

Consumo de alcohol en niños y adolescentes.

Una mirada desde el tercer nivel de atención

Alcohol in children and teenagers. A view from the third level of care

Verónica Amaro¹, Joaquín Fernández¹, Margarita González¹, Magdalena Pardo¹, Carlos Zunino², Antonio Pascale³, Loreley García⁴, Walter Pérez⁵

Resumen

Introducción: en Uruguay el alcohol es la droga más consumida con impacto negativo en la salud estimulando conductas de riesgo.

Objetivos: describir la frecuencia de consumo de alcohol en niños y adolescentes hospitalizados en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). Conocer características del consumo, factores de riesgo y protectores.

Metodología: encuesta basada en guía de detección de consumo de alcohol e intervención breve del MSP y MIDES (2013) a pacientes entre 9 a 15 años, a las 24 horas de hospitalizados en cuidados moderados, independiente del motivo de ingreso. Período: 01 de febrero de 2015 al 31 de marzo de 2015. Variables: edad, sexo, consumo, días, patrón, riesgo, percepción de repercusiones, factores de riesgo y protectores.

Resultados: se incluyeron 202, edad media 12 años, 79% ≥ 11 años. El consumo estaba presente

en 9% de los < 11 años y en 47% de los mayores.

El consumo fue experimental en la mayoría. Se constataron 17 episodios abusivos. La mayoría niega repercusiones por el consumo. Factores protectores: educación 78 (100%), referentes 62 (79%), apoyo familiar 67 (86%). Factores de riesgo: enfermedades crónicas 26 (33%), inestabilidad emocional 30 (38,5%), violencia familiar 17 (22%), consumo intrafamiliar 62 (80%).

Discusión: no hay estudios nacionales que aborden esta problemática desde el tercer nivel de atención. El alcohol es una droga socialmente aceptada y la de inicio más temprano. Al aumentar la edad aumenta el patrón abusivo. Es importante su detección en diferentes escenarios de salud con estrategias de abordaje y seguimiento.

Palabras clave: CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS
ATENCIÓN TERCIARIA DE SALUD
NIÑO
ADOLESCENTE

1. Posgrado Pediatría. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Asistente Clínica Pediátrica. Asistente Unidad Académica Bioética. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Prof. Adj. Depto. Toxicología. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Prof. Agdo. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR. Responsable Unidad Asistencia Adolescentes. CHPR. ASSE.

5. Prof. Clínica Pediátrica. Facultad de Medicina. UDELAR.

Hospital Pediátrico. CHPR

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Summary

Introduction: *in Uruguay alcohol is the most abused drug with a negative impact on health that encourages risky behaviors.*

Objectives: *to describe frequency of alcohol consumption among children and adolescents hospitalized in the Pereira Rossell Pediatric Hospital and to learn about its characteristics, impact, risks and protective factors.*

Methodology: *a survey based on Alcohol Consumption Detection Guide and a brief intervention by the Ministry of Health and the Ministry of Social Development (2013) to patients aged 9-15 years, 24 hours after being hospitalized in transitional care, regardless of the reason for admission. Period: February 1 to March 31, 2015. Variables: age, sex, alcohol use, drinking days, risk pattern, awareness of consequences, risk and protective factors.*

Results: *202 patients were included in the study. Average age: 12 years, 79% \geq 11 years. Alcohol use was present in 9% of those < 11 and in 47% of those over 11 years old. In most cases children and teenagers had just tried it. In seventeen cases, there was alcohol abuse. Most children and adolescents denied the consequences of alcohol use. Protective factors are the following: education 78 (100%); role models 62 (79%); family support 67 (86%). Risk factors: Chronic diseases 26 (33%); emotional instability 30 (38.5%); domestic violence 17 (22%); abusive domestic consumption 62 (79.5%).*

Discussion: *there are no national studies that address this problem from the third level of care. Alcohol is a socially accepted drug. The older consumers get, the more abusive the pattern is. The importance of screening in different health scenarios is evident, and strategies to address and follow up the condition are necessary.*

Key words: ALCOHOL DRINKING
TERTIARY HEALTHCARE
CHILD
ADOLESCENT

Introducción

El consumo de alcohol impacta de forma negativa en la salud de los adolescentes y estimula conductas de riesgo⁽¹⁾. En esta etapa de la vida el cerebro es un órgano en desarrollo y como tal es un organismo plástico que puede ser moldeado por lo aprendido. El consumo de alcohol puede bloquear temporalmente esta plasticidad cerebral⁽²⁾. El grado de riesgo por el uso abusivo de alcohol varía en función de la edad, sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe⁽¹⁾. Sin embargo la Asociación Médica Americana advierte que cualquier consumo de alcohol por mínimo que sea posee un efecto negativo principalmente sobre la percepción de las habilidades que pone en riesgo la salud y seguridad⁽³⁾. Por otro lado, el consumo de alcohol constituye un problema de salud pública. La 6° Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media (2013), realizada a adolescentes escolarizados de 13 a 17 años evidenció que el alcohol sigue siendo la droga de consumo problemático más utilizada en Uruguay y la de inicio más temprano. Se reportó que 8 de cada 10 habían consumido alcohol alguna vez en su vida y 7 de cada 10 en el último año. Casi 1 de cada 3 había tenido uno o más episodios de consumo abusivo de alcohol en los últimos 15 días⁽⁴⁾.

Desde el sistema sanitario se ha comenzado a enfatizar la importancia de la detección temprana de consumo de alcohol en los adolescentes e impulsar que la misma se realice durante el control de salud anual, formando parte del abordaje integral del adolescente, como lo explicita la Guía de Abordaje a la Salud Integral de Adolescentes en el Primer Nivel de Atención (2009)⁽⁵⁾. También se ha incorporado esta temática en la historia clínica del Sistema Informático del Adolescente (SIA) CLAP/SMR - OPS/OMS.

A pesar de contar con estas herramientas, continúan existiendo dificultades en el equipo de salud para lograr pesquisar el consumo de alcohol y su posterior abordaje. Es necesario contar con otros instrumentos que sirvan de guía para identificar el consumo y realizar una intervención pertinente. Se debe sensibilizar a todos los profesionales de la salud del importante rol que juegan en la prevención del consumo problemático de drogas, incluyendo el alcohol.

Desde 2013 el MSP impulsa una estrategia de seguimiento a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con consumo problemático de alcohol que consulten en un servicio de atención de urgencia o servicios de emergencia médica móviles por intoxicación alcohólica o por situaciones en que el alcohol sea determinante en la ocurrencia del hecho que determina la pérdida del estado de

salud. Se establece que debe referenciarse a un espacio adolescente para la realización de una evaluación integral de salud ⁽⁶⁾.

La detección temprana del consumo de alcohol durante la consulta en los diferentes niveles de atención, previo a la aparición de un consumo problemático es esencial para lograr una intervención oportuna. El programa Adolescencia y Juventud del MSP impulsó la traducción y adaptación de una guía elaborada por el Instituto Nacional sobre el abuso de alcohol y alcoholismo de Estados Unidos con el fin de evaluar los diferentes grados de consumo según el grupo etario y la intensidad del mismo pudiendo categorizar el riesgo. Es de fácil aplicación en diferentes escenarios, consultorio y servicios de emergencia ⁽⁷⁻⁹⁾.

A partir de 2013 el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) cuenta con una Unidad de Asistencia a Adolescentes hospitalizados con un abordaje integral e interdisciplinario independiente del motivo de ingreso. En este contexto, la detección y abordaje del consumo de alcohol constituye un pilar esencial dentro de sus funciones.

Objetivos

- Describir la frecuencia de consumo de alcohol en niños y adolescentes hospitalizados en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR).
- Conocer las características y repercusiones de los adolescentes que refieren consumo.
- Releva los factores de riesgo y protectores de consumo de los niños y adolescentes incluidos.

Metodología

Diseño: estudio transversal. Se realizó una encuesta para detectar el consumo de alcohol basada en la Guía de detección de consumo de alcohol e intervención breve del MSP y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) del 2012. Fue administrada por los autores.

Período: 1 de febrero al 31 de marzo del 2015.

Criterios de inclusión: niños y adolescentes de 9 a 15 años, a las 24 horas de hospitalizados en cuidados moderados del HP-CHPR, independiente del motivo de ingreso.

Criterios de exclusión: incapacidad para responder, no otorgar el consentimiento informado, o no estar en condiciones óptimas de salud en el momento de la entrevista.

VARIABLES: edad, sexo, motivo de consulta, consumo de alcohol.

En aquellos niños o adolescentes en los cuales se detectó consumo de alcohol se relevó: días en el último

año, patrón, lugar, episodios abusivos, bebida de preferencia, principal motivo, conocimiento por los familiares. Se preguntó la percepción de la repercusión del consumo (conductas sexuales de riesgo, siniestros de tránsito, trastornos del sueño, pérdida de memoria, malestares gastrointestinales, cambios en la conducta alimentaria y conductas violentas) ^(10,11). Se pesquisó asociación con otras drogas (tabaco, marihuana y cocaína).

En todos los niños y adolescentes incluidos se relevó factores de riesgo/protector para el consumo de drogas: presencia de enfermedades crónicas, ideas de autoeliminación, violencia (a través del relato espontáneo), consumo intrafamiliar de alcohol y otras drogas, inclusión en centros educativos, presencia de un proyecto de vida, referentes adultos, apoyo familiar y actividades recreativas.

Definiciones operativas

Para categorizar el patrón de consumo se consideró:

- Experimental: situación de contacto inicial con la sustancia.
- Ocasional: consumo intermitente, sin periodicidad fija y con largos intervalos de abstinencia.
- Habitual: utilización frecuente de la droga, más de 52 días en el año ⁽¹²⁾.

Episodio abusivo: ingesta de tres tragos en mujeres de 9 a 15 y varones de 9 a 13 años o ingesta de cuatro tragos en varones de 14 y 15 años. Por razones metodológicas se consideró episodios de abuso a la ingesta de más de tres tragos independiente del sexo y edad. Un trago de bebida equivale a dos unidades de bebida estándar (UBE). La UBE corresponde a 10 g de alcohol puro (etanol). Un trago equivale a una lata de cerveza, un vaso de vino o una medida de bebida destilada ⁽⁸⁾.

El riesgo de consumo se catalogó en bajo, moderado o alto según la frecuencia de consumo en el último año y la edad. La figura 1 ilustra las categorías de riesgo (8).

Consumo problemático: uso recurrente de drogas que produce algún efecto perjudicial para la persona o su entorno, como problemas de salud, en las relaciones interpersonales, legales e incumplimiento de obligaciones ⁽¹²⁾.

Análisis de datos: frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; medidas de tendencia central para las cuantitativas.

Se utilizó el test de chi cuadrado de Pearson para comparar variables cualitativas. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Para procesar los datos se utilizó Excel 2013.

Aspectos éticos. Fue aprobado por el comité de ética del HP-CHPR. Se solicitó consentimiento informado a los adolescentes y sus referentes adultos. En aquellos niños o adolescentes en que se detectó consumo de al-



cohol, se contactó con el equipo de salud tratante para continuar con el abordaje al alta.

Resultados

Se hospitalizaron 350 niños y adolescentes entre 9 y 15 años en cuidados moderados en el periodo de estudio. Se incluyeron 202. Se excluyeron 148, de los cuales 76 no estaba en condiciones de salud óptimas en el momento de la entrevista y 21 no otorgaron consentimiento informado. Al resto (51) se otorgó alta antes de las 24 horas del ingreso.

La media de edad fue de 12 años, 159 (79%) \geq 11 años, 107 (53%) de sexo femenino. Los motivos de consulta se muestran en la tabla 1. Predomina la patología psicosocial (n=46).

Refirieron consumo de alcohol 78 (38,6%). La tabla 2 muestra la frecuencia de consumo según edad y la frecuencia que reportan consumo por parte de los amigos.

Tabla 1. Motivos de consulta según patología.

Motivos de consulta	FA	FR%
Trastorno de la esfera psíquica y del comportamiento	46	23%
Traumatismos y lesiones accidentales	34	17%
Patología quirúrgica	30	15%
Dolor abdominal no específico	27	13%
Enfermedades infecciosas	20	10%
Enfermedades respiratorias agudas	19	9%
Probable abuso sexual y malos tratos	7	3,5%
Enfermedades del sistema nervioso	6	3%
Diabetes mellitus	5	2,5%
Enfermedades del sistema circulatorio	4	2%
Otros	4	2%
Total	202	100%

Al evaluar el riesgo de los adolescentes de 11 o más años según el número de días de consumo en el último año, se identificó 64 (85%) con riesgo moderado y 10 (15%) con alto riesgo.

La tabla 3 muestra el patrón de consumo distribuido por edad. Todos los casos de los menores de 11 años el consumo experimental fue en su hogar. En los adolescentes de 11 o más años, el consumo experimental fue en el hogar n= 33 (52%), fiestas n=27 (42%) y en la calle n=

Tabla 2. Frecuencia de consumo individual y de amigos

Consumo	< 11 años n= 43		\geq 11 años n= 159	
	n	FR%	n	FR%
Sí	4	9	74	47
No	39	91	77	48
No responde	0	0	8	5
Total	43	100	159	100
Consumo de amigos	< 11 años n= 43		\geq 11 años n= 159	
Sí	5	12	68	43
No	36	84	85	53
No responde	2	4	6	4
Total	43	100	159	100

Tabla 3. Distribución del patrón de consumo según edad

Patrón de consumo	< 11 años n= 4		≥ 11 años n= 74	
	n	FR%	n	FR%
Experimental	4	100	64	86,5
Ocasional	0	0	9	12
Habitual	0	0	1	1,5
Total	4	100	74	100

Tabla 4. Episodios abusivos según la edad

Edad (en años)	11	12	13	14	Total
Más de un episodio	0	1	2	9	12
Único episodio	1	1	0	3	5
Total	1	2	2	12	17

4 (6%). El consumo ocasional o habitual se reporta en fiestas o en el hogar. Sólo uno de ellos consume con mayor frecuencia en la calle.

Se identificaron 17 episodios abusivos, uno refirió consumir más de 12 tragos en una oportunidad. Se trataba de un adolescente de 14 años de sexo femenino, institucionalizada en Instituto de la Niñez y Adolescencia del Uruguay (INAU) que ingresó por un intento de autoeliminación y que refirió múltiples repercusiones en esta ocasión (episodio de violencia, siniestro de tránsito y pérdida de memoria). La tabla 4 muestra edad y la frecuencia de reiteración de los episodios abusivos. En 13 casos sus referentes adultos conocían lo sucedido.

Las bebidas consumidas con mayor frecuencia fueron cerveza 38 (49%), vino 23 (30%), destiladas siete (9%), más de una 10 (12%). Ninguno consumió energizantes. Tampoco refirieron conocimiento de otras nuevas formas de consumo (“tampodka”, “eyeballing” y “oxy-shots”, todas ellas desviaciones del consumo “binge drink”).

Refirieron que el principal motivo de consumo fue: “para probar” 33 (42%); por diversión 25 (32%); porque “le gusta” 10 (13%) y porque “los amigos lo hacen” tres (4%). Refirieron otros motivos dos (3%), no saben el motivo cinco (6%).

Los referentes adultos conocían la situación de consumo en 62 (80%) casos. Se detectó un consumo problemático a través de la percepción de las repercusiones del consumo en 12 adolescentes, nueve de los cuales coinciden con los que refieren episodios abusivos. Refirieron conductas

sexuales de riesgo dos, siniestros de tránsito tres, pérdida de memoria uno, malestares gastrointestinales siete, cambios en la conducta alimentaria dos, conductas violentas seis. Ninguno relató trastorno del sueño.

Consumieron otras sustancias 12 (15%); marihuana tres, tabaco cuatro, marihuana y tabaco cuatro, tabaco y cocaína uno. La tabla 5 muestra los factores protectores y de riesgo de los niños y adolescentes que refirieron consumo y los que no.

Discusión

En este trabajo se aplicó la Guía de bolsillo para detección de consumo de alcohol e intervención breve para adolescentes y jóvenes, que comenzaron a promover el MSP y el MIDES desde el año 2012⁽⁷⁾. Se utilizó esta herramienta por su fácil aplicación y su utilidad para detectar riesgo temprano y prevenir los problemas relacionados con el alcohol. Consiste en realizar dos preguntas que se pueden incorporar rápidamente en la entrevista en cualquier escenario que el adolescente consulte. No es de uso exclusivo para el primer nivel de atención. Es el primer instrumento que incluye indagar el consumo en los amigos para mejorar la detección de este problema. Permite identificar a niños y adolescentes con inicio de consumo a edades tempranas y alertar cuando un amigo consume, considerándolo un factor de riesgo. Asimismo puede ser una pregunta facilitadora para el inicio del abordaje de la temática⁽⁸⁾.

Tabla 5. Factores protectores y de riesgo de los niños que refirieron consumo y de los que no.

Factores de riesgo/protectores	Refirieron consumo n=78	No refirieron consumo n=116
	n (%)	n (%)
Enfermedades crónicas	26 (33)	47 (41)
Ideas de autoeliminación*	30 (38)	10 (13)
Relato espontáneo de violencia	17 (22)	20 (17)
Consumo familiar de alcohol*	62 (79)	19 (16)
Consumo familiar otras drogas**	25 (32)	14 (12)
Inclusión en centros educativos	78 (100)	116 (100)
Referentes adultos	62 (79)	111 (96)
Apoyo familiar	67 (86)	111 (96)
Actividades recreativas	67 (86)	115 (99)
Proyecto de vida	65 (83)	86 (74)

*p≤0,05
No se incluyen los ocho casos que no responden a las preguntas para detección de consumo.

Este trabajo es la primera comunicación nacional que reporta la frecuencia del consumo de alcohol en niños y adolescentes hospitalizados. Se encontró que casi 40% de los niños y adolescentes entre 9 y 15 años incluidos habían consumido alcohol alguna vez en su vida. El 5% de los que refirieron consumo eran menores de 11 años. Esto refleja la importancia de realizar la pesquisa a edades tempranas. Según el Observatorio Nacional de Drogas (2014) la edad promedio de inicio del consumo de alcohol es de 12,8 años, pero 14% ha experimentado con el alcohol antes de cumplir los 12 años⁽⁴⁾.

En esta serie refirieron consumo experimental 9 de cada 10 adolescentes, en una oportunidad, y la mayoría en el hogar o en fiestas familiares. Esto se debe en parte a que el alcohol es una droga socialmente aceptada⁽⁹⁾. Al aumentar la edad aparece un franco patrón abusivo. En este trabajo se detectó consumo ocasional o habitual en pocas casos y a edades más avanzadas. Los adolescentes que refirieron este patrón de consumo tenían en su mayoría 13 o 14 años, al igual que los que refirieron episodios abusivos. Es esperable que durante la adolescencia se busque experimentar, sin embargo es de fundamental importancia abordar tempranamente el inicio y considerarlo como puerta de entrada para otras drogas⁽²⁾. El consumo experimental no implica que se continúe con el consumo o se transforme en problemático. En esta serie no se valoró la dependencia a la sustancia.

La Academia de Pediatría recomienda que aparte de preguntar anualmente sobre el consumo de las drogas

psicoactivas, incluidas el alcohol, se pesquise con herramientas validadas el riesgo de consumo problemático, abuso o dependencia⁽¹⁰⁾.

El consumo de riesgo constituye un patrón que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Identificarlo es importante para planificar estrategias de intervención⁽¹¹⁾. El abuso es definido por el DSM V como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo durante un periodo de 12 meses en una de las siguientes áreas vitales como, incapacidad para cumplir las obligaciones; consumo de situaciones peligrosas como conducción de vehículos; problemas legales; consumo a pesar de dificultades sociales o interpersonales asociadas. La adicción es definida por la OMS como un estado psíquico y a veces físico, de la interacción entre un organismo vivo y un producto psicoactivo, con modificaciones de la conducta, con deseo incontrolable de consumir la droga, continua o periódicamente^(1,12). Sin embargo, se debe considerar que cualquier consumo en niños o adolescentes menores de 11 años es de riesgo alto. En los ≥ 11 años se puede basar el riesgo según los días de consumo anuales, como se realizó en este trabajo. Pero para categorizar el riesgo de forma más precisa es importante conocer los episodios de consumo abusivo y las repercusiones a corto y largo plazo que le ha ocasionado. En Argentina se ha realizado una adaptación transcultural y validación del test CRAFFT que permite categorizar el riesgo en los que refieren consumo⁽¹³⁾. Podría haber sido una herramienta

complementaria a la Guía de detección utilizada en este trabajo.

El uso abusivo del alcohol tiene graves repercusiones en la salud. La OMS lo define como una enfermedad crónica no transmisible. Compromete tanto el desarrollo individual como el social, contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo abusivo de alcohol está relacionado a los siniestros de tránsito, violencia y suicidios⁽¹⁾. En este trabajo se identificaron 17 episodios abusivos, con mayor frecuencia a medida que son mayores. La importancia de estos episodios radica en sus repercusiones en el momento donde se produce la intoxicación, que determina mayor probabilidad de conductas de riesgo asociadas. Pero también se deben considerar las repercusiones⁽¹⁴⁾. Se puede observar una baja percepción de las repercusiones de consumo problemático en los adolescentes incluidos. Para lograr conocer con mayor exactitud estas percepciones se aconseja medirlas a través de escalas. La escala POSIT detecta problemas específicos en distintas áreas de funcionamiento del adolescente⁽¹³⁾. Esta sería otra escala que contribuiría a mejorar la calidad del abordaje. Siempre se debe considerar el consumo perjudicial a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque también se puede incluir las consecuencias sociales entre los daños causados^(15,16).

Los factores sociales y personales actúan conjuntamente facilitando la iniciación y escalada del consumo de alcohol y otras drogas. Pueden verse influidos por los medios de comunicación, familiares o amigos que beben. En esta descripción la presencia de familiares que consumen alcohol u otras drogas actuó como un factor de riesgo estadísticamente significativo.

Las influencias sociales tienen mayor impacto en los adolescentes psicológicamente vulnerables, cuyos repertorios básicos de conducta son pobres, por ejemplo déficits en habilidades sociales o académicas, y con deficiencias o problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad o estrés. En esta serie se pudo observar que haber tenido ideas de muerte fue un factor de riesgo estadísticamente significativo.

Se destaca que la probabilidad de beber aumenta si el adolescente integra un grupo que consume alcohol, por influencia indirecta del modelado de los compañeros o directa de la presión del grupo a experimentar el consumo de alcohol mediante invitaciones explícitas⁽¹⁴⁾. Es por esta razón que se considera importante incorporar en la anamnesis el consumo de los amigos. Cuando se indaga el motivo que los llevó a experimentar el consumo, lo

más frecuente fue por diversión y placer, actividades que involucran a los amigos.

La ambigüedad en las normas familiares, el exceso de protección, la falta de reconocimiento y una organización familiar rígida influyen negativamente en el adolescente determinando mayor vulnerabilidad. La comunicación satisfactoria evita el aislamiento, educa para las relaciones extrafamiliares, promueve la expresión de sentimientos y facilita el desarrollo personal. Numerosos autores destacan la relación entre la vivencia negativa de las relaciones familiares y el uso de drogas^(11,14). A pesar de que en esta serie no se encontraron diferencias significativas entre el consumo y situaciones de violencia, en varios estudios se ha documentado. Probablemente la causa sea que se requiera mayor confianza con el adolescente para que refieran situaciones de abuso y/o violencia. Varios investigadores han descrito como factor protector una relación familiar afectuosa y actividades familiares que permitan a sus miembros compartir diariamente momentos gratos en familia⁽¹⁷⁾.

Dado el gran número de variables que influyen en el consumo de alcohol y otras drogas, parece apropiado plantear una etiología multifactorial, donde los factores contextuales incluyen variables sociodemográficas, biológicas, culturales y ambientales; los factores sociales se refieren tanto al entorno próximo del adolescente, familia, escuela, grupo de amigos, como a la influencia mediática de la publicidad y los medios de comunicación; los factores personales comprenden cogniciones, habilidades, y otras variables personales relevantes⁽¹⁴⁾.

Conclusiones

La oportunidad de detección y abordaje de consumo de alcohol no se limita al control en salud de los adolescentes. La hospitalización mostró que es un escenario en el cual se logró realizar la detección de situaciones de consumo independiente del motivo de ingreso.

La guía de detección de consumo de alcohol e intervención breve del MSP y MIDES mostró ser útil para la pesquisa de consumo, incluso el experimental y a edades tempranas.

Promover y capacitar a los profesionales de la salud en el uso de instrumentos de detección de consumo, como la Guía utilizada en este trabajo es fundamental para dar respuestas sanitarias a las necesidades que tienen los adolescentes. Es fundamental lograr el seguimiento y mejorar la referencia y contrarreferencia de los diferentes niveles de atención.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Estrategia mundial para

- reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra: OMS, 2010. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbstrategy.pdf. [Consulta: 9 agosto 2015].
2. **Rossi G, Carbajal M, Bottrill A.** La Previa: el consumo de alcohol entre los adolescentes. Guía para padres y educadores. Montevideo: Santillana, 2012
 3. **American Medical Association.** Operating vehicles under the influence of alcohol or other drugs/underage drinking and driving. Chicago: AMA, 2015. Disponible en: www.ama-assn.org/special/aos/alcohol1/policy/drinking.htm. [Consulta: 9 julio 2015].
 4. **Junta Nacional de Drogas. Observatorio Uruguayo de Drogas.** VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media. Montevideo: JND, 2014. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/015_VI_encuesta_estudiantes_2014.pdf. [Consulta: 9 agosto 2015].
 5. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud.** Programa Nacional de Salud Adolescente. Guía de abordaje integral de adolescentes en el primer nivel de atención. Montevideo: MSP, 2009. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente_08_10%5B1%5D.pdf. [Consulta: 15 julio 2015].
 6. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Ordenanza N° 485. Montevideo, 5 julio 2013. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Ordenanza_485.pdf. [Consulta: 15 julio 2015].
 7. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública.** Detección de consumo de alcohol: intervención breve para adolescentes y jóvenes. Montevideo: MSP, 2012. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GUIA%20ALCOHOL.pdf. [Consulta: 15 julio 2015].
 8. **National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.** Alcohol screening and brief intervention for youth: a practitioner's guide. Rockville: NIAAA, 2011. Disponible en: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/Youth-Guide/YouthGuide.pdf>. [Consulta: 21 julio 2015].
 9. **Pons Diez J, Berjano Peirats E.** El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social. Valencia: Plan Nacional sobre Drogas, 1999.
 10. **Committee on Substance Abuse, Levy SJ, Kokotailo PK.** Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. *Pediatrics* 2011; 128(5): e1330-40.
 11. **Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG.** AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: pautas para su utilización en Atención Primaria. Ginebra: OMS. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias, 2001. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf. [Consulta: 21 julio 2015].
 12. **Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública.** <http://www.infodrogas.gub.uy/Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol: SENDA>. Santiago de Chile: SENDA, 2011. Disponible en: <http://www.senda.gob.cl/>. [Consulta: 21 julio 2015].
 13. **Bertini MC, Busaniche J, Baquero F, Eymann A, Krauss M, Paz M, et al.** Adaptación transcultural y validación del test CRAFFT como prueba de pesquisa para consumo problemático, abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias en un grupo de adolescentes argentinos. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(2):114-8.
 14. **Espada JP, Méndez X, Griffin KW, Bolvin GJ.** Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Pap Psicol* 2003; 84:9-17. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>. [Consulta: 21 julio 2015].
 15. **World Health Organization.** Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: WHO, 1994. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf. [Consulta: 21 julio 2015].
 16. **World Health Organization.** The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>. [Consulta: 21 julio 2015].
 17. **Mosqueda-Díaz A, Ferriani M Carvallo.** Factores protectores y de riesgo familiar relacionados al fenómeno de drogas, presentes en familias de adolescentes tempranos de Valparaíso, Chile. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19(esp): 789-95.

Correspondencia: Dr. Carlos Zunino.
Correo electrónico: careduzunino@gmail.com