

- Las intervenciones de asesoramiento conductual mejoran los resultados intermedios, tales como el consumo de alcohol y los episodios de consumo excesivo; fuerza de la evidencia (Strength Of Evidence –SOE–) moderada.
- Intervenciones multicontacto breves (unos 10 a 15 minutos por sesión) tienen la mejor evidencia de efectividad en los adultos.

6.2. Recomendaciones clínicas en el Programa Clave de Atención Interdisciplinar –PCAI– sobre alcohol

Es obligatorio tener presentes las recomendaciones del **PCAI sobre alcohol** editado por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, en relación a las **intervenciones clínicas de prevención sobre consumo temprano de alcohol** de jóvenes y jóvenes. Lo que sigue a continuación es un **extracto** de las cuestiones recogidas en el PCAI de alcohol vinculadas directamente con la **prevención de consumo de alcohol en menores de edad realizada en atención primaria**.

1º) En **Recomendaciones Generales, importancia del problema** se señala:

- a) La adolescencia es una etapa de máxima vulnerabilidad frente a las adicciones. Cuanto antes se empieza a consumir alcohol, más pronto aparecen los efectos tóxicos de esta sustancia y su pronóstico empeora.

2º) En **Conceptos Generales:**

- a) Bebedor de riesgo: Cualquier consumo en menores de edad, mujeres embarazadas y personas con actividades, enfermedades y tratamientos que desaconsejen el consumo.

3º) **Recomendaciones Clave:**

- a) En Atención Primaria se realizará cribado y consejo conductual sobre el consumo del alcohol.

4º) **Entrevista clínica:**

- a) Por la frecuente tendencia a minimizar o negar el consumo de alcohol y los problemas asociados al mismo, sobre todo en jóvenes, es conveniente realizar la entrevista con **preguntas que favorezcan respuestas sinceras**. Para ello, se recomienda **mantener una actitud empática, favorecer un ambiente de confianza y hacer las preguntas sobre el consumo de alcohol dentro de un marco más amplio de la entrevista**. Se intentará establecer un **diálogo que se centrará en el interés por la situación y circunstancias personales y sociales del usuario**, a la vez que se **exploran sus hábitos**, incluidos los de consumo de sustancias psicoactivas. Si el motivo de la consulta está directamente relacionado con problemas asociados al consumo de alcohol, se puede realizar un estilo de entrevista más directo.

Recomendaciones	Nivel Evidencia	Grado Recomendación
5.1.1. Cribado y consejo conductual en la atención primaria para reducir el consumo de alcohol. USPSTF 2004	II	B

5º) Prevención e Intervención Precoz:

- a) Las intervenciones preventivas y precoces tienen **especial importancia por estar dirigidas a evitar la aparición de daños** asociados a la ingesta de alcohol **y a prevenir el establecimiento de una dependencia**. Por ello, están **centradas en potenciales bebedores** y en los **bebedores de riesgo**. Además, por tratarse de intervenciones breves y de bajo coste económico, deben ser **de aplicación prioritaria en Atención Primaria**.
- b) Para realizar las **intervenciones precoces** de **orientación preventiva y favorecedo-**

ras del cambio en los hábitos del uso o abuso del alcohol, nos podemos apoyar en el uso de material informativo y didáctico de apoyo y en las dos **herramientas** siguientes:

- La **Entrevista motivacional** puede ayudar a que el paciente progrese de un estadio refractario al cambio o a otro más avanzado para que pueda modificar sus hábitos de consumo de alcohol.
- Las **Intervenciones breves** son eficaces para reducir el consumo de riesgo y perjudicial así como los atracones.

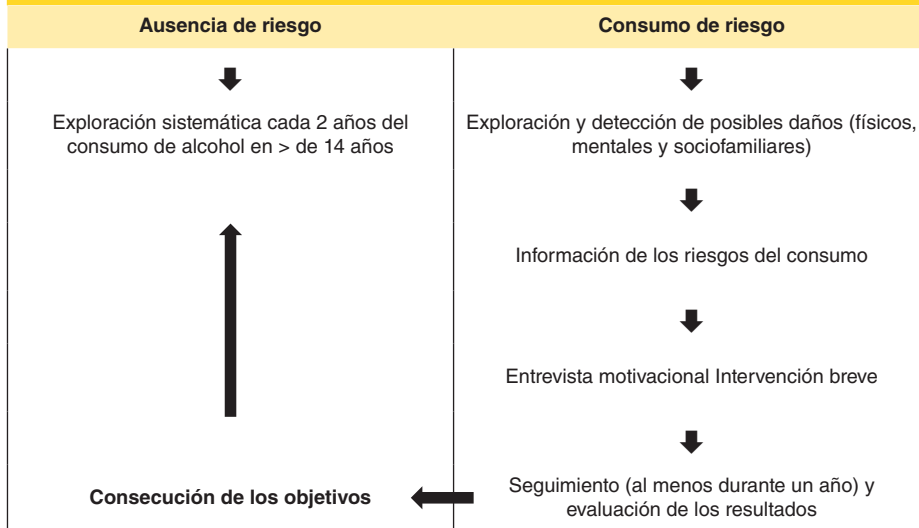
Recomendaciones	Nivel Evidencia	Grado Recomendación
6.1.5. Se recomiendan las Intervenciones breves para reducir el consumo de riesgo y perjudicial así como los atracones. SIGN 74	I	A

6º) **Intervenciones Breves** (intervenciones limitadas en el tiempo, de menor duración que otras medidas de tratamiento específico y que incluyen la valoración, un asesoramiento breve y seguimiento):

- a) El **objetivo principal** de las Intervenciones Breves es el de **promover un cambio en los hábitos**, para **disminuir el riesgo de daños** orgánicos o de complicaciones de cualquier tipo (personales, familiares, laborales o sociales). Se trata de **potenciar las capacidades sanas y favorables**.
- b) **Esquema de una intervención breve y Material de apoyo** que se puede utilizar durante las intervenciones breves:

- Información sobre las unidades de alcohol contenidas en las diferentes bebidas.
- Información de los riesgos para la salud del consumo de alcohol.
- Autoevaluación del consumo de alcohol.
- Objetivos a conseguir relacionados con el consumo de alcohol.
- Monitorización del progreso mediante auto-registros del consumo diario o semanal.

1.2. Algoritmo Intervenciones según la clasificación del riesgo asociado al consumo de alcohol. Valorando las categorías generales para la población pediátrica a partir de los 10-11 años «Ausencia de riesgo» y «Consumo de riesgo» (Cualquier consumo en menores de edad).



Fte.: Guía de Recomendaciones clínicas sobre el consumo de alcohol: Programas clave de Atención Interdisciplinar PCAI. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

6.3. Principios de prevención del National Institute on Drug Abuse, NIDA

Con el objeto de que el diseño e implementación de las intervenciones preventivas se ajusten a **criterios científicos y técnicos**, el *National Institute on Drug Abuse*, NIDA, elaboró en 1997 y actualizó en 2004 una serie de **principios de la prevención**, que en función de la literatura disponible, muestran las líneas a seguir sobre **cómo podemos llevar a cabo una prevención en niños/as y jóvenes** en el campo de las drogodependencias.

De los **13 principios de prevención validados por el NIDA⁶⁵** hemos **seleccionado siete que consideramos**

directamente vinculados a la intervención preventiva ante el consumo de alcohol en edad pediátrica:

Principios de la prevención NIDA (2004) adaptados a un programa de prevención del consumo de alcohol en atención pediátrica

- a) Los programas de prevención deberán ir **enfocados a mejorar los factores de protección** (Ej., el apoyo de los padres) y **revertir o reducir los factores de riesgo** (Ej., actitudes y comportamientos).
- b) Deben **dirigirse a todas las formas de consumo de drogas**, por separado o en conjunto, incluyendo las drogas legales como el **alcohol por menores**.

- c) Deben ser diseñados para **tratar riesgos específicos** según las **características de la población diana** (edad, el sexo, cultura).
- d) Las **intervenciones cortas enfocadas en la familia y dirigidas a la población en general** pueden **cambiar positivamente conductas específicas de los padres** que pueden reducir los **riesgos futuros** para el abuso de drogas.
- e) Los dirigidos a **niños de 6 a 11 años** deben ser orientados a la **mejora del aprendizaje socio-emotivo para tratar factores de riesgo**, enfocándose en las **siguientes habilidades**:
 - a) auto-control;
 - b) conciencia emocional;
 - c) comunicación;
 - d) solución de los problemas sociales.
- f) Los dirigidos a chicos y chicas **de 11 a 14 años** deben aumentar la **competencia social** con las siguientes **habilidades**:
 - a) comunicación;
 - b) relaciones con los compañeros;
 - c) auto-eficacia y reafirmación personal;
 - d) habilidades para resistir las drogas;
 - e) refuerzo de las actitudes anti-drogas; y
 - f) fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.
- g) Los programas de prevención son **más eficaces cuando emplean técnicas interactivas**, lo que **permite una participación activa en el aprendizaje** sobre el abuso de drogas y en el **refuerzo de habilidades**.

Adaptado del NIDA (2004)

6.4. Recomendaciones^c que deben regir la intervención preventiva de consumo de alcohol en pediatría de atención primaria

6.4.1. Recomendaciones Generales para la prevención del consumo de alcohol en consulta pediátrica

- **Confidencialidad:** En general y como veremos en la propuesta de intervención de cribado y entrevista breve motivacional, la literatura recomienda **efectuar parte de la entrevista a solas con el/la joven y volver a dar toda la información final tanto a los padres como al paciente**, preservando siempre el secreto y la intimidad, ya que el/la joven se sentirá más seguro/a y podrá contarnos aspectos importantes de su comportamiento que de otro modo podrían quedar ocultos. Este aspecto puede ser controvertido y debe explicarse a la familia y al paciente. **En cualquier caso, el profesional de la salud deberá decidir la posibilidad o conveniencia de llevar a cabo el cribado y la entrevista a solas o no con el menor** (ver apartado sobre Confidencialidad pág. XX) teniendo en cuenta que cualquier información clínica relevante debe de ser recogida en la historia clínica.
- **Promover la responsabilidad** tanto de la familia como del/a joven.
- **Fortalecer y destacar los vínculos** familiares.
- **Utilizar los recursos comunitarios** de apoyo a la educación para la salud (instalaciones deportivas, culturales, recreativas, eventos gratuitos, Puntos de Información Juvenil, etc).

^c El objetivo de estos principios es el de aprender a planificar e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas y son representativas de la investigación actual.

- **Escuchar más que hablar;** escuchar puede ser difícil pero mejora la relación con el paciente, **demostrando interés** por lo que nos cuentan y **no minimizar sus preocupaciones.**
- Enfatizar la **no existencia de un nivel seguro de consumo de drogas.**
- Aconsejar **destacando las cualidades positivas** (factores protectores) del paciente, tales como los intereses, sus logros u objetivos personales o las conductas saludables, adaptándose a la edad, madurez y personalidad del joven.

6.4.2. Recomendaciones para el trabajo con las familias

La **información** sobre los riesgos y daños del consumo de alcohol en menores de edad dirigida a los **padres o los cuidadores** refuerza la intervención realizada en los niños y brinda la oportunidad para la discusión familiar sobre el consumo de alcohol. La **intervención dirigida a la familia** puede **cambiar positivamente conductas específicas de los padres** que pueden **reducir los riesgos** futuros para el abuso de alcohol.

Como hemos visto, la familia es uno de los factores de protección que mayor peso tiene en las conductas de los niños y jóvenes^{66, 67, 68}. Hacer que las familias sean conscientes de ese peso y **destacar la importancia de la prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar como factor de protección** es por tanto, una de las recomendaciones más importantes en las actividades preventivas de cara a las familias. Utilice el material gráfico de recomendaciones para las familias para destacar este rol y trasladar este mensaje (**Ver página 87**).

Incidir en el **modelo educativo familiar** como **marco general de actuación:**

- 1) **Establecer límites y normas consensuadas y claras.** Se puede preguntar a los padres sobre la existencia de reglas sobre el consumo de alcohol así como la forma adecuada (moderada pero firme) de hacerlas respetar. La prohibición familiar del consumo de alcohol antes de la mayoría de edad (18 años), no es un acto represivo como tampoco lo es la señal de stop del código de circulación. En las familias que prohíben de forma firme y clara a sus hijos/as menores de edad consumir alcohol, el porcentaje de jóvenes que beben alcohol y se emborrachan es cuatro veces menor que en las que no lo hacen.
- 2) **Actuar de forma razonable pero firme.** Como es natural e inherente al proceso de crecimiento y maduración, los/as menores de edad reclaman progresivamente su derecho a tomar decisiones de forma autónoma y responsable y en ese caso, es probable que discutan o traten de criticar la prohibición sobre el consumo de alcohol antes de los 18 años.
- 3) **Transmitir valores.** Dado que el modelo de consumo que se hace en casa y el mensaje de responsabilidad que se transmite con ello es fundamental, señalar la importancia de las normas y valores familiares en relación al consumo de alcohol. Invitar a los padres a que reflexionen sobre el consumo propio y sobre la importancia de actuar de ejemplo en casa y fuera de ésta.

Plantearles:

- ¿Qué actitud tienen ellos respecto al alcohol?
- ¿Se consume alcohol en casa?
- ¿Qué normas hay en casa respecto al alcohol?
- ¿Se consideran a sí mismos un modelo responsable de consumo?

- 4) **Controlar las emociones.** Si demuestra respeto por el punto de vista del hijo, las perspectivas son mejores para que éste escuche y respete la opinión del padre/madre.
- 5) **Promover la autonomía responsable** de los hijos para ayudarles a *resistir la presión de amigos*. Enseñar y potenciar decir «no» a los contextos facilitadores del consumo o a la presión del grupo de iguales. Por ejemplo, una estrategia puede ser invitarles a reflexionar a cerca de sus propios intereses y objetivos vitales frente a los del grupo o de los líderes del mismo.
- 6) **Facilitar la comunicación fluida.** La mejor prevención se hace en casa abordando el tema con *naturalidad y responsabilidad*, aportando *información clara y fidedigna* de los riesgos y daños del consumo. Puede ser útil proponer a los padres que *tengan en casa una conversación con el menor sobre este tema*. Tener esta conversación en casa es muy importante para escuchar el punto de vista del adolescente y saber por dónde va. Es importante planificar bien la conversación ¿qué tratar? ¿qué transmitir? ¿qué dificultades se pueden plantear?. Transmitir la información dando más relevancia a lo positivo, p.ej. a las ventajas de no consumir alcohol.
- 7) Crear un **clima de confianza**. Con el tipo de conversaciones del punto anterior se favorece que tengan la confianza suficiente como para que en el futuro recurran a nosotros si algo les pasa. Intentar controlar la conducta del/la adolescente fuera de casa no es efectivo y crea muchas tensiones. Por tanto, se ha de *transmitir al menor un modelo de autocontrol y responsabilidad, confiando* en que sabrá enfrentarse a posibles situaciones futuras en las que aparezca el alcohol fuera de casa.
- 8) **Informarse bien para adelantarse y evitar y, o compensar, la búsqueda de información de los jóvenes en otras fuentes.** Es importante que los padres y/o tutores responsables dispongan de argumentos sólidos basados en criterios objetivos y actúen consecuentemente, dejando muy claro que el consumo de alcohol por debajo de la edad legal no es una conducta aceptable. Por ejemplo, es útil saber que el alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central, por lo que la euforia inicial se transforma inevitablemente en «bajón» a todos los niveles, lo que le llevará a perderse muchas cosas.
- 9) **Si detectan un consumo de alcohol:**
- Si es esporádico: explorar razones y efectos y realizar seguimiento desde la consulta de pediatría.
 - Si no es esporádico, es necesario que se planteen además un plan educativo de intervención buscando ayuda de otros profesionales (en la escuela y/o trabajo social, ayuntamiento,...).

6.4.3. Recomendaciones para el trabajo con menores

6.4.3.1. Generales

- **No mostrarse alarmista** utilizando mensajes amedrentadores o catastrofistas, ya que este tipo de mensajes contradicen la percepción del consumo de alcohol que tienen los jóvenes (en particular de 13 y más años), sobre «beneficios» a corto plazo, como la adopción de un rol de adulto o el éxito en el grupo de iguales, por lo que no son creíbles, mientras que los riesgos son percibidos a largo plazo.

- **Escuchar de forma activa.** Demostrar interés por lo que nos cuentan y no minimizar sus preocupaciones.
- **Escuchar y responder. adaptándose a las preguntas o dudas concretas** hechas por el menor. No sólo aquello que el profesional cree que el niño/a necesita saber, sino aquello que despierta su curiosidad
- **Trasladar un mensaje claro e inequívoco de la NO existencia de un consumo sin riesgo;** todo consumo implica un riesgo.
- **Potenciar el aprendizaje socio-emotivo;** autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución problemas sociales.
- **Potenciar las habilidades relacionadas con la presión del grupo** de iguales (saber decir «no»).
- **Reforzar, halagar, ponderar, las actitudes, opiniones y conductas de «no consumo».**

6.4.3.2. Específicas a los 10 años

Informar sobre la realidad del alcohol:

- **Es una droga** como la cocaína o la heroína que genera dependencia. Más de la mitad de los casos admitidos a tratamiento en la red de Salud mental para tratamientos de desintoxicación y/o deshabituación están causados por el alcohol. *El alcohol lleva a tratamiento a más personas que el resto de drogas juntas.*
- Es una droga **depresora del sistema nervioso;** pese a que los efectos inmediatos son la euforia y la desinhibición, con posterioridad el efecto es el contrario; adormecimiento, estupefacción.

- Informar sobre los **riesgos y daños; a corto plazo,** como sentirse mal, descoordinación motora o alteración de la toma de decisiones lo que puede llevar a meterse en problemas, a hacer cosas vergonzosas, a meterse en peleas, sufrir o llevar a cabo agresiones, caídas, vandalismo, etc. **A medio y largo plazo** provoca dificultades para concentrarse y aprender, es decir, empeora el rendimiento escolar. Además empeora las relaciones afectivas y sentimentales, las relaciones familiares, el rendimiento deportivo, etc.

- ¿Qué efectos puede tener sobre ti el beber alcohol?

- o Puede hacerte sentir mal (puedes tener ganas de vomitar, puedes desmayarte o, incluso, cosas peores).
- o Puede alterar tu capacidad para tomar buenas decisiones.
- o Puede llevarte a hacer cosas vergonzosas.
- o Puede meterte en problemas (con los padres o la policía).
- o Te quitará tiempo para hacer las cosas que más te gustan; jugar a la play, jugar con los/as amigos/as, hacer el deporte que te gusta, leer, hacer amigos/as, etc..

6.4.3.3. Específicas a los 13 años

- **Informar sobre la realidad del alcohol** (además de lo señalado en la edad de 10 años), **añadir cuestiones más cercanas a un consumo de riesgo** (*borracheras o atracones*) relacionadas con: *intoxicaciones-coma etílico, dificultades para ligar y/o mantener o controlar las relaciones sexuales.* También a esta edad, informar sobre las *unidades de alcohol según las bebidas,* la

relación existente entre el consumo de alcohol y otras drogas como el tabaco, o de aspectos legales como que la legislación asturiana prohíbe el consumo a menores de edad en base a las evidencias científicas sobre los riesgos y daños del consumo de alcohol en menores.

- **Recomendar** y/o llevar a cabo la **autoevaluación del consumo** de alcohol.
- **Potenciar su conciencia emocional**; recomendar reflexionar sobre las causas del consumo y su relación con los cambios del estado de ánimo y con determinados contextos.
- **Destacar sus habilidades como adulto** que regula y controla sus propios impulsos.
- **Potenciar la resolución de conflictos de forma adulta, autónoma y responsable** mediante respuestas adecuadas y sin miedo a solicitar ayuda o apoyo. Se debe enseñar a contrarrestar la presión de los amigos
- **Promover la reflexión crítica** a cerca de la compatibilidad/incompatibilidad de los valores/intereses personales y los del grupo de iguales en el caso de que éstos consuman, así como sobre las imposiciones/presiones sociales del consumo de alcohol y las alternativas de ocio. Enseñar a contrarrestar la presión del grupo de iguales.

- **6 formas de decir que «no» si te ofrecen o presionan para que bebas alcohol.**

1. No, gracias.
2. No tengo ganas.
3. No acostumbro a beber alcohol. No me gusta el alcohol.
4. ¿A mí me hablas? ¡olvídame!.
5. ¿Por qué sigues insistiendo cuando te dije que no?
6. ¡No me rayes!.

- Ayudarles o animarles a definir y conseguir objetivos relacionados con el tipo de consumo.
- Si es el caso, derivar a otros recursos socio-comunitarios.

**Protocolo de
intervención para
la prevención
del consumo de
alcohol en consulta
de pediatría de
atención primaria**

7.1. ¿Cuál es el papel de los y las profesionales de pediatría en la prevención del consumo de alcohol en la adolescencia?⁴

La prevención llevada a cabo en la consulta pediátrica de atención primaria guarda similitud con la más habitual llevada a cabo en el ámbito escolar en el sentido de que **permite llegar a los jóvenes en la edad de máximo riesgo**, facilitando la prevención.

Al alcanzar la atención pediátrica en AP en Asturias los 14 años, podríamos calificar la población objeto de la intervención como «muestra cautiva»⁷⁰ ya que los profesionales tienen la oportunidad de llevar a cabo la actividad preventiva **antes de la media de edad de inicio al consumo** (14 años para ambos sexos). Las revisiones obligatorias a los **10 años** y a los **13 años** son momentos particularmente adecuados, al coincidir la primera con la **Fase Precoz** del consumo de alcohol (10/11 años) y la segunda con la **Fase de Asentamiento** (13/15 años) (ver página 23).

También hemos de contar con que la intervención propuesta no está sola, sino que **forma parte de un conjunto de actividades preventivas desarrolladas en otros ámbitos**, mayoritariamente en la escuela,

pero también en el comunitario, ya que como señalan las publicaciones de referencia⁷¹ en prevención **es necesario crear una red** que configure un **entorno o contexto de prevención del consumo de drogas y de promoción de hábitos de vida saludables** en consonancia con el modelo de **determinantes sociales de la salud**⁷².

Como se ha visto además, el/la profesionales sanitarios son la **fuentes de información sobre drogas de mayor credibilidad** para los propios jóvenes, lo que le sitúa en una posición de privilegio para llevar a cabo este tipo de intervenciones.

7.2. ¿Qué objetivos se buscan con la intervención educacional pediátrica ante el consumo de alcohol?

- Aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol.
- Retrasar la edad de inicio al consumo de alcohol.
- Reducir el consumo de alcohol.
- Reducir el consumo abusivo de alcohol y sus consecuencias adversas.
- Movilizar a la familia sobre su responsabilidad en el consumo de alcohol de sus hijos.

7.3. «Cribado sobre consumo de alcohol e intervención breve para jóvenes» (Guía NIAAA 2015, modificada por los autores)

A continuación, incorporamos la traducción hecha por el grupo redactor, de la guía de intervención «*Alcohol screening and brief for youth: a practitioner's guide*» elaborado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism –NIAAA– de Estados Unidos de América.

Después de la revisión realizada sobre la materia, el grupo de trabajo ha llegado al acuerdo de que se trata de la **herramienta de prevención en consulta pediátrica de atención primaria específica sobre el consumo de alcohol, más sencilla de realizar y que cuenta con el mayor respaldo de la evidencia**, de todo el material consultado. Aunque no se trata de una traducción validada^{c,73} hemos adaptado apartados y contenidos específicos a la realidad de nuestro modelo sanitario así como al contexto legal, social y cultural.

Una cuestión relevante de cara a los/as usuarios/as de esta guía es el relacionado con las edades a las que va dirigida. La intervención preventiva norteamericana contempla todo el rango de edades situadas por debajo de la mayoría de edad legal, 18 años, mientras que nuestra propuesta de prevención está planteada específicamente para ser implementada en las edades pediátricas de 10 y 13 años. Teniendo esto en cuenta, hemos considerado adecuado mantener el texto original relativo a las recomendaciones para edades superiores, en base a dos cuestiones:

- a) Que mantener las recomendaciones hechas en el original norteamericano para las edades

por encima de la edad pediátrica, no alteran ni desdican lo establecido para la intervención preventiva en esas edades.

- b) Que mantener las recomendaciones para la intervención preventiva por encima de la edad pediátrica puede ser de utilidad para los compañeros y compañeras de Atención Primaria familiar, como herramienta para afrontar consumos de alcohol realizados por pacientes de entre los 14 y los 18 años.

7.3.1. ¿Por qué esta herramienta?

- **Es rápida y versátil:** El cribado consta de **sólo dos preguntas** que pueden ser incorporadas fácilmente en la consulta con el/la paciente.
- **Es capaz de detectar el riesgo temprano:** A diferencia de otras herramientas de cribado que se centran en la detección de problemas ya establecidos de consumo de alcohol, esta herramienta de detección temprana tiene como objetivo ayudar a prevenir problemas relacionados con el alcohol antes de que aparezcan o abordarlos en una etapa temprana.
- **Está fundamentada empíricamente:** La preguntas para la detección del consumo y la escala de riesgos (Alto, Medio y Bajo) según la edad, han sido desarrolladas a partir de los resultados obtenidos en investigación primaria, demostrando ser potentes predictores de consecuencias negativas actuales y futuras del consumo de alcohol.
- **Sitúa en el foco de atención el importante factor de riesgo que supone el consumo de alcohol del grupo de amigos/as:** La pregunta sobre el consumo de los «amigos» ayuda a

c. Por traducción validada se entiende aquella que se ha obtenido merced a un protocolo de adaptación transcultural del instrumento original para su utilización, con las mismas garantías sociométricas, en un ámbito cultural y lingüístico diferente.

identificar pacientes que se encuentran en las primeras etapas del proceso de socialización del consumo de alcohol, destacando de esta forma la importancia de este elemento como factor de riesgo.

7.3.2. ¿Por qué hacer cribado del consumo de alcohol?

- **Es muy frecuente:** Como se ha señalado, el alcohol es, con mucho, la sustancia de consumo más extendido entre los jóvenes y la de consumo más temprano.
- **Conlleva riesgos:** Con demasiada frecuencia el consumo de alcohol en menores tiene resultados negativos a corto plazo:
 - Lesiones no intencionales de diversa gravedad, incluido el fallecimiento.
 - Problemas psicológicos.
 - Agresiones.
 - Infecciones y embarazos no planificados, relaciones sexuales sin protección.
 - Y problemas académicos y sociales (ver pág. 13).
 - A **largo plazo**, beber a edades tempranas está asociado con mayor riesgo de desarrollar conductas de dependencia del alcohol a lo largo de la vida. Además, el consumo excesivo de alcohol en la adolescencia puede tener consecuencia de larga duración en el desarrollo funcional y estructural del cerebro (ver pág. 14).
- **Es un marcador fiable de otros comportamientos no saludables:** Cuando en los jóvenes se detecta una conducta de riesgo, ya sea beber, fumar tabaco, el uso de drogas

ilícitas o relaciones sexuales sin protección, en general es un buen indicador de la existencia de otras conductas similares⁷⁴. Si, como sabemos, para muchos niños, el consumo de alcohol es la primera conducta de riesgo, el cribado breve de alcohol puede alertar sobre pacientes que pueden necesitar también atención sobre otro tipo de conductas de riesgo.

- **A menudo pasa desapercibido:** A los 14 años, solo 2 de cada 10 chicos y chicas manifiesta haber recibido información sobre drogas a través de profesionales sanitarios (encuesta ESTUDES, Asturias 2014). La mayoría de los jóvenes están dispuestos a hablar sobre el consumo de alcohol cuando se les garantiza la confidencialidad. Sin embargo, la mayoría de los profesionales sanitarios no siguen directrices profesionales para cribar a todos sus pacientes jóvenes sobre el consumo de alcohol, entre otras cuestiones, por la falta de confianza en sus habilidades para afrontar el tema⁷⁵.

Como fuente fiable de información sobre el cuidado de la salud, el profesional sanitario está en una posición privilegiada para identificar riesgos relacionados con el consumo de alcohol en sus pacientes y para intervenir sobre los mismos. La brevedad, facilidad de uso y fuerza predictiva de esta herramienta le permitirá detectar los riesgos del alcohol y evitar daños en la etapa más temprana.

7.3.3. Acerca de esta herramienta de cribado

- **Hemos adaptado este instrumento** para ayudarle a realizar cribados de alcohol eficaces e intervenciones rápidas con sus pacientes. Las herramientas, consejos y recursos están diseñados para ayudarle a superar los obstáculos comunes a la detección del consumo temprano alcohol en la atención primaria.

- **Se trata de tiempo.** En atención primaria, el tiempo es un bien escaso, también para sus pacientes. Con esto en mente, queremos que disponga de la herramienta de detección de alcohol más breve posible con la evidencia más fuerte para predecir problemas actuales o futuros. El análisis se resume en dos preguntas por paciente, que varían ligeramente según la edad.
- **Dos preguntas sólidas.** Una acerca del **consumo de alcohol realizado por el grupo de amigos/as**, y la otra a cerca de la **frecuencia de consumo personal** (Ver página 56). La primera predice con fuerza los niveles futuros de consumo del paciente⁷⁶. Además sirve como «puerta lateral» neutra, para comenzar a hablar del consumo del paciente, en particular con los más jóvenes. La pregunta sobre la **frecuencia de consumo personal** de alcohol es el mejor predictor de riesgo actual para los daños relacionados con el consumo en jóvenes que ya están bebiendo⁷⁷. Los investigadores examinaron otras muchas preguntas, pero estas dos, con mucho, tuvieron la mayor operatividad y fuerza predictiva. Si va a preguntar sobre el consumo de alcohol, éstas son las preguntas que hay que hacer.
- **El estimador de riesgo como herramienta de ayuda en el cribado.** El estimador de riesgo (véase la página 59 y la Guía de bolsillo) indica en términos generales las posibilidades de que su paciente tenga problemas relacionados con el alcohol, en base a la edad y la frecuencia de consumo. Junto con lo que ya sabe acerca de su paciente, le ayudará a determinar la profundidad y el contenido de sus respuestas.
- **Los cribados positivos se vuelven manejables.** Las herramientas de esta guía harán desaparecer gran parte de la incertidumbre de la intervención

con los pacientes menores que beben, lo que le permite proceder en un marco clínico de bajo, moderado o alto riesgo (véase la página 61).

- La guía describe los **pasos de la intervención** con consejos sobre los temas a tratar. También incorpora una visión general sobre la **entrevista motivacional breve**, considerada como la **técnica que tiene el mejor grado de eficacia para la población adolescente** (véase la página 74).
- Además, la guía pretende ayudar a los profesionales a superar otros obstáculos comunes para llevar a cabo el cribado:
 - Preocupaciones acerca de la confidencialidad (ver página 72).
 - La falta de información para clasificar el nivel de consumo de alcohol (ver página 67).
 - El reto de encontrar recursos de tratamiento para jóvenes derivados a tratamiento especializado (ver página 87).

7.3.4. Antes de comenzar

- **Las preguntas de cribado se pueden utilizar** solo o junto con otras herramientas, como parte de una entrevista clínica. Por supuesto, necesitará proteger la privacidad del paciente, tanto si hace usted las preguntas como si utiliza otros medios.
- **Piense acerca de las oportunidades y las indicaciones clínicas para el cribado**
 - A los **10** y a los **13** años.
 - Como parte de una revisión anual **a partir de los 10 años**.
 - Como parte de una consulta de urgencias.
 - Al ver pacientes que:

- Hace tiempo que no ve.
- Presentan conductas asociadas con el consumo de alcohol, como por ejemplo, el consumo de tabaco.
- Presentan afecciones asociadas con un mayor riesgo de abuso de sustancias, tales como:
 - Ansiedad.
 - Depresión
 - Problemas de conducta.
- Tienen problemas de salud que podrían estar relacionados con el consumo de alcohol, tales como:
 - Accidentes o lesiones.
 - Cambios en los patrones de alimentación o sueño.
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Problemas gastrointestinales.
 - Dolor crónico.
- Presenta cambios sustanciales de comportamiento, tales como:
 - Cambio de amigos.
 - Cambios significativos del estado de ánimo
 - Inasistencia a clase.

7.3.5. Los cuatro pasos de un vistazo: (Consulte las páginas siguientes para conocer cada uno de ellos de forma más detallada)

PASO 1: REALIZAR LAS DOS PREGUNTAS EN EL ORDEN ADECUADO SEGÚN LA EDAD DEL MENOR:

- Una a cerca del consumo del grupo de amigos
- Una a cerca de la frecuencia del consumo del paciente

¿El menor bebe?

SÍ



**PASO 2: Evaluar el riesgo.
Para pacientes que beben alcohol**

- Identifique el riesgo Bajo, Moderado o Alto utilizando la escala de riesgo específico por edad de la página 59.
- Cumplimentar el Programa de Identificación del Riesgo Psico-Social

NO



**PASO 2: Guía del paciente
Para pacientes que NO beben alcohol**

Refuerce su comportamiento saludable de no beber.

Si las amistades beben:

- Explore la opinión de su paciente al respecto.
- Pregúntele cómo tiene planeado mantenerse sin beber alcohol.
- Re explore en próxima visita.

Si las amistades No beben:

- Alabe su elección respecto a las amistades.
- Averigüe y refuerce sus razones para mantenerse alejado del alcohol.
- Re explore en un año.

Cribado completado para pacientes que no beben

PASO 3: ASESORAR Y A YUDAR:

Si el riesgo es BAJO:

- Realizar consejo breve para dejar de beber.
- Cumplimentar el Programa de Identificación del Riesgo Psico-Social.

Si el riesgo es MODERADO:

- Realizar Consejo Breve o, si hay problemas asociados, entrevista motivacional.
- Cumplimentar el Programa de Identificación del Riesgo Psico-Social
- Citar para seguimiento en un mes.

Si el riesgo es ALTO:

- Realizar Entrevista Motivacional y considerar.
- Derivación para tratamiento.

PASO 4: CONTINUAR CON EL SEGUIMIENTO Y EL APOYO:

- Preguntar sobre el consumo y si ha tenido alguna consecuencia o problema por beber.
- Revisar el objetivo del menor de dejar de beber y sus planes para conseguirlo.
- Proporcionar apoyo y estímulo.
- Realizar valoración psicosocial completa si no se hizo en la cita anterior

PASO 1: Las preguntas de detección

Las investigaciones llevadas a cabo indican que las dos preguntas de cribado por edad (sobre el consumo de los amigos y del paciente) son potentes predictores de problemas de alcohol actuales y futuros. Incorpórelas en su práctica clínica de la manera que mejor se acomode a sus circunstancias. De cualquier forma, y si es posible, lleve a cabo el cribado de consumo temprano de alcohol solo con su paciente.

Consulte la página XX para más información acerca de la confidencialidad.

Directrices para hacer las preguntas:

- (1) Para pacientes de **10 a 14 años, comenzar siempre con la pregunta referida al consumo del grupo de amigos/as**, menos amenazante, puerta lateral de entrada al tema del consumo de alcohol del paciente.

Educación Primaria (edad 9-12 años) Hacer las preguntas sobre el consumo de los amigos en primer lugar.	Sobre los Amigos: ¿Algún consumo? «¿Tienes algún amigo que haya bebido sidra, cerveza, vino, o cualquier bebida que contenga alcohol durante el año pasado?» CUALQUIER consumo hecho por los amigos: Aumento de la preocupación.	Sobre el Paciente: ¿Algún consumo? «¿Y tu? ¿Alguna vez has bebido algo más de unos pocos sorbos de cerveza, sidra, vino, o cualquier bebida que contiene alcohol?» CUALQUIER consumo: RIESGO ALTO
1º y 2º ESO (edad 12-14) Hacer las preguntas sobre el consumo de los amigos en primer lugar.	Sobre los Amigos: ¿Algún consumo? «¿Tienes algún amigo que haya bebido sidra, cerveza, vino, o cualquier bebida que contenga alcohol durante el año pasado?» CUALQUIER consumo hecho por los amigos: Aumento de la preocupación.	Sobre el Paciente: ¿Algún consumo? «¿Y tu? ¿Alguna vez has bebido algo más de unos pocos sorbos de cerveza, sidra, vino, o cualquier bebida que contiene alcohol?» CUALQUIER consumo RIESGO MODERADO O ALTO
3º y 4º ESO (edad 14 -16) y Post-obligatoria (edad 16 -18) Preguntar al paciente en primer lugar.	Sobre el Paciente: ¿Cuántos días? «¿Y tú? En el último año cuantos días has bebido algo más de unos pocos sorbos de cerveza, sidra, vino, o cualquier bebida que contiene alcohol?» Riesgo Bajo, Moderado o Alto	Sobre los Amigos: ¿Cuánta cantidad? «Si tus amigos beben, ¿cuántas bebidas beben por lo general en una ocasión?» Atracón (de 3 a 5+ bebidas) por los amigos, Aumento de la preocupación
¿El paciente bebe?		
NO ↓ Vaya al Paso 2: Guía del paciente		SÍ ↓ Vaya al Paso 2: Evaluación del riesgo

PASO 2: Guía del paciente

PARA LOS PACIENTES QUE NO BEBEN	
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">¿Beben los amigos?</div>	
<p>NO</p> <p>↓</p> <p>Ni el paciente ni sus amigos beben</p>	<p>Sí</p> <p>↓</p> <p>El paciente no bebe, pero los amigos sí</p>
<p>Elogie la opción de no beber y tener amigos que no beban.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elogie la opción de no beber. • Considere un poco de sondeo utilizando un tono neutral: «<i>Cuando tus amigos bebían, tu no bebías. Cuéntame un poco más sobre eso</i>». Si el paciente admite beber, ir al Paso 2. «Evaluación del riesgo para pacientes que beben»; de otra manera, continúe al siguiente paso.
<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar las opciones saludables con elogio y aliento: «<i>Has tomado una decisión inteligente al no beber alcohol</i>». • Obtener y reafirmar las razones para no beber alcohol: «<i>¿Qué fue lo que te llevó a la decisión de mantenerte alejado del alcohol?</i>». Si los amigos beben, añadir: «<i>... sobre todo cuando tus amigos han optado por beber</i>». Posible continuación: «<i>Son muy buenas razones y demuestran que realmente te preocupas por ti mismo y tu futuro</i>». • Educación: Si el paciente está abierto a recibir información, puede ayudarlo a entender, por ejemplo, que (1) <i>el alcohol puede afectar el desarrollo del cerebro, un proceso que continúa a los veinte años; y (2) que beber a una edad temprana aumenta el riesgo de desarrollar problemas serios con el alcohol en la vida adulta</i>. 	
<p>Cribar el año siguiente como muy tarde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar la forma en que su paciente tiene previsto mantenerse sin beber alcohol cuando sus amigos lo hagan. • Preguntar a los pacientes por sus ideas sobre el manejo de situaciones en las que pueden sentirse presionados para beber. • Puede hacerle saber que a menudo la mejor respuesta a una oferta de alcohol es un simple «no, gracias»; que, de ser presionado, una respuesta eficaz es «Yo no bebo alcohol»; y que no tienen que dar una razón. • Desaconsejar montar en un coche con un conductor que ha estado consumiendo alcohol u otras drogas. • Cribar de nuevo en la próxima visita.
<p>Cribado completado para no bebedores</p>	

PASO 2: Evaluación del riesgo para pacientes que beben

Para un **indicador general del nivel de riesgo del paciente**, comenzar con la siguiente tabla, que proporciona

estimaciones obtenidas empíricamente de la población objetivo. Posteriormente, para determinar el *factor «consumo de alcohol de los amigos»* y otros factores de riesgo, haga tantas preguntas como sea necesario, y aplique su juicio clínico para evaluar el nivel de riesgo.

NIVELES DE RIESGO ESTIMADO POR EDAD Y FRECUENCIA DE CONSUMO EN EL ÚLTIMO AÑO

¿Cuántos días ha bebido el paciente en el último año?

Edad	1-5 días	6-11 días	12-23 días	24-51 días	+ de 52 días		
≤ 11	RIESGO ALTO: Breve entrevista motivacional + posible derivación						
12-15							
16							
17						RIESGO BAJO: consejo breve	RIESGO MODERADO: consejo breve o entrevista motivacional
18							

En la tabla, vea donde se cruzan la edad del paciente y la frecuencia de consumo: Si el paciente responde a la pregunta de cribado con frecuencias de «una vez al mes» o «a la semana», convierta la respuesta en «días de consumo al año» para ver

donde se sitúa el consumo en la tabla de riesgo. A modo de ejemplo, si un paciente de 14 años de edad informa consumos dos veces al mes, serían 24 días al año, y el paciente estaría en «riesgo alto» de consecuencias adversas.

Factor consumo de amigos:

- **Para los estudiantes de Educación Primaria (edades 9-12 años) y 1º y 2º ESO (edades**

12-14) Tener amigos que beben aumenta la preocupación. Ya que tener más amigos que beben significa más riesgo, pregunte **cuántos** amigos beben si el paciente no dio esta información al responder a la pregunta de cribado.

- **Para los estudiantes de 3º y 4º ESO (edades 14 -16) y Post-obligatoria (16-18 años):** Tener amigos que beben bajo el patrón de **atracción** aumenta la preocupación. Investigaciones recientes estiman que los niveles de consumo de alcohol en atracción para los jóvenes comienzan a partir de **3 a 5 bebidas en una sesión**, dependiendo de la edad y el género.

Incluya lo que ya sepa sobre el desarrollo físico y psicosocial del paciente en su evaluación de riesgos, siempre con factores pertinentes, tales como el nivel de apoyo de la familia, hábitos de beber y fumar de los padres y hermanos, el funcionamiento en la escuela o problemas con las figuras de autoridad.

Para pacientes de riesgo moderado y alto:

- Pregúntele acerca de su patrón de consumo: *«¿Cuánto bebes normalmente? ¿Qué es lo máximo que has bebido en un momento dado?»*. Si el paciente refiere atracones (ver página 18), pregunte: *«¿Con qué frecuencia has bebido tanto?»*.
- Pregúntele acerca de los **problemas experimentados o los riesgos** asumidos: *«Algunas personas de tu edad que beben tienen problemas en la escuela, como pérdida de clases o empeoramiento de sus notas. Algunas hacen cosas de las que se arrepienten más adelante, como daños a la propiedad o robar, meterse en peleas, tener conductas sexuales de riesgo o conducir o montar en un coche conducido por alguien que ha estado bebiendo. Otros se lesionan, tienen apagones de memoria, o se desmayan. ¿Qué cosas negativas relacionados con el alcohol, si las has tenido, has experimentado?»*.
- Pregúntele sobre el consumo de **otras sustancias**: *«¿Has usado/consumido cualquier otra sustancia en el último año?»* Y considere el uso de otras herramientas formales para ayudar a calibrar el riesgo. La mayoría de los pacientes de bajo riesgo no habrá consumido drogas ilícitas (Pág. 65), pero pregúnteles, también, sobre el consumo durante el último año.

PASO 3: Asesorar y Ayudar. Para los pacientes que beben...

En este paso, y en función de los niveles de riesgo identificados en el Paso 2, llevará a cabo una **intervención breve** en los pacientes que han contestado positivamente a la pregunta de consumo propio.

Ver el apéndice para obtener información adicional sobre **confidencialidad** (página 72) y la realización de la **entrevista motivacional breve** (pág 74).

PASO 3: Asesorar y Ayudar. Para los pacientes que beben... (continuación)

Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar asesoramiento breve: «Te recomiendo que dejes de beber, y el momento adecuado es ahora. Tu cerebro se encuentra todavía en desarrollo y el alcohol puede afectar este desarrollo. El alcohol también puede impedirte tomar buenas decisiones y llevarte a hacer cosas que lamentarás más adelante. Yo odiaría ver el alcohol interferir en tu futuro». • Destacar los aspectos beneficiosos: Refuerce las decisiones positivas y saludables. • Explorar y solucionar los problemas de la potencial influencia de los amigos que beben o hacen binge drinking • Programar un seguimiento, idealmente al mes y además activar Programa de Identificación de Riesgo Psicosocial y la Guía de Maltrato del Principado de Asturias. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene el paciente problemas relacionados con el alcohol? <ul style="list-style-type: none"> • Si no, proporcione sobre la marcha consejo breve, comenzando con el consejo breve para el Paciente de riesgo Bajo (a la izquierda) y añada su preocupación por la frecuencia de consumo. • En caso afirmativo, lleve a cabo una entrevista motivacional breve para obtener una decisión y un compromiso con el cambio (véase la página 74). • Pregunte si los padres saben que consume alcohol: Ver sugerencias para los pacientes de más alto riesgo (a la derecha). • Programar un seguimiento, idealmente al mes y además activar Programa de Identificación de Riesgo Psicosocial y la Guía de Maltrato del Principado de Asturias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo entrevista motivacional breve para provocar una decisión y compromiso de cambio (ver página 74) • Preguntar si los padres saben que consume alcohol: Si es así, pedir permiso al paciente para llevar a cabo una serie de recomendaciones sobre el tema con ellos. Si no es así, tener en cuenta la edad del paciente, el grado de riesgo resultante del cribado y otras circunstancias, y considerar romper la confidencialidad para incorporar a los padre (s) al seguimiento. • Considerar la derivación para una evaluación o tratamiento especializados en base a la estimación del nivel de riesgo (véase la página 59). • Programar un seguimiento, idealmente al mes y además activar Programa de Identificación de Riesgo Psicosocial y la Guía de Maltrato del Principado de Asturias.
<p>Signos de riesgo agudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta ingesta de bebidas alcohólicas potencialmente letal. • La combinación de alcohol con otras drogas, especialmente sedantes. • Visitas hospitalarias o lesiones relacionadas con sustancias; envenenamiento por alcohol. • Actividad sexual no planeada o no protegida asociada con el consumo de alcohol. • Los signos de adicción al alcohol; beber todos los días o casi todos los días; apagones de memoria. • El uso de drogas intravenosas. 		<p>Si observa signos de peligro agudo, altos niveles de consumo en cada ocasión, o el uso de alcohol con otras drogas, tome medidas inmediatas para garantizar la seguridad de acuerdo al riesgo psicosocial y la Guía de maltrato (ver página 80).</p>

Después de la intervención, pase al Paso 4

PASO 4: En el seguimiento, continuar con el apoyo. Para los pacientes que han contestado afirmativamente a la pregunta de consumo propio...

Aunque usted haya derivado al paciente o hayan intervenido otros profesionales, debe de coordi-

nar el trabajo de todos ellos con un seguimiento puntual del paciente. Comience por preguntar sobre el consumo actual y cualquier problema asociado. A continuación, revise los objetivos del paciente(s) y evalúe si ha sido capaz de cumplirlos y mantenerlos.

¿El paciente ha sido capaz de cumplir y mantener los objetivos marcados?	
SÍ	NO
<p>↓</p> <p>Paciente que ha sido capaz de alcanzar y mantener el objetivo(s):</p>	<p>↓</p> <p>Paciente que no ha sido capaz de alcanzar y mantener el objetivo(s):</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar y apoyar la adherencia a las recomendaciones. • Valorar los aspectos positivos: Alabar el progreso y potenciar las fortalezas y la toma de decisiones saludables. • Acuerde objetivo(s) futuros construyéndolos sobre los anteriores. • Completar, o actualizar la entrevista psicosocial integral. • Repetir el control al menos anualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Volver a evaluar el nivel de riesgo (véase el Paso 2 para bebedores). • Reconocer que el cambio es difícil; que es normal no tener éxito en el primer intento; y que alcanzar una meta es un proceso de aprendizaje. • Valorar los aspectos positivos: <ul style="list-style-type: none"> • Alabando la honestidad y esfuerzos. • Consolidando los puntos fuertes. • Apoyando cualquier cambio positivo. • Relacionar consumo de alcohol con consecuencias o problemas asociados para aumentar la motivación. • Identificar y orientar retos dirección y oportunidades para alcanzar los objetivos. • Si las siguientes medidas no están ya en marcha, valore: <ul style="list-style-type: none"> • La participación de los padres. • Remitir al paciente para su posterior evaluación. • Reforzar la importancia del/los objetivo(s) y el plan y renegociar pasos específicos, según sea necesario. • Completar, o actualizar la entrevista psicosocial integral.

7.3.6. Preguntas frecuentes

- **¿Qué es un atracón «de tamaño adolescente» o «de tamaño infantil»?**

En comparación con los adultos, los niños y jóvenes son propensos a tener concentraciones de alcohol en sangre más altos después de beber cantidades

similares de alcohol. Extrapolando a partir de lo que conocemos sobre el metabolismo del alcohol en los adultos, un estudio reciente representó las diferencias entre adultos y niños en la composición corporal y la eliminación del alcohol para estimar de alcohol en sangre y los niveles de borrachera para los jóvenes. El estudio concluyó que el atracón de alcohol para los jóvenes debe definirse de la siguiente manera⁷⁸:

Niveles de atracón de alcohol estimados para la juventud			
Edad	Chicos	Edad	Chicas
9-13 años	3 bebidas	9-17 años	3 bebidas
14-15 años	4 bebidas		
+ 16 años	5 bebidas		

- **¿Qué tipo de alcohol beben los niños en la actualidad?**

Todo tipo: vino/champán, cerveza/sidra, combinados/cubatas, licores de frutas y licores fuertes o en general «bebidas con sabor a alcohol». Los resultados de la encuesta ESTUDES señalan diferencias en el tipo de bebida consumida y la extensión de su consumo según días laborables y fin de semana. Así, la cerveza/sidra es el tipo de bebida más consumida en ambos casos, aunque en días laborables la consumen alrededor de un 24% de los jóvenes de 14 a 18 años, mientras que los fines de semana supera el 50%. Los combinados/cubatas pasan de ser consumidos por cerca del 10% durante la semana laboral a algo más del 60% en los fines de semana.

Los jóvenes también beben **alcohol mezclado con cafeína**, ya sea en las bebidas premezcladas o mez-

clándolo con bebidas energéticas. Con esta peligrosa combinación, los bebedores pueden sentirse algo menos ebrios que si hubieran bebido alcohol solo, pero el deterioro en la coordinación motora y en el tiempo de reacción visual es exactamente el mismo⁷⁹. Este tipo de combinación los hace también más propensos a beber en exceso, a ser heridos, a mantener relaciones sexuales de riesgo, y a subir en un coche conducido por una persona intoxicada⁸⁰.

7.3.6.1. Acerca de cribado

- **¿Qué grado de efectividad tiene las preguntas del cribado?**

Las preguntas de cribado fueron obtenidas empíricamente a partir del análisis de los datos obtenidos en un periodo de tiempo de 8 años (2000-2007) de

una encuesta representativa de la población norteamericana que incluyó a más de 166.000 jóvenes de 12 a 18 años y de múltiples estudios longitudinales que recogía información sobre los jóvenes a medida que crecían. Los análisis indicaron que las preguntas utilizadas son predictoras muy eficaces de los resultados adversos derivados del consumo de alcohol, tanto actuales como futuros. Además, las preguntas son consistentes con los estándares aceptados de atención en los que los jóvenes son preguntados sobre las actividades de amigos y las opciones personales de salud. (Ver también «¿Cuál es la base para la estimación del nivel de riesgo?» en la página 66).

- **¿Son efectivos en los jóvenes el cribado y la intervención breve?**

La evidencia es clara sobre la eficacia de las intervenciones breves en adultos. Por ejemplo, en 2004, el grupo especial de servicios preventivos norteamericano (US Preventive Services Task Force) «recomendó el cribado y las intervenciones de orientación del comportamiento para reducir el abuso de alcohol en los adultos»⁸³. En aquel momento, la evidencia no era concluyente sobre la efectividad de las intervenciones breves de alcohol en los jóvenes.

Desde entonces, sin embargo, la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones breves en jóvenes se ha ido acumulando^{84, 85, 86}. Además, en su declaración de política «Consumo de alcohol por los jóvenes y jóvenes: Una preocupación Pediátrica» la Academia Americana de Pediatría recomienda que los profesionales que trabajan con niños y jóvenes criben regularmente sobre el consumo de alcohol y utilicen técnicas de intervención breve durante las consultas⁸⁷. (Ver también «Entrevista motivacional breve», página 74).

- **¿Por qué preguntamos por el consumo de alcohol «en el último año» en lugar de «en el último mes», cuando sabemos que los niños tienen mala memoria?**

Todas las preguntas acerca del consumo pasado de alcohol son falibles de una manera u otra. Aun así, las respuestas a estas cuestiones nos pueden proporcionar información útil acerca del patrón de consumo de alcohol de niños y jóvenes.

Mientras que los datos relativos al consumo de alcohol en el último mes pueden ser más precisos, los datos sobre el consumo durante el último año **ayudan a detectar a más jóvenes que beben**, ya que el consumo en los jóvenes **suele ser esporádico**. Cuando se les pregunta si han consumido una bebida en el último mes, muchos jóvenes pueden responder «no» a pesar de haber bebido alcohol en otros momentos del año. Además, la investigación muestra que las respuestas del consumo en el último año son predictivas de los problemas relacionados con el alcohol⁸⁸. Preguntamos a los niños acerca de su consumo en el último año no porque sepamos que sus respuestas son del todo precisas, sino porque sus respuestas pueden ayudar a predecir los síntomas y problemas relacionados con el consumo de alcohol.

- **¿Si les pregunto a mis pacientes el número de veces que han bebido alcohol en el último año, podría estar sugiriéndoles que espero que beban?**

Puede organizar las preguntas de detección de esta herramienta como mejor le parezca. Si le preocupa que los niños puedan recibir el mensaje de que la bebida es normativa al preguntarle por la frecuencia de consumo, entonces es posible hacer una pregunta de preparación del tipo de «En el último año, ¿has

bebido más de unos pocos sorbos de cerveza, vino o cualquier bebida alcohólica?». Para aquellos que contesten «sí», entonces puede continuar preguntando: *«¿En aproximadamente cuántos días los bebiste?»*. Sin embargo, con una pregunta de indagación previa, se puede correr el riesgo de obtener un falso «no» y paralizar el cribado. Use su «sensibilidad» y su juicio profesional sobre la probabilidad de que el paciente esté consumiendo alcohol para decidir cuándo utilizar preguntas de indagación previa para iniciar el cribado. En cualquier caso, si usted elogia una respuesta «no», los pacientes recibirán el mensaje de que no encuentran aceptable beber a su edad.

• **¿Cómo puedo priorizar la detección de alcohol en relación con otros comportamientos de riesgo como relaciones sexuales sin protección, el tabaquismo y consumo de otras drogas?**

El consumo de alcohol es un excelente tema para comenzar la detección de conductas de riesgo para salud por dos razones principales. En primer lugar, hablar con sus pacientes sobre el alcohol tiene el potencial de salvar vidas. Beber se asocia con tres de las principales causas de muerte entre los jóvenes, siendo la primera las lesiones no intencionales, generalmente por accidentes de automóvil, seguida de homicidios y suicidios⁸⁹.

En segundo lugar, hacer preguntas sobre el consumo de alcohol puede ayudar a determinar si preguntas sobre otros comportamientos de riesgo son una prioridad alta. *El alcohol es la droga utilizada por el mayor número de jóvenes, y para la mayoría es también la primera sustancia que prueban. Los jóvenes que no beben alcohol, tienen pocas probabilidades de consumir cualquier otra sustancia*, mientras que los jóvenes que están muy relacionados con

el alcohol tienen un riesgo mayor de uso de otras sustancias y de llevar a cabo otros comportamientos de riesgo^{90, 91}.

• **¿Por qué me molesto en hacer el cribado en niños que estoy casi seguro de que no beben alcohol?**

Al hablar de alcohol con todos sus pacientes *les demuestra que se preocupa por su salud y por los comportamientos de riesgo*. Es posible que se sorprenda al descubrir hasta qué punto el consumo de alcohol está extendido entre los jóvenes. A pesar de las ideas previas, encontrará que incluso los «niños buenos» beben y que su consumo de alcohol puede causar problemas. Hablar de alcohol con todos los jóvenes que entran por la puerta de su consulta le ayudará a estar seguro de que nadie se «escapa» a causa de las presunciones.

En los niños que no beben alcohol, esta conversación *le ofrece la oportunidad de alabar y alentar las decisiones inteligentes y saludables que están haciendo*. Sabemos que el **refuerzo positivo** funciona y esta es una gran oportunidad para emplearlo. Además, la investigación indica que los *jóvenes poseen una percepción más positiva de los profesionales sanitarios sensibles a temas como el consumo de sustancias, lo que sugiere que los chicos pueden esperar este nivel de atención*⁹².

7.3.6.2. Acerca de orientar a pacientes que no beben y sus padres

• **¿Qué material educativo para padres o sitios web educativos para padres puedo sugerir a las familias?**

Vea la sección 10. RECURSOS COMUNITARIOS A DISPOSICIÓN DE LA INTERVENCIÓN al final de esta guía en la página 87.

7.3.6.3. Sobre la evaluación de riesgos

¿Cuál es la base para las estimaciones del nivel de riesgo?

Las estimaciones del nivel de riesgo de esta herramienta y las preguntas de cribado sobre la frecuencia del consumo de alcohol provienen del análisis de los datos de la encuesta sobre consumo de alcohol en más de 166.000 jóvenes de 12 a 18 años⁹³. Los investigadores buscaron las conexiones entre las variables de patrón de consumo de alcohol y los síntomas concurrentes en un *trastorno por consumo de alcohol (Alcohol Use Disorder) –AUD–*, abuso o dependencia, de acuerdo con la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Consistentemente, encontraron que el número de días de consumo en el último año predijeron la presencia de los síntomas AUD con mayor precisión que la cantidad de alcohol consumido o la frecuencia de consumo excesivo de alcohol.

Es importante tener en cuenta que sus pacientes no necesitan ser completamente exactos cuando estiman el consumo de alcohol en el último año, debido a que la frecuencia informada predice la presencia de síntomas AUD.

• ¿Entre mis pacientes que beben, qué proporción estará en las categorías de riesgo «bajo», «moderado» y «alto»?

Teniendo en cuenta que a las edades de 12 a 15 años cualquier consumo de alcohol realizado en el último año se considera al menos riesgo «moderado», la mitad de los bebedores en este grupo de edad beben con la frecuencia suficiente para estar en la categoría de «riesgo alto».

A las edades de 16 a 18 años, alrededor de un tercio de los jóvenes que beben está en «riesgo bajo», una quinta parte en «riesgo moderado», y un poco menos de la mitad están en riesgo «alto»⁹⁴ (NIAAA, 2011).

• ¿Cómo puedo recordar los puntos de corte para los diferentes niveles de riesgo?

Cuando esté empezando a utilizar esta herramienta puede usar la **Guía de Bolsillo**, que contiene la **matriz de estimación de riesgo**. Con el tiempo, va a tener una idea de los puntos de corte de nivel de riesgo para las diferentes edades y niveles de intervención relacionados. Para facilitar este proceso, puede centrarse primero en los **puntos de corte de «riesgo alto»**, que identifican a los niños que necesitan la mayor atención y posiblemente una derivación.

RIESGO ALTO, el consumo de alcohol en los últimos 12 meses comienza en:			
Edad	11 años	1 Día	
Edades	12-15 años	6 Días	Cada dos meses
Edad	16 años	12 Días	Mensualmente
Edad	17 años	24 Días	Dos veces al mes
Edad	18 años	52 Días	Semanalmente

Una vez que estos le sean familiares, puedes completar el cuadro con los **puntos de corte para «riesgo moderado»**:

RIESGO MODERADO, el consumo de alcohol en los últimos 12 meses comienza en:			
Edades	12-15 años	1 Día	
Edades	16-17 años	6 Días	Cada dos meses
Edad	18 años	12 Días	Mensualmente

Estos niveles de riesgo y los puntos de corte no son absolutos, pero pueden servir como indicadores para ayudarle a medir el alcance de su respuesta profesional.

- Como parte de la evaluación de riesgos, ¿cómo podemos mi paciente y yo estimar las cantidades de bebida?

Puede ser un desafío. Algunas tipos de bebida que consumen habitualmente los jóvenes son más fáciles de cuantificar (latas, botellas, caña de cerveza), mientras que otros obedecen a creaciones inventadas

localmente para promover el consumo o a circunstancias concretas y ser más difíciles de medir (como la bebida desde embudos, las mezclas hechas en botellones, etc.).

Afortunadamente, **con esta guía no es necesario precisar la cantidad estimada para medir el nivel de riesgo de su paciente** debido a que el **número de días de consumo en el último año es un potente predictor de riesgo en sí mismo**. Sin embargo, **para los bebedores de riesgo moderado y alto**, tendrá que preguntar acerca de la cantidad de bebida para redondear su evaluación de riesgos.

Como orientación, la tabla siguiente proporciona información sobre los tamaños de «vaso estándar» y el número aproximado de **unidades estándar en recipientes comunes** para las bebidas con diferentes cantidades de alcohol por volumen (o alc / vol). (Para más información puede visitar <https://sociales.gijon.es/page/10501-calculador-de-alcoholemia>, <http://www.msssi.gob.es/campanas/campanas07/alcoholmenores9.htm>)

- **¿Qué cuenta como una bebida alcohólica?**

El contenido de alcohol de una bebida depende de la concentración de alcohol y del volumen contenido. Hay amplias variaciones respecto a la concentración de las bebidas alcohólicas en diferentes países. Un estudio de la OMS indicó que la cerveza contenía de 2% al 5% de alcohol puro, los vinos contenían entre el 10,5 y el 18,9%, los licores variaban entre el 24,3% y el 90%, y la sidra entre el 1,1% y el 17%. Por ello, es esencial adaptar los tipos de bebidas a lo que es más común en el ámbito local para conocer a grandes rasgos cuánto alcohol puro consume una persona por ocasión y término medio.

Esta forma de calcular los gramos de alcohol se ha sustituido, en los últimos años, por el concepto de **Unidad de Bebida Estándar (UBE)**. En España una «unidad de bebida» es igual a **10 gramos de etanol puro**^{95, 96}. La **Unidad de Bebida Estándar** es una forma rápida y práctica de conocer los gramos de alcohol consumidos y tan sólo precisa de una **tabla de equivalencias** con la **cantidad y tipo de bebida** alcohólica consumida para calcular el consumo.

Como acabamos de señalar, el porcentaje de alcohol «puro», expresado como alcohol por volumen (alc/vol) varía según la bebida y el contexto social. Aunque las cantidades «normales» de las bebidas y sus corres-

pondientes concentraciones de alcohol de la siguiente lista son «típicos» y útiles para el seguimiento de las directrices de salud, es posible que no reflejen el tamaño habitual de las porciones. Además, existe una considerable variabilidad en contenido de alcohol dentro de cada tipo de bebida (por ejemplo, cerveza, vino, licores destilados). Por tanto, las siguientes cantidades y equivalencias deben de ser tomadas como orientativas.

Tabla 7: Contenido de alcohol en gramos y su equivalencia en Unidades de Bebida Estándar –UBE– de diferentes bebidas «típicas»

Tipo de bebida	Volumen aproximado	Alcohol puro contenido en gramos para ese volumen	N.º unidades de bebida estándar UBE
1 vaso/copa de vino o cava	100-125 ml.	9,6 gr.	1
1 botella de vino	750 ml	72 gr.	7,2
1 quinto o caña de cerveza	250 ml.	10 gr.	1
1 tercio o lata de cerveza	333 ml.	13,3 gr.	1,5
1 litro de cerveza (litrona)	1.000 ml	40 gr.	4
1 culín de sidra	100-110 ml.	5,6 gr.	0,5
1 botella de sidra	700 ml.	33,6 gr.	3,4
1 copa de aperitivo (vermut, jerez,..)	70 ml.	9,5 gr.	2
1 «carajillo» (café + licor)	25 ml. (de destilado)	7,1 gr.	1
1 chupito de bebida destilada (coñac, whisky, vodka, tequila, etc.)	25 ml.	7,1 gr.	1
1 copa de bebida destilada (coñac, whisky, vodka, tequila, etc.)	60 ml.	20,2 gr.	2
1 botella de bebida destilada (coñac, whisky, vodka, tequila, etc.)	700-750 ml.	252-270 gr.	25-27
1 combinado, por ej. «cubata» (bebida azucarada+bebida destilada)	50-70 ml. de destilado	19,2 gr.	2

Adaptado de: «Fundación de Ayuda contra la Drogadicción», 1998. «Recomendaciones SEMFYC: Alcohol», Grupo de Trabajo de Alcohol de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria SEMFYC, Barcelona 2000. «Calculador de alcoholemia», Fundación Municipal de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Gijón, <https://sociales.gijon.es/page/10501-calculador-de-alcoholemia>.

- **¿Qué quiere decir «incorporar lo demás que conozco» sobre mi paciente y su familia en la evaluación de riesgo y la intervención?**

Su conocimiento de los factores familiares que estén relacionados con el grado de riesgo:

- Antecedentes familiares de problemas con el alcohol en padres o hermanos.
- El divorcio u otra transición difícil.
- Bajo compromiso parenteral en la vida de los niños.
- Los niños que tienen demasiado tiempo sin supervisión o dicen que están «aburridos».

Además, los detalles que conozca acerca de las fortalezas de su paciente, intereses y condiciones de salud, pueden ayudar a personalizar y reforzar sus mensajes de intervención.

Por ejemplo:

- Los deportistas o estudiantes que beben pueden comprometer su rendimiento en los deportes o académicos.
- Los niños con afecciones crónicas como la diabetes, la ansiedad o la depresión pueden complicar su tratamiento al beber.

- **¿Cuáles son las señales agudas de peligro (comportamientos tan potencialmente peligrosos) que requieren una intervención de «alto riesgo» en el acto?**

El signo más común y potencialmente peligroso es **beber y conducir**. Además de beber y conducir, **otros signos de grave peligro** que indican una intervención de «alto riesgo» y probable derivación incluyen:

- Alta ingesta de bebidas alcohólicas potencialmente letal.

- La combinación de alcohol con otras drogas, especialmente sedantes.
- Visitas hospitalarias o lesiones relacionadas con sustancias; envenenamiento por alcohol.
- Actividad sexual no planeada o no protegida asociada con el consumo de alcohol.
- Los signos de adicción al alcohol; beber todos los días o casi todos los días; apagones de memoria.
- El uso de drogas intravenosas.

7.3.6.4. Acerca de la intervención

Véase también el resumen de «Entrevista Motivacional Breve» en la página 74.

- **¿Qué puedo hacer si el paciente dice: «No voy a dejar de beber»?**

Hay varias formas de manejar una respuesta negativa.

En un niño/a que presente un **riesgo relativo más bajo**, puede pedirle permiso para darle un consejo breve, y de ser aceptado, preguntar por qué lo hace. Por ejemplo, podría decirle: *«Al final, eres tú quien toma la decisión, pero al mismo tiempo, yo te recomiendo que no bebas alcohol en absoluto. Eres un/a buen/a [estudiante, deportista, artista, hijo, hermano, amigo]; No me gustaría ver el alcohol obstaculizar tu futuro y las cosas que te interesan. ¿Qué opinas?»*. Para aquellos que aún así rechacen el consejo, sugiérales que piensen acerca de su conversación un poco más tarde.

Para los/as niños/as en **riesgo moderado o alto**, la entrevista motivacional debe ser útil. Por ejemplo, podría decirles: *«Entiendo que has tenido algún problema por beber demasiado y tus padres están afectados. Estás de acuerdo en que has bebido mucho y que es peligroso. ¿Cómo quieres seguir?»* Considerar establecer una consulta de seguimiento, ya que sólo una

sesión adicional de entrevista motivacional puede marcar la diferencia. En algunos casos, puede que tenga que romper la confidencialidad e informar a los padres del paciente. En otros, podría sugerir una derivación.

- **¿En todo caso, qué debería hacer de manera diferente si sé que uno o ambos padres de mi paciente tienen problemas relacionados con el alcohol?**

Aunque una minoría, los jóvenes de su consulta cuyos padres tienen un trastorno por consumo de alcohol se encuentran entre los que corren mayor riesgo. En los casos en los que se detecte esta situación, se seguirá el Programa de Identificación de Riesgo Psicosocial y la Guía de Maltrato del Principado de Asturias. Si además de ello, detecta que uno de los padres puede ser un aliado, lo adecuado es aconsejar a ese padre/madre que lo apropiado y conveniente es **solicitar la ayuda de un profesional experto en el tratamiento** de problemas con el alcohol.

- **¿Debo recomendar algún tratamiento especializado en particular para los pacientes que necesitan derivación?**

Cuando se trata del tratamiento de trastornos producidos por el alcohol, una solución única no sirve para todos. Afortunadamente, hay disponibles una gama de opciones de tratamiento eficaces. Un reciente meta-análisis encontró que varios tipos de tratamiento puede reducir el abuso de alcohol entre los jóvenes⁹⁷, incluyendo el tratamiento individualizado y las intervenciones basadas en la familia. En contraste con anteriores meta-análisis, este estudio encontró tamaños más grandes de resultado en los tratamientos individualizados que en las intervenciones basadas en la familia. Sin embargo, los autores advierten en contra de recomendar de forma inequívoca las terapias individuales frente a las basadas en la familia basándose en esas conclusiones.

Es de destacar que el análisis encontró que tres de las terapias con mayores tamaños de efecto incluyen las **intervenciones breves**. Entre los tratamientos a largo plazo con los más grandes tamaños de efecto fueron la terapia cognitivo-conductual integrada con un enfoque de 12 pasos, la *terapia cognitivo-conductual con postratamiento* y la *terapia familiar multidimensional*. También eficaces, con tamaños de efecto medio, fueron la *terapia cognitivo-conductual integrada en la familia*, *tratamiento conductual*, y la *triple modalidad de aprendizaje social*.

Es buena idea desarrollar relaciones de trabajo con los recursos y los profesionales locales, por lo que puede hacer recomendaciones seguras, sólidas y proporcionar una continuidad a la atención.

- **Coordinación inter-niveles y con otros profesionales**

Los profesionales de la pediatría que desarrollan sus funciones en la atención sanitaria deben jugar un importante papel en la detección, atención y prevención de las situaciones de riesgo por alcohol ya que puede provocar en la infancia y en la adolescencia efectos secundarios, a corto, medio y largo plazo. Por otro lado resulta muy necesaria la coordinación con otros profesionales sanitarios de los equipos de atención primaria y hospitalaria cuando se detectan estas situaciones.

Otros profesionales como los del trabajo social del centro de salud, serán de gran ayuda para la valoración psicosocial de los casos. También puede ser necesaria la colaboración con los profesionales de los equipos de salud mental infanto-juvenil, y los de atención psicológica a menores de los servicios sociales así como los de atención psicopedagógica del sistema educativo.

7.3.7. Confidencialidad

La confidencialidad a menudo desempeña un papel importante en la atención sanitaria a los jóvenes.

Los **motivos** para llevar a cabo la intervención preventiva de forma privada son:

- Para **reconocer y potenciar el desarrollo evolutivo del pre y/o adolescente**, su emergente **autonomía**. Hacerlo de forma privada le envía un mensaje de aliento y reconocimiento para **cuidar de su propia salud de forma autónoma y responsable**.
- Para **estimular una conversación abierta sobre temas de salud sensibles o delicados**.

Todas las grandes organizaciones médicas y las leyes actuales respaldan la competencia de los profesionales clínicos para proporcionar, dentro de los protocolos establecidos, atención confidencial sobre la salud de los jóvenes y su consumo alcohol. Este aspecto puede ser controvertido y debe explicarse a la familia y al paciente. **En cualquier caso, el profesional de la salud deberá decidir la posibilidad o conveniencia de llevar a cabo el cribado y la entrevista a solas o no con el menor, teniendo en cuenta que cualquier información clínica relevante debe de ser recogida en la historia clínica.**

Naturalmente siempre, y en particular con jóvenes, es **importante dar garantía de confidencialidad**. Los estudios demuestran que **con ella los menores están más dispuestos a solicitar y recibir consejos sobre cómo cuidar su salud que sin ella**. Igualmente las investigaciones indican que **la mayoría de padres se muestran a favor de una atención confidencial para sus hijos jóvenes**, y que **la información sobre las políti-**

cas/reglas de intimidad/privacidad en relación a conductas de riesgo con drogas en los jóvenes **mejora la opinión de la mayoría de padres** con posturas negativas respecto a la confidencialidad sobre este tema.

• Aspectos prácticos de la intervención sobre confidencialidad y sus limitaciones

Al tratarse de una intervención preventiva sobre el consumo de alcohol en **menores y sus padres o tutores**, establecer un **contexto de confianza** que ayude a mejorar la comunicación profesional/paciente pasa, entre otras cuestiones, por **abordar la cuestión de la confidencialidad de forma clara y directa tanto con el menor como con sus padres/tutores**. Por ello es aconsejable explicar siempre nuestra política de **confidencialidad al joven y al padre/madre al mismo tiempo**.

- En el ámbito del Principado de Asturias, y como en cualquier otro tipo de procedimiento asistencial, la relación de confidencialidad profesional/paciente está regulada por la *LEY 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, que establece (Artículo 5) que «*El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita*».

Específicamente al joven es necesario explicarle bien los **límites de esa privacidad**. El Artículo 9 «*Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación*» de la citada Ley, en su apartado 2 dice que:

«Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, **sin necesidad de contar con su consentimiento**, en los siguientes casos:

- a.) Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley. (...).
- b.) Cuando existe **riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización**, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Y en el apartado 3 de este mismo artículo se establecen los supuestos en los que se podrá solventar dicho consentimiento, de los cuales el 3.c se refiere específicamente al caso de los **menores**:

- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor **después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos**.

Quando se trate de **menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación**.

La instrucción de la Dirección de Gerencia del SESPA de fecha 14 de mayo de 2007 sobre el Procedimiento de Acceso para uso no Asistencial de la Documentación Clínica Hospitalaria aclara que «**En caso de que el paciente sea menor de 16 años**: Se facilitará el acceso a los padres, representante legal o persona o institución designada por la ley, **sin perjuicio de que pueda ser considerado menor maduro en cuyo caso no se facilitará el acceso salvo que el paciente lo autorice**».

Y específicamente al padre/madre y en base a lo anterior, decirle que se le informará de acuerdo a criterios clínicos según las excepciones de confidencialidad establecidas en la normativa vigente.

• Recomendaciones

- **Explicar siempre la política de confidencialidad**: Puede ser muy eficaz explicarla con el paciente y los padres al mismo tiempo.

Por ejemplo:

Dirigiéndose al paciente: «voy a hacerte algunas preguntas personales que les hago a todos mis pacientes para poder llevar a cabo el tratamiento de la mejor manera posible con ellos. Todo lo que me vayas a decir es confidencial, en otras palabras, se quedará entre tú y yo, pero dentro de ciertos límites.

La excepción es si lo que me cuentas compromete o pone en riesgo tu salud».

Dirigiéndose a los padres: «Lo que me diga su hijo/hija para mí es confidencial, pero, obviamente, usted es libre de tratar cualquier tema con él/ella en cualquier momento. Si su hijo/hija estuviera en peligro inmediato o necesitara un tratamiento adicional, sin duda le informaré y le incorporaré en cualquier dilema».

- Un objetivo importante para pacientes que han empezado a beber pero que no están en riesgo grave/agudo, es **obtener su compromiso personal de dejarlo o de reducir el consumo**.
- En el caso que se constate un consumo problemático es necesario **animarle a dar el paso de enfrentar el problema**, explicando que es preciso romper la confidencialidad para hablar de la derivación a los servicios especializados

de salud mental con los padres. Esto puede ser relativamente sencillo ya que, en la mayoría de este tipo de casos, si el joven está consumiendo de forma que nos planteamos una derivación, los padres ya se habrán dado cuenta de alguna forma de que su hijo/a está bebiendo.

- No rompa la confidencialidad inadvertidamente.

• **Cuándo romper la confidencialidad:**

Una guía general puede hacerse en base a la relación edad-consumo (ver tabla) pero hay que **considerar también otros factores de riesgo relacionadas con el consumo**, riesgos de daños importantes y presencia de comorbilidades (depresión, riesgo de suicidio, diabetes tipo I, etc) **así como las características del entorno familiar.**

Tabla 9. Cuándo puede ser apropiado romper la confidencialidad

	Cualquier consumo	Problemas leves	Problemas significativos o probable dependencia
9-11 años	Sí	Sí	Sí
11-14 años	Pudiera ser	Sí	Sí
14-18 años	Pudiera ser	Pudiera ser	Sí

Fuente: Alcohol screening and brief intervention for youth, A practitioner's guide. USA National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2015.

7.3.8. Entrevista Motivacional Breve

Dadas las limitaciones de tiempo de su práctica clínica, puede preguntarse acerca de formas rápidas y eficaces para ayudar a los niños y jóvenes a que adopten conductas más saludables. Si no está adiestrado/a, considere el uso de la entrevista motivacional breve, un estilo de comunicación centrada en el paciente diseñado para mejorar la motivación hacia el cambio.

• **¿Qué es la motivación?**

Durante las últimas décadas, los avances en la investigación y la teoría del comportamiento han provocado un cambio importante en el concepto de motivación⁹⁸. Ya no se considera como un «*todo o nada*», rasgo de carácter inmutable según el cual un individuo está motivado o no. En lugar de ello, la motivación es vista como un **estado dinámico de «preparación para el cambio» que puede ser influenciado por interacciones**

interpersonales, afectado por la **confrontación** que lleva a la **resistencia**, y con la **comprensión y la empatía** que lleva al **cambio**^{99, 100}.

- **¿Cómo se mueven las personas hacia adelante en el proceso de cambio?**

De acuerdo con los investigadores del comportamiento, las personas se motivan cuando **«perciben una discrepancia entre dónde están y dónde quiero estar»**¹⁰¹. Como proveedor de confianza del cuidado de la salud, el profesional sanitario/a está en una posición privilegiada para **ayudar a los pacientes a reconocer la falta de conexión entre su comportamiento y sus objetivos, valores, y creencias**, y para poner en marcha un cambio para mejor.

- **¿Qué es la entrevista motivacional?**

La entrevista motivacional es una orientación, un **estilo de orientación centrado en el paciente** que le **ayuda a explorar su ambivalencia natural hacia el cambio**. En esta dinámica, el **«espíritu» de colaboración amistoso** se considera más importante que cualquier conjunto de técnicas. El objetivo es provocar la motivación desde dentro del paciente, no imponérselo desde afuera. Una labor principal es ayudar al paciente a **examinar sus propias razones a favor y en contra del cambio**, y luego **guiarlo hacia una resolución que desencadene el cambio en una dirección saludable**. Una vez que los pacientes se comprometen al cambio, pueden, o no, necesitar más ayuda sobre cómo llevarlo a cabo.

Aunque este estilo de apoyo creció fuera del campo del abuso de sustancias, la entrevista motivacional se usa en la actualidad para hacer frente a muchos otros comportamientos relacionados con la salud,

como el cumplimiento de la medicación o el control de la dieta^{102, 103}. Por lo tanto, es posible que el desarrollo de habilidades con esta herramienta le sean muy **útiles para cualquier cambio que desee facilitar en el comportamiento del paciente**.

- **¿Cómo se hace?**

No hay una sola manera prescrita para hacer entrevista motivacional; cada interacción será tan individual como el paciente y sus perspectivas, objetivos, valores y creencias. En su núcleo subyacen sin embargo, **cuatro principios básicos**¹⁰⁴:

- **Expresar empatía:** Adoptar una postura cálida, sin prejuicios; escuchar activamente y reflexionar sobre lo que dice el/la paciente para ayudarlo a que se sienta escuchado/a.
- **Desarrollar la discordancia:** Aumentar la conciencia sobre las consecuencias personales del consumo de alcohol del paciente; preguntar por cómo sus metas, valores o creencias podrían verse obstaculizados o comprometidos por el consumo de alcohol.
- **No contrariar:** Reconocer las creencias y los sentimientos del paciente; evitar dar una conferencia o debatir; cambiar de marcha y afirmar la autonomía si el paciente muestra resistencia.
- **Apoyar la auto-eficacia:** Expresar confianza en la capacidad del paciente para realizar un cambio; destacar los puntos fuertes del paciente y otros éxitos como ejemplos.

Al igual que con la mayoría de las habilidades, la competencia en la entrevista motivacional se incrementa con una combinación de entrenamiento, práctica y retroalimentación. Para obtener más antecedentes acerca de la entrevista motivacional, junto

con información sobre talleres y entrenamiento, visite www.motivationalinterview.org o www.motivationalinterview.net. También puede dirigirse a los artículos de libros y revistas referenciados en esta sección.

• Versátil y a medida para los jóvenes

Puede aplicar la entrevista motivacional para hacer frente a cualquier nivel de consumo de alcohol en sus pacientes, a partir de un primer consumo bien sea aislado o regular, abusivo o problemático^{105, 106, 107}. Puede ser especialmente útil para los jóvenes en las primeras etapas de disposición al cambio, si aún no están interesados en él o si están pensando sobre él pero todavía no están listos para comprometerse¹⁰⁶. Los pacientes que se presentan con una lesión u otra consecuencia negativa relacionada con la bebida pueden ser especialmente receptivos en este doloroso «momento de enseñanza»¹⁰⁹. Incluso para los pacientes con dependencia del alcohol, la entrevista motivacional puede animarles a aceptar una derivación a tratamiento especializado¹¹⁰ e implicarse más plenamente en la atención.

Aunque inicialmente fue desarrollada para adultos, la **entrevista motivacional es especialmente adecuada en jóvenes**. Evita la confrontación, lo que deja espacio a la individualidad de los jóvenes. Su abierto y respetuoso intercambio de puntos de vista apoya el deseo de los jóvenes de ver escuchadas sus opiniones y respetada su autonomía. Puede tener beneficios incluso cuando un paciente no admite tener un problema con el alcohol¹¹¹, lo que es frecuente. Cuando el paciente no está dispuesto a comprometerse con un cambio de comportamiento, la entrevista motivacional le permite mantener la relación con él en su proceso de cambio y negociación para lograr pasos intermedios. En el proceso, al demostrar que valora su

opinión, el paciente adolescente tiene la oportunidad de poner en práctica su ingenio y construir habilidades de toma de decisiones que les serán muy útiles en la edad adulta.

• ¿Es efectiva?

En los adultos, la eficacia de la entrevista motivacional breve ha sido bien establecida. Un metaanálisis de 72 ensayos aleatorios controlados (ECA) encontró que las intervenciones de mejora de la motivación superaron al consejo tradicional para un abanico de comportamientos de salud en 8 de los 10 estudios¹¹². La entrevista motivacional breve puede ser eficaz en visitas individuales de 15 minutos, y una o más visitas adicionales de seguimiento casi «garantiza» la eficacia¹¹³. Los estudios centrado en el alcohol han demostrado que la mejora de la motivación y otras intervenciones breves pueden reducir el consumo excesivo de alcohol en adultos no dependientes, a menudo tanto como tratamientos más intensivos.

En jóvenes, los estudios sobre la entrevista motivacional breve para intervenciones de alcohol son limitados hasta el momento, pero prometedores. Una revisión de 2010 de 14 ECA de intervenciones breves sobre alcohol para jóvenes realizadas en entornos clínicos indicaron que la entrevista motivacional mostró más éxito que otro tipo de intervenciones y que incluso una sola sesión puede tener efectos positivos. Un metaanálisis de 2011 también apoyó la eficacia de las intervenciones de entrevista motivacional para el uso de sustancias en jóvenes¹¹⁶.

Por lo tanto, la combinación de sólida evidencia en adultos y prometedores resultados en jóvenes hacen de la entrevista motivacional sin duda, el más razonable, así como el más factible, enfoque en la actualidad para recomendar intervenciones breves con jóvenes en entornos clínicos¹¹⁷ (Clark et al., 2010).

- **Establecimiento de objetivos individuales y planes de acción**

Con jóvenes que beben alcohol, el establecimiento de metas y planes de acción en el curso de la entrevista motivacional es más complicado que en adultos. La entrevista motivacional implica alentar la autonomía del paciente en la elección de su curso de acción, así como reconocer y complementar cualquier cambio en la dirección positiva. Sin embargo, las personas menores de 18 años de edad que beben alcohol, legalmente no tienen completa libertad de elección cuando se trata de tomar decisiones sobre su consumo. Usted y su paciente necesitan discutir los objetivos individuales en el contexto de la seguridad y las restricciones impuestas por la ley, los padres, la escuela, u otros¹¹⁸.

Su **evaluación** (página 59) será una ayuda directa y dará forma a los objetivos individuales relacionados con el consumo de alcohol. La abstinencia sería, por supuesto, el objetivo ideal para los jóvenes que beben. En muchos casos, sin embargo, reducir el consumo y adoptar otras medidas para evitar daños son metas más realistas y alcanzables. Para dependientes y otros pacientes de alto riesgo, el objetivo será aceptar una derivación a tratamiento especializado.

Los siguientes ejemplos de planes de acción para jóvenes que beben, pero que no son dependientes, pueden ayudarle a usted y a su paciente trazar itinerarios **constructivos**¹¹⁹:

- **Abstinencia:** pedir permiso al/la adolescente para hacer un **contrato durante 4-8 semanas de abstinencia** con el objetivo de ayudarlos a los dos a determinar la gravedad del problema. Discutir formas para evitar con éxito el consumo. En el seguimiento, reforzar el éxito y para aquellos que no lograron mantener la abstinencia

o el objetivo les pareció muy estresante, discutir la derivación para realizar una evaluación más extensa.

- **Reducir:** Para aquellos que se niegan a abstenerse, pedir permiso para negociar y acordar límites basados en la historia del paciente. En general, aconsejar no consumir sustancias durante las noches, lo que reduce la cantidad y evita situaciones con mayores riesgos. Obtener retroalimentación de los pacientes acerca de sus sugerencias. En el seguimiento, continúe poniendo de manifiesto discrepancias y, sobre la base de éxitos anteriores, pregunte qué pasos adicionales desea llevar a cabo para alcanzar sus objetivos.
- **Contingencia:** Para los pacientes más difíciles o resistentes que se niegan incluso a reducir el consumo, contemplar el tratamiento como un proceso y aceptar cualquier progreso, como por ejemplo **hablar** sobre las perspectivas de su consumo, como un **éxito parcial**. Crear una **lista de eventualidades** que indiquen que existe un problema y pedir a los pacientes que acepten ir a verle si se producen. Evitar las discusiones, no contrariar y animarles a seguir reflexionando acerca de la bebida y continuar con el autocontrol.

- **Seguimiento**

En general, el seguimiento es necesario. Negociar con el paciente un marco temporal para el seguimiento puede aumentar la probabilidad de que el paciente vuelva. Como ha señalado la Academia Americana de Pediatría, a veces un «gancho» clínico (por ejemplo, un seguimiento para el acné o una inmunización o para analizar los resultados de laboratorio) puede llevar al paciente volver a la consulta. Los estudios indican que **sólo una visita adicional más puede mejorar significativamente la eficacia de su intervención**¹²⁰.

**Integración
del programa de
prevención del
consumo temprano
de alcohol en el
plan personal
jerárquico (PPJ)
de la infancia y
adolescencia en
Asturias**

Dentro de los proyectos del Servicio de salud del Principado de Asturias (SESPA), en colaboración con la Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria, ocupa un lugar preeminente, desde el punto de vista de las actividades preventivas a desarrollar, el **Plan Personal Jerárquico del niño (PPJ)**; dentro del mismo, la **detección del consumo de drogas**, entre ellas el alcohol, ocupa un lugar destacado.

Hay **dos vías de detección** a partir de dos de los programas incluidos en el PPJ.

En el transcurso de la visita programada en la etapa «escolar» a los 10 y 13 años de edad con motivo del **Programa de Salud Infantil (PSI)**, en la **pantalla de anamnesis** se pregunta sobre **hábitos tóxicos**, como se puede ver en la captura siguiente:

Figura 4: Pantalla de anamnesis del Programa de Salud Infantil sobre hábitos tóxicos.

The screenshot shows a web-based form for anamnesis. At the top, there are tabs: ANAMNESIS (selected), EXPLORACIÓN FÍSICA, PSICO-SOCIAL, A. PREVENTIVAS y RESUMEN, RIESGO PSICO-SOCIAL, and MALTRATO. The form is set for a child with an actual age of 0.00 years. A 'VALORACIÓN de:' section includes dropdown menus for 'La alimentación:', 'Hábito Intestinal:', 'La higiene y cuidados:', 'El hábito del sueño:', and 'Tabaquismo pasivo:'. There are also input fields for 'El ocio electrónico (h/día):' and 'La actividad física semanal (h/sem.):', both set to 0.00. A 'HÁBITOS TÓXICOS:' section has radio buttons for 'Sí' and 'No' for 'Tabaco:', 'Alcohol:', 'Drogas de síntesis:', and 'Otros:'. A 'Menarquia:' section has a checkbox and an 'Edad Menarquia en años:' field set to 0.00. A 'CONTROL de ESFÍNTERES:' section has radio buttons for 'Sí' and 'No' for 'Vesical nocturno:' and an '*Edad Control (años):' field set to 0.00. At the bottom, there is an 'OBSERVACIONES' section with a text area and a 'Añadir Episodio' button. A note '(* = DGP)' is visible near the observations area.

La **segunda vía de detección**, es por medio del **Programa de Identificación del Riesgo Psico-Social** (PIRSS) de la etapa escolar. En este programa se contemplan además, en el caso de detección de riesgo, una serie de intervenciones, como se puede ver en la captura siguiente:

Figura 5: Pantalla del Programa de Identificación del Riesgo Psico-Social (PIRSS).

ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-SOCIAL | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICO-SOCIAL:

Factores Personales: Sí No (5 - 11/11/2016)

- Prematuridad
- Parto traumático
- Adopción y/o Acogimiento
- Malformaciones congénitas
- Retraso psicomotor
- Alt. conducta/psicológicas
- Minusvalía / discapacidad
- Carencia afectiva
- Conducta antisocial
- Absentismo escolar
- Factores limitantes
- Historia de maltrato
- Hábitos y rutinas inadecuados: (1 - 11/11/2016)
 - Tabaco Sí No
 - Alcohol Sí No
 - Drogas Sí No
 - Conductas cibernéticas inadecuadas: Sí No
 - Otros Sí No

Factores Socioculturales: Sí No

- Inmigración: adaptación deficitaria
- Marginalidad y/o riesgo de la misma:
 - Vivienda: falta de, malas condiciones
 - Precariedad económica
 - Barreras socioculturales
 - Precariedad laboral
- Acoso entre iguales
- Ciberacoso

[Guía sobre el acoso del PA](#)

Progenitores / Personas Cuidadoras: Sí No

- Hijo no deseado
- Embarazo adolescente
- Embarazo no controlado
- Crisis familiares
- Padres adolescentes y/o inmaduros
- Institucionalizados
- Familia monoparental
- Hábitos tóxicos padres
- A.F. de maltrato y/o negligencia
- Factores limitantes para el desempeño
- Padres enfermedad mental
- Violencia de género

Indicadores viol_género infancia_adolesc.

Riesgo Psico-Social: Sí No (5 - 11/11/2016)
Definido por la existencia de 1 o más ítems.

Actitud tras valorar Riesgo P-S ---> Controles en consulta de Pediatría.
 Derivación Salud Mental.
 Derivación Trabajo Social.

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

[Añadir Episodio](#)

8.1. Recomendaciones

Para completar el proyecto con un consejo breve sobre los riesgos del consumo de alcohol, se introducirán varios documentos dentro de la pestaña de actividades preventivas del PSI.

Figura 6: Pantalla de recogida de los documentos de la Guía

The screenshot displays a web application interface with the following elements:

- Navigation Tabs:** ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-SOCIAL | **A. PREVENTIVAS y RESUMEN** | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO
- RECOMENDACIONES:** Radio buttons for 'Sí' (selected) and 'No'. A list of checkboxes includes:
 - La actividad física
 - Tiempo de ocio
 - La alimentación
 - Hábitos tóxicos
 - El hábito del sueño
 - El calendario vacunal del P.A.
 - Higiene corporal y cuidados
 - La prevención de accidentes de tráfico y domésticos
 - Salud bucodental
 - Fotoprotección
 - Prevención exposición a tóxicos
 - Otras
- DOCUMENTOS para las FAMILIAS:** Radio buttons for 'Sí' (selected) and 'No'. A list of checkboxes includes:
 - Decálogo alimentación. **DOC**
 - Doc: recomendaciones (6-10 a). **DOC**
 - Doc: recomendaciones (10-14 a). **DOC**
 - Doc: disruptores endocrinos **DOC**
 - Doc: recomendac. actividad Física **DOC**
- INFORMACIONES:** Radio buttons for 'Sí' (selected) and 'No'. A list of checkboxes includes:
 - Otras vacunas
 - Funcionamiento del Equipo Pedilátrico
- INFORMACIÓN CLÍNICA:** A vertical stack of buttons: Hoja Verde, Plásticos información, Encuesta Mediambiental escolar, Encuesta activ física alimentación, Alimentación, activ física medio ambiente.
- OBSERVACIONES:** A text input field with a scroll bar and an 'Añadir Episodio' button.
- RESUMEN del PROTOCOLO:** A section with a dropdown for 'Problemas detectados:', an 'OBSERVACIONES:' text input field with a scroll bar, and a 'Procolo Escolar Añadir Episodios' button.
- Footer:** (* = DGP)

Glosario de términos¹²¹

- **Cantidad de alcohol consumida:** Los profesionales de atención primaria pueden describir el consumo de alcohol en términos de **Gramos de Alcohol Consumidos** o su equivalente en **Unidades de Bebida Estándar –UBE–**. En Europa se ha consensuado que la relación entre ambos es de **10 gramos de alcohol por UBE**¹²². La utilización de UBE's simplifica la evaluación del consumo de alcohol y, a pesar de que no es perfecto y también plantea inconvenientes, **su nivel de precisión es suficientemente bueno** para ser recomendado como método para calcular el consumo de alcohol (ver pág. 69).
 - **Consumo de riesgo:** El consumo de riesgo se define como un **nivel o patrón de consumo que acarrea riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud, si el hábito persiste**¹²³. En **menores de edad y mujeres embarazadas cualquier consumo es considerado de riesgo**, y para el resto de la población cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos.
 - **Consumo perjudicial:** El consumo perjudicial se refiere a un patrón de consumo que **afecta a las personas tanto en su salud física** (por ej., cirrosis hepática) como en su **salud mental** (por ej., depresión como resultante del consumo)¹²⁴. Basada en datos epidemiológicos en lo que respecta a los daños causados por el alcohol, la OMS define el consumo perjudicial como *consumo regular promedio de más de 40 gr. de alcohol diarios en mujeres y de más de 60 gr. diarios en hombres*¹²⁵.
- Además, y como en el caso anterior, es importante destacar que el **umbral de sensibilidad de los jóvenes es mucho más bajo al ser menor su peso y la talla.**
- **Intoxicación:** Puede ser definida como un **estado más o menos breve de discapacidad funcional psicológica y motriz inducida por la presencia de alcohol en el cuerpo**¹²⁶, **aún con un nivel bajo de consumo**¹²⁷. Intoxicación no es sinónimo de consumo excesivo ocasional. Debido a su menor peso y talla, **los niveles de alcoholemia son más elevados a igualdad de ingesta en jóvenes que en adultos.**
 - **Consumo excesivo ocasional, intensivo ocasional, atracón, binge drinking**¹²⁶: En España la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica, lo definió como el **«consumo de 60 ó más gramos de alcohol en varones (6 o más UBEs) y de 40 o más gramos en mujeres (4 o más UBEs), concentrado en una sesión de consumo (habitualmente 4-6 horas), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8 g/L)»**. Actualmente la mayor parte de la investigación limita el tiempo de ingesta a unas **2 horas**¹³⁰ al tener en cuenta el ritmo de metabolización del alcohol y de ingesta, lo que permite ajustar todavía más la definición anterior. **En cualquier nivel de consumo, quienes consumen grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión, corren mayores riesgos**¹³¹.

9.1. Términos mal definidos que se recomienda NO UTILIZAR

Existen varios términos mal definidos que es **recomendable no utilizar** al trasladar los mensajes preventivos y las recomendaciones sobre el alcohol, **tanto a los menores de edad** como a sus padres o tutores, ya que por su **indefinición o subjetividad**, pueden dar lugar a la emisión de **mensajes ambiguos o contradictorios, o a que sean interpretados de forma sesgada e inadecuada**.

En cualquier caso y de cara a los **mensajes a trasladar sobre el consumo de alcohol a menores de edad** es importante **tener siempre presente que:**

- El riesgo cero solo se asocia al consumo cero.
- La ley prohíbe tanto el consumo como la venta o el suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años.
- Los menores de edad son más sensibles que los adultos ante cualquier riesgo o daño para la salud asociado al consumo de alcohol.

9.2. Términos desaconsejados

Algunos **términos desaconsejados** son los siguientes:

- Consumo **moderado** de alcohol. Se recomienda **no utilizar** el término «moderado» ya que es una **expresión inexacta** que intenta describir una forma de consumo que no causa problemas, opuesto al consumo excesivo. Una forma más adecuada sería «*consumo de bajo riesgo*» y esto teniendo en cuenta que:

- No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo.
- Cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos, y cualquier consumo en menores de edad es de riesgo.
- Referido a menores de edad, tanto el consumo como la venta, suministro y distribución de alcohol es ilegal.

– Consumo **razonable, consumo responsable y consumo social** al tratarse de **términos vagos, indefinibles**, pues dependen de criterios subjetivos, valores éticos, sociales y culturales que varían según las costumbres, los tiempos, los contextos y las características físicas, psicológicas y sociales de las personas.

– Consumo **excesivo** es un término que, en lo posible, es **preferible no utilizar**, ya que *supone la existencia de una norma de consumo no excesivo y por tanto adecuada a la cual ese consumo, considerado excesivo, se opone*. Se prefiere hablar de **consumo de riesgo** y esto dejando claro que:

- No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo.
- Cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos y cualquier consumo en menores de edad es de riesgo.
- Referido a menores de edad, tanto el consumo como la venta, suministro y distribución de alcohol es ilegal.

– **Uso indebido del alcohol** es un término que intenta describir el consumo de alcohol al margen de las normas legales o médicas, que como en el caso de los términos anteriores *supone la existencia de un consumo «debido o adecuado» al cual ese consumo, considerado indebido, se opone*. Se prefiere la utilización del término *consumo de riesgo* y esto teniendo en cuenta que:

- No existe un acuerdo en cuanto a cuál es el nivel de consumo de alcohol que implica un consumo de riesgo.
- Cualquier nivel de consumo de alcohol implica riesgos y cualquier consumo en menores de edad es de riesgo.
- Referido a menores de edad, tanto el consumo como la venta, suministro y distribución de alcohol es ilegal.

Recursos comunitarios a disposición de la intervención

1. **Guía de recursos en drogodependencias del Principado de Asturias (cuarta edición)**
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Recursos/Guia_Version_29032016.pdf
2. **Asturias actúa: Guía de actividades y recursos comunitarios en salud del Principado de Asturias.**
<http://www.obsaludasturias.com/obsa/asturias-actua/>
3. **Familiaysalud: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria AEPap.** Padres y pediatras al cuidado de la infancia y la adolescencia.
<http://www.familiaysalud.es/>

Anexos

I. PREVENIR EL CONSUMO DE ALCOHOL. ¿QUÉ PUEDEN HACER LAS FAMILIAS? 10+1 consejos

1. Promueva resistir la presión de amigos/as.
Enséñele a valorar su individualidad, a reflexionar de forma crítica sobre la «amistad», sobre la compatibilidad entre sus objetivos en la vida y los del grupo de amigos/as, sobre las consecuencias de sus actos y sus responsabilidades. Enséñele a decir «no»:
 - *Simplemente di «no, gracias», sin rodeos. Si insisten: «no seas pesado/a, ya te he dicho que no, gracias, no me interesa». Repítelo todas las veces que haga falta, sin enfadarte.*
 - *Si te presionan metiéndose contigo, mantén tu postura con seguridad y deja pasar el momento, no durará mucho. Si ven que actúas como un adulto, te respetarán.*
 - *Intenta responder a las presiones con respuestas sorprendentes o graciosas: «si bebes, se te van a pelar los cables», «¡denúnciame!» o «¡me lo prohíbe mi dentista!».*
2. Refuerce su autoestima y autonomía responsable; elogie sus logros, el esfuerzo y la constancia, ayudándole a elaborar objetivos de futuro realistas. Anímele a encontrar y ser consciente de sus virtudes, a potenciarlas y a encontrar otras. Proporciónéle responsabilidades de forma progresiva.
3. Destaque las ventajas de no consumir alcohol, como «ser mejor en el deporte, en las relaciones con los demás, en los estudios, etc.» Facilite otras alternativas de ocio y diversión.
4. Cree un clima de confianza. Hable sobre el alcohol de forma abierta, relajada y no amenazadora. Escúchele, hágale ver que su opinión es relevante para usted. Si se emborrachara él/ella o cualquiera de sus amigos, dígame que no dude en llamarle para ir a buscarle; todo el mundo puede cometer un error, pero es importante pedir ayuda llegado el caso. Demuéstrele que le quiere: un abrazo, un guiño, una sonrisa.
5. Establezca límites claros. Prohibir el consumo de alcohol no es represión ni castigo, como tampoco lo es la señal de «stop» en circulación. Al contrario, es una muestra de interés por su salud y seguridad.
6. Actúe de forma razonable pero firme. Es probable que discutan la prohibición sobre el consumo. Utilice argumentos sólidos basados en la investigación (ver punto nº 9).
7. Transmita valores. Un entorno que prescindiera al máximo del alcohol es fundamental para cuando crezca y tenga que tomar decisiones por sí solo/a. Admita que no es perfecto/a, pero intente ser auténtico/a. Pregúntese:
 - ¿Qué normas hay en casa respecto al alcohol? ¿Soy un modelo de consumo?.
8. Controle las emociones. Busque momentos de estabilidad y calma para hablar del tema, nunca en discusiones o enfados. Póngase en su lugar e intente analizar la situación desde su punto de vista.
9. Infórmese para adelantarse y evitar o compensar la búsqueda de información por otras fuentes. Consumir alcohol es ilegal, es peligroso para su salud física, psicológica y social y puede tener efectos graves para su futuro; le perjudicará de cara a los estudios, las relaciones o las aficiones. Consulte por ejemplo la web de pediatría.
<http://www.familiaysalud.es/>
10. Si detecta un consumo de alcohol, busque un momento tranquilo para explorar las razones que le han llevado a beber. Si es más habitual, busque la ayuda de profesionales.
11. La venta y/o el suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, así como el consumo de alcohol por los mismos es ilegal, (Ley 4/2015 del Principado de Asturias) y los/as progenitores o tutores responden por la sanción que se le imponga a un menor por consumo de alcohol.

II. A los 10 AÑOS: ¿QUIERES SER EL QUE LO SABE TODO SOBRE EL ALCOHOL? DÍSELO A TUS AMIGOS/AS

- **El alcohol es considerada** una droga porque es capaz de actuar sobre el sistema nervioso, provocando una alteración física o psíquica, con capacidad de cambiar el comportamiento de la persona.
- **Cualquier consumo es un riesgo** y más si estás en crecimiento, pues dañas tus neuronas, hígado, estómago, corazón, riñones, ... además del poder de generar dependencia.
- **Al poco de consumirlo** hablas más, pierdes la vergüenza, ..., pero el alcohol es un depresor. Esto significa que es una droga que enlentece o deprime el cerebro, así que luego te da el bajón, te sientes mal, pierdes el equilibrio, tienes ganas de vomitar, no puedes estudiar ni hacer deporte ni estar con los/as amigos/as.
- **Cuando una persona bebe una cantidad excesiva** de alcohol, puede hacer o decir cosas que no querría. Puede lastimarse a sí misma o a otras personas. También puede vomitar y sentirse muy mal.
- **Si No bebes alcohol conseguirás hacer mejor**, disfrutar más de las cosas que te gustan, como jugar, hacer deporte, leer, escuchar música, hacer nuevos/as amigos/as...
- **Debido a que el alcohol provoca tantos problemas a tu salud**, las autoridades de muchos países del mundo han decidido que a los menores de 18 años no se les debe permitir comprar ni beber alcohol.
- **No es cierto que todo el mundo beba alcohol.** Cuando alguien te diga que eres

inmaduro por no beber alcohol, no creas sus palabras. De hecho, le estarás demostrando que eres más maduro (lo que significa «ser mayor») que él/ella al mostrarle tu inteligencia y tu fuerza de voluntad.

III. A los 13 AÑOS: ¿QUIERES SER EL QUE LO SABE TODO SOBRE EL ALCOHOL? DÍSELO A TUS AMIGOS/AS

- **El alcohol es considerada una droga** porque es una sustancia que introducida en el organismo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física o psíquica, con capacidad de cambiar el comportamiento de la persona; altera el estado de ánimo, la percepción y el funcionamiento cerebral, produce tolerancia (es decir necesidad de mantener el consumo para evitar malestar), dependencia y el consiguiente «mono» (síndrome de abstinencia).
- **El alcohol es una droga depresiva.** Esto significa que hace más lento el funcionamiento del sistema nervioso central al bloquear los mensajes que intentan llegar al cerebro. Es lo que altera las emociones, los movimientos, la vista y el oído.
- **Puede parecer que la bebida te hace más «interesante»**, pero los cambios que ocasiona el alcohol en el sistema nervioso pueden llevar a que una persona haga tonterías o cosas vergonzantes. Los jóvenes que beben alcohol tienen más probabilidades de involucrarse en peleas y tener accidentes que los que no beben. La bebida también produce mal aliento, y a nadie le gusta tener una resaca.
- **La investigación científica ha demostrado los riesgos y daños** para la salud que provoca

su consumo a nivel físico, psicológico o social, aunque éstos pueden ser diferentes.

- **Debido a que el alcohol puede ocasionar tantos problemas a tu salud**, en muchos países del mundo, incluida España, está prohibido que los menores de 18 años compren y beban alcohol. Si bebes alcohol podrían multarte a ti o a los que te lo han vendido o proporcionado.
- **Dentro de poco puede ser que tus amigos te animen a beber y puede ser difícil resistirse** a su insistencia. Cada persona debe encontrar su forma de rechazar el alcohol. Para unas es más fácil decir que «no» sin dar ninguna explicación; para otras puede ser mejor expresar sus motivos. Tú ¿qué es lo que harás?:

No, gracias.

No tengo ganas.

No acostumbro a beber. No me gusta.

¿A mi me hablas?. Olvídame.

¿Porqué sigues insistiendo si ya te dije que no?.

- **Si pasas del alcohol estarás más seguro/a de ti mismo/a**, ligarás mejor, lo pasarás mejor haciendo lo que te gusta como deportes, jugar con el ordenador, leer, estar con amigos/as, escuchar música,...

Referencias bibliográficas

1. <https://www.niaaa.nih.gov/Publications/EducationTrainingMaterials/Pages/YouthGuide.aspx>
2. DAVID, J. NUTT; LESLIE, A. KING; LAWRENCE, D. PHILLIPS; et al.
«Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis». *Lancet*; 376: 1558–65, 2010.
3. DOUGHERTY, D. M.; MARSH, D. M.; MOELLER, F. G.; CHOKSHI, R. V.; ROSEN, V. C.
«Effects of moderate and high doses of alcohol on attention, impulsivity, discriminability, and response bias in immediate and delayed memory task performance». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2000b; 24:1702–1711. doi: 10.1111/j.1530-0277.2000.tb01972.x.
4. DOUGHERTY, D. M.; MATHIAS, C. W.; MARSH-RICHARD, D. M.; FURR, R. M.; NOUVION, S. O.; DAWES, M. A.
«Distinctions in behavioral impulsivity: Implications for substance abuse research». *Addictive Disorders and Their Treatment* in press.
5. GREEN, J.G.; McLAUGHLIN, K. A.; BERGLUND, P. A.; GRUBER, M. J.; SAMPSON, N. A.; ZASLAVSKY, A. M.; KESSLER, R. C.
«Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders». *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Feb;67(2):113-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186. US National Library of Medicine, Pubmed.org.
6. McLAUGHLIN, K. A.; GREIF GREEN, J.; GRUBER, M. J.; SAMPSON, N. A.; ZASLAVSKY, A. M.; KESSLER, R. C.
«Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents». *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Nov; 69(11):1151-60. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277. US National Library of Medicine, Pubmed.org.
7. PEDERSEN, W; SKRONDAL, A:
«Alcohol consumption debut: predictors and consequences». *Journal of Studies on Alcohol*, 59(1), 32–42 (1998).
<http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1998.59.32>.
8. <http://www.camry.org/resources/fact-sheets/consequences-of-underage-drinking-surgeon-general/>
9. ANDERSON, P; GUAL, A y COLON, J.
«Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas». Edición en español editada y adaptada por MONTEIRO, Maristela. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS. Washington, D.C.: OPS. 2008.
10. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA.
«Underage Drinking: A Major Public Health Challenge», *Alcohol Alert*, No. 59. 2003.
11. HAWKINS, J. David; GRAHAM, John W.; MAGUIN, Eugene; ABBOTT, Robert; HILL, Karl G.; and CATALANO, Richard F.
«Exploring the Effects of Age of Alcohol Use Initiation and Psychosocial Risk Factors on Subsequent Alcohol Misuse». *Journal of Studies on Alcohol* 58: 280-290. 1997.

12. IMM, Pamela; CHINMAN, Matthew; WANDERSMAN, Abraham; ROSENBLOOM, David; GUCKENBURG, Sarah; LEIS, Roberta. «*Preventing Underage Drinking Using Getting To Outcomes with the SAMHSA Strategic Prevention Framework to Achieve Results*». RAND Corporation. 2007.
13. SWARTZWELDER, H. S.; WILSON, W. A.; and TAYYEB, M. I.; «*Age-dependent inhibition of long-term potentiation by ethanol in immature versus mature hippocampus*», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 19:1480-1485. 1995.
14. TAPERT, S. F. and BROWN, S. A.; «*Neuropsychological correlates of adolescent substance abuse: Four-year outcomes*», *Journal of the International Neuropsychological Society* 5; 481-493. 1999.
15. De BELLIS, M.; DUNCAN, B. Clark; BEERS, Sue R.; SOLOFF, Paul H.; BORING, Amy M.; HALL, Julie; KERSH, Adam; KESHAVAN, Matcheri S.; «*Hippocampal Volume in Adolescent-Onset Alcohol Use Disorders*», *American Journal of Psychiatry* 157: 737-744. 2000.
16. BROWN, S. A.; TAPERT, S. F.; GRANHOLM, E.; et al, «*Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use*». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24:164-171. 2000.
17. CREWS, F. T.; BRAUN, C. J.; HOPLIGHT, B.; et al, «*Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats*», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24:1712-1723. 2000.
18. DAHL, R. E.; «*Adolescent brain development: A period of vulnerabilities and opportunities*», (Keynote address) *Annals of the New York Academy of Sciences* 1021:1-22. 2004.
19. WHITE, A. M. and SWARTZWELDER, H. S.; «*Age-related effects of alcohol on memory and memory-related brain function in adolescents and adults*», in *Recent Developments in Alcoholism, Vol. 17: Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults: Epidemiology, Neurobiology, Prevention, Treatment*, 161-176. New York: Springer, 2005.
20. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. «*Informe sobre alcohol*». 2007.
21. SHIFFMAN, S.; BALABANIS, M.; «*Associations between alcohol and tobacco*», in *Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice*, NIAAA Research Monograph No. 30, NIH Pub. No. 95-3931, 17-36. Washington, DC: U.S. Govt. Print. Off., 1995.
22. GRUNBAUM, J. A.; KANN, L.; KINCHEN, S.; et al. Op. cit.

23. OLIVA DELGADO, Alfredo.
«Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia».
Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología 2007, Vol. 25, número 3, págs. 239-254.
24. BAVA, S. & TAPERT, S.F.
«Adolescent Brain Development and the Risk for Alcohol and Other Drug Problems».
Neuropsychol Rev (2010) 20: 398. doi:10.1007/s11065-010-9146-6.
25. U.S. Preventive Task Force.
«Screening and Behavioral Counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement».
A 3. nn Intern Med. 140:554-6. 2004.
26. LEVY, D. T.; MILLER, T. R. and COX, K. C.;
«Costs of Underage Drinking»
U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Washington, DC: 1999.
27. SMITH, G. S.; BRANAS, C. C.; and MILLER, T. R.;
«Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis»,
Annals of Emergency Medicine 33:659-668. 1999.
28. HINGSON, R. and KENKEL, D.;
«Social health and economic consequences of underage drinking» in: «Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility»,
351-382. Washington, DC: National Academies Press, 2004.
29. BALLESTEROS GUERRA, Juan C.; RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, Elena;
«Conducción y Drogas Factores subyacentes a los comportamientos de riesgo».
Fundación MAPFRE-Fundación de Ayuda contra la Drogadicción FAD. 2016.
30. GONZÁLEZ F. Antón,
«Variables Sociológicas en relación al consumo de Drogas en jóvenes de 14 a 18 años».
Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2012-13 ASTURIAS. Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud Pública, 2014.
<http://www.asturias.es/Astursalud/>.
31. Op. cit. p. 5.
32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC).
«WebBased Injury Statistics Query and Reporting System» (WISQARS); National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA), 2004. «Traffic Safety Facts 2002: Alcohol»,
DOT Pub. No. HS-809-606. Washington, DC: NHTSA, National Center for Statistics and Analysis, 2003.
33. COOPER, M. L. and ORCUTT, H. K.;
«Drinking and sexual experience on first dates among adolescents», Journal of Abnormal Psychology 106:191-202. 1997.

34. HINGSON, R.; HEEREN, T.; WINTER, M.; et al, «*Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students age 18-24: Changes from 1998 to 2001*», Annual Review of Public Health 26: 259-279. 2005.
35. GRUNBAUM, J. A.; KANN, L.; KINCHEN, S.; et al, «*Youth risk behavior surveillance-United States, 2003*», MMWR Surveillance Summaries: Morbidity and Mortality Weekly Report Summary 53(2):1-96, May 21, 2004.
Errata in: «*MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*» 53(24):536, June 25 2004; 54(24):608, June 24, 2005.
36. GONZÁLEZ F. Antón. Op. cit., p. 20.
37. U.S. Department of Transportation «*Fatality Analysis Reporting System 2004*».
38. GALBE SÁNCHEZ-VENTURA, J. y Grupo PrevIn-fad/PAPPS Infancia y Adolescencia. «*Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia*». Revista Pediátrica de Atención Primaria, vol.14, nº. 56, Madrid, oct.-dic., 2012.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000500010>
39. PARADA, María; CORRAL, Montserrat; CAAMA-ÑO-ISORNA, Francisco; MOTA, Nayara; CREGO, Alberto; RODRÍGUEZ HOLGUÍN, Socorro; CADA-VEIRA, Fernando.
«*Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking)*». ADICCIONES, 2011 · VOL. 23 NÚM. 1, PÁGS. 53-63
40. PARADA, MARÍA et al. Op. cit.
41. BLOOMFIELD, K; STOCKWELL, T; GMEL, G; REHN, N.
«*International comparisons of alcohol consumption*». Alcohol Res Health 2003; 27: 95-109.
KUNTSCHE, E; REHM, J; GMEL, G
«*Characteristics of binge drinkers in Europe*». Soc Sci Med 2004; 59: 113-127. PERKINS, HW.
«*Surveying the damage: a review of research on consequences of alcohol misuse in college populations*». J Stud Alcohol 2002; 14: 91-100.
ROOM, R; BABOR, T; REHM, J.
«*Alcohol and public health*». Lancet 2005; 365: 519-30. Citados por PARADA, MARÍA et al. Op. cit.
42. GALBE SÁNCHEZ-VENTURA, J., et al. Op. cit.
43. World Health Organization, Sixtieth World Health Assembly, april 2007.
«*Evidence-based strategies and interventions to reduce alcohol-related harm*», recomendaciones nº 5 y 6.
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA60/A60_14-en.pdf

44. BECOÑA IGLESIAS, E.
«Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas».
Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1999.
Disponible on line.
45. Op. Cit. pág. 14.
46. CAPLAN, G.
«Principios de psiquiatría preventiva». Buenos Aires, Paidós 1980.
47. BECOÑA IGLESIAS, E. Op. cit. pág. 14.
48. BECOÑA IGLESIAS, E. OP. cit. pág. 15.
49. LAESPADA, T; IRAURGI, I; ARÓSTEGI, E.
«Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV», pág. 16. Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto), 2004.
50. NIDA,
«Preventing Drug Use among Children and Adolescents; Chapter 1: Risk Factors and Protective Factors».
Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA,
<http://www.samhsa.gov/capt/practicing-effective-prevention/prevention-behavioral-health/risk-protective-factors>.
BECOÑA IGLESIAS, E. Op. cit. CLEVELAND, Michael J. et. Al. Op. cit.
51. BECOÑA, I. Op. Cit. Pág. 24.
52. BECOÑA, I. Op. Cit.
53. BECKER, M. H.
«The health belief model and personal health behavior».
Thorofare, N. J.: Slack. 1974.
54. BANDURA, A.
«Social learning theory».
Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall. 1977.
55. KAPLAN, H. B.
«Deviant behavior in defense of self».
New York: Academic Press. 1980.
56. HAWKINS, J. D. y WEIS, J. G.
«The social development model: an integrated approach to delinquency prevention».
Journal of Primary Prevention, 6, 73-97. 1985.
57. JESSOR, R. y JESSOR, S. L.
«Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth».
New York: Academic Press. 1977.
58. HAWKINS, J. D., CATALANO, R. F. y MILLER, J. Y.
«Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention».
Psychological Bulletin, 112,64-105. 1992.
59. BECOÑA, I. Op. Cit.

60. CLEVELAND, Michael J.; et al. Op. cit.
61. COUNCIL of EUROPE DOCUMENT (p. 2):
«*Recommendation (2006)19 of the Committee of Ministers to Member States on Policy to Support Positive Parenting*».
Adopted by de Committee of Ministers on 13 December 2006 at the 983rd Meeting of the Ministers' Deputies.
62. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ. Antón. Op. cit.
63. GALBE SÁNCHEZ-VENTURA, J., et al. Op. cit.
64. JONAS, Daniel E.; GARBUTT, James C.; AMICK, Halle R.; BROWN, Janice M.; BROWNLEY, Kimberly A.; COUNCIL, Carol L.; VIERA, Anthony J.; WILKINS, Tania M.; SCHWARTZ, Cody J.; RICHMOND, Emily M.; YEATTS, John; SWINSON EVANS, Tammeka; WOOD, Sally D.; and HARRIS, Russell P.:
«*Screening and Behavioral Counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement*».
U.S. Preventive Task Force. A 3. *nn Intern Med.* 140:554-6, 2004.
65. «*Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición)*» Los principios de la prevención NIDA.
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas-en-los-ninos-y-los-adolescentes-segunda-edicion/los-principios-de-la-prevencion>
66. BECOÑA IGLESIAS, E. Op. cit. pág. 25 y sigs..
67. GONZÁLEZ MENÉNDEZ, Ana; FERNÁNDEZ HERMIDA, José Ramón; SECADES VILLA, Roberto, coordinadores.
«*Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*».
Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias-Plan Nacional sobre Drogas. 2004.
68. NATIONAL INSTITUTE on DRUG ABUSE –NIDA–.
Preventing Drug Use among Children and Adolescents; Chapter 1: Risk Factors and Protective Factors».
<https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/chapter-1-risk-factors-protective-factors>
69. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ. Antón, OP. Cit.
<http://www.asturias.es/Astursalud/>
70. BECOÑA IGLESIAS, E. Op. cit. pág. 26.
71. BECOÑA IGLESIAS, E. Op. cit. pág. 26.
72. http://www.who.int/social_determinants/es/
73. GUILLEMIN, F; BOMBARDIER, C; BEATON, D.
«*Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*».
1993. US National Library of Medicine, National Institutes of Health.

74. BIGLAN, A., BRENNAN, P. A., FOSTER, S. L., & HOLDER, H. D.
 «*Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors*».
 New York: Guilford Press, 2004.
75. MILLSTEIN, S. G., & MARCELL, A. V.
 «*Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States*».
 Pediatrics, 2003, 111(1), 114–22.
76. BROWN, S. A., DONOVAN, J. E., MCGUE, M. K., SHULENBERG, J. E., ZUCKER, R. A., & GOLDMAN, M. A.
 «*Youth alcohol screening workgroup II: Determining optimal secondary screening questions*».
 Alcoholism: Clinical & Experimental Research 34 (Supplement s2), 267A, 2010.
77. CHUNG, T., SMITH, G., DONOVAN, J. E., WINDLE, M., FADEN, V., CHEN, C., & MARTIN, C. S.
 «*Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems*».
 Pediatrics. 129(2), 205–212, 2012.
78. DONOVAN, J. E.
 «*Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments*».
 Pediatrics, 123(6), e975–81, 2009.
79. FERREIRA, S. E., de MELLO, M. T., POMPÉIA, S., & de SOUZA-FORMIGONI, M. L.
 «*Effects of energy drink ingestion on alcohol intoxication*».
 Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30(4), 598–605, 2006.
80. O'BRIEN, M. C., McCOY, T. P., RHODES, S. D., WAGONER, A., & WOLFSON, M.
 «*Caffeinated cocktails: Energy drink consumption, high-risk drinking, and alcohol-related consequences among college students*».
 Academic Emergency Medicine, 15 (5), 453–60, 2008.
81. CHUNG, et al. Op. cit., 2012.
82. BROWN, et al, 2010.
83. U.S. Preventive Services Task Force.
 «*Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse*».
 Retrieved August 31, 2011, from www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/alcohol/alcomisrs.htm
84. JENSEN, C. D., CUSHING, C. C., AYLWARD, B. S., CRAIG, J. T., SORELL, D. M., & STEELE, R. G. (2011).
 «*Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review*».
 Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(4), 433–40.

85. TRIPODI, S. J., BENDER, K., LITSCHGE, C., & VAUGHN, M. G. (2010).
«Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review».
Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 164(1), 85–91.
86. WALTON, M. A., CHERMACK, S. T., SHOPE, J. T., BINGHAM, C. R., ZIMMERMAN, M. A., BLOW, F. C., & CUNNINGHAM, R. M. (2010).
«Effects of a brief intervention for reducing violence and alcohol misuse among adolescents: A randomized controlled trial».
Journal of the American Medical Association, 304(5), 527–35.
87. American Academy of Pediatrics. (2010).
«Addressing mental health concerns in primary care: A clinician's toolkit. First edition».
[CD-ROM]. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
88. CHUNG, et al. Op. cit., 2012.
89. Centers for Disease Control and Prevention. (2008). QuickStats: Percentage of deaths from leading causes among teens aged 15–19 years—National Vital Statistics System, United States, 2005. Morbidity and Mortality Weekly Report, 57(45), 1234.
90. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2011). Unpublished analysis of 2000–2009 data from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), an annual nationwide survey sponsored by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
91. BIGLAN, A.; BRENNAN, P. A.; FOSTER, S. L.; & HOLDER, H. D. (2004).
«Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors».
New York: Guilford Press.
92. BROWN, J. D.; & WISSOW, L. S. (2009).
«Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: Relationship to youth perceptions of care».
Journal of Adolescent Health, 44(1), 48–54.
93. CHUNG, et al. Op. cit., 2012.
94. NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. (2011).
Unpublished analysis of 2000–2009 data from the National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), an annual nationwide survey sponsored by the Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

95. SAUNDERS J. B.; AASLAND O.G.; BABOR T.F.; de la FUENTE J.R.; GRANT M.
«Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II».
US National Library of Medicine, National Institutes of Health.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970>.
96. GUARDIA SERECIGNI, Joseph; JIMÉNEZ ARRIERO, Miguel Ángel; PASCUAL PASTOR, Francisco; FLÓREZ MENÉNDEZ, Gerardo; CONTEL GUILLAMÓN, Montserrat:
«Alcoholismo Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica», SOCIDROGALCOHOL 2008.
97. TRIPODI, et al. Op. cit. 2010.
98. TEVYAW, T. O.; & MONTI, P. M. (2004).
«Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations».
Addiction, (Supplement 2), 63–75.
99. Op. Cit., 2004.
100. LEVY, S.; VAUGHAN, B. L.; & KNIGHT, J. R. (2002).
«Office-based intervention for adolescent substance abuse».
Pediatric Clinics of North America, 49(2), 329–43.
101. MILLER, W. R.; ZWEBEN, A.; DiCLEMENTE, C. C.; & RYCHTARIK, R. G. (1992).
«Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence».
Rockville, MD: NIAAA.
102. ERICKSON, S. J.; GERSTLE, M.; & FELDSTEIN, S. W. (2005).
«Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: A review».
Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159(12), 1173–80.
103. RUBAK, S.; SANDBAEK, A.; LAURITZEN, T.; & CHRISTENSEN, B. (2005).
«Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis».
British Journal of General Practice, 55(513), 305–12.
104. MILLER, W. R. Et al. Op. Cit. 1992.
105. NAAR-KING, S.; & SUAREZ, M. (2011).
«Motivational interviewing with adolescents and young adults».
New York: Guildford Press.
106. TEVYAW, T. O.; & MONTI, P. M. (2004).
«Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations».
Addiction, (Supplement 2), 63–75.

107. LEVY, S. et al, Op. cit. 2002.
108. GOLD, M. A.; & KOKOTAILO, P. K. (2007).
«*Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change*».
Adolescent Health Update, 20(1), 1–10.
109. MACGOWAN, M. J.; & ENGLE, B. (2010).
«*Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment*».
Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 19(3), 527–45.
110. LEVY, S. et al, Op. cit. 2002.
111. TEVYAW, T. O., & MONTI, P. M. OP. cit, 2004.
112. RUBAK, S. Et al. Op. Cit., 2005.
113. RUBAK, S. Et al. Op. Cit., 2005.
114. MACGOWAN & ENGLE. Op. cit., 2010.
115. WACHTEL, T., & STANIFORD, M. (2010).
«*The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: A critical review of the literature*».
Journal of Clinical Nursing, 19(5–6), 605–20.
116. JENSEN, C. D., et al. Op. cit., 2011.
117. CLARK, D. B., GORDON, A. J., ETTARO, L. R., OWENS, J. M., & MOSS, H. B. (2010).
«*Screening and brief intervention for underage drinkers*».
Mayo Clinic Proceedings, 85(4), 380–91.
118. TEVYAW, T. O., & MONTI, P. M. OP. cit, 2004.
119. Adaptado de LEVY, S. et al, Op. cit. 2002.
120. RUBAK, S. Et al. Op. Cit., 2005.
121. ANDERSON, P; GUAL, A y COLON, J. Op. Cit, 2008.
122. TURNER, C.
«*How much alcohol is in a “standard drink”: an analysis of 125 studies*».
British Journal of Addiction, 85, 1171-6. 1990.
123. BABOR, T.; CAMPBELL, R.; ROOM, R. y SAUNDERS, J., eds.
«*Lexicon of Alcohol and Drug Terms*»,
Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994.
124. Organización Mundial de la Salud.
«*The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*».
Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.
125. REHM et al. Op. Cit, 2004.
126. Organización Mundial de la Salud, Op. Cit, 1992.

127. ECKARDT, MJ; FILE, SE; GESSA, GL; GRANT, KA; GUERRI, C; HOFFMAN, PL; KALANT, H; KOOP, GF; LI, TK; TABAKOFF, B.
«Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system».
Alcoholism, Clinical y Experimental Research, 22,998-1040. 1998.
128. Organización Mundial de la Salud, Op. Cit, 1992.
129. Ministerio de Sanidad y Consumo.
«Prevención de los problemas derivados del alcohol: Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España» [Citado 5 diciembre de 2008]. Disponible en:
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionProblemasAlcohol.pdf>
130. HINGSON, 2004; NIAAA, 2004; McALANEY y McMAHON, 2006, citados por GÓMEZ, Raúl Angel.
«Drogas, consumo y época: alcohol en atracón (binge), policonsumo y adicciones sin sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos».
V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XX Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, 2013.
131. TOLSTRUP, J. S.; JENSEN, M. K.; TJØNNELAND, A.; OVERVAD, K.; y B GRØNBÆK, M.
«Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women». Addiction, 99,323-330. 2004.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Guía de prevención del consumo de alcohol en la Edad Pediátrica para profesional sanitario