

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



**Versión
reducida**

Autores

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

Víctor Amador Tejón,
*pediatra, Centro de Salud La Magdalena-La Carriona. Avilés.
Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria*

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

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

Susana García Tardón,
*psicóloga clínica, Directora de AGC del Hospital Carmen y
Severo Ochoa. Área II, Cangas del 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. Asociación
Asturiana de Pediatría de Atención Primaria*

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 Infante-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). M^a del Mar Coto Fuente, pediatra del Centro de Salud la Magdalena (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 M^a 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–.
Fundación Educativa Universidad de Padres -FEUP-.

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**

**Versión
reducida**

Índice de contenidos

00

| Apartado | Página |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Propósito de la guía | 6 |
| 2. Por qué intervenir en atención pediátrica ante el consumo de alcohol | 8 |
| 3. Concepto, riesgos, daños, dimensión y características del consumo temprano de alcohol | 10 |
| 3.1. Concepto | 11 |
| 3.2. Riesgos y daños | 11 |
| 3.3. Dimensión y características del consumo de alcohol en menores de edad | 12 |
| 3.3.1. Dimensión del consumo de alcohol en menores de edad | 12 |
| 3.3.2. Patrones de consumo de riesgo; borracheras, « <i>binge drinking</i> » o atracones | 13 |
| 3.3.3. Edad de inicio al consumo | 14 |
| 3.3.4. Canales de información sobre las drogas y su valoración por los jóvenes | 16 |
| 3.4. Fundamentos para llevar a cabo un programa de prevención del consumo temprano de alcohol en atención primaria de pediatría | 17 |
| 4. Recomendaciones clínicas para actividades preventivas ante el consumo de alcohol en atención pediátrica | 18 |
| 4.1. Recomendaciones clínicas en el Programa Clave de Atención Interdisciplinar –PCAI– sobre alcohol | 19 |
| 5. Protocolo de intervención para la prevención del consumo de alcohol en consulta de pediatría de atención primaria | 20 |
| 5.1. « <i>Cribado sobre consumo de alcohol e intervención breve para jóvenes</i> » (Guía NIAAA 2015, modificada por los autores). | 21 |
| 5.1.1. ¿Por qué esta herramienta? | 21 |
| 5.1.2. ¿Por qué hacer cribado del consumo de alcohol? | 21 |
| 5.1.3. Los cuatro pasos de un vistazo | 22 |
| Paso 1: Las preguntas de detección | 23 |
| Paso 2: Guía del paciente | 24 |
| Paso 2: Evaluación del riesgo para pacientes que beben | 25 |
| Paso 3: Asesorar y Ayudar. Para los pacientes que beben... | 27 |
| Paso 4: En el seguimiento, continuar con el apoyo. Para los pacientes que han contestado afirmativamente a la pregunta de consumo propio... | 28 |
| 5.1.4. Preguntas frecuentes | 29 |
| 5.1.5. Confidencialidad | 34 |
| 5.1.6. Entrevista Motivacional Breve | 35 |
| 6. Integración del programa de prevención del consumo temprano de alcohol en el plan personal jerárquico (PPJ) de la infancia y adolescencia en Asturias | 38 |
| 6.1. Recomendaciones | 41 |
| 7. Glosario de términos | 42 |
| 7.1. Términos mal definidos que se recomienda no utilizar. | 44 |
| 8. Recursos comunitarios a disposición de la intervención | 46 |
| 9. Referencias bibliográficas | 48 |

Propósito de la guía

Objetivo

Proporcionar información acerca de **por qué y cómo intervenir para prevenir el consumo de alcohol en la edad pediátrica.**

Esta Guía le Proporcionará

- a. Evidencia sobre los motivos de la intervención.
- b. Orientación sobre las actividades preventivas.
- c. Criterios de intervención.
- d. Información sobre recursos adicionales.
- e. Un glosario de términos sobre drogas con recomendaciones sobre su uso en la actividad preventiva.

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.

Objetivos de la intervención en la población diana

- Retrasar la edad de inicio al consumo de alcohol y a las borracheras.
- Reducir el consumo.
- Reducir las conductas de consumo abusivo de alcohol y sus consecuencias.
- Incrementar la percepción del riesgo del consumo de alcohol.
- Movilizar a la familia sobre su papel como factor protector del consumo de alcohol de sus hijos.

Por qué intervenir en atención pediátrica ante el consumo de alcohol

La literatura epidemiológica demuestra el amplio abanico de daños y riesgos físicos, psicológicos y sociales relacionados con el consumo de alcohol, en particular para los menores de edad. **El consumo de alcohol realizado antes de alcanzar la madurez física, psicológica y social** denominado *consumo temprano* (en inglés *underage drinking*) **es particularmente perjudicial para la salud**, al ser el **momento vital** en el que los/as niños/as inician la **etapa de transición hacia la vida adulta**.

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

3.1. Concepto

El concepto de «consumo temprano» de alcohol tiene dos abordajes: el empírico y el legal. En el segundo caso estaríamos hablando del consumo que se produce por debajo de la edad establecida por las leyes para poder consumir alcohol (18 años en nuestro medio). El que nos interesa 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^{1, 2, 3} sitúan esta edad *en el entorno de los 12-13 años y antes*.

3.2. Riesgos y daños

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.

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 y conductas adictivas**^{4, 5, 6}.
- b) **Daño neuronal** secundario^{7, 8, 9, 10, 11, 12, 13} con alteraciones de la conducta, la memoria y los procesos relacionados con el aprendizaje. 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** tanto de comercio legal¹⁴ como ilegal¹⁵.
- d) **Aumento del riesgo de accidentes, peleas y agresiones y de sus consecuencias negativas**^{16, 17}.
- e) **Aumento del riesgo de muertes y lesiones**^{18, 19}.
- f) **Aumento del riesgo de comportamientos sexuales de riesgo**²⁰. 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**²¹.
- h) Se asocia con un mayor **fracaso escolar**^{22, 23}.
- i) **Aumento del riesgo de daños a terceros o destrucción de la propiedad pública y privada**.

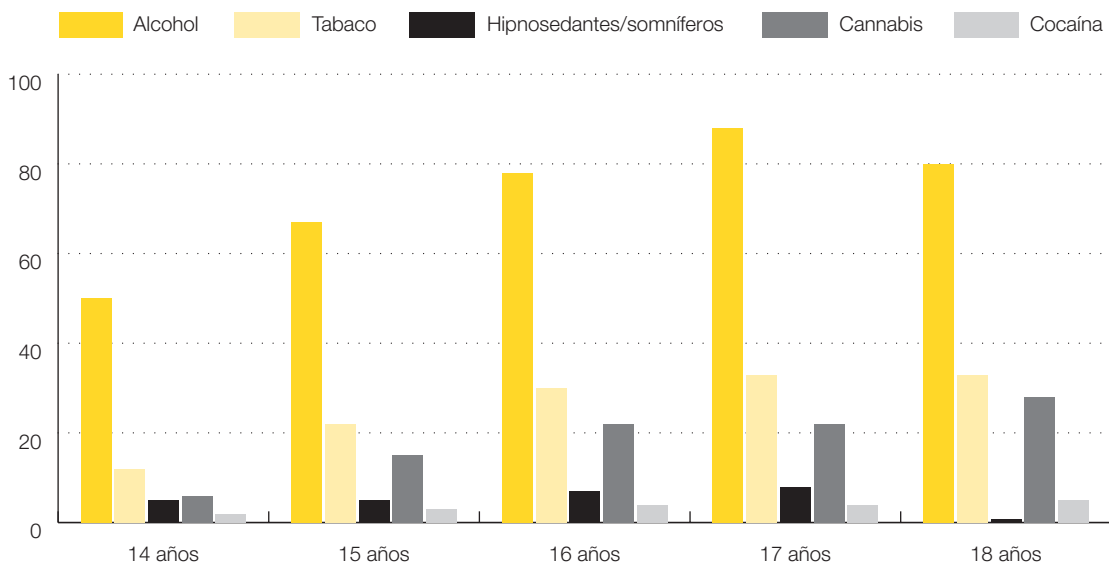
3.3. Dimensión y características del consumo de alcohol en menores de edad

3.3.1. Dimensión del consumo de alcohol en menores de edad

En la población menor de edad, **el alcohol** es la única sustancia que presenta prevalencias de **consumo elevadas**.

Los resultados de la **Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias -ESTUDES-**, realizada por el Plan Nacional de Drogas en estudiantes de 14 a 18 años, demuestran que el **alcohol es con diferencia la sustancia de mayor prevalencia de consumo. A los 14 años** (Gráfico 1) el **50%** afirma haberlo consumido en los últimos 30 días, 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 definido por la ingesta de **gran cantidad de alcohol en escaso tiempo con el objetivo de «colocarse», y con un importante matiz de falta de control**²⁴. 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 se conoce como *atración o consumo intensivo de alcohol* y la literatura anglosajona lo denomina *binge drinking o heavy episodic drinking*²⁵. (Ver Glosario de Términos,

página 42) y **sus consecuencias son tan, o incluso más importantes que las del consumo de riesgo regular**²⁶. Los jóvenes que presentan episodios repetidos de consumo intensivo de alcohol suelen tener **más problemas con el alcohol cuando son adultos**²⁷.

En cualquiera de sus dos formas, **los episodios de ebriedad en menores alcanzan frecuencias elevadas**. *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.

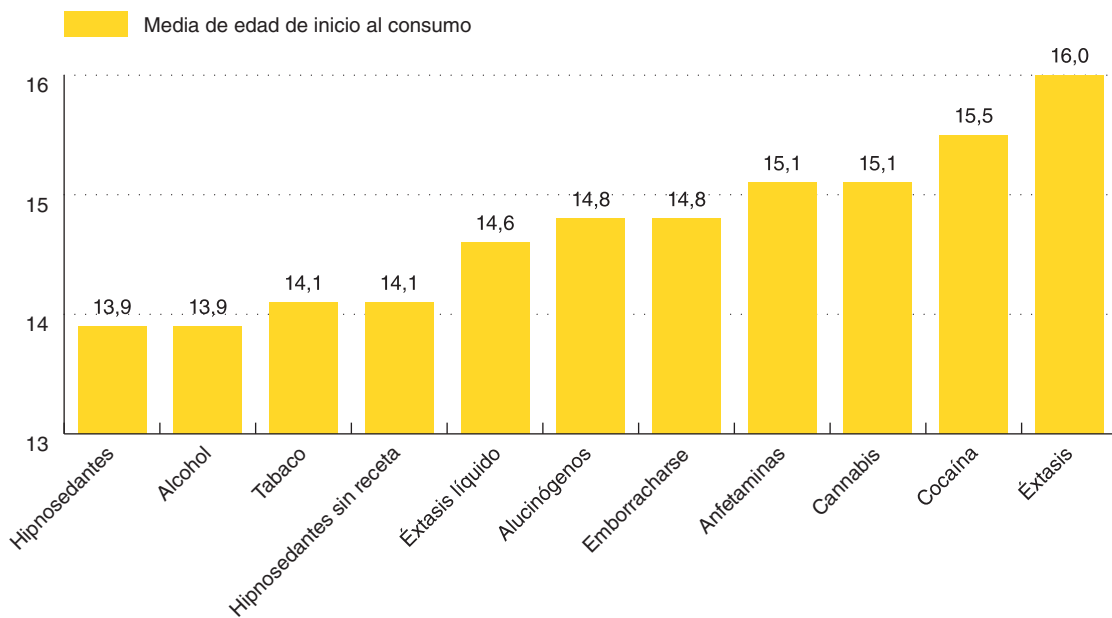
| | Chicos | Chicas | 14 años | 15 años | 16 años | 17 años | 18 años | Total |
|------------------------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Borracheras Alguna vez en la vida | 51,0 | 56,8 | 21,9 | 41,2 | 56,6 | 75,2 | 74,1 | 53,8 |
| Borracheras 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 | 26,2 | 8,0 | 16,2 | 29,6 | 40,5 | 39,7 | 26,8 |
| Atracones Últimos 30 días | 39,4 | 37,9 | 15,3 | 27,4 | 46,1 | 53,8 | 50,9 | 38,7 |

3.3.3. Edad de inicio al consumo

Los resultados en Asturias de la ESTUDES 2014-15 muestran que casi un **4% de la juventud menor de edad comienza a beber alcohol entre los 6 y los 11 años**. Este porcentaje se multiplica a **partir de los 12 años**.

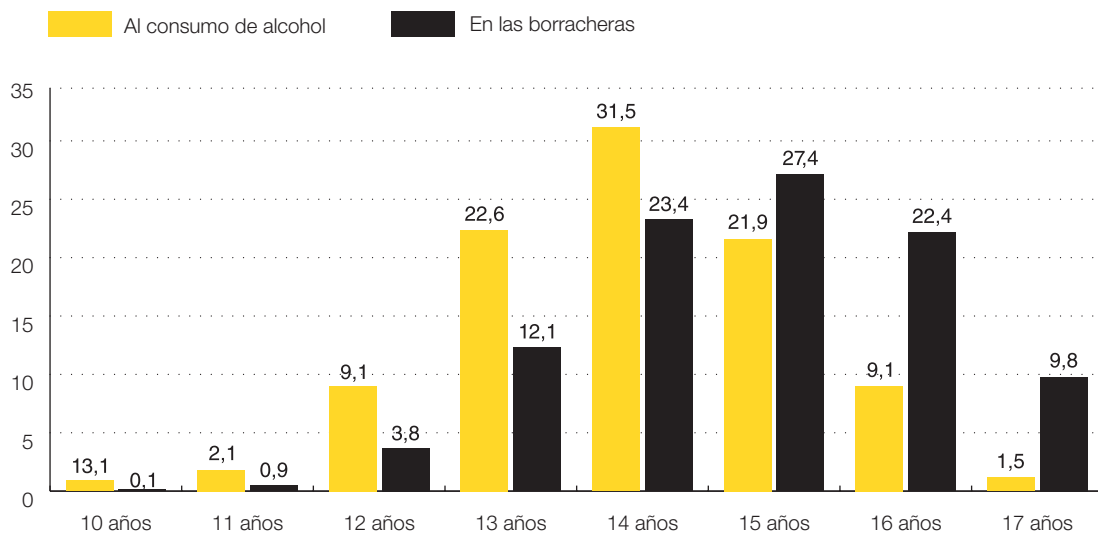
La media de edad inicio al consumo de alcohol es, junto con los hipnosedantes/somníferos, la más baja de todas las drogas (Gráfico 2), situándose en **los 13,9 años**, sin diferencias significativas por sexo.

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.



Por su parte, la **edad de inicio de las borracheras** tiene un perfil **similar**, aunque con **1 año de retardo** (Gráfico 3).

Gráfico 3: 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.

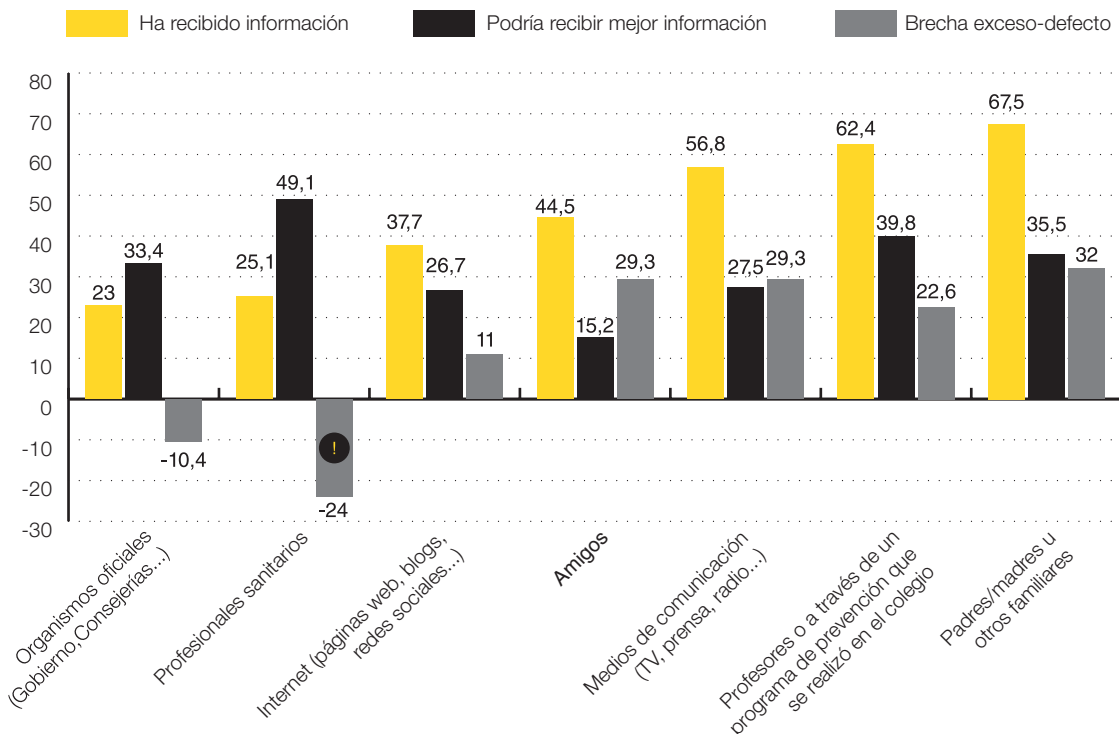


3.3.4. Canales de información sobre las drogas y su valoración por los jóvenes

Los **profesionales sanitarios** son la **fuerza o vía de información** que los jóvenes **consideran más apropiada para recibir mejor información y más objetiva**. Sin embargo en Asturias solo uno de cada cuatro afirma haber recibido información por ésta vía, relación que **desciende a uno de cada cinco en los de 14 años**.

Si comparamos la «**Vía por la que ha recibido información**» y la «**Vía por la que podría obtener mejor información**» sobre drogas, los profesionales sanitarios son la **segunda vía por la que menos información reciben y la primera por la que les gustaría recibir más información** (Gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentaje de jóvenes estudiantes de 14 a 18 años según *Vía por la que ha recibido información sobre drogas, Podría recibir mejor información y Brecha entre ambas (%)*. ESTUDES, Asturias 2014-15.



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** son **muy frecuentes** en esta población e iguales entre los sexos.
- La **media de edad de inicio** al consumo (**14 años**), es la más baja de todas las drogas.
- La **percepción del riesgo** asociado al consumo de alcohol **es la más baja de todas las drogas**.
- Los **profesionales sanitarios** son la **vía por la que menos información sobre drogas reciben los jóvenes en comparación con la que les gustaría recibir**.
- La **Fase Precoz** (10/11 años) y la **Fase de Asentamiento** (13/15 años) del consumo de alcohol, coinciden con las **revisiones obligatorias en pediatría** programadas a los **10 y a los 13 años**.

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

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

El **PCAI sobre alcohol** de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, en relación a las intervenciones clínicas de prevención **en atención primaria** sobre consumo temprano de alcohol **señala:**

- a) En **Atención Primaria** se realizará cribado y **consejo conductual** sobre el consumo del alcohol.
- b) 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**. Además, por tratarse de intervenciones breves y de bajo coste económico, deben ser **de aplicación prioritaria en Atención Primaria**.
- c) Para realizar las **intervenciones precoces de orientación preventiva y favorecedoras del cambio nos podemos apoyar** en:
 - La **Entrevista motivacional**.
 - Las **Intervenciones breves**.
- d) 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. Se trata de **potenciar las capacidades sanas y favorables**.

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

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

A continuación, incorporamos 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, que después de la revisión realizada, el grupo de trabajo ha llegado al acuerdo de que se trata de la **herramienta más específica, sencilla y con el mayor respaldo de la evidencia**, de todo el material consultado. Aunque no se trata de una traducción validada^a, ²⁸ hemos adaptado apartados y contenidos específicos a la realidad de nuestro modelo sanitario así como al contexto legal, social y cultural.

Una cuestión relevante es la relacionada con las edades a las que va dirigida. La intervención preventiva norteamericana contempla el rango de edades situadas por debajo de la edad legal de consumo (21 años en USA, 18 años en Asturias), mientras que nuestra propuesta de prevención está planteada específicamente para ser implementada en las edades pediátricas de 10 y 13 años. 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.

5.1.1. ¿Por qué esta herramienta?

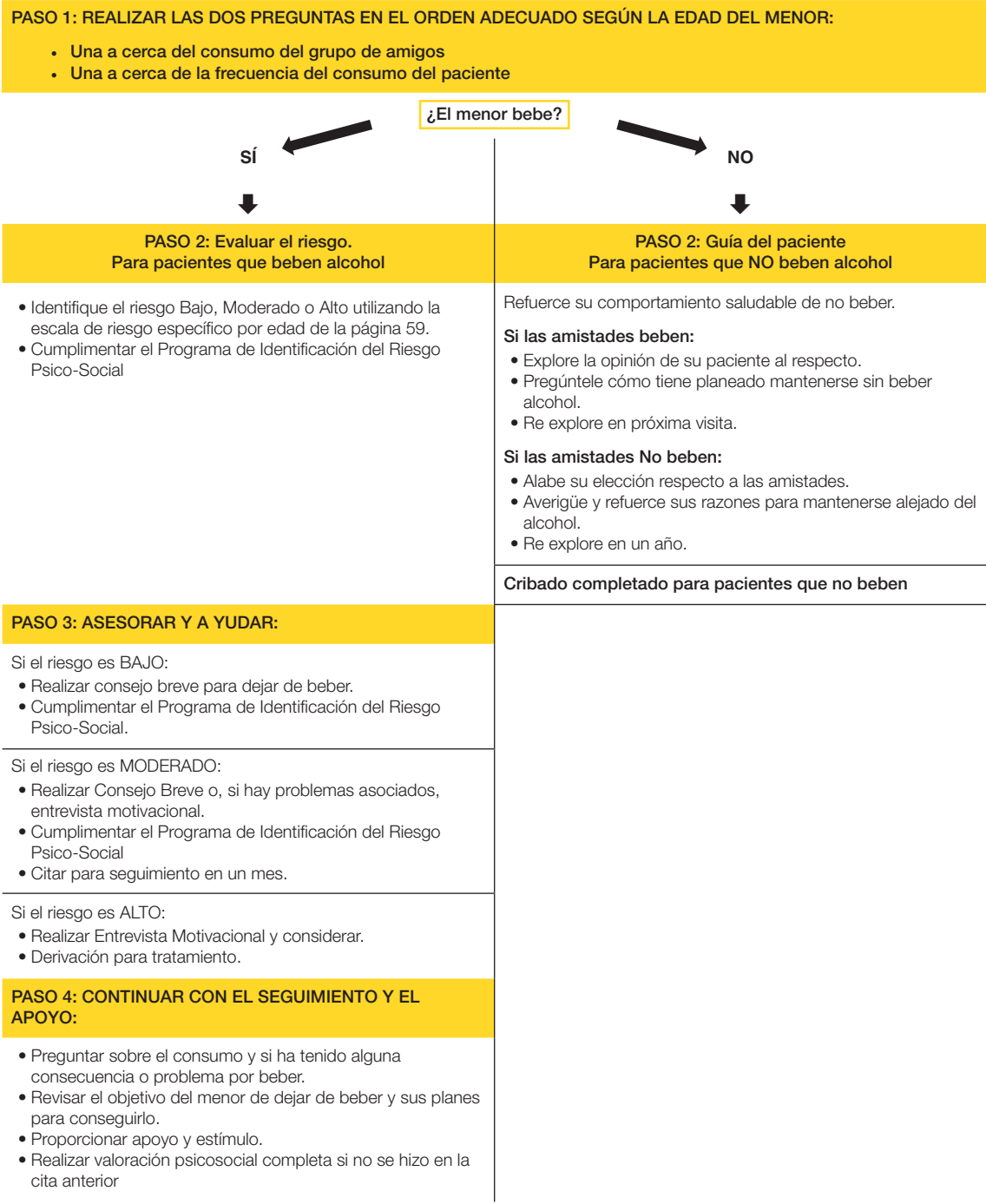
- Es rápida y versátil.
- Es capaz de detectar el riesgo temprano.
- Está fundamentada empíricamente.
- Sitúa en el foco de atención el importante factor de riesgo que supone el consumo de alcohol del grupo de amigos/as.

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

- Es muy frecuente.
- Conlleva riesgos, tanto a corto como a largo plazo (ver pág. 10).
- Es un marcador fiable de otros comportamientos no saludables.
- A menudo pasa desapercibido.

a. 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.

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



PASO 1: Las preguntas de detección

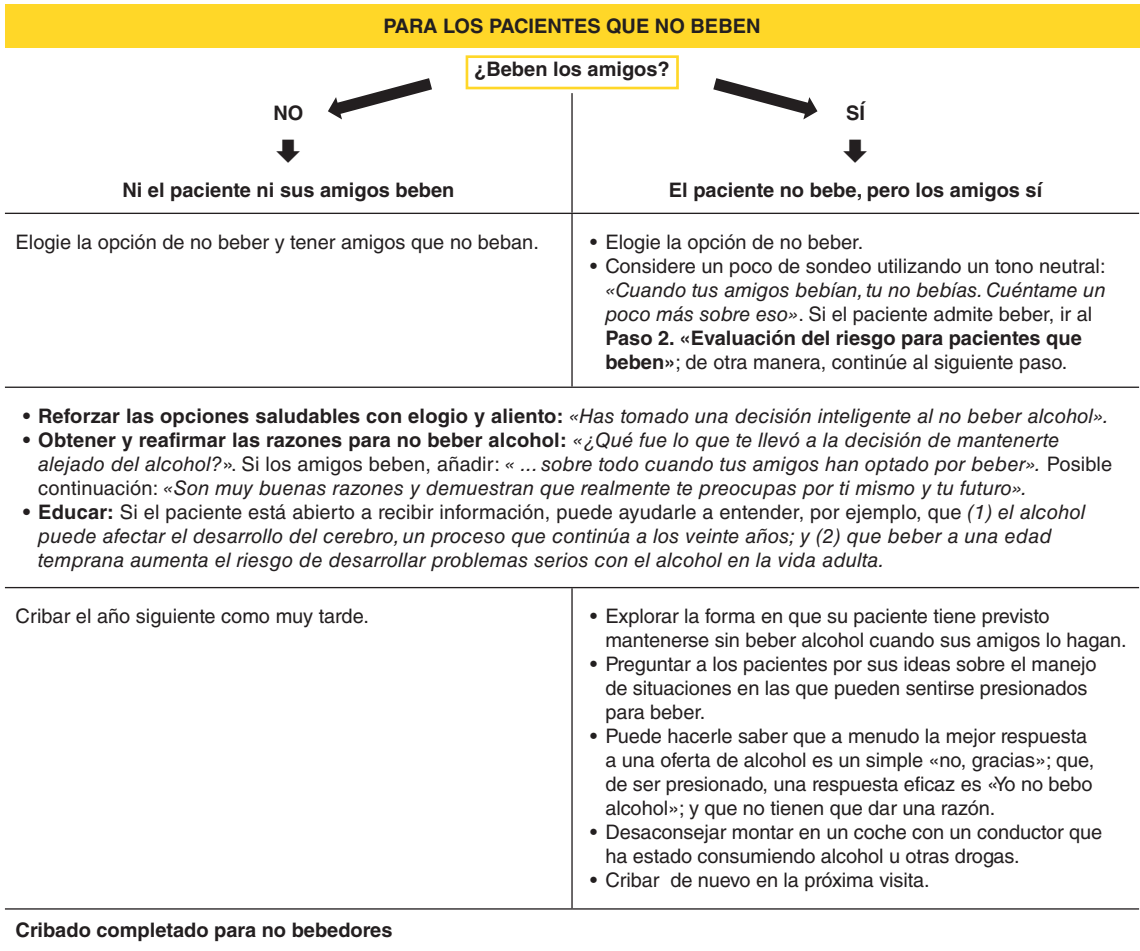
Para pacientes de **10 a 14 años**, comenzar siempre con la pregunta referida al consumo del grupo de amigos/as, puerta lateral de entrada al tema del consumo de alcohol del paciente.

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Educación Primaria(edad 9-12 años) Hacer las preguntas sobre el consumo de los amigos en primer lugar.</p> | <p>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.</p> | <p>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</p> |
| <p>1º y 2º ESO (edad 12-14) Hacer las preguntas sobre el consumo de los amigos en primer lugar.</p> | <p>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.</p> | <p>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</p> |
| <p>3º y 4º ESO (edad 14 -16) y Post-obligatoria (edad 16 -18) Preguntar al paciente en primer lugar.</p> | <p>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</p> | <p>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</p> |

¿El paciente bebe?

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">NO ↓ Vaya al Paso 2: Guía del paciente</p> | <p style="text-align: center;">SÍ ↓ Vaya al Paso 2: Evaluación del riesgo</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

PASO 2: Guía del paciente



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 | [Grayscale background for risk levels] | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | RIESGO BAJO: consejo breve | RIESGO MODERADO: consejo breve o entrevista motivacional | | |
| 18 | | | | | | | | | |

Si el menor responde a la pregunta con frecuencias de «una vez al mes» o «a la semana», conviértala en «días de consumo al año» para ver donde se sitúa en la tabla de riesgo. Por 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».

Factor consumo de amigos:

- **Para los estudiantes de Educación Primaria (9-12 años) y 1º y 2º ESO (12-14 años).** Tener amigos que beben **incrementa la preocupación**. Pregunte **cuántos amigos** beben si 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** incrementa 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 13), 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 relacionadas 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 (véase la página 11). La mayoría de los pacientes de bajo riesgo no habrá consumido drogas ilícitas (pág. 27), 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 34) y la realización de la **entrevista motivacional breve** (pág. 35).

| 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 padres 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> |
| <p>Después de la intervención, pase al Paso 4</p> | | |

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 coordinar 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



Paciente que ha sido capaz de alcanzar y mantener el objetivo(s):

- 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.

NO



Paciente que no ha sido capaz de alcanzar y mantener el objetivo(s):

- 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:
 - 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:
 - 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.

5.1.4. Preguntas frecuentes

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

El atracón de alcohol para los jóvenes debe concretarse de la siguiente manera²⁹:

| 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 menores?

Todo tipo: vino/champán, cerveza/sidra, combinados/cubatas, licores, etc. La encuesta ESTUDES señala que la cerveza/sidra es el tipo de bebida más consumida tanto en días laborables como en fin de semana, aunque en días laborables la consumen alrededor de un 24%, mientras que los fines de semana supera el 50%. Los combinados/cubatas pasan de ser consumidos por cerca del 10% durante la semana a algo más del 60% en los fines de semana.

Los jóvenes también beben **alcohol mezclado con cafeína**. Con esta combinación pueden sentirse menos ebrios, pero el deterioro en la coordinación motora y en el tiempo de reacción es exactamente el mismo³⁰. 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 intoxicada³¹.

- ¿Por qué me molesto en hacer el cribado en pacientes 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*. En los que no beben, *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*³¹.

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

Afortunadamente, **con esta guía no es necesario precisar la cantidad estimada para medir el nivel de riesgo de su paciente**. 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.

- ¿Qué cuenta como una bebida alcohólica?

Los gramos de alcohol se han sustituido en los últimos años por el concepto de **Unidad de Bebida Estándar (UBE)**. En España una UBE es igual a **10 gramos de**

etanol puro^{33, 34}. La **UBE** 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 orientación, la tabla siguiente (Tabla 7) proporciona información sobre los tamaños de «vaso estándar» y el número aproximado de **UBE's en recipientes comunes** para bebidas con diferentes cantidades de alcohol por volumen. Aunque las cantidades «normales» de las bebidas y sus correspondientes concentraciones de alcohol de la siguiente lista son «típicas» 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 (litrón) | 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 por «incorporar lo demás que conozco» sobre mi paciente y su familia en la evaluación de riesgo y la intervención?**

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 o los niños con afecciones crónicas como la diabetes, la ansiedad o la depresión pueden complicar su tratamiento al beber.

De la misma forma los factores familiares que estén relacionados con el grado de riesgo:

- Antecedentes familiares de problemas con el alcohol en padres o hermanos.
- 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».

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

- 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.

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

En un menor 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: *«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 aun así rechacen el consejo, sugiérales que piensen acerca de su conversación un poco más tarde.

Para los menores en **riesgo moderado o alto**, la entrevista motivacional debe ser útil. Por ejemplo: *«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.

5.1.5. Confidencialidad

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.**

- **Aspectos prácticos de la intervención sobre confidencialidad y sus limitaciones**

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**. Por ello es aconsejable explicar siempre nuestra **política de confidencialidad al joven y a la familia al mismo tiempo**.

- En el ámbito del Principado de Asturias, y como en cualquier otro tipo de procedimiento asistencial, la relación de confidencialidad 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»*.

Al joven es necesario explicarle bien los **límites de esa privacidad** (Artículo 9 «*Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación*» de la citada Ley).

La *instrucción de la Dirección 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.

- **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 relacionados 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.

5.1.6. Entrevista Motivacional Breve

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

La entrevista motivacional es un **estilo de orientación centrado en el paciente** que le **ayuda a explorar su ambivalencia natural hacia el cambio**. La tarea primordial 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.

La entrevista motivacional se usa en la actualidad para hacer frente a muchos otros comportamientos relacionados con la salud^{35, 36}. Por tanto, es posible que esta herramienta le sea **útil para cualquier cambio que desee facilitar en el comportamiento del paciente.**

• ¿Cómo se hace?

No hay una sola manera 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**³⁷:

- **Expresar empatía:** Adoptar una postura cálida, sin prejuicios; escuchar activamente y reflexionar sobre lo que dice el/la paciente para ayudarle 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.

• Establecimiento de objetivos individuales y planes de acción

Los siguientes ejemplos de planes de acción para menores que beben, pero que no son dependientes, pueden ayudarle a usted y a su paciente trazar **itinerarios constructivos**³⁸:

- **Abstinencia:** pedir permiso 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 indican 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.

**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 anamnesis form with the following sections and fields:

- Navigation tabs:** ANAMNESIS | EXPLORACIÓN FÍSICA | PSICO-SOCIAL | A. PREVENTIVAS y RESUMEN | RIESGO PSICO-SOCIAL | MALTRATO
- Top right:** Edad actual (años): 0,00; Visita: escolar 13 años
- VALORACIÓN de:**
 - La alimentación: [dropdown]
 - Hábito Intestinal: [dropdown]
 - La higiene y cuidados: [dropdown]
 - El hábito del sueño: [dropdown]
 - Tabaquismo pasivo: [dropdown]
 - El uso electrónico (h/día): 0,00
 - La actividad física semanal (h/sem.): 0,00
- HÁBITOS TÓXICOS!:**
 - Tabaco: [radio] [radio] [radio]
 - Alcohol: [radio] [radio] [radio]
 - Drogas de síntesis: [radio] [radio] [radio]
 - Otros: [radio] [radio] [radio]
- MENARQUIA:**
 - Edad Menarquia en años: 0,00
- CONTROL de ESFÍNTERES:**
 - Vesical nocturna: [radio] [radio] [radio]
 - *Edad Control (años): 0,00
- OBSERVACIONES:** (*) = DGP [text area] [add button]

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: [1 - 11/11/2016]

- Prenatalidad
- 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 inadecuadas: [1 - 11/11/2016]
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Drogas
 - Conductas cibernéticas
 - inadecuadas:
 - Otras

Factores Socioculturales: [1 - 11/11/2016]

- Inmigración adaptación deficiente
- Marginalidad y/o riesgo de la mamá
 - Vivienda: falta de., malas condiciones
 - Precariedad económica
 - Barreras sociooculturales
 - Precariedad laboral
- Acceso entre iguales
- Ciberacoso

[Guía sobre el acceso del PA](#)

[Indicadores viol_género infancia_adolesc](#)

Riesgo Psico-Social: [1 - 11/11/2016]
Definido por la existencia de 1 o más ítems.

Controles en consulta de Pediatría.

Actitud tras valorar Riesgo P-S --> Derivación Salud Mental.

Derivación Trabajo Social.

Progenitores / Personas Cuidadoras: [1 - 11/11/2016]

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

OBSERVACIONES:

(* = DGP)

[Añadir Episodio](#)

6.1. 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

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

RECOMENDACIONES: La actividad física
 Tiempo de ocio
 La alimentación
 Hábitos tóxicos
 El hábito del sueño
 El calendario vacacional 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:
 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:
 Otras vacunas
 Funcionamiento del Equipo Pedagógico

INFORMACIÓN CLÍNICA
[Hoja Verde](#)
[Prácticas información](#)
[Encuesta Medioambiental escolar](#)
[Encuesta activ física alimentación](#)
[Alimentación, activ física medio ambiente](#)

OBSERVACIONES:

RESUMEN del PROTOCOLO:
Problemas detectados:
OBSERVACIONES:

(* = DGP)

[Añadir Episodio](#)

[Protocolo Escolar](#)
Añadir Episodios

Glosario de términos³⁹

- **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 persiste⁴⁰. 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)⁴¹. 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*⁴². 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 cuerpo⁴³, **aún con un nivel bajo de consumo**⁴⁴. Intoxicación no es sinónimo de atracón. 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**⁴⁵: En España la *Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica*⁴⁶, lo definió como el **«consumo de 60 o 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**⁴⁷ 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**⁴⁸.

7.1. Términos mal definidos que se recomienda NO UTILIZAR

Existen varios términos mal definidos que es **recomendable no utilizar** al trasladar los mensajes **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**.

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/>

Referencias bibliográficas

1. 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.
2. 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.
3. 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>.
4. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, NIAAA.
«*Underage Drinking: A Major Public Health Challenge*»,
Alcohol Alert, No. 59. 2003.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.

10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. GRUNBAUM, J. A.; KANN, L.; KINCHEN, S.; et al. Op. cit.
16. 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.
17. 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/>.
18. Op. cit. p. 5.
19. 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.

20. COOPER, M. L. and ORCUTT, H. K.;
«*Drinking and sexual experience on first dates among adolescents*»,
Journal of Abnormal Psychology 106:191-202. 1997.
21. 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.
22. 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.
23. GONZÁLEZ F. Antón. Op. cit., p. 20.
24. GALBE SÁNCHEZ-VENTURA, J. y Grupo PrevInfad/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>
25. PARADA, María; CORRAL, Montserrat; CAAMAÑO-ISORNA, Francisco; MOTA, Nayara; CREGO, Alberto; RODRÍGUEZ HOLGUÍN, Socorro; CADAVEIRA, Fernando.
«*Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking)*».
ADICCIONES, 2011 · VOL. 23 NÚM. 1 · PÁGS. 53-63
26. 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.
27. GALBE SÁNCHEZ-VENTURA, J., et al. Op. cit.
28. 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.

29. DONOVAN, J. E..
 «Estimated blood alcohol concentrations for child and adolescent drinking and their implications for screening instruments».
 Pediatrics, 123(6), e975–81, 2009.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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>
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. MILLER, W. R. Et al. Op. Cit. 1992.
38. Adaptado de LEVY, S. et al, Op. cit. 2002.
39. ANDERSON, P; GUAL, A y COLON, J.
 Op. Cit, 2008.
40. BABOR, T.; CAMPBELL, R.; ROOM, R. y SAUNDERS, J., eds.
 «Lexicon of Alcohol and Drug Terms», Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1994.

41. 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.
42. REHM et al. Op. Cit, 2004.
43. Organización Mundial de la Salud, Op. Cit, 1992.
44. 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.
45. Organización Mundial de la Salud,
Op. Cit, 1992.
46. 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>
47. HINGSON, 2004; NIAAA, 2004;
McALANEY y McMAHON, 2006, citados por GÓMEZ, Raúl Angel.
«*Drogas, consumo y época: alcohol en atracción (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.
48. TOLSTRUP, J. S.; JENSEN, M. K.; TJØNNE-LAND, 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.
Versión reducida**