



**Universidad de Jaén**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*

Trabajo Fin de Grado

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA  
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y  
PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN  
ADOLESCENTES Y JÓVENES**

**Alumno/a:** Quesada Lara, María Isabel.

**Tutor:** Prof. D. Luis Carlos Valero Balboa

**Dpto:** Ciencias de la Salud.

**Enero, 2017**



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
*Facultad de Ciencias de la Salud*

## Trabajo fin de grado

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

**Alumno/a: María Isabel Quesada Lara**

Tutor/a: Luis Carlos Valero Balboa

**Enero, 2017**

FIRMADO:

Una firma manuscrita en tinta azul sobre un fondo gris.



### ACRADECIMIENTOS:

Durante estos cuatro años y medio he vivido muchas emociones, algunas de ellas muy intensas, otras con gran nerviosismo y no siempre ha sido fácil permanecer a mi lado, por lo que en primer lugar agradecer su comprensión cariño y apoyo a mis padres, hermanos y pareja en esta etapa de mi vida que se cierra con este último esfuerzo.

En segundo lugar agradecer a mi tutor Don Luis Carlos por su tiempo, paciencia e inteligentes consejos sin anteponer su punto de vista al mío y siempre dejándome tomar la decisión que yo creyese más oportuna.

Por último no debo olvidar agradecer a todas aquellas personas que han pasado por mi vida en esta etapa universitaria y que inevitablemente han dejado su huella grabada, ya sean profesores, tutores de los Practicums, compañeros o pacientes.

## ÍNDICE

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Resumen                                                            | 5  |
| 2. Introducción                                                       | 7  |
| 2.1. Preámbulo                                                        | 7  |
| 2.2. Conceptos claves                                                 | 7  |
| 2.3. Epidemiología                                                    | 8  |
| 2.4. Descripción de la situación en España                            | 10 |
| 2.5. Descripción de la situación en Andalucía                         | 14 |
| 2.6. Cambios en la adolescencia                                       | 14 |
| 2.6.1. Sis. Nervioso Central y psíquicos en la adolescencia           | 14 |
| 2.6.2. Conducta puberal normal                                        | 15 |
| 3. Objetivos                                                          | 16 |
| 3.1. Objetivo general                                                 | 16 |
| 3.2. Objetivos específicos                                            | 16 |
| 4. Metodología                                                        | 17 |
| 4.1. Diseño                                                           | 17 |
| 4.2. Bases de datos consultadas                                       | 17 |
| 4.3. Otras fuentes de información                                     | 18 |
| 4.4. Criterios de inclusión y exclusión                               | 19 |
| 4.4.1. Criterios de inclusión                                         | 19 |
| 4.4.2. Criterios de exclusión                                         | 20 |
| 4.5. Resultados de la búsqueda                                        | 20 |
| 5. Resultados y discusión                                             | 22 |
| 5.1. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en la adolescencia | 22 |
| 5.1.1. Factores individuales                                          | 22 |
| 5.1.1.1. La edad                                                      | 22 |
| 5.1.1.2. El sexo                                                      | 22 |
| 5.1.1.3. Actitudes, creencias y valores                               | 23 |
| 5.1.1.4. La percepción del riesgo                                     | 23 |
| 5.1.1.5. Habilidades sociales                                         | 23 |



|           |                                                                                                            |    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.1.1.6.  | Autoconcepto y autoestima                                                                                  | 24 |
| 5.1.1.7.  | Autocontrol                                                                                                | 24 |
| 5.1.1.8.  | Experimentación y la búsqueda de sensaciones                                                               | 25 |
| 5.1.1.9.  | Tolerancia a la frustración                                                                                | 25 |
| 5.1.1.10. | Aprobación social y autonomía respecto al grupo                                                            | 25 |
| 5.1.2.    | Factores ambientales                                                                                       | 25 |
| 5.1.2.1.  | Factores socio-culturales                                                                                  | 25 |
| 5.1.2.2.  | Factores familiares                                                                                        | 26 |
| 5.1.2.3.  | Características sociodemográficas                                                                          | 26 |
| 5.1.2.4.  | Accesibilidad y precios del alcohol                                                                        | 27 |
| 5.1.2.5.  | Leyes y normas sobre el consumo de alcohol                                                                 | 27 |
| 5.1.2.6.  | Publicidad del alcohol                                                                                     | 28 |
| 5.1.2.7.  | Centros académicos                                                                                         | 28 |
| 5.1.2.8.  | Los grupos de iguales y amigos en la situación de consumo, ocio y<br>diversión                             | 28 |
| 5.1.2.9.  | Trastornos mentales y adictivos en los padres                                                              | 29 |
| 5.1.2.10. | Estrés y eventos vitales estresantes                                                                       | 29 |
| 5.2.      | Consecuencias                                                                                              | 29 |
| 5.2.1.    | Consecuencias físicas derivadas del consumo de alcohol                                                     | 29 |
| 5.2.1.1.  | Intoxicación alcohólica aguda                                                                              | 29 |
| 5.2.1.2.  | Patología gastrointestinal                                                                                 | 31 |
| 5.3.      | Plan de intervención del profesional de enfermería contra el abuso de alcohol en<br>adolescentes y jóvenes | 32 |
| 5.3.1.    | Prevención en el ámbito educativo                                                                          | 32 |
| 5.3.1.1.  | Prevención en centros educativos                                                                           | 32 |
| 5.3.1.2.  | Prevención en el ámbito familiar                                                                           | 33 |
| 5.3.2.    | Promoción de la salud realizada por enfermeros                                                             | 34 |
| 5.3.2.1.  | Estrategias de regulación y control                                                                        | 34 |
| 5.3.2.2.  | Charlas motivadoras                                                                                        | 35 |
| 5.3.2.3.  | Abordaje del riesgo y manejo de casos (SIB) en atención primaria                                           | 35 |
| 6.        | Conclusiones                                                                                               | 38 |
| 7.        | Bibliografía                                                                                               | 40 |

## 1. RESUMEN

Esta revisión pretende indagar acerca de la actualidad del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes hasta 25 años.

Es una revisión bibliográfica en la que en primer lugar se conoce la situación epidemiológica en el mundo, España y Andalucía para poder realizar una comparación entre ellos.

Posteriormente se exponen los principales cambios psicológicos y fisiológicos relevantes que acontecen en la pubertad; así como los condicionantes que llevan a los adolescentes al consumo de alcohol; también se trata la prevención del consumo de alcohol en el periodo académico y la promoción de la salud fuera de este ámbito, todo ello desde un punto de vista enfermero.

El principal **objetivo** que nos hemos propuesto es conocer la situación del consumo de alcohol entre jóvenes de 12 a 25 años de edad, sus repercusiones y formas de prevenirlo y promocionar su consumo con moderación desde un punto de vista enfermero.

La **metodología** empleada ha sido principalmente la revisión bibliográfica usando bases de datos como pubmed, crochane, drogomedia... Para obtener la máxima información he contactado con algunas asociaciones de autoayuda (Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares, alcohólicos anónimos, Asociación libre de adicciones Cástulo de Linares (ALAC)...) que trabajan en la prevención y tratamiento del consumo excesivo de alcohol.

Por último me he entrevistado con Doña Eva Carranza, psicóloga y técnica de promoción de la salud del Área de gestión de salud norte de Jaén y con Don Alfonso Gil médico del Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares, los cuales me han aportado documentación para la realización de esta revisión bibliográfica.

Las **palabras claves** empleadas son: Alcohol, adolescencia, pubertad, binge drinking (atracción de alcohol o borrachera), alcoholismo, adolescentes, adolescente, jóvenes, enfermera, psicología, actuación, solución, prevención, epidemiología y Andalucía.

**Resultados y conclusiones:** Se ha observado un incremento en el binge drinking (atracción de alcohol o borrachera) en los últimos años, cada vez hay más enfermedades relacionadas con el alcohol en jóvenes y la edad de inicio al consumo es cada vez más precoz.

La prevención del consumo de alcohol en adolescentes se realiza a través de sesiones educativas en centros académicos, principalmente; y también se propone realizar promoción para la salud, de forma individual y con la familia, y reuniones en las que acudan varios usuarios, todo ello en el ámbito de la Atención Primaria.

## **ABSTRACT**

What I intend to do with this bibliographic review is to look into the drinking habits of those youngsters who are under 25.

First, the epidemiological situation in the World, Spain and Andalusia is highlighted in order to make a comparison among them.

Then, from a nurse's point of view, the main psychological and physiological changes that take place in puberty are explained; the reasons why teenagers consume alcoholic drinks are included; and how to prevent alcoholism from the school and high school.

The main **objective** we have set out is to know the situation of alcohol consumption among young people between 12 and 25 years of age, its repercussions and ways of preventing it and promoting its consumption with moderation from a nursing point of view.

In the **development** of this bibliographic review I have made use of data bases such as pubmed, crochane and drogomedia. With the aim of obtaining a greater amount of information, I also have contacted associations which work to prevent and treat the excess of drug and alcohol intake (Centro Comarcal de Drogodependencias de Linares, alcohólicos anónimos, ALAC...).

In addition, Ms Eva Carranza and Mr. Alfonso Gil have been interviewed. The former is a psychologist and a technician at the hospital in Jaén; the latter is a doctor at the center for drugaddicted in Linares.

**The key words are:** alcohol, adolescent, puberty, bingedrinking, alcoholismo, teenagers, teenager, youngsters, nurse, psychology, solution, epidemiology, Andalusia.

**Results and conclusions:** it has been observed that bingedrinking has increased lately. Currently, it is quite common to find youngsters who suffer from illnesses that are related to the excessive intake of alcohol. Indeed, they tend to develop drinking habits at earlier ages.

In order to prevent that teenagers start drinking alcohol at early ages, sessions are carried out in academic centers. Attention can be received individually, accompanied by the family or in groups.

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1. PREÁMBULO<sup>1</sup>

Actualmente el consumo de alcohol y su uso excesivo es uno de los problemas de salud pública, tanto nacional como internacionalmente.

El problema afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo más acusado en niños y adolescentes, de cualquier grupo social, incluso comenzando su uso en la edad pediátrica.

Algunos jóvenes tan sólo probarán el alcohol, sin embargo, otros lo consumirán regularmente desarrollando abuso y dependencia. Este problema no solo afecta a los consumidores que abusan o dependen de él, sino, que también, repercute en los familiares, amigos, compañeros y en la sociedad.

Conlleva pérdida de años de vida saludable, ocasiona discapacidades y muerte prematura, y contribuye a la presentación de enfermedades crónicas que deterioran la calidad de vida de las personas. Sumado a los problemas de salud está la problemática ocasionada por la realización de actos delictivos y violentos asociados al consumo.

### 2.2. CONCEPTOS CLAVES

**Adolescencia:** La Organización mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida en el cual el individuo transita desde los patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiere la capacidad reproductiva y la independencia de los adultos, fijando los límites entre los 10 y los 19 años.

Por otros lados algunos autores como la Society for Adolescent Medicine considera que debe ser un periodo más amplio que incluya la juventud y por tanto esta etapa de vida va desde los 10 a los 25 años. Estas diferencias se deben a que la adolescencia es un término cultural, no biológico como ocurre con la pubertad<sup>2</sup>.

**Binge drinking:** Se refiere al consumo de más de 4 bebidas (con un mínimo de diez miligramo de etanol) para las chicas o 5 para los chicos, en una sola ocasión o en pocas horas, con el objetivo de emborracharse buscando la falta de control. Este término sería el relativo a “atración” en español ya que no tiene traducción<sup>3</sup>.

**Alcoholismo**<sup>4</sup>: El diagnóstico puede establecerse según los criterios incluidos en el manual de diagnóstico de la American Psychiatric Association, el DSM-IV.

Estos criterios del DSM-IV son: tolerancia (consumir cantidades excesivas de alcohol para conseguir el estado de embriaguez), privación (síndrome de abstinencia), alteración del control (intentar reducir el consumo de alcohol o ingerir mayor cantidad durante periodos de tiempo que los planteados), descuido de las actividades (sociales, laborales o recreativas), tiempo de consumo de alcohol ( emplear mucho tiempo para conseguir, consumir o recuperarse del alcohol) y consumo de alcohol a pesar de los problemas que ocasiona.

Si se cumplen 3 o más de estos criterios durante el último año se considera que hoy un problema de alcoholismo.

**2** **Consumo de riesgo de alcohol:** *“Hablamos de bebedor de riesgo cuando el consumo de alcohol es igual o mayor a 28 U/semana para los hombres y 17 U/semana para las mujeres. Como criterio complementario, también se considera consumo de riesgo la ingesta de 5 U en 24 horas con una frecuencia de al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea menor del límite mencionado. También se considera de riesgo cualquier grado de consumo en caso de antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia”*<sup>4</sup>.

Algunos de los factores de riesgo son sociodemográficos, conducta y normas de las figuras del entorno familiar y escolar, y poseer expectativas positivas acerca del alcohol<sup>5</sup>.

**2** **Síndrome de dependencia de alcohol**<sup>5</sup>: Es un grupo de síntomas conductuales, cognitivos y fisiológicos. Sólo podrá diagnosticarse si aparecen en los últimos doce meses 3 o más de los siguientes síntomas:

- Deseo intenso de consumir alcohol;
- Dificultad para controlar el consumo de alcohol;
- Aparición de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduce o cesa, o si se consume para reducir sus síntomas;
- Crear tolerancia.
- Va dejando de realizar otras acciones de diversión o placer a causa del alcohol;
- Continúa bebiendo alcohol aun conociendo sus efectos negativos.

### 2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Según el informe publicado por la oficina contra las Drogas y el Crimen de la ONU (UNODC2012), las estimación mundial indica que la prevalencia del consumo de alcohol es de más del 42% (siendo el consumo de alcohol legal en la mayoría de los países), cifra que es 8 veces más elevada a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (5%)<sup>6</sup>.

La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es 8 veces mayor al consumo problemático de drogas ilegales. El 0,9% del total de años de vida ajustadas en función de la discapacidad perdidos a nivel mundial se debe al consumo de droga, o el 10% del total de años de vida perdidos como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol y tabaco)<sup>7</sup>.

Según los datos observados desde los años 70 el consumo de alcohol ha disminuido en Europa; sin embargo, es la región del mundo donde más se consume. Los europeos con una edad superior a los 15 años consumen un promedio de 12,5 litros de alcohol al año; el 44% en forma de cerveza, el 34% en vino y el 23% en forma de licores<sup>7</sup>.

La cerveza es consumida principalmente en los países nórdicos y centrales; el vino es más consumido en el sur europeo (exceptuando a España). En la mayoría de los países el consumo de alcohol se centra en la cena (40%); sin embargo, en el los países del sur hay mayor probabilidad de consumir alcohol en el almuerzo<sup>7</sup>.



También se observa un gradiente norte-sur en el nivel de consumo diario, la frecuencia de consumo no diaria (por ejemplo de varias veces por semana, pero no cada día) aparenta ser en Europa central más común<sup>7</sup>.

De forma global, en España, según los últimos datos que nos proporciona la encuesta EDADES 2014-2015<sup>15</sup>, el alcohol es la droga más consumida por los españoles en los 12 últimos meses; de este modo, el 76,8% de los encuestados dice haber consumido alcohol en el último año<sup>7</sup>.

En relación al sexo el consumo de alcohol se ha extendido más en mujeres (78.2%) que en hombres (75,3%); en 2012 esto era al revés. El consumo de alcohol se inicia en nuestro país a edades tempranas, en torno a los 16.7 años de media, de modo similar a lo que sucede con el tabaco (16.4 años)<sup>8</sup>.

De modo que son las drogas que se consumen más precozmente, con dos años de anticipación con respecto al consumo de otras drogas ilegales. Las tendencias de consumos de bebidas alcohólicas o frecuencias de consumo no muestran cambios significativos en los últimos diez años y se encuentran estabilizadas<sup>8</sup>.

Un dato preocupante es el relativo al elevado número de intoxicaciones etílicas referidas por los jóvenes, el 22.2 % de hombres y el 22,3 % de mujeres se han emborrachado en los últimos 3 días. En relación a la evolución temporal, los datos de la encuesta EDADES confirman que, para el último año estudiado, han abusado de alcohol menos personas que en años anteriores, pero los que se han emborrachado lo han hecho un mayor número de veces<sup>8</sup>.

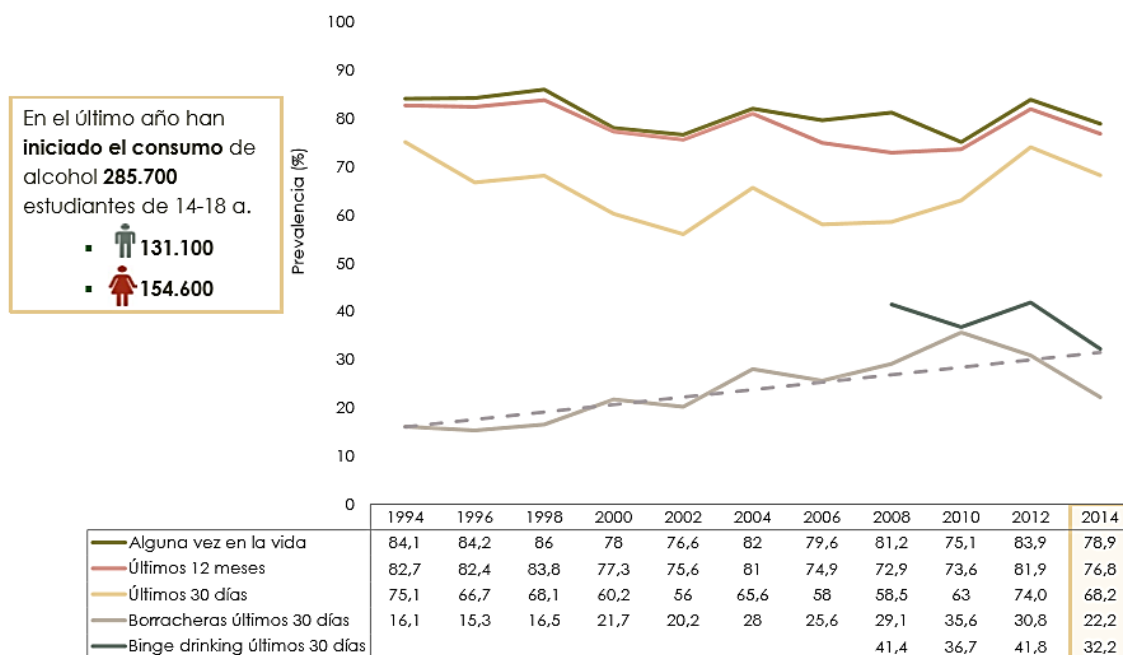
La prevalencia de intoxicaciones etílicas desciende ligeramente en ambos sexos y en todos los grupos de edad, aunque sigue manteniéndose en niveles altos<sup>9</sup>.

Todos los datos conocidos para los últimos años apuntan al consumo simultáneo de varias drogas como conducta más prevalente en nuestro país. En relación con esto es preciso señalar que el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos. El consumo de alcohol, sobre todo si es de tipo intensivo (consumo en atracón y borracheras) se asocia estadísticamente con una mayor prevalencia de consumo de otras sustancias<sup>9</sup>.

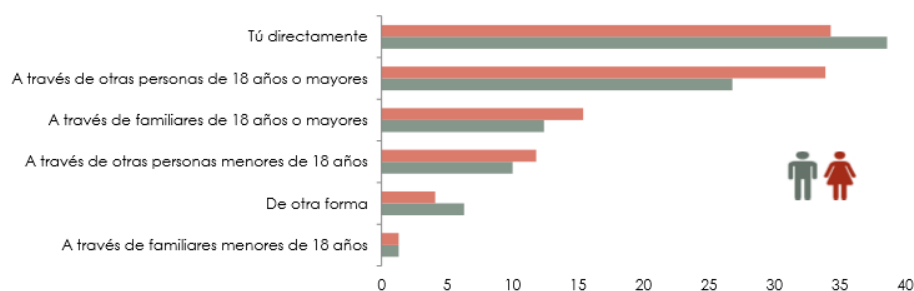
Según la OMS el factor de riesgo que está en cabeza entre los jóvenes (55000 muertes por año de personas entre 15 y 29 años de edad) se debe a accidentes de tráfico ocasionados por el consumo de alcohol. También nos advierte de que algunos problemas tanto físicos como mentales tienen mayor prevalencia al ser cada vez más precoz el consumo de alcohol<sup>10</sup>.

# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

Tabla 1: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013. Madrid: ministerio de calidad y consumo; 2014.



## Modo conseguir bebidas alcohólicas (menores 14 a 17 años) últimos 30 días (%)



## 2.4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA.

Tradicionalmente el consumo de alcohol ha acompañado a la forma de vida de la sociedad española, este consumo ha sido reforzado en los últimos años por la incorporación de los adolescentes, jóvenes y mujeres<sup>11</sup>.

El bajo nivel de rechazo hacia el consumo de alcohol es debido a la aceptación social y cultural que éste tiene en nuestro país, lo que ha ayudado a que haya una mayor ingesta de bebidas alcohólicas<sup>11</sup>.

Lo anteriormente dicho ocurre aun conociéndose los graves efectos derivados del consumo de alcohol, tanto desde la perspectiva social como de la salud pública<sup>11</sup>.

Los factores que más han contribuido a que aumente el consumo de alcohol son la ampliación de la base social de consumidores, en la que se encuentran adolescentes de ambos géneros, y la tolerancia al alcohol tan consensuada en España, haciendo que se convierta en la droga más consumida<sup>11</sup>.

Conforme el consumo de alcohol ha ido generalizándose, se ha creado una cierta normalidad con respecto a la ingesta de alcohol, que suele hacer que no se dé la importancia que merece su consumo y los efectos asociados a él<sup>11</sup>.

Todo lo anteriormente expuesto ha contribuido a que aparezcan nuevas formas de consumo de alcohol, originándose en los jóvenes lo que se ha denominado como consumo recreativo de alcohol. Es de vital importancia conocer los hábitos y patrones de consumo de alcohol entre los grupos más vulnerables, como ocurre con los adolescentes<sup>11</sup>.

El 83,9% de los estudiantes de enseñanzas secundarias con edades entre los 14 y los 19 años han ingerido alcohol alguna vez según la encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (DGPNSD, 2013)<sup>12</sup>.

El consumo de alcohol se relaciona con conductas violentas en los adolescentes, debido a que los que son consumidores son propensos a las agresiones de carácter grave o severo, al contrario de lo que ocurre con los que aseguran no serlo, que tienen menos conductas violentas. Los mismos estudiantes son conscientes de que en el consumo de sustancias adictivas provoca conductas agresivas<sup>12</sup>.

Se ha encontrado que los adolescentes con bajas medidas en inteligencia emocional son más proclives al consumo de alcohol; estos adolescentes también tienen elevada la escala de agresividad verbal, física, hostilidad e ira. Por lo que es de vital importancia la educación emocional y en habilidades sociales para prevenir problemas de adicción y ansiedad<sup>12</sup>.

Como se ha observado el alcohol es la sustancia psicoactiva más ingerida en la sociedad española y, por tanto, la que más problemas sanitarios y sociales ocasiona. Hemos pasado del consumo mediterráneo (consumo en la comida) al modelo anglosajón: atracones de alcohol (5 bebidas alcohólicas en una sola ocasión) lo que ha pasado a denominarse “binge drinking”<sup>13</sup>.

Tabla 2: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013. Madrid: ministerio de calidad y consumo; 2014.

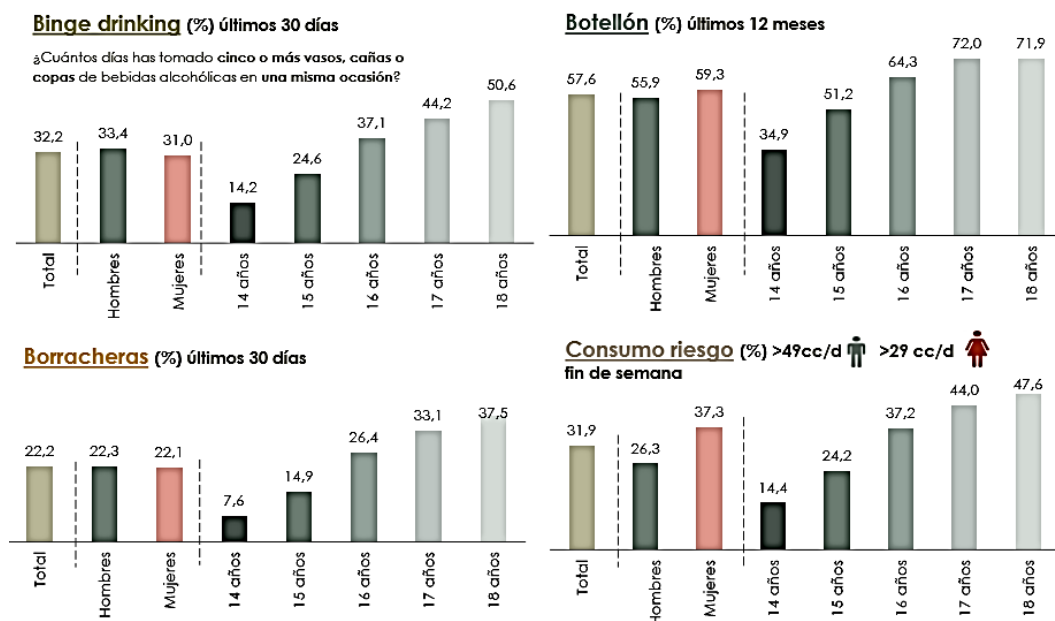
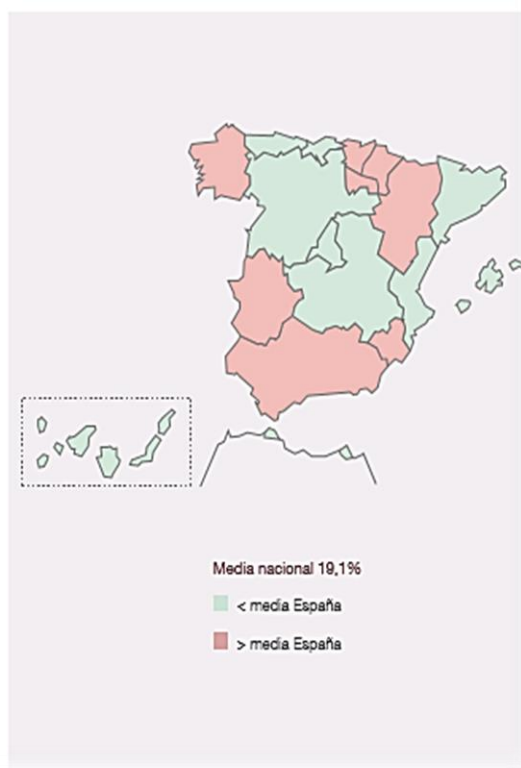


Tabla 3: Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES), 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

Prevalencias de borracheras en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años por Comunidad/Ciudad Autónoma (porcentajes). España, 2013.

|                    | Últimos 12 meses |
|--------------------|------------------|
| Andalucía          | 21,9             |
| Aragón             | 19,7             |
| Asturias           | 14,8             |
| Baleares           | 18,1             |
| Canarias           | 17,5             |
| Cantabria          | 16,8             |
| Castilla-La Mancha | 11,4             |
| Castilla y León    | 14,7             |
| Cataluña           | 18,7             |
| C. Valenciana      | 18,7             |
| Extremadura        | 22,0             |
| Galicia            | 21,9             |
| Madrid             | 17,0             |
| Murcia             | 21,7             |
| Navarra            | 32,9             |
| País Vasco         | 22,1             |
| La Rioja           | 24,0             |
| Ceuta              | 11,8             |
| Melilla            | 12,3             |
| Media España       | 19,1             |



# REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

Tabla 4: Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES), 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

|                    | TOTAL últimos 12 meses | HOMBRES últimos 12 meses | MUJERES últimos 12 meses |
|--------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Andalucía          | 21,9                   | 29,2                     | 14,6                     |
| Aragón             | 19,7                   | 24,4                     | 14,7                     |
| Asturias           | 14,8                   | 22,2                     | 7,6                      |
| Baleares           | 18,1                   | 22,0                     | 14,0                     |
| Canarias           | 17,5                   | 24,3                     | 10,6                     |
| Cantabria          | 16,3                   | 22,2                     | 10,4                     |
| Castilla-La Mancha | 11,4                   | 15,1                     | 7,4                      |
| Castilla y León    | 14,7                   | 18,3                     | 10,8                     |
| Cataluña           | 18,7                   | 24,4                     | 12,8                     |
| C. Valenciana      | 18,7                   | 25,1                     | 12,2                     |
| Extremadura        | 22,0                   | 32,2                     | 11,4                     |
| Galicia            | 21,9                   | 30,7                     | 13,2                     |
| Madrid             | 17,0                   | 23,3                     | 10,9                     |
| Murcia             | 21,7                   | 27,6                     | 15,4                     |
| Navarra            | 32,9                   | 39,2                     | 26,4                     |
| Pais Vasco         | 22,1                   | 29,9                     | 14,2                     |
| La Rioja           | 24,0                   | 32,3                     | 15,4                     |
| Ceuta              | 11,8                   | 17,5                     | 5,5                      |
| Melilla            | 12,3                   | 16,3                     | 7,8                      |
| Media España       | 19,1                   | 25,4                     | 12,6                     |

Tabla 5: Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES), 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.

Prevalencia del botellón, en los últimos 12 meses, en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes). España, 2013.

|         | 15 - 24 años | 25 - 34 años | 35 - 44 años | 45 - 54 años | 55 - 64 años |
|---------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Total   | 52,2         | 17,4         | 3,3          | 1,4          | 0,9          |
| Hombres | 56,2         | 21,3         | 4,3          | 1,3          | 1,2          |
| Mujeres | 47,9         | 13,4         | 2,2          | 1,5          | 0,5          |

## 2.5. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN EN ANDALUCÍA.

En Andalucía el 21,9% de la población reconoce haberse emborrachado en el año 2013, un 3% más que en el resto de España que es de un 19.1%<sup>9</sup>.

Un dato preocupante es que según el Indicador de urgencias hospitalarias relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (Datos tomados en 5 hospitales andaluces durante una semana de cada mes durante el año 2014) es que en ese año el 4,6% (7% en mujeres y 3,5% en hombres) de episodios registrados pertenece a menores de edad y el 24,8% a menores de 25 años (mujeres 36,2% y hombres 19,3%)<sup>14</sup>.

## 2.6. CAMBIOS EN ADOLESCENCIA.

### 2.6.1. SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PSÍQUICOS EN LA ADOLESCENCIA<sup>15</sup>.

Para poder comprender mejor el hecho de que los adolescentes consuman alcohol vamos a describir los cambios del sistema nervioso central y los cambios psíquicos que acontecen en ellos durante este periodo.

La anatomía y función del cerebro sufren cambios sustanciales sobre el final de la infancia y de la adolescencia.

La conducta y la psicopatología que tienen lugar en este momento poseen su origen en estos cambios, todos ellos interactúan con una base genética. En la pubertad aparece la capacidad de resolver problemas complejos de una forma madura.

La corteza de asociación prefrontal, área cerebral implicada en la planificación futura y el control regulador de la conducta emocional, sigue desarrollándose hasta los 20 años.

En la pubertad pueden manifestarse el estrés que haya habido durante las diversas etapas del desarrollo.

Los cambios anatómicos mostrados en los estudios de resonancia magnética funcional de la corteza prefrontal podrían estar relacionados con muchos de los cambios característicos de la conducta durante la pubertad; así, volumen de materia gris aumenta de forma lineal entre los 4 y los 22 años. La plasticidad cerebral disminuye durante la pubertad.

La manía, la depresión, los trastornos obsesivos-compulsivos y la esquizofrenia son más frecuentes en la pubertad, relacionándose con alteraciones en los cambios normales en la estructura y función cerebral que tienen lugar en la pubertad.

En la pubertad se producen cambios en los patrones del sueño. La mayor complejidad de la función cerebral que se produce en la pubertad queda patente en el crecimiento de la amplitud y frecuencia de las ondas delta halladas en el sueño profundo; es reparadora para el aprendizaje y otras actividades del estado de vigilia.

En la adolescencia, el tiempo de sueño profundo disminuye entorno al 40-50%. La disminución en el sueño de onda lenta durante la adolescencia puede reflejar los cambios del desarrollo del cerebro. Hay un crecimiento en la somnolencia diurna en la adolescencia, especialmente en torno a la mitad.

Los adolescentes se adaptan peor a los cambios en los patrones del sueño, como suele ocurrir en los cambios de horas de vigilia entre la semana y el fin de semana. Cuando las horas de sueño seleccionadas por el adolescente son tardías en el verano y deben ser cambiadas a la vuelta al colegio, el ajuste es especialmente difícil en los adolescentes. Con la privación voluntaria del sueño la somnolencia puede alcanzar los niveles vistos en la narcolepsia y en la apnea del sueño.

### 2.6.2. CONDUCTA PUBERAL NORMAL:

El período actual prolongado del papel de la adolescencia en la sociedad abarca desde los 11 hasta los 20 años. *“Los cambios psicológicos y psicosociales más importantes en la adolescencia son el surgimiento del pensamiento abstracto, la mayor capacidad de absorber las perspectivas o los puntos de vista de otros, una mayor capacidad de introspección, el desarrollo de la identidad personal y sexual, el establecimiento de un sistema de valores, la mayor autonomía de la familia y la independencia personal, la mayor importancia de las relaciones con compañeros a veces de una calidad subcultural, y el surgimiento de capacidades y estrategias de superación para enfrentarse a los problemas y las crisis”*<sup>16</sup>.

La adolescencia puede ser dividida en tres períodos de edad: adolescencia temprana (11-15 años), intermedia (15-17) y tardía (17-20)<sup>15</sup>.

En la intermedia se produce la aceptación de algo más de autonomía aunque siga viviendo en su hogar. Emocionalmente se produce un alejamiento sobre la familia y está más influenciada por los amigos; las amistades tienen cada vez más importancia<sup>15</sup>.

En la adolescencia tardía se produce la aceptación de los papeles del adulto en el trabajo, la familia y la comunidad, si el adolescente va a la universidad, esta etapa se ve prolongada<sup>17,18</sup>.

Los cambios del estado de ánimo son más rápidos y marcados en los años de la adolescencia que en el adulto, por lo que, la agitación o conducta realmente tumultuosa en la adolescencia no son una fase normal, sino que pueden llegar a reflejar una psicopatología y requerirá un diagnóstico y tratamiento<sup>15</sup>.

En los primeros momentos de la pubertad, las chicas jóvenes tienen una imagen sobre ellas negativa. El estado anímico en la adolescencia no se relaciona fuertemente con la etapa de la pubertad sino que hay una tendencia curvilínea significativa para el aspecto depresivo (asciende y luego disminuye) y el control de los impulsos (disminuye y luego asciende)<sup>15</sup>.

En los límites del desarrollo puberal normal las chicas maduran antes que los chicos. Mientras se percibe que los chicos que se desarrollan más precozmente son más maduros, atractivos y listos, y se les da papeles de más liderazgo; sin embargo los chicos que se desarrollan después tienden a ser más inseguros, susceptibles a bajos niveles de autoestima e imagen corporal, teniendo más vulnerabilidad a la presión por sus iguales<sup>15</sup>.

En comparación con los chicos, las chicas que maduran antes sienten más dificultad, sobre todo cuando atraen la atención de chicos de mayor edad y madurez; y también tienen más prevalencia de síntomas y trastornos por interiorizar los problemas<sup>15</sup>.

En la pubertad precoz las chicas pueden tener una imagen corporal de sí mismas negativa, sin embargo con los chicos ocurre lo contrario, si maduran más precozmente pueden tener una visión de su imagen corporal más positiva. También es cierto que la maduración temprana puede incrementar una conducta violenta, esto se ve facilitado por vivir en un vecindario problemático<sup>15</sup>.

Tanto las chicas que maduran de forma precoz como las que maduran tarde son propensas a tener conductas de riesgo para la salud que incluyen fórmulas para perder peso, para tener más musculatura, trastornos de la alimentación, toma de suplementos alimentarios, y dependencia del ejercicio, tendencias que no se hayan en la niña en la misma etapa del desarrollo<sup>15</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL:**

Conocer la situación del consumo de alcohol entre jóvenes de 12 a 25 años de edad, así como sus repercusiones, formas de prevenirlo y promocionar su consumo con moderación desde un punto de vista enfermero.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Analizar la situación en el mundo sobre el consumo de alcohol entre los jóvenes y los adolescentes.
- Conocer la situación en España y Andalucía sobre el consumo de alcohol entre los jóvenes y los adolescentes.
- Explicar los principales cambios psicosociales y neuronales en la adolescencia.
- Averiguar los motivos que lleva a los jóvenes y adolescentes al consumo de alcohol.
- Exponer las consecuencias del consumo de alcohol entre jóvenes y adolescentes.
- Dar a conocer propuestas para prevenir el consumo de alcohol en adolescentes.
- Desarrollar estrategias de promoción de la salud en jóvenes, desde un punto de vista enfermero, con respecto al consumo de alcohol.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. DISEÑO

Se ha realizado una revisión bibliográfica con el fin de llegar a alcanzar los objetivos establecidos. Este tipo de revisiones permiten describir, indagar y discutir sobre un determinado tema. Se quiere conseguir con ellas un análisis del conocimiento del momento, además de una educación continua que permita al lector, adquirir y actualizar el conocimiento sobre un tema específico en un breve espacio de tiempo.

La búsqueda se ha realizado desde septiembre hasta diciembre de 2016.

### 4.2. BASES DE DATOS CONSULTADAS

#### 4.2.1. CUIDEN PLUS<sup>19</sup>

CUIDEN® es una Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud en el espacio científico Iberoamericano, abarca tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades y de promoción de la salud, como con enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Posee artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, hasta de materiales no publicados, en los que sus contenidos han sido evaluados con anterioridad por un comité de expertos.

CUIDEN® Plus es una versión avanzada con acceso exclusivo a suscriptores de Ciberindex que permite conocer referencias bibliográficas que poseen el resumen de autor, acceder al texto completo de los documentos (cuando están disponibles en acceso abierto o en la Hemeroteca Cantárida), y conocer el impacto científico de las principales revistas incluidas.

#### 4.2.2. CSIC<sup>20</sup>

La Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) es la mayor institución pública que se dedica a la investigación en España y la 3ª de Europa. Está adscrita al Ministerio de Economía y Competitividad, mediante la Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación, su principal objetivo es desarrollar y promover investigaciones en pos del progreso científico y tecnológico, para ello se encuentra abierta a la colaboración entre entidades españolas y extranjeras.

#### 4.2.3. COCHRANE PLUS<sup>21</sup>

La biblioteca Biblioteca Cochrane Plus incluye:

- Other Published Reviews: Una lista bibliográfica de revisiones sistemáticas.
- La Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas - BDCRS (The Cochrane Database of Systematic Reviews - CDSR).
- El Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados
- Además, se incluye el Registro de Ensayos Clínicos Iberoamericanos.

La Biblioteca Cochrane Plus también incluye, en inglés:

- La Base de Datos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias .
- El Registro Cochrane de Metodología.
- Datos de contacto de los Grupos de Revisión de la Colaboración y de otras entidades de la Colaboración Cochrane.

La Biblioteca Cochrane Plus también incluye, en español:

- Informes completos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias iberoamericanas
- Artículos de la revista Gestión Clínica y Sanitaria de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (iiss)
- Resúmenes de la web temática de la espalda de la Fundación Kovacs
- Información acerca de la Colaboración Cochrane
- Artículos de la revista Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria de la Fundación MF para el Desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria de la Salud de Argentina
- Glosario de términos metodológicos
- Manual sobre la metodología de las revisiones
- Otras informaciones de interés

#### 4.3. OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN.

##### 4.3.1. DeCS<sup>22</sup>

El DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) es un conjunto de términos en un vocabulario estructurado y trilingüe DeCS que se creó por BIREME para servir como un lenguaje único en la indicación de libros, artículos de revistas científicas, informes técnicos, anales de congresos, y otros tipos de materiales, también para ser usado en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica.

##### 4.3.2. DROGAMEDIA<sup>23</sup>

El Centro de documentación de Drogodependencias del País Vasco aparece en 1992 en el Observatorio Vasco de Drogodependencias.

Se creó, en el año 2002, la página web Drogomedia.com; es una página web destinada a aportar información sobre adicciones, tanto a nivel del paciente como del profesional.

La página aporta documentación y datos a cerca de drogas, tanto de carácter genérico (novedades documentales, noticias de actualidad, agenda, legislación, directorio de recursos) como específico para los profesionales (herramientas de buena práctica, banco de datos de indicadores, etc....).

#### 4.3.3. ORGANISMOS

Para obtener una información más completa me he puesto en contacto con Alcohólicos Anónimos de España y Granada, Centro de Drogodependencias de Linares, Asociación libre de adicciones Cástulo de Linares (ALAC), Asociación Alcohólicos Rehabilitados Unidos de Linares y con Eva Carranza, psicóloga del distrito de Jaén Norte.

También se ha consultado el Instituto Nacional de Estadística de España, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Políticas Sociales y el Sistema Público de Salud de Andalucía.

#### 4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Se ha establecido unos criterios con el fin de realizar una búsqueda exhaustiva seleccionando los artículos que se han considerado más relevantes, más actuales y que más se aproximan a los objetivos establecidos, para conseguir una revisión útil y de calidad.

##### 4.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Artículos revisiones, libros, guías de práctica clínica, encuestas, informes, manuales, tesis y páginas web con bases científicas en español e inglés
- Artículos revisiones, libros, guías de práctica clínica, encuestas, informes, manuales, tesis y páginas web con bases científicas que cumplan nuestros objetivos.
- Artículos, revisiones, libros, guías de práctica clínica, encuestas, informes, manuales, tesis y páginas web con bases científicas publicados desde el año 2000 en adelante (en un principio establecí el año 2010 pero por falta de información tuve que ampliarlo)
- Artículos con texto completo gratuito
- Artículos, revisiones, guías de práctica clínica, encuestas, informes, manuales, tesis y páginas web con bases científicas que traten del consumo de alcohol entre los 12 y 25 años.
- Los artículos tienen que haber sido realizados en países de cultura similar a la nuestra.

#### 4.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos revisiones, libros, guías de práctica clínica, encuestas, informes, manuales, tesis y páginas web con bases científicas que no estén en español o inglés
- Artículos revisiones, libros, guías de práctica clínica, encuestas, informes, manuales, tesis y páginas web con bases científicas que no cumplan nuestros objetivos.
- Artículos, revisiones, libros, guías de práctica clínica, encuestas, informes, manuales, tesis y páginas web con bases científicas publicados antes del 2000.
- Los que hablan de todos los grupos de edad y no los comprendido en edades cercanas a las propuestas ( entre los 12-25 años)
- Artículos que no han sido realizados en países con el mismo e idioma y culturas similares al nuestro.

#### 4.5. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA.

| BASES DE DATOS     |                                                                                                                                               |                      |                                      |             |                              |               |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|-------------|------------------------------|---------------|
| Base de datos.     | Palabra clave/cadena de búsqueda                                                                                                              | Nº doc. Encontrados. | Nº doc. Revisados (título y resumen) |             | Nº doc. Revisados completos. | Muestra final |
|                    |                                                                                                                                               |                      | Elegidos                             | Descartados |                              |               |
| <u>CUIDEN PLUS</u> | ADOLESCENCIA AND ALCOHOL                                                                                                                      | 256                  | 165                                  | 35          | 57                           | 15            |
|                    | PREVENCIÓN AND ALCOHOL AND ADOLESCENTES                                                                                                       | 57                   | 10                                   | 21          | 6                            | 3             |
|                    | ALCOHOL AND EPIDEMIOLOGÍA AND ANDALUCÍA                                                                                                       | 1                    | 0                                    | 1           | 0                            | 0             |
| <u>CSIC</u>        | ADOLESCENCIA AND ALCOHOL                                                                                                                      | 1                    | 1                                    | 0           | 1                            | 1             |
|                    | ALCOHOL OR ALCOHOLISMO OR BINGE DRINKING AND ADOLESCENTES OR ADOLESCENTE OR ADOLESCENCIA AND ENFERMERA OR PSICOLOGÍA OR ACTUACIÓN OR SOLUCIÓN | 0                    | 0                                    | 0           | 0                            | 0             |

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

|                                                          |                                                                                                  |     |     |     |    |    |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|----|----|
|                                                          | EPIDEMIOLOGÍA Y ALCOHOL Y ANDALUCÍA                                                              | 1   | 0   | 1   | 0  | 0  |
| <u>COCHRANE PLUS</u>                                     | ADOLESCENCIA AND ALCOHOL                                                                         | 39  | 1   | 38  | 1  | 0  |
|                                                          | PUBERTAD AND ALCOHOL                                                                             | 5   | 0   | 5   | 0  | 0  |
|                                                          | BINGE DRINKING                                                                                   | 1   | 1   | 0   | 1  | 1  |
| <u>TOTAL DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS EN BASES DE DATOS</u> |                                                                                                  | 361 | 178 | 101 | 66 | 20 |
| <b>OTROS RECURSOS</b>                                    |                                                                                                  |     |     |     |    |    |
| <u>DeCS</u>                                              | ADOLESCENTES OR ADOLESCENTE OR ADOLESCENCIA AND ENFERMERA OR PSICOLOGÍA OR ACTUACIÓN OR SOLUCIÓN | 0   | 0   | 0   | 0  | 0  |
|                                                          | ALCOHOL AND ADOLESCENTE AND ACTUACION OR ENFERMERA                                               | 0   | 0   | 0   | 0  | 0  |
| <u>DROGAMEDIA</u>                                        | ALCOHOLISMO AND ALCOHOL AND ENFERMERA OR ACTUACIÓN AND ADOLESCENTE                               | 3   | 2   | 1   | 2  | 2  |
| <u>TOTAL DE DOCUMENTOS ENCONTRADOS EN OTROS RECURSOS</u> |                                                                                                  | 3   | 2   | 1   | 2  | 2  |
| <u>DOCUMENTOS TOTALES</u>                                |                                                                                                  | 354 | 180 | 102 | 68 | 22 |

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

### 5.1. FACTORES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA.

Muchos de estos factores son comunes para el alcohol y otras drogas.

#### 5.1.1. FACTORES INDIVIDUALES

Los factores individuales son las características internas del individuo: forma de ser, sentirse y comportarse.

##### 5.1.1.1. LA EDAD<sup>25</sup>

Como ya hemos visto anteriormente se comienza a consumir alcohol a los 16,7 años de media. Hay un aumento del consumo en este periodo, así se considera una etapa vulnerable para su inicio.

El nivel de independencia y autonomía de los individuos dependerá de los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que haya en la adolescencia y la forma personal en que cada uno asimile los cambios, comportándose como factores de riesgo (facilitando el inicio y desarrollo del consumo de drogas) o como de protección (el sujeto no realizará esta conducta).

El consumo y la edad tienen una función curvilínea: siendo mayores con la edad teniendo su punto máximo entre los 18 y 24 años para después descender.

##### 5.1.1.2. EL SEXO<sup>25</sup>

Tradicionalmente los chicos han consumido más alcohol que las chicas, sin embargo, en los últimos años se ha ido igualando llegando a ser mayor el consumo por parte de las chicas que de los chicos; aún así para otras drogas los chicos siguen consumiendo más.

Con respecto a las intoxicaciones etílicas en el 2013 hay un pequeño aumento con respecto a 2011 en ambos sexos en edades comprendidas entre los 14 y 34 años.

Anteriormente la prevalencia en hombres menores de 35 años ha sido un 40%, sin embargo en los últimos años ha aumentado. Las mujeres de 15 a 34 años que ha sufrido intoxicaciones etílicas han aumentado desde 2011 del 18,1% al 25,5% en 2013, 1 de cada 4 reconoce haberse emborrachado en el último año.

Se deduce de los datos que las intoxicaciones etílicas es más reducido en mujeres; mientras que los jóvenes varones de 15 a 24 años registran el máximo nivel de intoxicaciones etílicas, 1 de cada 3 se emborrachó.

#### 5.1.1.3. ACTITUDES, CREENCIAS Y VALORES.

Hay investigaciones que demuestran conductas de consumo: las actitudes, las creencias y los valores (Villa Moral, Rodríguez y Sirvent, 2006). Lo que el joven piense con respecto al consumo, posibles consecuencias... hará que la balanza haga que beba o no. La religión, el grado de satisfacción personal respecto a la vida y las actitudes positivas hacia la salud actúan como factores de protección<sup>25</sup>.

Las creencias se van conformando durante toda la vida del individuo y se verán influencias por el lugar en donde se recaude la información, la naturaleza de la comunicación y las características del receptor. La conducta de los individuos se verá relacionada con su sistema de creencias y valores<sup>2</sup>.

Hay una estrecha relación entre las expectativas y el consumo de drogas, las personas que abusan de las drogas tienen unas expectativas diferentes de las que no con respecto a sus efectos (Novacek, 1991). Cuando el individuo cree que las expectativas del consumo son positivas mayor será este. Los factores comportamentales, que son el grado de implicación en los diferentes problemas conductuales así como las conductas mal vistas por la sociedad, pueden ser claves para el abuso de drogas o no<sup>2</sup>.

Lignell (1991), Butvin (1992) y García-Señorán (1994) señalan la estrecha relación que existe entre las actitudes hacia las drogas y su consumo. Para Fishbein y Ajzen (1975), las actitudes (acción global de la acción) y las normas subjetivas (opinión de otras personas, importantes para el individuo, con respecto al consumo) son los principales predictores de las intenciones comportamentales, que serán las que provoquen que se realice o no la conducta<sup>2</sup>.

#### 5.1.1.4. LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO<sup>25</sup>.

A menudo el joven no dispone de toda la información que conlleva el consumo, motivo por el que no es consciente del riesgo que entraña su uso. Por lo general, las personas según las consecuencias positivas o negativas que obtenga, toman decisiones; por lo que sí conocen que tomar ciertas sustancias tendrá consecuencias negativas no lo harán, por ello la idea que se tiene acerca de las sustancias psicoactivas dependerá del uso, creencias y propia construcción social sobre la sustancia.

El alcohol al ser una sustancia legal es percibido por los adolescentes como de bajo riesgo, también piensan que su uso continuado es más perjudicial que el uso esporádico. Por todo esto es de vital importancia aportar información correcta para dar a la persona las suficientes habilidades para enfrentarse en el mundo circundante y adaptarse a él.

#### 5.1.1.5. HABILIDADES SOCIALES<sup>25</sup>.

Las habilidades sociales son: capacidades de interacción social, recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, expresando las propias opiniones y sentimientos (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989). El consumo de alcohol se relaciona con el déficit de habilidades sociales, principalmente en esos componentes de conducta antisocial y falta de afectividad.

#### 5.1.1.6. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA<sup>2</sup>.

Estos conceptos están estrechamente relacionados. El autoconcepto se refiere a la suma de la percepción del sujeto sobre sí mismo y de la de los demás sobre él. La autoestima es la valoración del autoconcepto. Está demostrado que los jóvenes con baja autoestima, son más propensos a realizar conductas de riesgo (Crockett y Peterson, 1993).

Hay que tener en cuenta que según el área del que estamos hablando variarán el autoconcepto y la autoestima. Las dimensiones familiares y académicas aparentan ser un factor protector, sin embargo, la autoestima social comienza a cuestionarse al constatar una relación positiva de ésta con el consumo de sustancias en adolescentes.

Un alto nivel de inseguridad va ligado a una baja autoestima, es normal que durante la adolescencia surjan dudas sobre la propia valía; los cambios acontecidos en esta etapa pueden hacer que el individuo experimente con drogas para ser diferente o hacer algo que conlleve riesgo.

Según Crockett (1993) la baja autoestima o autoconcepto son precursores del consumo de sustancias nocivas y de comportamientos delictivos durante la adolescencia. Por lo que podemos tomar a la autoestima como un factor protector contra el abuso de drogas, ya que los adolescentes se verían menos influenciados por sus amigos y por tanto serían más resistentes.

#### 5.1.1.7. AUTOCONTROL<sup>2</sup>.

Éste se define como la capacidad para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos.

Está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que en *“una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará un sentimiento positivo hacia su persona, conocer su propio límite y poseer un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias de que de ellos derivan”* (Vallés, 1996). López-Torrecillas et al. (2003) muestran que el consumo de alcohol aumenta a menor autocontrol.

La rebeldía es uno de los precursores más importantes para el consumo, lo mismo ocurre cuando tiene una baja tolerancia a la frustración.

Algunos individuos han sufrido una experiencia vital que no han podido controlar lo que los lleva a sentir una pérdida de control sobre el medio que le rodea, así como de la propia existencia y ello hace que consuman y abusen de alcohol y drogas (es una estrategia de afrontamiento cuando otras han fracasado). También nos encontramos con individuos caprichosos que no aguantan el dolor, la tensión, la frustración y las situaciones de espera.

#### 5.1.1.8. EXPERIMENTACIÓN Y LA BÚSQUEDA DE SENSACIONES<sup>2</sup>.

Según Bamdura (1984) si el sujeto siente que tomar alcohol es una estrategia de afrontamiento adecuada tenderá a un mayor consumo. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que se caracteriza por la necesidad de sensaciones y el gusto por el riesgo físico y social para conseguirlas; esto es algo que acontece durante la adolescencia.

La búsqueda de sensaciones puede entenderse como una forma de atacar el “hastío y aburrimiento” que tienen los consumidores; también se relaciona con la necesidad que sienten de tener más estimulación.

#### 5.1.1.9. TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN<sup>2</sup>.

Conforme se va desarrollando la personalidad aprendemos a postergar la gratificación de las necesidades, por lo que somos capaces de tolerar cierto grado de frustración.

Algunas personas, sin embargo son incapaces de tolerar la frustración y necesitan sentir la satisfacción inmediata de dichas necesidades, de este modo el alcohol y otras drogas les pueden parecer una forma rápida de alcanzar esta satisfacción, que le resultaría más difícil por otros medios.

#### 5.1.1.10. APROBACIÓN SOCIAL Y AUTONOMÍA RESPECTO AL GRUPO<sup>2</sup>.

Algunas personas sienten la necesidad de aprobación por parte de los demás, lo que puede hacer que adquieran una dependencia extrema hacia el grupo, ya que su conducta dependerá de lo que las demás aprueben, sin tener en cuenta si este comportamiento es adecuado o los costes personales que conlleva. Esto hace que estas personas sean más propensas al consumo de alcohol y drogas dependiendo de su grupo social.

### 5.1.2. FACTORES AMBIENTALES.

Con factores ambientales nos referimos a los factores psicosociales de vulnerabilidad al alcoholismo; aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona.

#### 5.1.2.1. FACTORES SOCIO-CULTURALES<sup>11</sup>.

La ingesta de alcohol está presente en muchos ámbitos de la vida cotidiana, aunque ha estado controlado históricamente por la religión, diversos ritos, costumbre sociales y hasta por sanciones legales (Edward, 2005).

Siempre se han conocido las consecuencias negativas del consumo de alcohol para el individuo, su familia y toda la sociedad, lo que hace que algunos se posicionen a favor y otros en contra.

Desde que nacemos el medio que nos rodea interviene en el desarrollo humano a través de dos procesos: el de aprendizaje y el de socialización (Oetting, Donnermeyer, Trimble y Beauvais, 1998).

El aprendizaje de las normas y de los comportamientos sociales correctos se ven influenciados de forma decisiva por la familia, la escuela, los iguales y los medios de comunicación (Becoña, 2002) y sería a partir de la adolescencia cuando aumenta el riesgo de aprender normas desviadas aunque el proceso de socialización se extiende a lo largo de toda la vida.

De lo que se deducen que dependiendo del entorno sociocultural del adolescente será más propenso al consumo de alcohol, si en su entorno es aceptado habrá mayor probabilidad de que consuman alcohol.

#### 5.1.2.2. FACTORES FAMILIARES.

El control y la calidad familiar son factores esenciales en la conducta de los niños. El control paterno se refiere a lo restrictivos que sean los padres, y la calidad del afecto y aprobación de estos hacia sus hijos<sup>11</sup>.

Si los vínculos paterno-filiares y escolares son óptimos los niños acogerán normas prosociales; si por el contrario, son débiles, durante la adolescencia acogerán normas sociales del grupo de iguales. Si esto último ocurre aumenta el riesgo de que tengan conductas desviadas y, por ende, haya más probabilidad de consumir alcohol<sup>11</sup>.

La familia puede comportarse incitando, neutralizando o inhibiendo el consumo de drogas (Dento, 1994).

El comportamiento de los padres al principio del consumo de alcohol es de vital importancia, ya que de este depende que el adolescente ingiera cerveza, vino... probando cada vez bebidas con más graduación. Cuando el hijo ya es consumidor es muy importante que haya una estrecha relación paterno-filial ya que de este hecho dependerá que frene o no su consumo o si la relación es distante hará que abuse más de la bebida (Rhodes, 1990).

El ejemplo de los padres, las relaciones familiares deficitarias, sobreprotección materna con conducta paterna ineficaz, excesiva permisividad o dureza, falta de comunicación y tensión, hacen que haya más consumo de drogas (Hualde, 1990)<sup>2</sup>.

#### 5.1.2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Tradicionalmente las mujeres estaban más protegidas culturalmente al consumo intensivo y abusivo de alcohol (Malone, Northrup, Mayn, Lamis y Lamont, 2012).

Aunque en los últimos años ha aumentado considerablemente el consumo de alcohol en mujeres adolescentes, sobre todo en forma de “atracones” de bebida, esto se debe a cambios sociales, publicidad incisiva y mensajes dirigidos especialmente a ellas, como el de la igualdad o hacerse normativo su consumo (Clark, 2004).

La mayor prematuridad en el consumo de alcohol mayor probabilidad de crear una dependencia a éste en la vida adulta<sup>11</sup>.

Otras variables socio demográficas son el barrio o la zona de la ciudad donde se vive, sobre todo si en la misma hay fácil acceso al alcohol o un número importante de bares o lugares para consumirlo (Stone, Becker, Huber y Catalano, 2012).

#### 5.1.2.4. ACCESIBILIDAD Y PRECIOS DEL ALCOHOL.

A menor precio y mayor accesibilidad a las bebidas alcohólicas, mayor consumo de alcohol (Anderson et al., 2012), por ello muchas medidas preventivas a nivel comunitario pretenden controlar los precios, disminuir el número de locales que ofertan bebidas alcohólicas, horarios de cierre, mejor control de los menores, edad mínima de consumo... (Anderson, Braddick, Reynolds y Gual, 2012; Babor et al., 2010).

En España las bebidas alcohólicas pueden conseguirse por los jóvenes a bajo precio en supermercados u otros establecimientos (Becoña y Calafat, 2006), esto ayuda a incrementar el consumo y los “atracones” de bebida, que producen a intoxicaciones alcohólicas agudas (OEDT, 2011).

Son curiosas las políticas que se toman en España para prevenir el consumo de alcohol, por un lado se dice que se consuma con moderación y se suben los impuestos de las bebidas alcohólicas, sin embargo, por otro se da vía verde a la publicidad que nos dice que beber es bueno, que es positivo socialmente hablando; es cierto que está demostrado que subir los impuestos hace que se disminuya su consumo, especialmente en los adolescentes, pero no podemos olvidar que esto se aprovecha para conseguir más dinero<sup>26</sup>.

#### 5.1.2.5. LEYES Y NORMAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Según Anderson et al., 2012 mientras más restrictivas son las leyes y normas con respecto al consumo de alcohol menor es su consumo; por lo que disminuir el número de locales de venta y cumplir las leyes que clarifiquen unas normas restrictivas sobre el consumo de alcohol es unas de las mejores acciones que se pueden tomar para controlar su consumo<sup>11</sup>.

Algunas de estas leyes y decretos son: el Decreto 312/2003, de 11 de noviembre, por el que se establecen actuaciones de prevención de las drogodependencias y adicciones en el medio educativo (BOJA N 220, de 14 de noviembre); la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOJA nº 240, de 5 de octubre); el Decreto 167/2002, de 4 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 4/97, de 9 de julio. (Delegación de competencias en materia sancionadora) (BOJA nº. 67, de 8 de junio 2002); y el Decreto 209/2002, de 23 de julio, por el que se aprueba el II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (BOJA nº. 98, de 22 de agosto de 2002)<sup>14</sup>.

#### 5.1.2.6. PUBLICIDAD DEL ALCOHOL

Existe una aceptación social del consumo de alcohol (normalización) y presión social hacia su consumo como conducta “normal”<sup>11</sup>.

Tanto la publicidad como la presión social se posicionan a favor del consumo de alcohol, lo que hace que se facilite el conocimiento de éste y que se tome su consumo como algo normal<sup>11</sup>.

Es curiosa la doble moral de la estrategia publicitaria, en la que por un lado nos encontramos con que cada uno es libre de hacer lo que quiera bebiendo (descontrolarse, liberarse...); mientras que por otro lado añade la afirmación: “bebe con moderación, es tu responsabilidad”<sup>26</sup>.

#### 5.1.2.7. CENTROS ACADÉMICOS.

Los centros académicos son un importante centro de socialización en el que se transmiten conocimientos, valores sociales, actitudes y se adquieren habilidades, destrezas y autocontrol. Hay una clara relación entre el consumo de sustancias con el rendimiento académico bajo<sup>11</sup>.

El estudio norteamericano de Bachman et al. (2008) Monitoring the future, dice que entre los 14 y 16 años el consumo excesivo de alcohol tiene una relación negativa con respecto a su rendimiento académico.

La repetición de curso, sanción o expulsión del centro y el abandono prematuro de las clases se relaciona con el consumo de alcohol (Bachman et al. 2008).

Según Cadaveira (2009) la memoria y el aprendizaje se ven influidos negativamente por el consumo de alcohol.

Por todo esto animar a los adolescentes a tener un buen rendimiento académico puede ser un elemento protector ante el abuso de alcohol, no sólo en esta etapa sino para el resto de su vida<sup>11</sup>.

#### 5.1.2.8. LOS GUPOS DE IGUALES Y AMIGOS EN LA SITUACIÓN DE CONSUMO, OCIO Y DIVERSIÓN.

El consumo de alcohol y drogas se ve altamente influenciado por los iguales o amigos, no solo en la adolescencia sino también en la edad adulta (Pandina, Johnson y White, 2010).

La familia también es influyente ya que puede incidir directamente sobre los iguales o controlar que sus hijos traten con ellos (Kandel, 1996); por otro lado tenemos a los hermanos que pueden actuar como amigos e iguales influyendo de forma decisiva en la personalidad del individuo<sup>11</sup>.

El alcohol se ha establecido como una forma recreativa de bajo coste lo que contribuye a alcanzar una diversión y una evasión rápida, este bajo coste hace que los adolescentes tengan más fácil acceso a las bebidas alcohólicas<sup>11</sup>.

El ayudarles a evadirse de sus problemas en una edad problemática conlleva que busquen al alcohol como solución, lo que puede hacer que en la edad adulta se exima de asumir sus responsabilidades laborales y familiares<sup>11</sup>.

#### 5.1.2.9. TRANSTORNOS MENTALES Y ADICTIVOS EN LOS PADRES.

Varios estudios han encontrado una relación entre el consumo excesivo de alcohol de los padres y el posterior problema de los hijos (Ohannessian et al., 2004, Stone et al., 2012), según Kerr et al. (2012) esto es un factor más ambiental que genético, ya que los adolescentes tienen un acceso más fácil al alcohol en su casa y repiten las actitudes paternas.

El tratamiento eficaz del alcoholismo en los padres podría ayudar a evitar el consumo por parte de los hijos<sup>11</sup>.

#### 5.1.2.10. ESTRÉS Y EVENTOS VITALES ESTRESANTES.

El inicio precoz del abuso de alcohol en la adolescencia se ha asociado a situaciones infantiles adversas, y éstas también provocan una dependencia al alcohol en la edad adulta (Rothman y cols., 2008).

Adversidades precoces pueden ocasionar cambios psicobiológicos que incrementa el abuso de alcohol o su inicio precoz<sup>11</sup>.

### 5.2. CONSECUENCIAS.

En este apartado vamos a hablar tanto de las consecuencias físicas (patologías) como psíquicas y psicosociales que derivan del consumo de alcohol en la adolescencia y posibles consecuencias en la vida adulta<sup>11</sup>.

#### 5.2.1. CONSECUENCIAS FÍSICAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

##### 5.2.1.1. INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA AGUDA<sup>11</sup>.

Esta es la patología relacionada con el alcohol más atendida en los centros de urgencias.

Para su diagnóstico se establecen los siguientes criterios:

- consumo de alcohol reciente;
- modificación de la conducta o cambios psicológicos durante la ingesta o inmediatamente después, aquí se incluye la conducta sexual inadecuada, agresividad y el no poder hacer ejercicios laborales y sociales, debilidad con cambios anímicos, variaciones cognitivas;
- uno o más de los siguientes signos: alteración en la coordinación, nistagmus, disartria, marcha inestable, dificultad de atención y falta de memoria, estupor o coma.

Los factores por los que las intoxicaciones se pueden ver afectadas son: cantidad y concentración de alcohol consumido, peso corporal, tolerancia al alcohol y tiempo de ingesta.

En los pacientes que no son consumidores frecuentes de alcohol las intoxicaciones son más predecibles; sin embargo, en aquellos que consumen frecuentemente alcohol (crónicos) las intoxicaciones son impredecibles, pudiendo llegar a mostrar poca evidencia clínica.

Las manifestaciones de las intoxicaciones se ocasionan por el efecto del alcohol en los diferentes órganos, entre los más importantes están los cardiovasculares (incluyendo la taquicardia), vasodilatación periférica y depleción del volumen, que pueden ayudar a la hipotermia e hipotensión; también contribuye a que haya arritmias auriculares y ventriculares.

El mayor riesgo de la intoxicación es la depresión respiratoria; la disminución del aclaramiento mucociliar y el riesgo de broncoaspiración y neumonía también son problemas respiratorios derivados de la intoxicación.

Los problemas gastrointestinales son: náuseas, vómitos (llegando a ocasionar alteraciones hidroelectrolíticas), diarreas y dolor abdominal. Con respecto al metabolismo puede ocasionar hipoglucemia, hipokalemia, hipomagnesemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, hipocloremia, hipoalbuminemia y acidosis láctica.

Tabla 7: Pascual PF, Guardia SJ, Pereiro G.C., et al. Alcoholismo. Guías Clínicas soci drog alcohol basadas en la evidencia Científica. 3ª ed. Madrid: Saned; 2013.

| CONCENTRACIÓN SANGUÍNEA DE ALCOHOL | EFFECTOS CLÍNICOS                                                                                             |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20-50 mg/dL                        | Disminución de la coordinación motora fina                                                                    |
| 50-100 mg/dL                       | Alteración del juicio y la coordinación                                                                       |
| 100-150 mg/dL                      | Ataxia, hiperreflexia, prolongación del tiempo de reacción, cambios en el humor, alteraciones en la conducta. |
| 150-250 mg/dL                      | Letargia, disartria, hipotermia amnesia, diplopía, náuseas y vómitos.                                         |
| 300 mg/dL                          | Coma en el bebedor no habituado.                                                                              |
| 400 mg/dL                          | Depresión respiratoria                                                                                        |

Se debe tener en cuenta que algunas veces la intoxicación etílica aguda es producida por un intento de autolisis, por lo que se deben estudiar los problemas psiquiátricos que pueda tener el paciente. Las intoxicaciones también aumentan el número de traumatismos, riesgo de accidentes y delitos.

En algunos pacientes la intoxicación cursa con un estado de heteroagresividad que finaliza con sueño espontáneo o inducido, presentando amnesia del episodio.

Para tratar al paciente con intoxicación etílica aguda hay que tener una buena estabilización de las manifestaciones clínicas que tenga en la asistencia de urgencias (Hobbs, 1996; Vonghia, 2008); hay que tener un adecuado control de la vía aérea por la posible depresión respiratoria y prevenir la broncoaspiración.

Se necesita la canalización de una vía venosa periférica para la administración de fluidos intravenosos y suplementos vitamínicos (tiamina, piridoxina) como tratamiento inicial.

Todos los pacientes con una intoxicación deben ser valorados para comprobar si hay un abuso crónico del alcohol o dependencia, esto es especialmente importante en adolescentes y adultos jóvenes.

## **1. SÍNDROME POSTINTOXICACIÓN AGUDA (RESACA)<sup>11</sup>.**

La resaca alcohólica es un conjunto de síntomas y signos que se manifiestan debidos al consumo excesivo de alcohol (Versters, 2010). Tiene lugar cuando disminuye la concentración de alcohol en sangre, llegando al máximo cuando alcanza al cero.

Aparece acompañado de sensación de cansancio, cefalea, problemas de memoria y concentración, cambios en el humor, náuseas, vértigos y sed. Este síndrome da lugar a faltar en el trabajo, bajo rendimiento académico y laboral y riesgo para conducir. La patogenia no está aclarada y no hay tratamiento.

### **5.2.1.2. PATOLOGÍA GASTROINTESTINAL<sup>11</sup>**

En el esófago el consumo agudo y crónico de alcohol provoca trastornos en la motilidad esofágica y reflujo gastroesofágico.

A nivel del esfínter esofágico superior (ESS), se ha observado que el consumo agudo de bebidas alcohólicas a voluntarios sanos crea un descenso en la presión del EES, a la vez que una disminución en la amplitud de la concentración después de la deglución. Esto nos podría ayudar a comprender la elevada incidencia de neumonía debida a aspiración en pacientes crónicos tras una intoxicación alcohólica aguda.

Se sabe el efecto que la ingesta aguda de alcohol en grandes proporciones provoca en la mucosa gástrica mostrándose en forma de gastritis aguda, siendo una lesión reversible.

Parece haber una relación entre la dosis de alcohol ingerido y la motilidad gástrica, así con ingestas bajas se aumenta el vaciamiento gástrico, sin embargo, en ingestas altas disminuye la motilidad por lo que disminuye la velocidad del vaciamiento.

El consumo agudo de alcohol provoca una mayor motilidad intestinal produciendo diarreas en un elevado porcentaje de individuos.

### 5.3. PLAN DE INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CONTRA EL ABUSO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES Y JÓVENES.

Desde la definición de salud integral del adolescente se estudia las limitaciones que tiene el adolescente para ir a consultar en los Centros de Salud<sup>27</sup>. Por ello proponemos un modelo de atención al adolescente que acerque a los profesionales a los lugares en donde se localizan los jóvenes<sup>28</sup>.

Habiendo comprobado que adolescentes y jóvenes van escasamente a los Centros de Salud y, también sabemos de las preocupaciones patentes en las encuestas, debemos conocer las barreras que limitan o impiden su acceso a nuestro sistema sanitario; éstas barreras son tanto internas como externas<sup>28</sup>.

#### **Barreras externas<sup>28</sup>:**

- 📌 Burocratización del sistema del sistema de atención sanitaria en el que es necesario la identificación del que acude. El sistema específico de atención. Adolescentes y jóvenes necesita una intervención sin prisas, accesible y próxima, que favorezca la expresión de sus problemas y sus temores.

#### **Barreras internas<sup>28</sup> (propias de la edad):**

- 📌 Pensamiento Mágico, el cual conlleva una evitación o minimización de lo que le preocupa.
- 📌 El miedo que supone admitir la posibilidad de que haya algún problema en su salud.
- 📌 La falta de información acerca de los medios sanitarios donde pueden acudir.

#### 5.3.1. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.

##### 5.3.1.1. PREVENCIÓN EN CENTROS EDUCATIVOS

Desde un punto de vista enfermero debemos conocer cómo actuar en este ámbito ya que, en su mayoría, los encargados de ir a institutos para dar charlas de prevención al consumo y abuso de alcohol somos nosotros<sup>29</sup>.

Recientes revisiones sacan a luz que los programas de prevención del consumo de bebidas alcohólicas se encuentran más limitados que en el pasado, encontrándonos con programas de prevención escolar de muy buena calidad donde los resultados de prevención son escasos y se van utilizando cada vez menos hasta que dejan de emplearse, lo que nos puede hacer pensar que debemos plantearlos desde otro punto de vista<sup>29</sup>.

Los programas que han demostrado ser eficaces son aquellos que tienen los siguientes componentes<sup>29</sup>:

- 📌 Tratar las normas y creencias que los adolescentes tienen sobre la ingesta de alcohol y drogas entre sus iguales o pares, es decir, la prevalencia y aceptación real sobre este hecho.

- Aumentar la forma de ver el riesgo asociado del consumo de alcohol y drogas, abordando objetivamente las consecuencias negativas a corto plazo, aclarando los malentendidos que se tenga sobre las ventajas asociadas al consumo.
- Enseñar y practicar habilidades para la vida de resistencia y manejo ante la influencia social, haciendo hincapié en el consumo de alcohol y drogas, llevándoles a lugares donde pongan en práctica lo aprendido.

Además para que sean totalmente eficaces deben: seguir realizándose durante varios años, hablar del consumo de varias drogas simultáneamente, que el programa se realice tal y como originalmente fue testado; para que todo esto ocurra es necesario<sup>29</sup>:

- Entrenamiento del profesional de enfermería.
- Complejidad y estructura del programa.
- Características del profesional: edad, experiencia docente y en prevención del consumo de alcohol y drogas.
- Características psicológicas.
- Confianza del profesional en la aplicación del programa y sus actitudes para la intervención.
- Seguimiento del programa suministrando apoyo en su aplicación.

Aparte de los programas los centros educativos deben contar con una política que los englobe, una política interna de prevención y protocolos de cumplimiento<sup>29</sup>.

Algunos de los programas que están en vigor en Andalucía son: Forma Joven en el ámbito Educativo 2015-2016, Programa psicoeducativo para la prevención del consumo de alcohol y otros tóxicos en población adolescente<sup>30</sup>.

#### 5.3.1.2. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR<sup>29</sup>

La mayor influencia para adoptar conductas de riesgo por parte de los adolescentes es su grupo de iguales, por el contrario para evitar que esto ocurra depende de que tengan un entorno familiar propicio.

Los programas de prevención familiar que se centran en el aprendizaje de habilidades son eficaces, ya que sus efectos positivos persisten a lo largo del tiempo, incluso por encima de aquellos que proporcionan información y desarrollan la autoestima de los jóvenes (15 veces más), y por encima, también, de aquellos que forman para la vida y la sociedad fuera del entorno académico (3 veces más)

Las enfermeras debemos tener en cuenta que los programas más eficaces son los que de forma integral tienen como objetivo el desarrollo de competencias de la familia mediante una intensa participación de los padres y del desarrollo de habilidades sociales y de responsabilidad en niños y adolescentes. En estos programas habrá sesiones hacia los padres para fortalecer sus aptitudes educacionales y sesiones conjuntas padres-hijos destinadas a potenciar los vínculos familiares. Según el Federal Center for Health Education de Alemania estos programas son muy efectivos para prevenir la ingesta de alcohol en los jóvenes no consumidores.

Los programas eficaces son los que abordan:

- 🐼 Potenciar vínculos familiares.
- 🐼 Dar a los padres habilidades de crianza y enseñarlos a ser asertivos a la hora de disciplinar a sus hijos.
- 🐼 Las normas establecidas serán tratadas con el adolescente, aplicadas de forma firme y consistente (incluyendo las relacionadas con el consumo).
- 🐼 Dar información y educación a los padres sobre las drogas y el alcohol, así como de sus efectos.
- 🐼 Desarrollo de habilidades y competencia interpersonal en los hijos.

Hay investigadores que dicen que una buena forma de implicar a los padres es dar un continuo de servicios universales, selectivos e indicados; teniendo un formato flexible, en el que habrá actuaciones individuales, grupales y autodirigidas.

Hay investigaciones que demuestran que realizar una intervención combinada de prevención familiar y escolar tienen mejores resultados.

Un ejemplo de programa de prevención familiar es el Programa de prevención del consumo de Alcohol en el ámbito familiar<sup>31</sup>.

### 5.3.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD REALIZADA POR ENFERMEROS

#### 5.3.2.1. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN Y CONTROL

Las estrategias de regulación y control son muy importante para el consumo de alcohol<sup>29</sup>; son realmente eficaces<sup>32,33</sup>:

- 🐼 Incrementar los precios de las bebidas alcohólicas a través de impuestos y tasas. Aumentar los precios del alcohol disminuye la edad de comienzo de su consumo, ralentiza que los jóvenes consuman cantidades excesivas de alcohol.
- 🐼 Según dice Martínez MG (2013) “*el monopolio gubernamental de la venta de bebidas alcohólicas al por menor, limitar los horarios, días de venta y en la densidad de puntos de venta de alcohol al por menor*” disminuiría su consumo.

Por su parte, Holder (2004), sugiere la una dispensación responsable de alcohol para restringir su venta.

Las intervenciones de regulación y control suelen ser más efectivas que los programas de prevención basados en educación y disuasión del bebedor<sup>22</sup>, éstas por sí solas restringen el acceso, sin embargo las intervenciones relacionadas con el consumo tienen impacto y a más largo plazo<sup>29</sup>.

Cuando las medidas legislativas se unen a otras acciones, sobre todo comunitarias, pueden ser realmente efectivas<sup>29</sup>.

#### 5.3.2.2. CHARLAS MOTIVADORAS<sup>34</sup>

La Intervención Motivacional, que favorece la concienciación acerca de la toma excesiva de alcohol y para favorecer el compromiso del joven, es la mejor acción que podemos realizar como enfermeras/os, sobre todo si el joven afectado no es consciente de su problema y aún no se siente con fuerzas para reducir su consumo o para buscar o comprometerse en un tratamiento específico.

Los menores alcohólicos, suelen presentar una baja gravedad de alcoholismo. Por ello su tratamiento puede ser orientado, a la abstención continuada y a la disminución del consumo de alcohol (Guardia Serecigni, 2015).

Cuando el menor si padece un trastorno por consumo de alcohol (o alcoholismo) será más efectivo si lo realiza un equipo o bien un centro especializado en el alcoholismo.

Principalmente vamos a atender a jóvenes que toman alcohol en forma de atracón acompañados o no de consecuencias negativas. Cuando aún no hay consecuencias negativas la mejor intervención es la breve, sin embargo, cuando sí las hay la mejor intervención es la motivacional, ya que necesitan un tratamiento más específico por parte de la/el enfermera/o o su derivación a un centro especializado.

#### **“INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL**

- *expresar empatía y comprensión*
- *desarrollar la discrepancia cognitiva*
- *evitar la discusión con el paciente*
- *no confrontar al paciente*
- *apoyar su autoeficacia*

#### **INTERVENCIÓN BREVE**

- *escucha reflexiva y empática*
- *devolver la información de nuestra evaluación*
- *proporcionar un menú de opciones terapéuticas*
- *pedir permiso antes de dar algún consejo*
- *implicar al paciente en su propia responsabilidad*
- *aumentar su percepción de autoeficacia”*

#### 5.3.2.3. ABORDAJE DEL RIESGO Y MANEJO DE CASOS (SIB) EN ATENCIÓN PRIMARIA<sup>19</sup>.

En Atención Primaria esta actuación sería muy buena para realizarla por parte del profesional de enfermería; este abordaje, en primer lugar se centra en el paciente individualmente y posteriormente se trabajará con su familia y redes sociales.

A través de esto se proporciona una identificación precoz de las consecuencias perjudiciales derivadas del alcohol, también se educa a los pacientes reduciendo los efectos negativos.

El primer paso a seguir en el SIB es realizar un screening; éste da una información acerca de los individuos que, debido al alcohol, pueden poner su salud en riesgo incluyendo la dependencia.

Además el screening tiene más beneficios: aporta datos a la/el enfermero/a para realizar un plan de atención de enfermería, y también da a los pacientes un feedback que podrá utilizarse como acción motivadora para cambiar su conducta de consumo.

Se aconseja usar para el screening el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT), realizado por la OMS que identifica a los individuos con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol:

Tabla 8: Escalonamedidora. [consultado el 8 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://escalonamedidora.wordpress.com/2009/12/07/cuestionario-audit-sobre-el-consumo-de-alcohol/>

|                                                                     |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cantidad y frecuencia del consumo habitual y ocasional de alcohol.  | 1.- ¿Con qué frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?                                                                                                      | 0. Nunca<br>1. Una vez al mes o menos<br>2. Dos o tres veces al mes<br>3. Dos o tres veces por semana<br>4. Cuatro o más veces por semana |
|                                                                     | 2.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas sueles realizar en un día de consumo normal?                                                                  | 0. Una o dos<br>1. Tres o cuatro<br>2. Cinco o seis<br>3. De siete a nueve<br>4. Diez o más                                               |
|                                                                     | 3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?                                                                       | 0. Nunca<br>1. Menos de una vez al mes<br>2. Una vez al mes<br>3. Una vez por semana<br>4. A diario o casi a diario                       |
| Aparición de posibles síntomas de dependencia                       | 4.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?                                              | 0. Nunca<br>1. Menos de una vez al mes<br>2. Una vez al mes<br>3. Una vez por semana<br>4. A diario o casi a diario                       |
|                                                                     | 5.- ¿Cuántas veces durante el último año has dejado de cumplir con tus obligaciones por culpa del alcohol?                                                      | 0. Nunca<br>1. Menos de una vez al mes<br>2. Una vez al mes<br>3. Una vez por semana<br>4. A diario o casi a diario                       |
|                                                                     | 6.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?               | 0. Nunca<br>1. Menos de una vez al mes<br>2. Una vez al mes<br>3. Una vez por semana<br>4. A diario o casi a diario                       |
| Problemas recientes y pasados asociados con el consumo del alcohol. | 7.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?                                   | 0. Nunca<br>1. Menos de una vez al mes<br>2. Una vez al mes<br>3. Una vez por semana<br>4. A diario o casi a diario                       |
|                                                                     | 8.- ¿Con cuánta frecuencia durante el último año has sido incapaz de recordar lo que había pasado la noche anterior porque habías estado bebiendo?              | 0. Nunca<br>1. Menos de una vez al mes<br>2. Una vez al mes<br>3. Una vez por semana<br>4. A diario o casi a diario                       |
|                                                                     | 9.- ¿Has tenido algún accidente o has herido a alguien como consecuencia del consumo de alcohol?                                                                | 0. No<br>1. Sí, pero no durante el último año<br>2. Sí, durante el último año                                                             |
|                                                                     | 10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber? | 0. No<br>1. Sí, pero no durante el último año<br>2. Sí, durante el último año                                                             |

Tras realizar el screening debemos realizar la fase de valoración, y, para ello, debemos definir los cuatro niveles de riesgo que se basan en las puntuaciones del AUDIT. Esto nos ayudará a formarnos juicios clínicos que adaptaremos a cada paciente.

El juicio clínico se utilizará para hallar aquellas situaciones donde la puntuación total del AUDIT puede que no represente el nivel de riesgo total, por ejemplo, cuando hay niveles bajos de consumo que muestran el daño real o signos de dependencia.

Aun así, hacer una buena valoración puede servir como el comienzo para realizar intervención correcta. Si el nivel inicial de la intervención no es exitoso, se deberá realizar el siguiente nivel de la intervención.

Tabla 9: Babor FT, Higgins-Biddle JC. Manual para la utilización en Atención Primaria: Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Comunidad Valenciana: Consejería de bienestar social; 2001

| <b>Cuadro 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Nivel de Riesgo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Intervención</b>                                                        | <b>Puntuación del AUDIT*</b> |
| Zona I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Educación sobre el alcohol                                                 | 0-7                          |
| Zona II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Consejo simple                                                             | 8-15                         |
| Zona III                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Consejo simple<br>más terapia breve<br>y monitorización continuada         | 16-19                        |
| Zona IV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Derivación al especialista para la<br>evaluación diagnóstica y tratamiento | 20-40                        |
| <p>* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening. Consulte el manual del AUDIT para más detalles. El juicio clínico debe ejercitarse en la interpretación de los resultados del test de screening para modificar estas pautas, especialmente si las puntuaciones en el AUDIT se sitúan en el rango de 15-20.</p> |                                                                            |                              |

Cuando la puntuación del AUDIT es inferior a 8 suele indicar un consumo de bajo riesgo, primer nivel (zona de riesgo I). Aunque no es necesaria ninguna intervención, para muchos pacientes la educación para la salud sobre el alcohol es conveniente por:

- 👤 Ayuda a la concienciación general del riesgos del consumo de alcohol en la comunidad;
- 👤 Puede ser una medida preventiva;
- 👤 Sería eficaz en los individuos que hayan disminuido el grado de su consumo en las repuestas del AUDIT.

El segundo nivel, la Zona de Riesgo II, se refiere a un consumo de alcohol por encima de las pautas establecidas. Una puntuación de entre 8 y 15, en el AUDIT, suele indicar un consumo de riesgo, pero aquí también puede haber individuos que padezcan daño y dependencia.

El tercer nivel, la Zona de Riesgo III, hace referencia a un perfil de consumo de alcohol que ya está provocando un daño al bebedor, y ya puede estar mostrando síntomas de dependencia. Las intervenciones para estos pacientes pueden realizarse a través de la combinación de consejo simple, monitorización continuada y terapia breve. Entre los 16-19 puntos en el AUDIT suelen sugerir un consumo perjudicial o dependencia, para lo que sería recomendable un abordaje enfermero más completo.

El cuarto nivel de riesgo, la Zona de Riesgo IV, se define por una puntuación en el AUDIT mayor de 20. Estos pacientes serán derivados a un especialista (si se tiene esa posibilidad) para realizarle una correcta evaluación diagnóstica y poder tratarlo de la mejor manera de la dependencia de alcohol.

## **6. CONCLUSIONES.**

Durante la adolescencia y principio de la edad adulta acontecen cambios de vital importancia que marcarán los pasos a seguir en el futuro; esta etapa es crítica con respecto a los hábitos de vida, ya que es una etapa de vulnerabilidad psicológica. El consumo de alcohol se inicia aquí y las decisiones tomadas con respecto a él serán decisivas en la visión de éste posteriormente.

Durante estos años nos encontramos sometidos a un estrés constante en el que el consumo de sustancias tóxicas puede ser la vía de escape a los problemas, una forma de sentirse admitido en el grupo de iguales o simplemente una manera de llamar la atención. Esta conducta puede hacer que el joven se comporte de forma violenta que no hará más que agravar sus problemas.

Vivimos en una sociedad en la que la ingesta de alcohol es algo cotidiano, siendo esto un factor de riesgo para el consumo precoz; además han aparecido nuevas formas de consumo, como es el binge drinking, siendo muy peligrosas. Algo muy preocupante es que muchos jóvenes no conciben la diversión sin alcohol, algo en lo que debemos trabajar.

A esta edad no se es consciente de las consecuencias que puede ocasionar la ingesta abusiva de alcohol, aunque sea en forma de atracón. Cada vez hay más patologías asociadas a su consumo y en pacientes más jóvenes. Además el consumo de alcohol puede ir asociado al consumo de otras sustancias tóxicas agravando la situación.

Los factores de riesgo para su consumo son muchos y difíciles de controlar, debemos estar atentos a los pacientes en riesgo en cualquier intervención que realicemos, y nos pueda servir para captarlo, y, de este modo, evitar que vaya a más o que tenga serias consecuencias; aunque hay que resaltar que la captación es difícil ya que el grupo de edad no suele acudir al ámbito sanitario, así que debemos salir a buscarlo en el ambiente donde se mueve.

Es un tema que necesita ser más estudiado, ya que va en aumento y cada vez se encuentra más extendido; los artículos se han seleccionados tras una búsqueda exhaustiva, aun habiéndose empleado numerosas bases de datos, tan sólo en tres aparecían documentos relevantes para nuestra revisión, muchos de los artículos que aparecían no cumplían los objetivos propuestos por lo que no han podido ser empleados.

Además nos encontramos con que en los documentos y artículos seleccionados se describen cosas muy similares. Algunos documentos como “Evolución del consumo del tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar” y “Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes”, han sido muy utilizados por su abundante contenido en la materia que nos ocupa. Por ello se han empleado otros recursos como buscadores o recopilar información en centros especializados en la materia.

Las intervenciones son muy limitadas a realizar por parte del personal de enfermería que principalmente van destinadas a la Educación para la Salud. Es de vital importancia estudiar otras vías de actuación y desarrollar nuevas intervenciones para afrontar este problema ya que nos vemos obligados a actuar cuando las consecuencias ya están presentes, cuando podrían ser minimizadas con planes mejor desarrollados.

Y para terminar decir que para actuar de una forma adecuada es necesario contar con un equipo multidisciplinar no sólo para realizar las intervenciones con el joven y sus redes sociales, sino también para el asesoramiento; es necesario poder contar con psicólogos, profesores médicos, trabajadores sociales...

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Martínez EK, Flores Padilla L, Calixto Olalde MG. Contexto del modelo epidemiológico en relación a la red de apoyo de pares en adolescentes para prevenir el consumo de drogas lícitas: alcohol y tabaco. *Paraninfo digital*. 2015;22
2. Jiménez PI. Evolución del consumo del tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes en la última década y relación con el apoyo familiar [tesis]. Universidad de Jaén; 2012.
3. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14:335-42.
4. Robledo T, Córdoba R. Cómo actuar ante el consumo de alcohol: Guía de referencia para profesionales de atención primaria. 2ª ed. Barcelona: SemFYC, 2007.
5. Obrador-Rial N, Ariza C, Muntaner C. Consumo de riesgo de alcohol y factores asociados en adolescentes de 15 a 16 años de la Cataluña Central: diferencias entre ámbito rural y urbano. *Gac. Sanit*. 2014;28(5):381-385. Disponible en : <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911114000983>
6. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe mundial sobre las drogas 2012. Viena; 2012 Disponible en : <file:///D:/TFG/articulos%20alcoholismo/google.%20informe%20ONU%20drogas%202012.pdf>
7. García U. E., Mendieta CS, Cervera MG, et al. SET de alcoholismo. 1ªed. Madrid: Panamericana; 2003.
8. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2013. Madrid: ministerio de calidad y consumo; 2014. Disponible en : [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME\\_2015.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf)
9. Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES), 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
10. García NP, Molerio PO, Pedraza DL. La prevención del tabaquismo y el alcoholismo en adolescentes y jóvenes desde las instituciones educativas. *Psicogente*. 2013 nov 02.
11. Pascual PF, Guardia SJ, Pereiro G.C., et al. Alcoholismo. Guías Clínicas socidrogalcohol basadas en la evidencia Científica. 3ª ed. Madrid: Saned; 2013.
12. Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ, Molero MM, Cardilla F, et al. Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2015; 5(3):371-382.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía sobre drogas 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
14. Arenas DF, Ballesta GR. III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2016-2021. Sevilla: Trama Gestion S.L.; 2016. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/drogodependencias\\_archivos\\_III\\_plan\\_andaluz\\_drogas\\_y\\_adicciones.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/drogodependencias_archivos_III_plan_andaluz_drogas_y_adicciones.pdf)
15. Henry MK; Sholmo M, Kenneth SP, Reed L. Williams Tratado de endocrinología. 11ª ed. Barcelona: Elsevier saunders; 2009.
16. Remschmidt H. Psychosocial milestones in normal puberty and adolescence. *Horm Res* 1994; 41 (suppl 2): 19-29.

17. Michael RP; Zumpke D. Behavioral changes associated with puberty in higher primates and the human. Baltimore: Williams & Williams; 1990.
18. Steinberg L; Morris AS. Adolescent development. Annu Rev Psychol 2001;52:83-110.
19. Fundación Index [homepage on the internet]. Cuiden; [consultado el 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.index-f.com/new/cuiden/>
20. Agencia Estatal Consejo Superior de Investigaciones Científicas [homepage on the internet]. Madrid. [consultado el 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.csic.es/organizacion-central>
21. La Biblioteca Cochrane Plus [homepage on the internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [consultado el 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.bibliotecacochrane.com/WebHelpSpecific/Acerca\\_de.htm](http://www.bibliotecacochrane.com/WebHelpSpecific/Acerca_de.htm)
22. Descriptores en Ciencias de la Salud [homepage on the internet]. Biblioteca virtual en salud. [actualizado en marzo del 2016; consultado el 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/decsweb2016.htm>
23. Drogomedia [homepage on the internet]. Centro de Documentación de Drogodependencia de País Vasco CDD. [consultado el 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.drogomedia.com/es/drogomedia/>
24. Biblioteca Universitaria [homepage on the internet]. Universidad de las Palmas de Gran Canaria. [consultado el 15 de noviembre de 2016]. Disponible en: [https://biblioteca.ulpgc.es/google\\_academico](https://biblioteca.ulpgc.es/google_academico)
25. Peñafiel PE. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. Pulso. 2000;32:147-173.
26. Córdoba R, Camaralles F. Impuestos, salud y sanidad. El País. 19 sep 2011; 13:22.
27. Ministerio de Sanidad y Consumo Instituto de la Juventud. Nuevas Recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y Salud Mental, del grupo de trabajo de Promoción de la Salud a la comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2008.
28. Pérez AJ, Medrano LRM, Escudero AM, Zulueta GC, et al. "Consulta abierta" del adolescente. Proyecto de eliminación de barreras en la accesibilidad a la atención integral al adolescente. Granada: Paraninfo Digital; 2014. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/319.php>
29. Martínez GF, Redondo MS, Calvo SA, Chamorro GMM et al. Documento Estratégico Sobre Alcohol Y Menores De Castilla Y León. Valladolid; 2013.
30. Pascual PF. Jornada sobre alcohol en Atención Primaria. Cartagena: Socidrogalcohol; 2016.
31. FAD [homepage on the internet]. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. [consultado el 9 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.fad.es/node/4803>
32. WHO (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
33. Anderson, P., Moller, L y Galea, G. (Ed) (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
34. Abesu JA, Armenteros OL, Caequeros, R, Gonçalves F. Manual de consenso sobre alcohol en atención primaria. Barcelona: Socidrogalcohol; 2016.