



**INTERVENCIÓN EN LOS PROBLEMAS
DE ABUSO DE ALCOHOL JUVENIL**

1. INTRODUCCIÓN

Los datos de que se dispone parecen indicar que actualmente existe una expansión progresiva del uso de alcohol en la población juvenil. El modelo juvenil de consumo de alcohol ha adquirido unas características propias, diferentes al modelo tradicional adulto: un paulatino descenso en la edad de comienzo de consumo habitual de bebidas alcohólicas que, según los estudios, oscila entre los 13 y los 16 años (un poco antes los varones que las mujeres), un aumento del consumo de alcohol en la población joven durante los fines de semana y los días festivos, un desplazamiento del consumo de vino al consumo de cerveza y a las bebidas combinadas de alta gradación; un marcado carácter social, de tal forma que consumir alcohol se asocia a la necesidad de obtener reconocimiento social por parte de los iguales y en donde la experiencia de la embriaguez es una especie de rito de transición o rito de paso casi obligatorio para los adolescentes.

Las causas que explican el uso de alcohol son de muy diversa índole. El modelo biopsicosocial del alcoholismo sugiere que la etiología del consumo de alcohol y de la posterior adicción se debe a la interacción de factores constitucionales (genéticos y biológicos), factores sociales (por ejemplo la disponibilidad) y factores psicológicos (como la historia de aprendizaje). Algunos factores actuarían como protectores frente al alcoholismo (alto coste, fuertes creencias religiosas antialcohólicas, etc.), mientras que otros funcionarían como factores de riesgo (por ejemplo, situaciones de tensión o historia familiar de alcoholismo).

2. LA PREVENCIÓN DEL USO DEL ALCOHOL.

2.1. Reducción de la oferta y reducción de la demanda.

Las vías de actuación para incidir en los factores determinantes del consumo de alcohol pueden ser múltiples. Un primer grupo de medidas consiste en la puesta en práctica de intervenciones orientadas hacia la limitación de la disponibilidad de las drogas, a través del establecimiento de medidas legales que intentan controlar la oferta de estas sustancias. Las numerosas investigaciones que han estudiado los efectos de la reducción de la disponibilidad y accesibilidad de las drogas, avallan la hipótesis de que resultan medidas eficaces para reducir su consumo y las consecuencias asociadas, especialmente entre los jóvenes. Algunas de las medidas legales más frecuentes son las siguientes: supervisión de la publicidad de las drogas de uso legal, limitación de la edad mínima para beber, regulación del número de establecimientos de venta, regulación de las horas y días de venta, incremento de los precios a través de los impuestos, prohibición de fumar en determinados lugares, sanciones a los establecimientos que incumplan las normas, y endurecimiento de las penas por tráfico de drogas.

Además de las medidas legales, un segundo grupo de actuaciones están encaminadas al control de la demanda de drogas por parte de los jóvenes.

2.2. Ámbitos de la prevención del uso de drogas.

- La prevención comunitaria.

La dimensión comunitaria de la prevención del uso de drogas trata de optimizar las redes de apoyo social y de incidir en el conjunto del entorno social, incorporando a grupos, organizaciones e instituciones, dentro de un sistema global organizado. En general los programas de prevención comunitaria se llevan a cabo a través de los siguientes procedimientos: campañas en los medios de comunicación, programas informativos de salud pública, formación de mediadores sociales y prevención en espacios de ocio.

La prevención comunitaria se lleva a cabo a través de mediadores comunitarios o agentes sociales intermediarios (padres, educadores, personal sanitario, trabajadores sociales, líderes vecinales o juveniles, responsables de instituciones, etc.) cercanos al público diana (los niños y jóvenes, últimos destinatarios de los mensajes preventivos) y con gran influencia y autoridad sobre los restantes miembros de la comunidad.

El incremento de la información por medio de campañas públicas sobre las sustancias y las consecuencias trágicas de su consumo es el procedimiento más habitual en la prevención comunitaria del abuso de drogas. Pero, desgraciadamente, la evidencia empírica ha demostrado consistentemente la ineficacia de esta estrategia (Schinke, Botvin y Orlandi, 1991). Las investigaciones han encontrado que los programas informativos son capaces de aumentar los conocimientos y de cambiar las actitudes ante las drogas, pero no reducen necesariamente su consumo.

Dentro del marco comunitario, en los últimos años hemos asistido a una gran difusión de programas de ocio alternativo en toda España. Los programas de alternativas de ocio saludable se suelen incluir dentro del marco de la prevención comunitaria. En concreto, estas estrategias junto con los programas de reducción de riesgos, conformarían las intervenciones preventivas realizadas en los espacios de ocio.

- La prevención en el ámbito escolar.

Muchos autores coinciden en señalar que la escuela debe ser el ámbito de intervención fundamental para la prevención del consumo de alcohol y de otras sustancias psicotrópicas.

Las múltiples investigaciones que se han realizado hasta la fecha sobre los programas de intervención escolar permiten arrojar una serie de conclusiones sobre los componentes y los procedimientos que obtienen mejores resultados en la prevención y tratamiento de las conductas inadaptadas y que pueden ser de utilidad a la hora de diseñar un programa de prevención.

En una revisión de los programas escolares de prevención del consumo de alcohol, Hansen (1992) identifica 12 tipos de estrategias diferentes, definidas por la asunción de un factor de riesgo particular susceptible de ser

modificado: creencias normativas, compromiso personal, incremento de valores, información, habilidades de resistencia, alternativas al consumo, habilidades para el establecimiento de objetivos, habilidades para la toma de decisiones, incremento de la autoestima, habilidades de afrontamiento del estrés, habilidades de búsqueda de ayuda y habilidades interpersonales.

Canning, Millward y Raj (2003) elaboraron un interesante trabajo donde se resumía la evidencia empírica relacionada con la prevención del consumo de drogas. Los autores presentan como probados, entre otros, los siguientes hallazgos:

En general, los programas de prevención más efectivos son aquellos que van dirigidos hacia las “drogas de iniciación”, como el alcohol, tabaco y cannabis, más que a otras sustancias ilegales.

Las intervenciones escolares pueden retrasar la edad de inicio de consumo de drogas en los no consumidores y reducir su uso entre los que ya consumen, aunque los efectos tienden a reducirse con el tiempo.

Los programas de prevención universal son más efectivos para los jóvenes de bajo riesgo que para los de alto riesgo.

Un programa de entrenamiento en habilidades, en concreto, el Life Skill Training, LST (Entrenamiento en Habilidades para la Vida) (Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin y Díaz, 1995; Botvin, Baker, Filazzola y Botvin, 1990) se ha mostrado eficaz a largo plazo, aunque ésta se reduce con el paso del tiempo.

Los programas interactivos que incluyen a los padres son más efectivos que los no interactivos.

Los programas basados en la información, como el proyecto DARE, tienen poca influencia sobre la conducta de consumo de drogas.

Los programas más efectivos son los más intensivos (por ejemplo, diez o más sesiones) y los que suelen incluir sesiones de recuerdo. Los programas preventivos deberían realizarse a largo plazo, con intervenciones de refuerzo. Existen investigaciones que demuestran que los beneficios de los programas de prevención para escolares de

Primaria disminuyen si no se llevan a cabo programas de seguimiento en Secundaria y Bachillerato (Scheier, Botvin, Díaz y Griffin, 1999).

- La prevención en el ámbito familiar.

Los programas dirigidos a los padres tienen como objetivo prevenir el uso de drogas de los adolescentes mediante la reducción de los factores de riesgo del ámbito familiar (Secades y Fernández Hermida, 2002; Secades, Fernández Hermida y Vallejo, 2004). Espada y Méndez (2002) resumen las metas a alcanzar en los programas preventivos familiares en dos: a) adquirir información y b) adquirir o mejorar habilidades para prevenir la aparición el problema.

Los contenidos de los programas educativos versan sobre los siguientes tópicos:

formación básica en drogodependencias.

psicología del adolescente.

procesos de comunicación humana.

estilos educativos.

el papel de la autoestima en la psicología del adolescente.

epidemiología del consumo de drogas.

Los programas de entrenamiento en habilidades versan sobre:

habilidades de comunicación.

habilidades sociales.

habilidades de negociación y resolución de conflictos (Espada y Méndez, 2002).

Un ingrediente esencial para el éxito de un programa de prevención es la motivación de los participantes. A pesar de que la inmensa mayoría de los padres afirman estar dispuestos a participar en un programa de prevención (Pinazo y Pons, 2002), la realidad es que hay una fuerte autoselección que determina que participen en los programas fundamentalmente madres, con un nivel de formación básico y fuertes creencias religiosas. Se ha podido comprobar que los padres que están menos inclinados a participar en los programas preventivos son los que menos se habían implicado previamente en la educación de sus hijos (Spoth, 1998). Además, en el momento que la actividad preventiva exige un esfuerzo continuado, se produce una alta tasa de abandono.

Cabe describir de forma ilustrativa algún programa de prevención familiar que cuente con el soporte empírico necesario que avale su efectividad. El Strengthening Families Program (SFP) (Fortaleciendo familias) de Kumpfer, Molgaard y Spot (1996) está dirigido a familias en las que los padres han tenido problemas de abuso de sustancias. Incluye tres componentes:

programa de formación para padres y madres, que persigue mejorar las habilidades en la educación de los hijos.

formación para niños y niñas: tiene como objetivo mejorar la socialización de los hijos.

formación para familias: su meta es mejorar la calidad de las relaciones familiares.

El contenido de las sesiones para padres es: estrategias de clarificación de expectativas basadas en el desarrollo infantil, uso apropiado de la disciplina, manejo de emociones relacionadas con sus hijos, formas de comunicación eficaz con los hijos.

Por otro lado, en las sesiones para los hijos se tratan los mismos puntos que sus padres, añadiendo además el aprendizaje de estrategias para afrontar la presión social, y otra serie de habilidades sociales. En la parte conjunta de la sesión, padres e hijos practican la resolución de conflictos y las habilidades de comunicación.

3. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL JUVENIL.

3.1. Evaluación.

Kaminer (1991) sugiere que, en los casos de abuso de alcohol juvenil (o de otras sustancias), deben ser evaluadas, al menos, las diez áreas siguientes:

- Consumo de la sustancia en sí.
- Desórdenes psiquiátricos.
- Funcionamiento familiar.
- Rendimiento escolar.
- Relaciones con los iguales.
- Habilidades sociales.
- Intereses vocacionales.
- Estado físico de salud.
- Actividades recreativas.

Los instrumentos clínicos elaborados para la evaluación de los problemas relacionados con el abuso de alcohol en la población juvenil son muy escasos y, además, la mayoría de ellos aún no han sido adaptados a la población española. La utilidad clínica de cada instrumento dependerá de lo que sea necesario conocer acerca del joven bebedor. La mayoría de estos instrumentos son aplicables indistintamente a adultos y a jóvenes, aunque algunos se aplican exclusivamente a jóvenes y adolescentes.

Además de esta evaluación específica, es conveniente tener en cuenta la determinación de otras áreas más globales relacionadas con los problemas de alcohol:

- problemas médicos causados o agravados por la bebida.

la presencia y severidad de problemas psicológicos concurrentes.

las habilidades generales del adolescente que pudieran estar implicadas en la evolución del problema con el alcohol: habilidades sociales y asertivas, habilidades de solución de problemas, etc.

la evaluación familiar, en concreto aspectos como: el clima social familiar, las habilidades de comunicación y de solución de problemas, conflictos, recursos familiares, etc.

3.2. Tratamiento.

Los trabajos publicados acerca del tratamiento del abuso de alcohol en los jóvenes son muy escasos. La estrategia comúnmente utilizada ha sido la de adaptar a los adolescentes los mismos programas de tratamiento aplicados a los adultos. Sólo recientemente se han empezado a elaborar procedimientos diseñados específicamente para la población juvenil.

- Motivación y objetivos del tratamiento.

Los adolescentes no suelen reconocer la gravedad de su dependencia del alcohol (no perciben la bebida como causa de problemas) ni solicitar voluntariamente un tratamiento. Muchas de las consecuencias más importantes del abuso del alcohol aparecen a largo plazo (por ejemplo, cirrosis) y no son percibidas por los adolescentes como personalmente relevantes. Consecuentemente, el joven típico que abusa del alcohol suele acudir a tratamiento menos motivado que el alcohólico adulto.

La Entrevista Motivacional (Monti et al., 2001) puede ser una buena estrategia para facilitar y consolidar el compromiso del joven con el proceso de cambio.

Un tema polémico es si el objetivo de una intervención para el abordaje de un problema de alcohol debe ser siempre la abstinencia total o si, en algunos casos, es posible plantear la reducción del consumo de bebida.

Investigaciones realizadas en los últimos años parecen demostrar que algunos bebedores excesivos (sin una pérdida total de control y con una

dependencia todavía baja) pueden beneficiarse de programas terapéuticos cuyo objetivo sea el consumo moderado de alcohol. No obstante, la mayoría de los estudios niegan la posibilidad de un consumo de alcohol controlado en alcohólicos clínicos, con importantes problemas orgánicos y psicosociales asociados. El beber controlado no parece que deba ser, por tanto, un objetivo clínico viable para los alcohólicos en sentido estricto.

Será necesario, por tanto, la realización de una adecuada evaluación que determine, en cada caso, cual debe ser el objetivo de tratamiento más adecuado.

- Técnicas de tratamiento

Dejar de consumir alcohol es un objetivo terapéutico insuficiente en el tratamiento del alcoholismo. Cuando un joven tiene este problema, se le deben proporcionar pautas de conducta más adaptadas para que lleve a cabo una vida normalizada. Cuando un joven consume alcohol de forma abusiva, a menudo, su capacidad de tener relaciones sociales satisfactorias se encuentra deteriorada y el consumo de alcohol puede ser una vía alternativa para "animarse" y "tener confianza en sí mismo". En este sentido, los procedimientos de entrenamiento en habilidades (sociales, de solución de problemas y de afrontamiento) son un grupo de estrategias fundamental para el abordaje de este tipo de problemas.

La orientación vocacional es otra de las estrategias que puede ayudar a mejorar la situación del adolescente. Los déficits educativos y laborales son problemas frecuentemente asociados al alcoholismo. A causa de la bebida, el joven puede haber descuidado, si no abandonado, los estudios, o encontrarse en una situación laboral inestable. La orientación vocacional y las técnicas de búsqueda de empleo resultan métodos efectivos para ayudar a los alcohólicos a planificar y a obtener una adecuada situación escolar y/o profesional.

La reorganización de las actividades recreativas del adolescente siempre debe tenerse en cuenta a lo largo de la intervención, ya que un problema que suele plantear el joven alcohólico es la presencia de sensaciones de aburrimiento y apatía. Se trata de retomar las actividades de ocio y tiem-

po libre que se abandonaron a causa de la bebida o de orientarle hacia nuevas aficiones que ocupen su tiempo libre y le reporten reforzadores o gratificaciones sustitutivas de la búsqueda y consumo de alcohol (Robertson y Heather, 1987).

La terapia familiar es otro procedimiento complementario, comúnmente utilizado en el tratamiento del alcoholismo juvenil. Esta estrategia está orientada, por una parte, a mejorar las relaciones entre el joven y la familia y, por otra, a movilizar a los miembros de la familia para que apoyen al joven en su decisión de abandonar la bebida.

La intervención conductual familiar se centra en cómo los miembros de la familia pueden ayudar a mantener el consumo de alcohol del joven mediante la forma de responder a su comportamiento (contingencias de reforzamiento) y trata de modificar el comportamiento de estos, de tal modo que se recompense la abstinencia y se implique al joven en actividades gratificantes que no conlleven el uso de alcohol. En definitiva, el objetivo general de este tipo de intervenciones consiste en proporcionar a los padres el aprendizaje de las habilidades necesarias para ayudar al hijo con problemas de alcohol a alcanzar y mantener los objetivos terapéuticos.

Por último, la intervención en Prevención de Recaídas (PR) está orientado a identificar las situaciones que pueden provocar la recaída, a entrenar a las personas a anticipar las situaciones de riesgo y a enseñar habilidades de afrontamiento para enfrentarse a pensamientos, emociones y estímulos ambientales asociados al uso anterior de alcohol.