

Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia



J. Galbe Sánchez-Ventura¹, P. Traver Cabrera², Grupo PrevInfad³

¹Pediatra. CS. Torrero La Paz. Zaragoza. España.

²Pediatra. CS de Binéfar, Huesca. España.

³J. García Aguado, M. Merino Moína, C. R. Pallás Alonso, J. Pericas Bosch, F. J. Sánchez Ruiz-Cabello, F. J. Soriano Faura, J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, M. J. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, A. Martínez Rubio.

PUNTOS CLAVE

- No existe consumo de alcohol (CA) seguro durante el embarazo.
- La conducta del *binge drinking* o “atracción de alcohol” es un patrón de CA cada vez más frecuente entre adolescentes de nuestro entorno.
- EL CA en la adolescencia, incluso en cantidades moderadas, puede afectar al desarrollo cerebral.
- Los programas de fortalecimiento familiar basados en el modelo biopsicosocial se han mostrado moderadamente eficaces en la prevención del CA en la adolescencia.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es esa etapa de la vida en la que el individuo transita desde la dependencia física y emocional de la infancia a la independencia del adulto. Como toda transición, presupone un proceso de crecimiento personal de un estadio a otro, y como todo proceso, existen necesidades diferentes oportunidades nuevas y también costes y riesgos.

Quizás el elemento que más define de forma diferencial la adolescencia es la socialización dentro del grupo. Durante la infancia, el niño se socializa en la familia y en la escuela y las referencias principales son los padres, los familiares y los maestros, pero esto cambia al llegar la adolescencia y es el grupo el encargado de realizar preferentemente esta función. El grupo tiene su cultura, sus ritos de iniciación y sus costumbres específicas.

El modelo de crecimiento dentro del grupo siguiendo el modelo planteado por Jennifer Maggs¹ encamina al adolescente hasta la etapa adulta a través de etapas a las que este llega planteándose metas y acciones para alcanzar las mismas, y etapas intermedias. En este proceso influyen otros factores, como el entorno de cada uno con sus diferentes tipos de refuerzos de conductas, las propias creencias del adolescente acerca de la salud y los riesgos de hacer esto o aquello y también sus ventajas. Todo ello va modelando la conducta. Influirán también sus predisposiciones individuales, temperamento, carácter, factores de tipo genético, etc. Naturalmente, cada adolescente deberá afrontar retos, oportunidades y circunstancias estresantes mediante el debido ajuste psicológico y social.

Todo ello llevará al adolescente a realizar un balance cuando menos implícito de la decisión a tomar en función de los pros y los contras. En el caso del consumo de alcohol (CA), el adolescente se enfrentará tarde o temprano con el dilema que plantea. Esta situación se produce en nuestro medio entre los 13 y los 14 años.

Existen algunos factores que condicionan al adolescente a la hora de tomar la decisión sobre el CA:

- Ser aceptado por el grupo.
- Autoestima baja en combinación con la necesidad de ser aceptado por el grupo.
- Creer que beber es divertido.
- Creer que tiene peligros.
- Sexo masculino.
- Tolerancia de los padres hacia el consumo.
- Consumo de padres y hermanos mayores.
- Consumo de amigos íntimos.
- Percepción errónea del consumo de otros.
- Cultura familiar.

- Lazos emocionales fuertes con profesores.
- Problemas económicos graves.
- Trastornos de salud mental.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

El CA en la adolescencia es un importante problema de salud pública en España y en todos los países occidentales, como queda reflejado en las Tablas 1 y 2^{2,3}.

DAÑOS Y RIESGOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES DE EDAD

Datos recientes muestran^{3,4} la existencia de daño neuronal secundario al consumo intermitente de alcohol en animales adolescentes, así como alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Los niveles de alcoholemia son más elevados a igualdad de ingesta en animales jóvenes que en adultos e igualmente el daño cerebral es mayor en los jóvenes.

También se da una menor sensibilidad en los jóvenes a los efectos sedantes ya los trastornos motores relacionados con el consumo de alcohol. Lo cual limita su percepción del riesgo de daño relacionado con el alcohol. Esto se correlaciona clínicamente con la intoxicación aguda atípica en un joven en el que se produce una excitación extrema con conductas irracionales o violentas incluso con consumos moderados de alcohol.

Estudios neuroanatómicos señalan el hipocampo como una de las áreas preferentemente dañadas, lo que se ha podido comprobar mediante estudios realizados con técnicas de imagen (resonancia magnética funcional), que muestran su menor tamaño. Por otro lado, un inicio más tardío y un

Tabla 2. Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en ese periodo de tiempo

Nunca	52,1%
1-2 días	32,4%
3-5 días	11,9%
> 5 días	3,6%

Fuente: OED informe 2009. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>

consumo menor se relacionan con un mayor tamaño del hipocampo.

Síndrome de alcoholismo fetal³

El alcohol atraviesa libremente la barrera placentaria, lo que ya da una idea de la enorme toxicidad que tiene para el feto, dando lugar al clásico síndrome de alcoholismo fetal (SAF). En el desarrollo influyen la magnitud del consumo, la frecuencia, el momento del embarazo, el estado nutricional de la madre, la situación social de la madre y el posible consumo de otras sustancias. Se debe insistir en que no hay ningún nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo. La expresión del SAF puede ser completa o bien incompleta, también conocida como efecto alcohólico fetal con una sintomatología mucho menos florida. Vemos estos trastornos resumidos en la Tabla 3. La patología relacionada con el CA la vemos en la Tabla 4, donde se resumen los efectos que tiene sobre niños y adolescentes.

Borracheras, binge drinking o "atracones"⁴

Con este término se conoce un proceso relativamente reciente en el que se beben más de cuatro bebidas (cada una de ellas de un mínimo de 10 mg de etanol) para las chicas o cinco para los chicos en una sola ocasión o en un periodo relativamente corto de pocas horas con el objetivo de "colocarse" y con un importante matiz de falta de control. Este

Tabla 1. Consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de 14-18 años según el sexo (año 2008)

	Mujeres	Hombres
Alguna vez en la vida	81,7%	80,8%
Edad media de inicio de consumo	13,8 años	13,6 años
Edad media inicio de consumo semanal	14,8 años	14,9 años
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses	74,2%	71,5%
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	59,4%	57,7%
Prevalencia de consumo en fin de semana en los últimos 30 días	61,3%	61,2%
Prevalencia de consumo en laborable en los últimos 30 días	17,8%	28,4%

Fuente: OED informe 2009. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>

Tabla 3. Alteraciones orgánicas en el síndrome de alcoholismo fetal

- Crecimiento: retraso prenatal y postnatal del crecimiento, hipotonía, menor desarrollo del tejido adiposo.
- Cognitivo: hiperactividad, retraso mental, trastorno del lenguaje, trastorno motor fino.
- Dismorfia facial: microcefalia, hendiduras palpebrales pequeñas, ptosis palpebral, retrognatia, hipoplasia maxilar, labio superior fino, nariz corta y antevertida.
- Esquelético: contracturas en flexión de articulaciones, sinostosis radiocubital, malformaciones de los pies, alargamiento terminal de falanges, hipoplasia de uñas de manos y pies, anomalías cervicales, anomalías de los surcos palmares, *pectum excavatum*.
- Corazón: comunicación interauricular, comunicación interventricular, trasposición de los grandes vasos, tetralogía de Fallot.
- Otros: labio leporino y fisura palatina, miopía, estrabismo, epicanthus, maloclusión dental, orejas prominentes, sordera.

Fuente: Informe Sobre Alcohol. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Febrero 2007.

término, que no tiene una buena traducción al español y que a menudo se denomina “atración” se ha hecho cada vez más prevalente. El *binge drinking* (BD) 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 adolescentes que presentan episodios repetidos de BD suelen tener más problemas con el alcohol cuando son adultos. Para la prevención secundaria del BD se ha propuesto la realización de entrevistas motivacionales en los adolescentes que ya hubieran presentado un episodio. Las características de la entrevista motivacional son: mantener una actitud abierta y sin censuras, promover la confianza en uno mismo, intentar establecer de forma conjunta metas y objetivos de planes de actuación, promover la disonancia cognitiva y la voluntad de cambio, trabajar con preguntas abiertas y devolver las preguntas al entrevistado, enfatizar en los aspectos positivos del propio discurso del

entrevistado, resumir todo lo dicho en la entrevista y darle un formato de recomendaciones o consejos concretos y medibles. Los metaanálisis realizados con adultos y jóvenes utilizando esta técnica indican que sus resultados son moderadamente eficaces⁵⁻¹¹.

El CA en su formato de BD produce un incremento de neurotransmisores inhibidores como es el GABA, así como una disminución del glutamato, que es excitador; ello conlleva la aparición de sedación, trastornos cognitivos, de la memoria y del aprendizaje. Pero además, cuando esta situación de consumo es crónica, provoca un aumento de los receptores del glutamato o N-Metil-D-aspartato (NMDA), que a su vez produce un estrés tóxico y un incremento de los glucocorticoides en las repetidas fases de abstinencia. También se produce una mayor activación del sistema límbico gracias a la liberación de endorfinas y de dopamina, todo lo cual activa el sistema de recompensa. Todo ello da lugar a

Tabla 4. Patología relacionada con el consumo de alcohol en niños y adolescentes

Trastornos del sistema nervioso central	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del comportamiento, el aprendizaje y/o la memoria • Daño cerebral
Trastornos digestivos	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis • Síndrome de Mallory Weiss o desgarro esofágico por consumos crónicos
Trastornos hepáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de las GGT y GPT
Trastornos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Arritmias • Fibrilación auricular y/o ventricular • Muerte súbita • Miocardiopatía dilatada por consumo crónico
Trastornos cerebrovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Infartos cerebrales • Hemorragia cerebral por consumo agudo
Trastornos endocrinos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la hormona del crecimiento • Disminución de la testosterona en varones • Aumento de la testosterona en mujeres
Trastorno del metabolismo óseo	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la densidad ósea

Fuente: Informe Sobre Alcohol. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Febrero 2007.

alteraciones cognitivas, de la memoria y del aprendizaje. Estas alteraciones se producen incluso con consumos no excesivamente grandes de alcohol pero que resultan dañinos para un cerebro todavía en desarrollo en adolescentes hasta los 20 años. Es conocido que en la adolescencia hasta los 20 años se produce un proceso de mielinización y maduración de estructuras cerebrales, córtex prefrontal y sistema límbico. En estudios realizados en roedores adolescentes se puede comprobar cómo este delicado proceso se ve dañado por el consumo de alcohol^{5,6}. En la **Tabla 2** vemos la prevalencia de borracheras referidas por los propios adolescentes según el OED.

Los elementos básicos de una entrevista motivacional sobre BD son:

- Razonar sobre la responsabilidad individual de cambiar el patrón de consumo.
- Hablar de las consecuencias negativas de su consumo.
- Evaluar el patrón personal de consumo de riesgo.
- Establecer metas para cada ocasión de consumo de alcohol y reglas para alcanzar estas metas.

PREVENCIÓN PRIMARIA PARA EL ABUSO DE ALCOHOL EN LOS JÓVENES

Los estudios que se evaluaron⁵⁻¹¹ a corto plazo fueron difíciles de evaluar y, aunque algunos mostraron reducciones en el consumo de alcohol a corto plazo, la calidad de estos estudios y su falta de homogeneidad hacen que sea difícil extraer conclusiones. Existen 12 ensayos clínicos aleatorizados que muestran una efectividad parcial y que analizan los resultados a medio plazo; sin embargo, los defectos metodológicos hacen que deban tomarse sus conclusiones con mucha precaución. Merece destacarse el Programa STARS, que es una intervención centrada en la familia y en la escuela y que informa de reducciones en el consumo de alcohol estadísticamente significativas respecto a los controles.

Entre los estudios cuyas evaluaciones se realizaron a largo plazo, merece destacarse el programa Life Skills Training, intervención sobre miles de adolescentes norteamericanos evaluada durante seis años que es en realidad un programa multimodal para la prevención del abuso de sustancias y que mostró reducciones pequeñas pero significativas en el consumo de alcohol y un número menor de episodios de embriaguez referidos por los propios adolescentes.

También el estudio de Spoth, en 2001, mostró reducciones significativas en el consumo de alcohol con una eficacia

calculada mediante el número necesario para tratar, que fue 9; es decir, es necesario intervenir sobre nueve adolescentes que consumieron alcohol alguna vez o presentaron reducciones en el número de episodios de embriaguez, para obtener una reducción en uno de ellos. El programa implementado por Spoth se denomina “Programa de fortalecimiento familiar” cuyas siglas en inglés son SFP. Consiste en un programa que consta de siete sesiones semanales de dos horas cada una dirigidas a padres y adolescentes en conjunto y basadas en el modelo biopsicosocial.

Existen también estudios comunitarios que muestran reducciones en los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol. Las conclusiones son, pues, que la mayoría de los estudios son heterogéneos, no comparables y difícilmente extrapolables a nuestro medio. Todos ellos presentan dificultades de evaluación y se necesitan más estudios. No obstante, se observa una cierta eficacia de moderada magnitud con algunos de estos programas realizados en la escuela, en la familia o en la comunidad.

Intervenciones centradas en la familia

Los resultados del metaanálisis realizado 2008⁵ muestran que la mayoría de las intervenciones familiares son eficaces incluso cuando se evalúan 48 meses después, y que la intervención es mucho más eficaz cuando se interviene sobre la familia que cuando se hace solo con el adolescente.

Existen también estudios que indican el factor protector de algunos valores familiares presentes en familias de origen hispano que viven en EE. UU., como son la solidaridad intergeneracional, el alto grado de cohesión de la familia o la supervisión ejercida por los padres⁷.

Otras intervenciones

Otros estudios metaanalíticos informan de la eficacia de intervenciones para reducir el CA con un efecto global⁸⁻¹¹ o tamaño del efecto (ES) de $-0,62$ (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: $-0,4$ a $-0,83$) para el conjunto de todas las intervenciones. No obstante, todas ellas se mostraron eficaces desde la entrevista motivacional breve (ES: $-0,09$; IC 95%: $-0,45$ a $-0,27$) hasta la terapia cognitiva integrada en 12 pasos (ES: $-1,99$; IC 95%: $-2,37$ a $-1,61$). La terapia familiar multidimensional y la intervención breve sobre adolescentes y padres arrojaron unos resultados favorables, con un tamaño del efecto global $> 0,8$. Los efectos fueron disminuyendo a lo largo del tiempo, pero sus resultados a largo plazo fueron siempre favorables a las intervenciones conductuales: tratamiento conductual frente a consejo: $-0,66$

(IC 95%: -0,97 a -0,34); tratamiento familiar multidimensional frente a educación familiar: -0,81 (IC 95%: -1,29 a -0,34); y tratamiento familiar multidimensional frente a grupo de terapia: -0,57 (IC 95%: -1,06 a -0,007).

Intervenciones breves antialcohol dirigidas a jóvenes y con base en Internet

Se trata de intervenciones breves vía Internet, Intranet o CD ROM de unos 20 minutos de duración. Estas intervenciones fueron eficaces según un metaanálisis realizado⁹. En general, los estudiantes de grupo de intervención redujeron la cantidad máxima de alcohol consumido en intervalos específicos de tiempo en evaluaciones realizadas hasta las cinco semanas, y la cantidad máxima consumida por ocasión. A largo plazo, > 6 semanas, se redujeron el consumo, los días en los que consumen alcohol y los problemas relacionados con el consumo en el grupo intervención frente al grupo control.

Las recomendaciones del grupo PrevInfad¹² para realizar en la consulta de Atención Primaria las podemos ver en la Tabla 5.

FACTORES EMOCIONALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Existen determinadas circunstancias que modulan el CA por parte del adolescente, aumentándolo o disminuyéndolo. Lo disminuiría la existencia de un buen clima emocional familiar y de un sistema educativo coherente, y lo aumentaría el CA por parte de los hermanos mayores, los trastornos de salud mental o los trastornos socioeconómicos graves¹³, la debilidad de los lazos emocionales con los padres, la falta de supervisión del adolescente por parte de estos así como la no percepción de riesgo en el CA de los adultos por parte del adolescente. En este sentido, se ha estudiado entre la población hispana de EE. UU. cómo las actitudes de supervisión, la baja tolerancia al CA, los lazos emocionales fuertes

y los sentimientos de pertenencia a un grupo o cultura disminuyen el CA¹⁴.

CUESTIONARIOS PARA LA ANAMNESIS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Existen múltiples cuestionarios diseñados de forma específica para valorar el CA en adultos. El que se ha mostrado más eficaz es un test de dos preguntas basado en los criterios del DSM-IV^{15,16}:

1. ¿Durante el pasado año ha estado alguna vez bajo la influencia del alcohol en una situación que podría haberle causado un accidente o algún otro daño?
2. ¿Durante el pasado año ha habido veces en las que ha bebido más de lo que pretendía?

La sensibilidad del test fue de 0,88 y la especificidad de 0,9, CPP+: 8,8 y CPP-: 0,13, lo que hace de este test una herramienta muy adecuada para la valoración rápida del CA en adolescentes.

REGLAS PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Dirigidas a los padres¹⁷

- Dialogar con los hijos aprovechando los momentos en que estos estén predispuestos.
- Tener actividades de ocio y aficiones comunes.
- Tener un proyecto y unos objetivos educativos individuales para cada hijo.
- Transmitir valores.
- Transmitir las tradiciones y los valores propios de la cultura de los padres.
- Promover la sobriedad en el uso del dinero.
- Ofrecer un modelo adecuado mediante las propias conductas de los padres.

Tabla 5. Recomendaciones del Grupo PrevInfad sobre consejo antialcohol

- **Embarazadas:** en toda actividad preventiva antes del parto y en las consultas oportunistas con otros hijos. Investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos en dos ocasiones a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención del síndrome de alcoholismo fetal. Enfatizar en la no existencia de un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo.
- **Padres:** investigar consumo si hay sospecha de consumo excesivo o factores de riesgo como el fétor alcohólico (fácil de detectar). Realizar consejo y ofrecer derivación si es necesario.
- **Adolescentes:** Investigar el consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

- Conocer a sus amigos ofreciendo en la medida de lo posible la propia casa para que se reúnan allí.
- Mantener unos límites razonables pero firmes en los horarios de salida.
- Reforzar positivamente las conductas que lo merezcan y reprobar las que no lo merezcan, pero siempre señalando los hechos concretos y sin descalificaciones personales.
- Promover la autonomía y la responsabilidad de una forma prudente y progresiva.
- Dedicar tiempo de calidad y específico a cada hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maggs J. Alcohol use and binge drinking as goal directed action during the transition to postsecondary education. En: Schulemberg J, Maggs J, Hurrellmann K (eds.). Health risks and developmental transitions during adolescence. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 345-71.
2. OED informe 2009 [en línea]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf>
3. Informe Sobre Alcohol. Comisión clínica de la Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Febrero 2007.
4. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge Drinking in Childhood and Adolescent: Epidemiology, Consequences, and Interventions. *Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(19):323-8.
5. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd). Fecha de la revisión más reciente: 13 de febrero de 2003. Fecha de la modificación significativa más reciente: 29 de mayo de 2002.
6. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug and Alcohol Dependence.* 2008;97:195-206.
7. Sale E, Sambrano S, Springer JF, Peña C, Pan W, Kasim R. Family Protection and Prevention of Alcohol Use Among Hispanic Youth at High Risk. *Am J Community Psychol.* 2005;36(3/4):195-205.
8. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for Reducing Adolescent Alcohol Abuse: A Meta-analytic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(1):85-91.
9. Carey K, Scott-Sheldon LA, Elliot JC, Bolles JR, Carey MP. Computer-Delivered Interventions to Reduce College Student Drinking: A Meta-analysis. *Addiction.* 2009;104(11):1807-19.
10. Vaughn MG, Howard M. Adolescent Substance Abuse Treatment: A Synthesis of Controlled Evaluations. *Research on Social Work Practice.* 2004;14:325-35.
11. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drug's use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. art N°:CD003020. DOI:10.1002/14651858.CD003020.pub2.
12. Galbe Sánchez-Ventura J y Grupo PrevInfad. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Recomendación. En: Recomendaciones/PrevInfad PAPPs [en línea] [actualizado en abril de 2003]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_drogas.htm
13. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Turrissi R, Johansson N. Parental and school correlates with binge drinking. *Am J Pub Health* 2005;95:894-9.
14. Sale E, Sambrano S, Springer JF, Peña C, Pan W, Kasim R. Family Protection and Prevention of Alcohol Abuse Among Hispanic Youth at High Risk. *Am J Community Psychol.* 2005;36(3-4):195-206.
15. González Rodríguez MP, Velarde Mayol C. En Urgencias podemos sospechar el abuso de Alcohol o cannabis con una o dos preguntas sencillas. *Evid Pediatr.* 2012;8:9.
16. Newton AS, Gokiert R, Mabood N, Ata N, Dong K, Ali S, et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the Emergency Department: a Systematic review. *Pediatrics* 2011;128(1):e180-192.
17. Galbe J. Alcohol y Adolescencia. *Infopadres.* 2005;(1):8-11.