

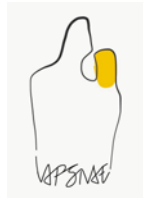
CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES Y SUS IMPLICACIONES EN LA FAMILIA



<http://www.thefamilywatch.org>



Dr. Carlos Chiclana



Este informe cuenta con el aval de la Asociación Española de Psicología del Niño y Adolescente

El área de salud de The Family Watch ha impulsado la realización de este estudio para lo que ha contado con la colaboración de la Consulta del Dr. Carlos Chiclana, clínica que cuenta con más de 10 años de experiencia en las áreas de la psicología y la psiquiatría.

The Family Watch, ha querido presentar este informe con motivo del Día Mundial de los Padres y de las Madres, decretado así por Naciones Unidas. La Asamblea General de la ONU, en su resolución A/RES/66/292 Documento PDF del 17 de septiembre de 2012 declaró el 1 de junio Día Mundial de las Madres y de los Padres, queriendo así reconocer su labor y honrar su trabajo en todo el mundo. Este trabajo va dedicado a ellos.

Índice

Presentación

I. Introducción: Realidad social consumo alcohol en niños y adolescentes	9
II. Definición del consumo de alcohol problemático en la población infanto-juvenil.	11
III. Prevalencias del consumo de alcohol en niños y adolescentes.	13
IV. Factores de riesgo y protección del consumo de alcohol en niños y adolescentes. Influencia y papel de la familia en el consumo de alcohol de sus miembros más jóvenes.	15
V. Consecuencias psicológicas y médicas relacionadas con el consumo de alcohol a edades tempranas y su tratamiento.	17
VI. Intervenciones orientadas a la prevención del inicio temprano del abuso de alcohol. El papel de la familia.	19
VII. Conclusiones	21
VIII. Infografía	22
IX. Recomendaciones.	23
X. Referencias bibliográficas.	25



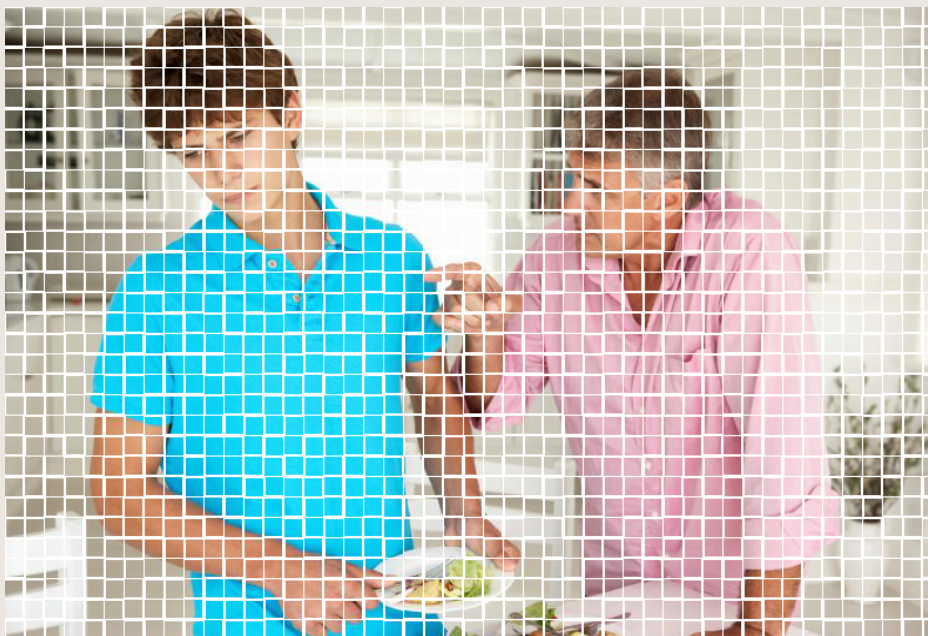
Presentación

Objeto: revisión bibliográfica de los estudios científicos sobre el consumo de alcohol en menores, análisis crítico de los mismos y propuestas de intervención con fundamento empírico.

Objetivo: reflejar en un informe la realidad actual del consumo de alcohol en menores que pueda servir como base para una posible mejora legislativa al respecto.

Justificación: La publicación del VI Barómetro de la familia TFW mostró datos alarmantes sobre la percepción del consumo de alcohol de los menores.

Las últimas noticias nacionales han hecho crecer la preocupación social y la indefensión por parte de los padres, educadores y otros agentes sociales sobre el consumo de alcohol en menores. Además, se identifica una baja concienciación en los medios publicitarios y de comunicación.



I. Introducción: Realidad social consumo alcohol en niños y adolescentes.

El alcohol es la sustancia psicoactiva con consumo más generalizado en la población debido a su accesibilidad, tradición, precio, efectos conocidos, aceptación social y variedad disponible.

El consumo de alcohol en la infancia se ha convertido en el mayor problema de salud pública en la última década. Se estima que un 25% de los jóvenes inician el consumo antes de los 13 años, y el 50% antes de los 15 años.

Varios estudios a nivel nacional e internacional indican que se ha adelantado la edad de inicio de consumo de alcohol situándose, en la actualidad, en la infancia. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la infancia se divide en dos períodos, siendo la primera infancia desde el período prenatal hasta los ocho años y la segunda infancia de los ocho a los doce. El inicio del consumo de alcohol en la actualidad se situaría dentro de la segunda infancia.

En España, los últimos sucesos ocurridos en este año 2017, con consecuencias devastadoras relacionadas con el consumo abusivo de alcohol a edades muy tempranas, ha impulsado el debate social sobre este problema y ha subrayado la necesidad de tomar medidas sanitarias y sociales.

La edad de inicio de consumo de alcohol se considera un factor de riesgo fiable y robusto para el abuso y dependencia posterior de alcohol (York et al., 2004; Sartor et al., 2006). Por ejemplo, la probabilidad de dependencia al alcohol se incrementa por cuatro cuando su

consumo se ha iniciado antes de los 14 años, frente a aquellos que comienzan a partir de los 20 años de edad.

El riesgo más elevado se sitúa en los casos en los que el inicio se produce antes de los 12 años (De Wit, 2000), siendo mayor en los varones (Young et al., 2002).

Entre las posibles explicaciones de esta mayor vulnerabilidad está el efecto tóxico del alcohol en el cerebro en desarrollo, en el momento en que se gestan funciones cerebrales y capacidades individuales fundamentales para la vida adulta (Jacobus & Taper, 2013; Weissman, 2015). Se ve afectado el funcionamiento del lóbulo prefrontal, del que dependen tareas cognitivas tales como el control de la conducta impulsiva y la toma de decisiones, ambas necesarias para inhibir la conducta de consumo de alcohol.

La identificación temprana y el tratamiento de los trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias es esencial para prevenir las consecuencias negativas a corto y largo plazo (Curtis et al., 2014). Entre ellas, el aumento de la dependencia de alcohol en la edad adulta, la morbilidad y la mortalidad por problemas de salud mental (Weissman et al., 2015), el fracaso escolar, las conductas sexuales de riesgo, la discapacidad por accidente de tráfico y el suicidio (Mitchell et al., 2016).

De ahí, la importancia del estudio de los factores protectores y de riesgo (Shin et al., 2016) para el inicio del consumo de alcohol en la infancia y la adolescencia que guiarán las intervenciones eficaces para su prevención.

II. Definición del consumo de alcohol problemático en la población infanto-juvenil

El término consumo de alcohol de riesgo hace referencia a una conducta de consumo de alcohol que puede tener efectos negativos sobre el desarrollo psicosocial saludable de los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes.

Hay diferentes definiciones de consumo de alcohol de riesgo. Para los adolescentes de 14 años de edad o mayores, la cantidad superior tolerable de alcohol es de <12 g de alcohol puro para las mujeres y de <24 g para los varones. Pero hay que considerar que estos límites superiores se basan en muestras de adultos. Para los niños y adolescentes menores de 14 años se considera que cualquier tipo de consumo de alcohol puede ser perjudicial.

El consumo excesivo de alcohol o binge drinking sería un tipo de consumo de riesgo. El binge drinking se define por el consumo de más de cuatro (en mujeres) o cinco (en varones) unidades de bebida estándar (UBE) de alcohol de una sola vez. El uso perjudicial de alcohol se define en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) y en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento, décima edición (CIE-10) (OMS, 1992) como:

Un patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.

5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.

7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

Se habla de dependencia al alcohol cuando además se producen los fenómenos de tolerancia, abstinencia o se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia de alcohol.

Debido a que estos criterios diagnósticos se desarrollaron en gran medida a partir de la investigación y la atención clínica a adultos, existen limitaciones en la aplicación de estas definiciones para clasificar el consumo de alcohol y los riesgos asociados en la población infanto-juvenil (Martin & Winters, 1998, Clark, 2004, Iron, 2006).



Población de riesgo

aquellos niños y adolescentes que han sido expuestos a situaciones adversas o que presentan trastornos mentales.

Según lo definido por el DSM-5, el abuso o la dependencia del alcohol puede no haber tenido tiempo de desarrollarse en un adolescente, especialmente en el más joven, y sin embargo, el adolescente puede estar involucrado en una conducta de riesgo.

La aplicabilidad de estas definiciones también está limitada porque varios de los criterios, como la abstinencia, no suelen ser experimentados por los adolescentes, y otros, como la tolerancia, tienen una baja especificidad para los adolescentes. La tolerancia puede ser anticipada como un proceso en desarrollo que ocurrirá con el tiempo en la mayoría de los adolescentes que beben (Martin & Winters, 1998).

El uso perjudicial del alcohol en la población infantojuvenil puede definirse como *alteraciones de conducta, enfermedad u otras consecuencias que puedan causar un daño a un individuo, su familia o la sociedad ahora o en el futuro, relacionadas con el consumo de alcohol* (Foxcroft et al., 2002). Debido a que el término *consumo perjudicial de alcohol* abarca las etapas tempranas del consumo problemático y de dependencia de alcohol que no cumplen los criterios diagnósticos, puede ser un concepto clínico más útil en pediatría y a la hora de desarrollar los programas de prevención en la población infanto-juvenil.

Los patrones de consumo de alcohol en la población infanto-juvenil son diferentes a los del adulto. Comparado con el consumo en adultos, en la población infanto-juvenil el patrón de consumo suele ser episódico y excesivo (*binge*), lo que hace que sea especialmente peligroso a estas edades.

La definición del *atacón de alcohol (binge drinking)* utilizado en los adultos a menudo se usa para describirlo en la población infanto-juvenil. Sin embargo, la literatura científica reciente sugiere que **para los varones entre 9 y 13 años y las mujeres entre 14 y 17 años el atracón de alcohol se debería definir como la ingesta de 3 o más UBE. En el caso de los varones entre 14 y 15 años sería 4 o más UBE y a partir de los 16 años 5 o más UBE** (Donovan, 2009).



Factor contribuyente para el abuso

beber antes de los 12 años aumenta el riesgo de dependencia posterior al alcohol y otras sustancias.

III. Prevalencias del consumo de alcohol en niños y adolescentes.

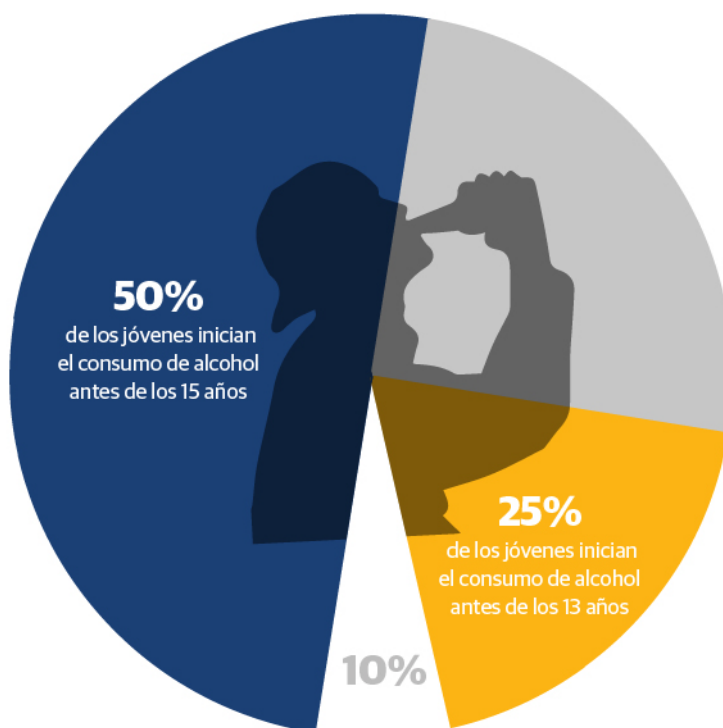
Según la Encuesta Escolar sobre Drogas en jóvenes realizada en 2012 a jóvenes entre 14 y 18 años, la edad media de inicio son 13,9 años y el porcentaje de jóvenes que al menos lo han probado supera el 80% (MSSSE, 2015). Estos datos son comparables con los de Estados Unidos y los del resto de Europa (WHO, 2014).

Mientras el consumo global de alcohol a nivel nacional (adultos incluidos) se ha mantenido

estable en los últimos 5 años, es notable la disminución de la edad de inicio y el aumento de consumo en la etapa adolescente de estos últimos años. En un estudio realizado en 2016 sobre 3.419 adolescentes entre 12-18 años de Galicia, se halló que el 58,7% de los adolescentes habían consumido alcohol en el último año, llegando al 34,4% aquellos que afirmaban haberse emborrachado al menos una vez durante el mismo período de

tiempo.

En ese mismo estudio se analizó la edad de inicio de consumo de alcohol, y se encontró que un 5.1% empezaron entre los 12 y 13 años, mientras que un 32.5% lo hicieron entre los 14 y los 15 años. Estos resultados señalan el intervalo entre los 13 y 14 años como punto clave de inicio del consumo de alcohol para muchos adolescentes (Golpe et al., 2017).



de los adolescentes con trastornos por uso de sustancias son los que reciben tratamiento.

IV. Factores de protección y de riesgo en el consumo de alcohol en niños y adolescentes. Influencia y papel de la familia en el consumo de alcohol de sus miembros más jóvenes.

En la edad de inicio y los patrones de consumo de alcohol influyen variables biológicas (genéticas), psicológicas y sociales.

A partir del estudio entre hermanos / gemelos / adopción de adolescentes (Rhee et al., 2003) se examinó la contribución relativa de la genética y el medio ambiente a la iniciación, el uso y el uso problemático de sustancias. Los resultados de este estudio demostraron que, para los adolescentes, en comparación con los hallazgos del estudio de gemelos adultos, la magnitud de las influencias genéticas fue mayor. Respecto influencias ambientales fue menor para el consumo problemático de alcohol que para el inicio del uso.

Se ha detectado un mayor consumo e inicio a una edad más prematura en los varones en comparación con las mujeres (Fowler et al., 2008). Los factores que aumentan el riesgo del consumo de alcohol como la predisposición genética, los problemas neurocognitivos, las características de la personalidad y las expectativas asociadas al consumo de alcohol afectan por igual tanto a los varones como a las mujeres (Schulte et al., 2009).

Sin embargo, las diferencias en la maduración y el desarrollo psicosocial durante la segunda infancia en función del sexo serían la causa de estas diferencias. Dentro de estos factores los varones tendrían una mayor tolerancia al alcohol, menor maduración cognitiva, una mayor tendencia a subestimar las consecuencias del consumo de alcohol o a utilizarlo como una forma de facilitar la socialización con sus iguales (Schulte et al., 2009).

Además del sexo biológico, determinadas características como los déficits neurocognitivos a nivel prefrontal, y la presencia de trastornos mentales como depresión, ansiedad y problemas de conducta y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en los niños y adolescentes se han relacionado con una mayor probabilidad de inicio del consumo de alcohol y otras sustancias a edades tempranas (Amaro et al., 2016; Burkala, 2017; Belendjuk et al., 2016; Temcheff et al., 2016; Crum et al., 2008; Wu et al., 2016).

Este hecho resalta la importancia de potenciar, como factor de protección, la salud mental y las fortalezas de los niños y adolescentes. Diferentes estudios señalan que capacitar a la población juvenil en el manejo saludable de la frustración, el autocontrol, la resolución de conflictos y la competencia social y personal son potenciales factores de protección. Es frecuente que los adolescentes tengan una baja percepción del riesgo, por lo que es importante recibir, por parte de los adultos, una información clara sobre los efectos asociados al consumo de alcohol.

Además de la salud mental y el comportamiento del niño, otras variables contextuales que le rodean son importantes, especialmente la relación con los padres y sus iguales.

Los padres son el ejemplo y la base principal de aprendizaje para los niños durante los primeros años.

Las actitudes, los hábitos y las opiniones del ambiente familiar en todo lo referente al alcohol y su consumo determinan la percepción del niño y cómo se posicionará en el futuro ante este tema (Bailly, 2016).

Una relación pobre con sus padres, distante o difícil se correlaciona con la presencia de un elevado consumo de alcohol durante la adolescencia (Kuntsche, 2009).

Si el niño se acostumbra a ver un elevado consumo de alcohol en el ambiente familiar o no tiene una percepción clara de las consecuencias sobre su ingesta, se vuelve más vulnerable a consumir alcohol de forma más prematura (Gamiere et al., 2006; Sanchez et al., 2013). Lo mismo ocurre si no hay una contingencia inmediata por parte de los padres hacia el menor cuando dicho consumo se ha producido.

Podemos concluir que la presencia de alcoholismo o problemas derivados con el consumo de alcohol en el ambiente familiar constituye un factor de riesgo para el inicio temprano del consumo de alcohol en niños y adolescentes (Slutske et al., 2008; Chan et al., 2013). Asimismo, se relaciona con la presencia de otros problemas de conducta y médicos como la delincuencia juvenil, los problemas de aprendizaje, el TDAH y las quejas psicósomáticas (Adger, 1991). Otros factores de riesgo del inicio temprano en el consumo de alcohol incluirían la exposición a situaciones estresantes, el maltrato, el abuso o las dificultades en la educación de los niños y adolescentes (Clark et al., 2010; Hamburger et al., 2008; Dube et al., 2006).

Por el contrario, una buena calidad en la relación padres-hijo predice un inicio tardío del consumo de alcohol (Kuntsche, 2009), mientras que un estilo educativo parental permisivo, la falta de supervisión o la sobreprotección y la falta de afecto por parte de los padres aumentan el riesgo (Barragán et al., 2016). Por este motivo, desde diferentes asociaciones sanitarias, se han diseñado guías para ayudar a los padres a retrasar o evitar el inicio en el consumo de alcohol en la población infanto-juvenil. Una buena relación y comunicación con los padres puede mitigar o contrarrestar el efecto negativo de las

presiones sociales para el consumo, de las experiencias negativas como el abuso, el maltrato y el fracaso escolar.

Conforme los niños avanzan en edad y van entrando en la adolescencia, la influencia del ambiente familiar se va reduciendo a favor de la influencia del contexto social. Dentro de este ámbito, las amistades, el entorno escolar, los medios de comunicación y las redes sociales se vuelven cada vez más influyentes. Los factores de riesgo como la accesibilidad al alcohol, el precio y la información disponible adaptada a cada edad son factores que deben implicar medidas de prevención basadas en el control y la sensibilización social sobre su consumo.

A su vez, el visionado de comportamientos de riesgo en los medios de comunicación se ha asociado con una mayor probabilidad de conductas de riesgo durante la infancia y la adolescencia (Fischer et al., 2011). Se han encontrado tanto asociaciones transversales y longitudinales entre la exposición al uso de alcohol en las películas (UAP) y el consumo de alcohol y binge drinking en la adolescencia (Dalton et al., 2002, 2006, Hanewinkel et al., 2007, Wills et al., 2010, Sargent et al., 2010, Wills et al., 2009).

El UAP también se asoció con las expectativas (percepciones de los beneficios personales), con la voluntad de consumir alcohol y las actitudes asociadas con el consumo de alcohol (Dal et al., 2009). Un estudio reciente ha demostrado que los más expuestos a UAP tenían un 25% más de probabilidad de haber probado alcohol, un 74% más de probabilidad de atracción de alcohol y más del doble de probabilidades de estar bebiendo semanalmente o haber tenido al menos un problema relacionado con el alcohol en comparación con los menos expuestos (Waylen et al, 2015).

Además, estas asociaciones son independientes del modelo educativo parental. Por lo tanto, el motivar y ayudar a los padres a implementar restricciones de acceso a los UAP entre la infancia tardía y la adolescencia temprana, así como fomentar la comunicación de calidad tras el visionado de determinadas imágenes, anuncios o UAP podría tener un impacto positivo en retraso del uso temprano de múltiples sustancias tóxicas.

V. Consecuencias psicológicas y médicas relacionadas con el consumo de alcohol a edades tempranas.

El alcohol es el factor contribuyente más importante de las causas de muerte en los adolescentes (accidentes de tráfico, homicidio y suicidio) en países occidentales (NIAAA, 2009) y la discapacidad por accidente (Vitalen & van de Mheen, 2006). El propio patrón de consumo consistente en la ingesta masiva y rápida de alcohol pone al niño y al adolescente en una situación de mayor riesgo de sobredosificación e intoxicación, por la supresión del reflejo nauseoso y del centro respiratorio cuyas consecuencias pueden ser fatales.

Se ha relacionado con conductas de riesgo como **conducir bajos los efectos del alcohol, las relaciones sexuales sin protección, las agresiones, el comportamiento delincuente en la adolescencia** (Ellickson et al., 2003) y el **consumo de otras sustancias** (Stueve & O'Donnell, 2005) así como con el **fracaso escolar** (Mitchell et al., 2016).

Las consecuencias negativas del consumo de alcohol incluyen un aumento de la morbilidad y la mortalidad por enfermedad mental. El consumo de alcohol es un factor de riesgo para los **intentos de suicidio** (Windle, 2004). Entre los trastornos mentales que con más frecuencia se solapan con los problemas por consumo de alcohol son los **trastornos del estado de ánimo, sobre todo depresión y ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos de conducta, los trastornos por uso de otras sustancias, bulimia, los trastornos del sueño y la psicosis de inicio precoz** (Simkin, 2002).

También conlleva un daño en el funcionamiento y estructura en un cerebro en desarrollo. Los efectos del alcohol en el cerebro del niño y del adolescente son múltiples. Por un lado, existe una mayor vulnerabilidad al efecto tóxico de la sustancia y, por otro lado, altera el proceso de maduración cerebral.

La maduración cerebral durante la pre-adolescencia y la adolescencia, es esencial para funciones como la inhibición de la conducta, la regulación emocional, la planificación, la toma de decisiones y la organización. Estas capacidades son fundamentales para poder controlar la conducta de consumo de alcohol y valorar las posibles consecuencias, y se verían dañadas por el consumo de alcohol. Es decir, el propio efecto del alcohol sobre el cerebro inmaduro les haría aún más vulnerables a la adicción a esta sustancia (Volkow et al., 2002).

Algunos de los hallazgos más importantes de los últimos años señalan que aquellos niños y adolescentes con antecedentes de consumo de alcohol difieren en una variedad de medidas cognitivas y neuronales como déficit de atención, memoria, función visoespacial y funciones ejecutivas de sus compañeros no consumidores (Jacobus & Tapert, 2013; Lisdahl et al., 2013). Estas alteraciones se acompañan de lesiones a nivel de sustancia gris y blanca del cerebro, así como de diferencias en los patrones de activación cerebral durante el desempeño de una variedad de tareas cognitivas (evaluadas a través de resonancia magnética funcional) (Jacobus & Tapert, 2013).

Hasta la fecha, existen pocos estudios que examinen las consecuencias relativas del inicio temprano en el consumo de alcohol y las comparen con las consecuencias de un consumo excesivo. Los datos hallados para otras sustancias como la marihuana parecen indicar mayores efectos adversos en el caso del inicio temprano. Tal información podría ser crítica para orientar el tipo de intervención más efectiva, por ejemplo, si los esfuerzos se deben dirigir a retrasar el inicio del uso o a reducir el consumo excesivo o las consecuencias negativas de ese uso, que son particularmente frecuentes a finales de la adolescencia.

VI. Intervenciones orientadas a la prevención y detección precoz del inicio temprano del abuso de alcohol. El papel.

Las intervenciones de mayor éxito en la prevención del inicio y abuso de alcohol son aquellas que disminuyen la vulnerabilidad biopsicosocial y favorecen las competencias personales y familiares. Son especialmente efectivas las que incluyen el ámbito familiar y escolar.

Algunos programas que favorecen la adquisición de capacidades para superar la presión social, la resolución de conflictos y la regulación emocional han demostrado reducir la incidencia del consumo de alcohol a corto y largo plazo como el programa *Life skills training* (<http://www.lifeskillstraining.com>).

El papel de la familia es fundamental para garantizar una intervención efectiva en la prevención y detección precoz del inicio de consumo de alcohol. Además de los padres, el resto de los adultos en contacto con población infanto-juvenil necesitan ser entrenados para la detección y abordaje de estas dificultades.

A pesar de los importantes costes personales y sociales de este problema y que se cuenta con herramientas eficaces para la detección y la intervención precoz, **sólo un 10% de los adolescentes con trastornos por uso de sustancias reciben tratamiento** (Levy et al., 2015).

Una de las principales barreras para la detección del consumo problemático de alcohol es que **no se pregunta de manera sistemática en población infanto-juvenil.**

Diferentes estudios señalan que, aunque existe una tendencia a la negación de estos problemas, para que se comuniquen con honestidad es importante que se mantenga la confidencialidad. En este sentido, los cuestionarios autoaplicados pueden ser muy útiles.

Existen cuestionarios validados de breve duración que permiten detectar a la población infanto-juvenil en riesgo de consumo perjudicial de alcohol. El CRAFFT (Knight et al, 1999) es un instrumento rápido, validado, fiable y fácil de utilizar (http://www.ceasar-boston.org/CRAFFT/pdf/CRAFFT_Spanish.pdf).

Es necesario que se pregunte de forma sistemática acerca del consumo de alcohol, sobre todo en aquellas poblaciones en mayor riesgo, que incluye niños y adolescentes con problemas de conducta, con TDAH, con síntomas depresivos, provenientes de entornos desfavorecidos, institucionalizados o con antecedentes de acontecimientos vitales estresantes en la infancia (abuso y maltrato) así como con padres con problemas relacionados con el abuso de sustancias.

Es fundamental entrenar a los adultos en contacto con la población infanto-juvenil en la detección y el abordaje de estas dificultades, en el entorno familiar, escolar y sanitario.

Existen programas eficaces que permiten reconocer precozmente el uso excesivo de alcohol y otras sustancias. Además, proporcionan una intervención eficaz que disminuye el consumo de alcohol y los riesgos asociados y favorecen la motivación al cambio mientras se decide la opción más adecuada de tratamiento (Tanner-Smith et al., 2015; Patton et al., 2014), Mitchell et al., 2014, Committee, 2011).

Este tipo de intervenciones breves, basadas en la entrevista motivacional están orientadas a facilitar el cambio en la conducta problemática (Prochaska y DiClemente, 1983). Constan fundamentalmente de cuatro elementos: conseguir la colaboración con el paciente; la evocación o el uso de preguntas abiertas y reflexiones para ayudar al paciente a determinar su propia motivación para cambiar, y la autonomía, o aceptar que es la responsabilidad del adolescente cambiar su comportamiento y decidir cómo ocurrirá el cambio; expresar empatía; desarrollar discrepancias entre sus objetivos vitales y el comportamiento actual, no confrontar las resistencias y apoyar la autoeficacia (Gold & Kokotailo, 2007).

Varios estudios demuestran la eficacia de intervenciones motivacionales breves para todos los grupos de edad incluidos.

Los efectos más beneficiosos se dan en los programas dirigidos a los padres y los enfocados a cambiar los procesos familiares. Estas intervenciones están orientadas a capacitar a los padres para el manejo saludable de las conductas negativas de sus hijos, mejorar la relación y la comunicación padres-hijo y fomentar la implicación afectiva de los padres en la vida de su hijo (Hernandez et al., 2015).

Una intervención familiar prometedora es la denominada *familycheck-up* (Hernandez et al., 2015). Esta intervención emplea los principios de la entrevista motivacional para evaluar los elementos de

la familia que influyen en el uso de sustancias por los adolescentes y proporciona recomendaciones basadas en los procesos familiares para conseguir el abandono del consumo y de las conductas de riesgo asociadas (Hernandez et al., 2015).

Las campañas universales acerca de las normas sociales sobre el consumo de alcohol o las campañas de educación e información en las escuelas no han demostrado ser efectivas. Sin embargo, **la cultura escolar basada en los valores con una relación equilibrada entre el apoyo y el control ayudan a reducir el consumo de alcohol.**

Otras medidas, como la aplicación de los reglamentos y las restricciones legales son generalmente eficaces, así como **las medidas económicas y de limitación de acceso como aumentar los impuestos y precios del alcohol, la limitación del acceso a los puntos de venta y los días y horas de venta y la limitación de las oportunidades publicitarias.**

VII. Conclusiones

El inicio del consumo de alcohol a edades cada vez más tempranas es un problema de salud pública con importantes consecuencias personales, familiares, sociales y académico/laborales, a corto y largo plazo.

Los resultados de las investigaciones neurocientíficas recientes han corroborado los efectos nocivos del alcohol en el desarrollo del cerebro de los niños y los adolescentes y han aportado más pruebas para apoyar la necesidad prevenir y reducir el consumo de alcohol en menores de edad.

Los adultos en contacto con la población infanto-juvenil deben estar bien informados sobre el abuso de sustancias para poder reconocer los factores de riesgo de abuso de alcohol y otras sustancias entre los niños y adolescentes, detectar su uso y proporcionar una atención y derivación adecuadas para su tratamiento.

La integración de los programas de prevención del uso de alcohol en la comunidad y nuestro sistema educativo desde la escuela primaria hasta la universidad debe ser promovido por los proveedores de salud y la sociedad en general.

Se debe promocionar la responsabilidad de los medios de comunicación para que asocien el consumo de alcohol con consecuencias realistas derivadas de su consumo.

Es necesario realizar estudios adicionales que permitan entender los mecanismos personales, familiares y sociales que influyen en el proceso de inicio y abuso de alcohol en la infancia y la adolescencia. A partir de la comprensión de los factores que en la actualidad están favoreciendo un inicio más temprano en el consumo, se conseguiría tener una visión completa de este fenómeno que la implementación de intervenciones son efectivas para su prevención.

Como se ha visto anteriormente, no sólo el ambiente familiar o el ambiente escolar influyen en el inicio temprano del consumo de alcohol. Es el conjunto de los diferentes factores de riesgo y protectores, que incluye los individuales, los familiares, los escolares y de la sociedad en general, los que predisponen o previenen para el inicio en el consumo de alcohol a edades tempranas. Esta interacción de factores muestra la necesidad de actuar sobre todos los ámbitos que influyen en los niños y niñas, y en especial en el ámbito familiar.

En la actualidad contamos con intervenciones preventivas y de detección precoz que han demostrado ser efectivas. Por lo tanto, el siguiente paso es difundir su uso a todas las personas e instituciones en contacto diario con la población infantil y buscar la manera para facilitar su implementación. Para ello, el apoyo de las asociaciones, el gobierno y de las diferentes entidades sociales es fundamental.

La canalización de esta información, así como los medios empleados para realizar estas intervenciones deben de ser aquellos en los que los niños y adolescentes son partícipes. El contexto social en el que nos encontramos en el que las nuevas tecnologías influyen en las formas de comunicarnos, hacen que sea necesario encontrar nuevas vías de acceder a este sector de la población, por ejemplo, mediante las redes sociales.

No hay que olvidar que los niños y adolescentes de hoy serán la sociedad de mañana.

El consumo de alcohol en la infancia es uno de los mayores problemas de salud pública de la última década en los países occidentales

Radiografía del alcoholismo infantil



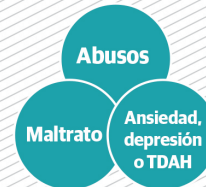
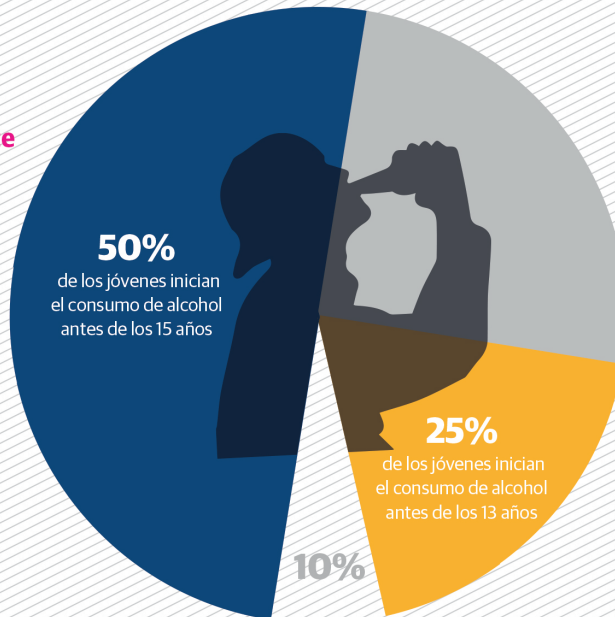
Factor contribuyente para el abuso

beber antes de los 12 años aumenta el riesgo de dependencia posterior al alcohol y otras sustancias.



Principal causa de muerte

en los adolescentes (accidentes de tráfico, homicidio y suicidio) en países occidentales.



Población de riesgo

aquellos niños y adolescentes que han sido expuestos a situaciones adversas o que presentan trastornos mentales.



El efecto tóxico del alcohol en el cerebro

provoca déficits cognitivos y alteraciones neuronales.



Recomendaciones preventivas



Una buena calidad en la relación y comunicación padres-hijo

predice un inicio tardío del consumo de alcohol y puede mitigar o contrarrestar el efecto negativo de las presiones sociales para el consumo.



Enseñar y fomentar el manejo saludable

de la frustración, el autocontrol, la resolución de conflictos y la competencia social y personal.



Difundir las intervenciones preventivas y de detección precoz a todas las personas e instituciones en contacto diario con la población infantil.



Reforzar a los padres su papel de modelo para sus hijos.

Los hijos hacen lo que ven. Capacitarles para la comprensión de su participación en la disuasión del consumo de alcohol y otras sustancias.



Apoyar a los niños y adolescentes

con trastornos por uso de sustancias durante y después de su tratamiento.



Ofrecer recursos y apoyo para implementar

programas en colegios, centros de salud y en la comunidad de prevención del uso de alcohol en la infancia.

IX. Recomendaciones

- 1.** Familiarizarse con todos los aspectos del uso de sustancias en niños y adolescentes a través de la participación en programas de capacitación y formación continua.
- 2.** Reconocer los factores de riesgo para el consumo de alcohol (así como otras drogas) entre la población infanto-juvenil jóvenes y estar al tanto de los problemas de salud mental coexistentes, como la depresión y el TDAH que pueden ocurrir en este grupo de edad.
- 3.** Preguntar de forma sistemática y con medidas de cribado validadas en la población infanto-juvenil acerca del consumo de alcohol y derivar a los posibles recursos disponibles.
- 4.** Utilizar técnicas de intervención breve en el entorno clínico y familiarizarse con las técnicas de entrevista motivacional para trabajar con los niños y adolescentes que consumen alcohol.
- 5.** Discutir los peligros del consumo de alcohol y otras sustancias con ellos en un primer paso.
- 6.** Desaconsejar con firmeza el uso y abuso de alcohol.
- 7.** Reforzar a los padres su papel de modelo para sus hijos. Los hijos hacen lo que ven.
- 8.** Capacitarles para la comprensión de su participación en la disuasión del consumo de alcohol y otras sustancias.
- 9.** Estar familiarizado con los recursos locales a los que pueden ser remitidos los niños y adolescentes con trastornos relacionados con el consumo de alcohol y sus familias.
- 10.** Apoyar a los niños y adolescentes con trastornos por uso de sustancias durante y después de su tratamiento.
- 11.** Ofrecer recursos y apoyo para la escuela y otros programas comunitarios de prevención del uso de alcohol.
- 12.** Delimitar los modelos de consumo de alcohol en medios de comunicación impresos, televisión, películas y redes sociales.
- 13.** Incrementar los esfuerzos de promoción de leyes que reduzcan la morbilidad relacionada con el alcohol.
- 14.** Apoyar una mayor investigación en prevención, cribado e identificación basados en la evidencia, la intervención breve y la gestión y el tratamiento del consumo de alcohol y otras sustancias por parte de los niños y los adolescentes.

X. Referencias bibliográficas

- Adger, H. (1991). Problems of alcohol and other drug use and abuse in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 12, 606-613.
- Amaro, V., Fernandez, J., Gonzalez, M., Pardo, M., Zunino, C., Pascale, A., García, L. & Perez, W. (2016). Consumo de alcohol en niños y adolescentes. Una mirada desde el tercer nivel de atención. *Archivos de Pediatría*, 87, 1.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Academy of Pediatrics. (2006). Committee on Communications. Children, adolescents, and advertising. *Pediatrics*, 118, 2563–2569.
- Bailey, D. (2016). Alcohol use in children: An unrecognized fact. *Archives of Pediatrics*, 23, 549-553.
- Barragan, A.B., Martos, A., Simón, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Molero, M.M. & Gazquez, J.J. (2016). Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes y relación con la familia. *European Journal of Child Development*, 4, 49-61.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C., & Feighner, J.A. (2000). Patterns of alcohol and drug use in adolescents can be predicted by parental substance use disorders. *Pediatrics*, 106, 792-797.
- Burlaka, V. (2017). Effects of individual, peer, and family factor on child alcohol abuse in Ukraine. *Journal of Child Family Studies*, 1, 1-10.
- Chan, G.C., Kelly, A.B., Toumbourou, J.W., Hemphill, S.A., Young, R.M., Haynes, M.A., Catalano, R.F. (2013). Predicting steep escalations in alcohol use over the teenage years: age-related variations in key social influences. *Addiction*, 108, 1924-1932.
- Clark, D.B. (2004). The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, 99, 5-22.
- Clark, D.B., Thatcher, D.L., & Martin, C.S. (2010). Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood. *Journal Pediatrics Psychology*, 35, 499-510.
- Crum, R.M., Green, K.M., Storr, C.L., Chan, Y.F., Jalongo, N., Stuart, E.A., & Anthony, J.C. (2008). *Archives of General Psychiatry*, 65, 702-712.
- Curtis, B.L., McLellan, A.T. & Gabellini, B.N. (2014). Translating SBIRT to public school settings: an initial test of feasibility. *Journal Substance Abuse Treatment*, 46, 15–21.
- Dalton, M.A., Ahrens, M.B., & Sargent, J.D. (2002). Relation between parental restrictions on movies and adolescent use of tobacco and alcohol. *Effective Clinical Practice*, 5, 1–10.
- Dalton, M.A., Adachi-Mejia, A.M., Longacre, M.R. (2006). Parental rules and monitoring of children’s movie viewing associated with children’s risk for smoking and drinking. *Pediatrics*, 118, 1932–1942.
- DeWit, D.J., Adlaf, E.M., Offord, D.R. & Ogborne, A.C. (2000). Age at first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal Psychiatry*, 157, 745–750.
- Donovan, J.E. (2009). Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments. *Pediatrics*, 123, Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/123/6/e975.
- Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dong, M., & Anda, R.F. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescents Health*, 38, e1-10.
- Ellickson, P.L., Tucker, J.S., & Klein, D.J. (2003). Ten-year prospective study of public health problems associated with early drinking. *Pediatrics*, 111, 945-955.
- Fischer, P., Greitemeyer, T., Kastenmüller, A., Vogrinic, C., & Sauer, A. (2011). The effects of risk-glorifying media exposure on risk-positive cognitions, emotions, and behaviors: a meta-analytic review. *Psychology Bulletin*, 137, 367-390.
- Foley, K.L., Altman, D., Durant, R.H., Wolfson, M. (2004). Adults’ approval and adolescents’ alcohol use. *Journal Adolescent Health*, 35, e17-e26.
- Fowler, T., Lifford, K., Shelton, K., Rice, R., Thapar, A., Neale, M.C., McBride, A. & van den Bree, M.B. (2007). Exploring the relationship between genetic and environmental influences on initiation and progression of substance use. *Addiction*, 102, 413–422.
- Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G., & Breen, R. (2002). Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database System Review*, 3, CD003024.
- Garmiene, A., Zemaitiene, N., & Zaborskis, A. (2006). Family time, parental behaviour model and the initiation of smoking and alcohol use by ten-year-old children: an epidemiological study in Kaunas, Lithuania. *BMC Public Health*, 23, 287.
- Gold, M.A., & Kokotailo, P.K. (2007). Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *Adolescents Health Update*, 20, 1-10.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T. & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*. Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/932>.
- Hamburger, M.E., Leeb, R.T., & Swahn, M.H. (2008). Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *Journal Studies of Alcohol and Drugs*, 69, 291-295.
- Hanewinkel, R., Tanski, S.E., & Sargent, J.D. (2007). Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany. *International Journal of Epidemiology*, 36, 1068-1077.
- Hanewinkel, R., Morgenstern, M., Tanski, S.E., & Sargent, J.D. (2008). Longitudinal study of parental movie restriction on teen smoking and drinking in Germany. *Addiction*, 103, 1722–1730.
- Hawkins, J.D. (2001). Risk and protective factors and their implications for preventive interventions for the health care professional. In: *American Academy of Pediatrics. Substance Abuse: A Guide for Health Professionals*. Schydlower, M., ed. 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics.
- Hernandez, L., Rodriguez, A.M. & Spirito, A. (2015). Brief family-based intervention for substance abusing adolescents. *Child Adolescent Psychiatry Clinical North America*, 24, 585–599.
- Irons, B.L. (2006). Alcohol use disorders: a clinical update. *Adolescence Medical Clinical*, 17, 259-282.
- Jackson, C., Henriksen, L., & Dickinson, D. (1999). Alcohol-specific socialization, parenting behaviors, and alcohol use by children. *Journal Studies Alcohol*, 60, 362-367.
- Jacobus, J. & Tapert, S.F. (2013). Neurotoxic effects of alcohol in adolescence. *Annual Review Clinical Psychology*, 9, 703–721.
- Koob, G., & LeMoal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review Psychology*, 59, 29-53.

Knight, J.R., Schrier, L.A., Bravender, T.D., Farrell, M., Vander-Bilt, J., Shaffer, H.J. (1999). CRAFFT: a new brief screen for adolescent substance abuse. *Archives Pediatrics Adolescent Medicine*, 153, 591-596.

Kuntsche, E., van der Vorst, H. & Engels, R. (2009). The earlier the more? Differences in the links between age at first drink and adolescent alcohol use and related problems according to quality of parent-child relationships. *Journal Studies Alcohol Drugs*, 70, 346-354.

Levy, S., Schizer, M (2015). Committee on substance abuse, American Academy of Pediatrics. Adolescent drug testing policies in schools. *Pediatrics*, 135, e1107–e1112.

Lisdahl, K.M., Gilbert, E.R., Wright, N.E. & Shollenbarger, S. (2013). Dare to delay? The impacts of adolescent alcohol and marijuana use onset on cognition, brain structure, and function. *Frontiers Psychiatry*, 4(53).

Martin, C.S., & Winters, K.C. (1998). Diagnosis and assessment of alcohol use disorders among adolescents. *Alcohol Health Research World*, 22, 95-105.

Mezquita, L., Stewart, S.H., Kuntsche, E. & Grant, V.V. (2016). Estudio trans-cultural del modelo de cinco factores de motivos de consumo de alcohol en universitarios españoles y canadienses. *Adicciones*, 28, 4.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Observatorio Nacional de la droga y las toxicomanías.

Mitchell, S.G., Schwartz, R.P. & Kirk, A.S. (2016). SBIRT implementation for adolescents in urban federally qualified health centers. *Journal Substance Abuse Treatment*, 60, 81-90.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2003). Underage drinking: a major public health challenge. *Alcohol Alert*. Available at: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa59.htm>.

Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Madrid: Meditor; 1992.

Patton, R., Deluca, P., Kaner, E., Newbury-Birch, D., Phillips, T., Drummond, C. (2014). Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol & Alcoholism*, 49, 207–212.

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173.

Rhee, S.H., Hewitt, J.K., Young, S.E., Corley, R.P., Crowley, T.J., & Stallings, M.C. (2003). Genetic and environmental influences on substance initiation, use, and problem use in adolescents. *Archives Genetics Psychiatry*, 60, 1256-1264.

Sanchez, Z.M., Santos, M.G., Pereira, A.P., Nappo, S.A., Carlini, E.A., & Martins, S.S. (2013). Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil. *Journal of Pediatrics*, 162, 363-368.

Sargent, J.D., Wills, T.A., Stoolmiller, M., Gibson, J., & Gibbons, F.X. (2006). Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking. *Journal Studies of Alcohol*, 67, 54-65.

Sartor, C.E., Lynskey, M.T., Heath, A.C., Jacob, T. & True, W. (2006). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102, 216–225.

Schulte, M.T., Ramo, D., & Brown, S.A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical Psychology Review*, 29, 535-547.

Shin S.H., Chung, Y. & Rosenberg, R.D. (2016). Identifying Sensitive Periods for Alcohol Use: The Roles of Timing and Chronicity of Child Physical Abuse. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 40, 1020-1029.

Simkin, D. (2002). Adolescent substance use disorders and comorbidity. *Pediatric Clinical North America*, 49, 463-477.

Slutske, W.S., D'Onofrio, B.M., Turkheimer, E., Emery, R.E., Harden, K.P., Heath, A.C., & Martin, N.G. (2008). Searching for an environmental effect of parental alcoholism on offspring alcohol use disorder: a genetically informed study of children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 534-551.

Strasburger, V.C. (2002). Alcohol advertising and adolescents. *Pediatric Clinical North America*, 49, 353-376. 2002; 49(2):353–376, vii

Stueve, A., & O'Donnell, L.N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95, 887-893.

Tanner-Smith, E.E. & Lipsey, M.W. (2015). Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal Substance Abuse Treatment*, 51, 1–18.

Weichold, K., Wiesner, M.F., & Silbereisen, R.K. (2014). Childhood predictors and mid-adolescent correlates of developmental trajectories of alcohol use among male and female youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 43, 698-716.

Weissman, D.G., Schreiber, R.A., Fassbender, C., Atherthon, O., Krafft, C., Robins, R. W., Hustings, P.D. & Guyer, A.E. (2015). Earlier adolescent substance use onset predicts stronger connectivity between reward and cognitive control brain networks. *Development Cognitive Neuroscience*, 16, 121–129.

World Health Organization (2014). Global status on alcohol and health. Luxembourg: WHO prints.

Young, S.E., Corley, R.P., Stallings, M.C., Rhee, S.H., Crowley, T.J. & Hewitt, J.K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug Alcohol Dependence*, 68, 309–322.

York, J.L., Welte, J., Hirsch, J., Hoffman, J.H. & Barnes, G. (2004). Association of age at first drink with current alcohol drinking variables in a national general population sample. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 28, 1379–1387.

Vitale, S., & van de Mheen, D. (2006). Illicit drugs and injuries: a review of emergency room studies. *Drug Alcohol Dependence*, 82, 1-9.

Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S. (2002). Brain DA D2 receptors predict reinforcing of stimulants in humans: replication study. *Synapse*, 46, 79-82.

Waylen, A., Leary, S., Ness, A., & Sargent, J. (2015). Alcohol use in films and adolescent alcohol use. *Pediatrics*, 135, 851-858.

Wills, T.A., Sargent, J.D., Gibbons, F.X., Gerrard, M., & Stoolmiller, M. (2009). Movie exposure to alcohol cues and adolescent alcohol problems: a longitudinal analysis in a national sample. *Psychology Addictions Behaviour*, 23, 23-35.

Windle, M. (2004). Suicidal behaviors and alcohol use among adolescents: a developmental psychopathology perspective. *Alcohol Clinical Experience Research*, 28, 295-375.

Wills, T.A., Gibbons, F.X., Sargent, J.D., Gerrard, M., Lee, H.R., & Dal, C.S. (2010). Good self-control moderates the effect of mass media on adolescent tobacco and alcohol use: tests with studies of children and adolescents. *Health Psychology*, 29, 539-549.

Wu, P., Bird, H.R., Liu, X., Fan, B., Fuller, C., Shen, S., Duarte, C.S., & Canino, G.J. (2006). Childhood depressive symptoms and early onset of alcohol use. *Pediatrics*, 118, 1907-1915.

Yu, J. (2003). The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Drug Alcohol Dependency*, 69, 253-262.



The Family Watch -Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia- es un observatorio, un “think tank”, que a partir del análisis de la realidad social de la familia, y desde una perspectiva interdisciplinar, alejada de cualquier cuestión ideológica o política, se dedica, desde 2008, a la elaboración de informes, estudios, propuestas y a la organización de jornadas, investigaciones académicas y cualquier otra clase de iniciativas que contribuyan a divulgar y apoyar el papel fundamental que desempeña la familia en la sociedad y a mejorar la calidad de la vida familiar.

© Madrid, 1 de junio de 2017. The Family Watch -Instituto Internacional de Estudios sobre la Familia-. Todos los derechos reservados.