

# Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia

Ml. Hidalgo Vicario<sup>a</sup>, J.L. Montón Álvarez<sup>b</sup>, MP. González Rodríguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Pediatra, Doctora en Medicina. Acreditada en Medicina de la Adolescencia.

CS Barrio del Pilar, Servicio Madrileño de Salud, Área 5, Madrid.

<sup>b</sup>Pediatra, Doctor en Medicina. CS Mar Báltico, Servicio Madrileño de Salud, Área 4, Madrid.

<sup>c</sup>Pediatra. CS Manzanares el Real, Servicio Madrileño de Salud, Área 5, Madrid.

---

Rev Pediatría Aten Primaria. 2006; 8 Supl 3: S113-27

José Luis Montón Álvarez, jlmonton@telefonica.net

## Resumen

*El consumo de drogas en la adolescencia representa un problema de salud pública, debido a su inicio en edades precoces, el importante consumo de tabaco y alcohol, el progresivo aumento de otras como cocaína y cannabis, así como por las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales para el joven y su futuro.*

*La adolescencia es un proceso dinámico de gran vulnerabilidad y riesgos. Es importante tener presentes los comportamientos arriesgados a los que se exponen los jóvenes, así como los factores de riesgo y protección, ya que el consumo de drogas es un proceso complejo y multifactorial.*

*El mejor tratamiento del abuso de sustancias es la prevención, que se realizará en la consulta durante los exámenes periódicos de salud, y trabajando en los diferentes ambientes donde se mueve el joven: familia, escuela y sociedad en general. El pediatra ocupa una posición estratégica para actuar.*

*En este artículo se han revisado las evidencias científicas y la fuerza de la recomendación sobre las actividades preventivas que hay que realizar para evitar el uso y abuso de las sustancias en la infancia y adolescencia. La mayoría de estas actividades no han demostrado su efectividad y están en la actualidad en revisión. Los programas preventivos en la escuela han demostrado efectividad para aumentar los conocimientos sobre tabaco, alcohol y drogas, además de favorecer actitudes negativas hacia el uso de sustancias; pero no han tenido efecto sobre la disminución del consumo de éstas.*

**Palabras clave:** Tabaco, Alcohol, Drogas, Sustancias, Adolescencia, Prevención, Evidencia.

## Abstract

*Drug consumption during adolescence is an important health problem due to the beginning in early ages, the high consumption of tobacco and alcohol, and the progressive increase of other drugs as cocaine and cannabis; also because of the physical, psychological, emotional and social consequences for the young person and his future. Adolescence is a dynamic process of great vulnerability and risks. It is important to remember the dangerous behaviours to which young people expose themselves, as well as the risk and protection*

*factors; drug consumption is a complex and multifactorial process. The best treatment against substance abuse is the prevention, to be done at the office during the periodic health examinations and also acting in several environments of the young people: family, school and society in general. Paediatricians have a strategic position to act. This article reviews the scientific evidences and the force of the recommendation on the preventive activities to avoid the use and abuse of substances during childhood and adolescence. Most of the preventive activities during adolescence have not demonstrated any effectiveness, being at the present time under revision. The preventive programs held at schools have demonstrated their effectiveness to improve the knowledge about tobacco, alcohol and drugs and even for developing negative attitudes towards the substance use; but they do not have had any influence on the decrease of drug consumption.*

**Key words:** Tobacco, Alcohol, Drugs, Substances, Adolescence, Prevention, Evidence.

## Introducción

En la actualidad el consumo de drogas en la adolescencia representa un problema de salud pública debido a varias razones: el inicio en edades muy precoces, el importante consumo de algunas sustancias como tabaco y alcohol, el continuo aumento de otras como el cannabis y la cocaína, así como las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales para el joven y su futuro<sup>1,2</sup>.

La adolescencia es un proceso dinámico de riesgos y gran vulnerabilidad. Es importante tener presentes los comportamientos arriesgados a los que se exponen los jóvenes, así como los factores de riesgo y de protección, ya que el consumo de sustancias es un proceso complejo y multifactorial<sup>3,4</sup>.

El uso de drogas se asocia de forma directa con accidentes de tráfico, homicidios, suicidios, actividad sexual temprana, fracaso escolar, trastornos del

comportamiento y delincuencia. En la edad adulta, además, es causa de enfermedades cardiovasculares, alteraciones mentales y cánceres.

El mejor tratamiento para evitar el abuso de sustancias es la prevención, que se realizará en la consulta durante los exámenes periódicos de salud, y trabajando en los diferentes ambientes donde se mueve la juventud: su familia, la escuela y la sociedad en general.

Antes de preocuparnos por el uso de drogas en la adolescencia es necesario preocuparse por los propios adolescentes, detectando precozmente los factores de riesgo a los que están expuestos y estimulando los factores de protección.

El pediatra de Atención Primaria ocupa una posición estratégica para actuar en la prevención primaria (educación sanitaria), secundaria (detección precoz) y terciaria colaborando en el tratamiento y controlando la eficacia de éste.

Las actividades recomendadas que hay que realizar en los exámenes de salud (ES) están descritas en numerosas guías (tabla I), algunas basadas en la evidencia científica y otras en opiniones de profesionales y grupos de expertos. A pesar de que existen evidencias de su eficacia<sup>5,6</sup> en la prevención de enfermedades y mortalidad, hay estudios que demuestran que el 70-80% de las consultas de adolescentes no incluye cribajes ni consejos de salud como medidas preventivas en el abuso de sustancias<sup>7,8,9,10</sup>.

En este artículo se han revisado las evidencias científicas encontradas y la fuerza de la recomendación sobre las actividades preventivas que hay que realizar para evitar el uso y abuso de las sustancias más frecuentemente consumidas en la adolescencia (tabla II)

## Prevención del consumo de tabaco

### Magnitud del problema

El tabaco continúa siendo la causa más importante de muerte en la cultura occidental. En el año 2003, en España

**Tabla I.** Direcciones URL de las guías clínicas revisadas

- American Academy of Pediatrics (AAP): [www.aap.org/compeds/intex.html](http://www.aap.org/compeds/intex.html)
- American Heart Association: [www.americanheart.org](http://www.americanheart.org)
- American Medical Association: [www.ama-assn.org](http://www.ama-assn.org)
- Bright Futures: [www.brightfutures.org](http://www.brightfutures.org)
- Canadian Paediatric Society: [www.cps.ca/english/index.htm](http://www.cps.ca/english/index.htm)
- Canadian Task Force on Preventive HealthCare: [www.ctfphc.org](http://www.ctfphc.org)
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI): Preventive Counseling and Education: [www.icsi.org/index.asp](http://www.icsi.org/index.asp)
- National Council on Skin Cancer Prevention: [www.skincancerprevention.org](http://www.skincancerprevention.org)
- National Institutes of Health: [www.nih.gov](http://www.nih.gov)
- National Institutes on Alcohol Abuse and Alcoholism: [www.niaaa.nih.gov](http://www.niaaa.nih.gov)
- National Institute on Drug Abuse: [www.drugabuse.gov/](http://www.drugabuse.gov/)
- Preventive Services Task Force US: [www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsskco.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsskco.htm)
- PREVINFAD: [www.aepap.org/previnfad/index.htm](http://www.aepap.org/previnfad/index.htm)
- Skin Cancer Primary Prevention and Education Initiative: [www.cdc.gov/cancer/nscpep](http://www.cdc.gov/cancer/nscpep)
- Sun Safety for Kids: [www.sunsafetyforkids.org](http://www.sunsafetyforkids.org)
- SunSmart (Reino Unido): [www.cancerresearchuk.org/sunsmart](http://www.cancerresearchuk.org/sunsmart)
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF): [www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm)
- US. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services: [www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm)
- WHO. Intersun Programme: [www.who.int/uv/intersunprogramme/en/](http://www.who.int/uv/intersunprogramme/en/)

un tercio de los mayores de 15 años fumaba tabaco diariamente<sup>11</sup>. Entre los estudiantes de enseñanza secundaria de 14-18 años la prevalencia del consumo de tabaco ha aumentado ligeramente (tabla III); la adicción al tabaco es mayor en aquellas personas que empezaron a fumar en edades más tempranas<sup>12</sup>. Se-

gún datos de la OMS, un tercio de los jóvenes ha consumido tabaco a la edad de 15 años, y el 30% de éstos es fumador activo antes de cumplir los 18 años. Uno de cada dos adolescentes, que empieza ahora a fumar, morirá por causas relacionadas con el tabaco si continúa fumando<sup>13,14</sup>.

**Tabla II.** Calidad de la evidencia para diferentes actividades de cribaje y consejos preventivos en la adolescencia

	Nivel Fuerza	Evidencia recomendación
Programas preventivos en el medio escolar	I	A
Tabaco	III	C
Alcohol	III	C
Otras drogas	III	C

**Tabla III.** Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años (%). España 1994-2004

	1994	2004
Edad de inicio de consumo de tabaco	13,9	13,2
Consumo de tabaco alguna vez en la vida	60,6	60,4
Consumo de tabaco en los últimos 30 días	31,1	37,4
Edad de inicio de consumo de alcohol	13,5	13,7
Consumo de alcohol en los últimos 30 días	75,1	65,6
Borrachera en los últimos 30 días	20,7%	34,8%
Borrachera alguna vez en la vida		58%
Consumidores de riesgo de alcohol en los últimos 30 días*	8,6%	12,3%
Consumo de cannabis en los últimos 30 días	12,4	25,1
Consumo de cocaína en los últimos 30 días	1,1	3,8

\* Bebedor de riesgo incluye a los hombres con consumo de 50 centímetros cúbicos (cc) de alcohol puro/día o más y a las mujeres con 30 cc/día o más en los 30 días previos.

Fuente: DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Informe 2004 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo [en línea][consultado el 10/05/2006]. Disponible en [www.msc.es/pnd/](http://www.msc.es/pnd/)

El tabaco es adictivo y alrededor del 75% de los adultos fumadores querían dejar de fumar, habiéndolo intentado al menos el 60% alguna vez en su vida. Aproximadamente, un tercio de los fumadores intenta dejarlo cada año; el 20% lo consigue en el primer intento, mientras que la mitad lo consigue después del sexto intento.

En la educación sanitaria y el consejo de salud realizados al adolescente se deben tener en cuenta las etapas para el desarrollo del tabaquismo entre la juventud, así como los factores biológicos, sociales y psicológicos que influyen el paso de una a otra. En una primera fase (estadio de prueba), se valora como normal el que sus compañeros fu-

**Tabla IV.** Modelo específico para el desarrollo de tabaquismo en adolescentes y factores predisponentes en la transición de uno a otro

<b>Etapas en la adquisición del tabaquismo</b>	<b>Definición</b>	<b>Factores predisponentes en la transición hacia la etapa siguiente</b>
Preparación	No fumador; no planea fumar o planea fumar	Tolerancia hacia la conducta antisocial Compañeros fumadores Falta de compromiso con no fumar Consumo de marihuana
Prueba	Ha fumado, no más de dos cigarros	Piensa que fumar es la norma entre sus amigos Padres, familiares o amigos fumadores Consumo de marihuana o alcohol Bajo rendimiento escolar
Experimentación	Fuma ocasionalmente de forma experimental; no tiene intención de ser un fumador habitual	Padres, familiares o amigos fumadores. Adolescente de más edad Comenzar a fumar a una edad temprana Consumo de marihuana Bajo rendimiento escolar
Uso del tabaco de forma habitual	Fuma al menos un día al mes, pero no un cigarro diario	Padres fumadores Depresión, ansiedad Amigos fumadores
Uso de tabaco a diario	Fuma a diario o casi a diario, a veces mucho; la intensidad es un indicador de la dependencia	Desarrollo del hábito tabáquico

*Fuente: Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Stages in the development of adolescent smoking. Drug Alcohol Depend. 2000;59 (Suppl):S61-81.*

men, esto anima a los jóvenes a continuar en el consumo (fase experimental)<sup>15</sup>. En la tabla IV figuran las etapas sucesivas que recorre el adolescente hasta hacerse fumador<sup>16</sup>. El consumo de tabaco habitual entre los padres parece ser un factor predictor del consumo juvenil. Cuando esto sucede, es recomendable abordar el consumo en todos los miembros de la familia<sup>17</sup>. Aunque los médicos pueden ser reticentes a la hora de intervenir en la salud de los padres, recientes investigaciones indican que muchos padres que fuman aceptan de buen grado el consejo acerca de dejar de fumar<sup>18</sup>, sobre todo cuando los hijos están involucrados en el consumo.

El objetivo de la intervención es prevenir la enfermedad y la muerte por el consumo de tabaco, para lo cual hay que incidir en la prevención del consumo en los jóvenes, promoviendo que dejen de fumar y eliminando los efectos en los fumadores pasivos. Los programas de prevención primaria dirigidos a evitar que los jóvenes prueben el tabaco son más efectivos que los que se centran en dejar de fumar<sup>19</sup>. Los programas tienen que ser amplios e incluir a la comunidad y la escuela, modificando la legislación cuando sea necesario para que se limite el acceso al tabaco y se elimine la publicidad, desarrollando ade-

más programas de deshabituación. El personal sanitario debe intervenir en la consulta como una estrategia más dentro de un plan global<sup>20</sup>.

## Evidencias

Las intervenciones para dejar de fumar tienen mayor efecto cuando todos los profesionales están implicados en su tratamiento. Los dos aspectos que más influyen en el éxito final son el contar con un buen apoyo social y el entrenamiento en habilidades para resolver problemas por parte de los profesionales.

El consejo en la consulta estructurado acerca de dejar de fumar es más efectivo para reducir las tasas de fumadores que el cuidado habitual<sup>21</sup>. Además, si se añade consejo telefónico puede aumentar el número de personas que lo dejan<sup>22</sup>.

El consejo antitabaco a los adultos de forma breve y oportunista (en menos de tres minutos) realizado en la consulta de Atención Primaria es efectivo al aumentar el número de fumadores que lo dejan y siguen sin fumar un año después (USPSTF, Recomendación A). Aunque la mayoría de los estudios no proporcionan razones directas de los beneficios de salud, hay buena evidencia de que dejar de fumar disminuye la enfermedad cardíaca, cerebral y pulmonar. Des-

de el punto de vista comunitario, se acepta que con pequeños porcentajes de población que dejasen de fumar, se obtendrían importantes beneficios en salud.

El consejo antitabaco en la mujer embarazada también tiene eficacia demostrada (USPSTF, Recomendación A).

En cuanto a los niños y adolescentes, el consejo y las intervenciones para prevenir y tratar el uso de tabaco y la dependencia de éste tienen evidencia insuficiente, no habiendo estudios acerca de la eficacia de las intervenciones realizadas en la consulta<sup>23</sup>. Por lo tanto, no se puede determinar los beneficios o perjuicios de las intervenciones en la consulta dirigidas a este grupo (Evidencia III-2, Recomendación I).

A pesar de lo expuesto, otros autores consideran que existe evidencia suficiente para apoyar el consejo dirigido a la prevención de la iniciación de consumo de tabaco en los adolescentes. Parece que, por un lado, los programas educativos no han demostrado que disminuyan el inicio del consumo de tabaco y, por otro, el consejo por parte de los médicos no ha sido evaluado. Sin embargo, debido a los beneficios de prevenir la adicción, se les debe aconsejar a los niños y adolescentes evitar el uso de tabaco (CTFPS).

En cuanto a la exposición pasiva al humo de tabaco, el consejo breve no influye, mientras que el consejo repetido tiene un efecto modesto (reducción absoluta del riesgo 2,7%; NNT: 25)<sup>24</sup>.

### **Descripción de la recomendación**

Aprovechar cualquier visita tanto si es para un examen de salud como con cualquier otro motivo para determinar la utilización de tabaco por el paciente y la exposición pasiva. Las intervenciones recomendadas son<sup>25</sup>:

- En niños y adolescentes que consumen tabaco: negociar una fecha para dejarlo, proveerles de material de autoayuda y realizar un seguimiento en la consulta en una fecha cercana a la fecha para dejarlo. Si no está motivado a dejarlo:
  - Hacer hincapié en los efectos negativos del tabaco a corto plazo.
  - Aconsejarle que lo deje.
  - Proporcionarle materiales educativos.
- En niños y adolescentes que no utilizan tabaco pero un amigo o familiar lo utiliza:
  - Aconsejar al niño o adolescente y al adulto acompañante acerca de los efectos perjudiciales de la exposición al tabaco.

- Apoyar al paciente en el desarrollo de habilidades de rechazo.
- Proveer de materiales educativos y de autoayuda.
- En general se debe recomendar a los fumadores dejarlo. Para ello se pueden seguir los siguientes pasos:
  - Evaluar el deseo de intentarlo.
  - Apoyar según el estadio en que se encuentre. Realizar una intervención motivacional si el fumador no está dispuesto a hacer un esfuerzo.
  - Apoyar en dejarlo si está dispuesto a hacer el esfuerzo. Negociar la fecha. Ayudar a elaborar habilidades de abstinencia.
  - Establecer un seguimiento tras dejarlo.
  - Si el acompañante fuma, animarle a dejarlo. Y, si está interesado, animarle a que acuda a la consulta del centro de salud para dejar de fumar.
- Intervenciones en la escuela. Los programas de prevención en la escuela (PPE) deben basarse en un modelo de aprendizaje social, actuando sobre la capacidad de resistencia, habilidades sociales, resolución de problemas, así como el aumento de la autoestima. El enfoque

debe ser participativo y multidimensional, es decir, que incluya también actividades dirigidas a los padres y participación comunitaria<sup>26</sup>. La evaluación de la eficacia y efectividad de los PPE es complicada debido a la influencia de varios factores, como son el tiempo prolongado durante el que se debe dar el consejo (5-8 años) y el inicio de posibles consumos (3-5 años), la unidad de criterios a la hora de evaluar y la diferencia de poblaciones entre otras<sup>27,28</sup>. Las intervenciones en la comunidad para ayudar a prevenir la adopción del hábito de fumar en los jóvenes tienen una efectividad limitada<sup>29</sup>. Las intervenciones más efectivas tienen en cuenta las influencias de la sociedad, con metodología activa y cuando son implementadas por profesores e iguales<sup>30</sup>. En cuanto a los PPE dirigidos a niños y adolescentes entre 6 a 18 años, se ha observado que:

- Aumentan los conocimientos sobre las consecuencias de fumar y consumir bebidas alcohólicas respecto a los niños que no realizan esa intervención (Evidencia II, Recomendación B). También sucede con el consumo de drogas (Evidencia I, Recomendación A) aunque esto no se



traduce en niveles menores de consumo.

- Aumentan las actitudes negativas frente al consumo de tabaco o la intención de fumar y beber alcohol (Evidencia II, Recomendación B). Igualmente sucede frente al consumo de drogas (Evidencia I, Recomendación A), aunque no se traduce en un menor consumo de éstas.
- Los programas comunitarios parecen ofrecer un beneficio pequeño a medio plazo en la prevención de tabaquismo y consumo de alcohol y no hay evidencia disponible sobre su influencia sobre el consumo de otras drogas (Evidencia III, Recomendación C).
- Los programas escolares de prevención del consumo de drogas basados en el desarrollo de habilidades son efectivos en el estado inicial del consumo de drogas<sup>31</sup>.

## **Prevención del consumo de alcohol**

---

### **Magnitud del problema**

Es la droga cuyo consumo está más extendido en España. Aunque el consumo general no se ha incrementado en los últimos años, se ha producido un aumento del consumo de riesgo. El consumo excesivo y frecuente conlleva altera-

ción de las funciones cerebrales y cognitivas, que se asocian con problemas escolares y de conducta<sup>32</sup>. La Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias demuestra cómo se ha elevado en la última década la prevalencia de borracheras, aumentando también la proporción de bebedores de riesgo (tabla II). El consumo de bebidas alcohólicas está relacionado con los accidentes de tráfico. En una muestra amplia de conductores fallecidos en accidentes de tráfico, la prevalencia de alcoholemias positivas (iguales o superiores a 0,3 g/l) fue de 42,7% y de 34,7% en 2001 y 2003 respectivamente.

### **Evidencias**

La USPSTF (2004) recomienda el cribado del consumo de alcohol a los adultos y mujeres embarazadas para identificar a los pacientes con consumo elevado que no tienen criterios de dependencia. El consejo conductual dado a estos pacientes en las consultas de Atención Primaria produce una reducción moderada en su consumo que se mantiene durante 6 a 12 meses (Recomendación B).

La USPSTF concluye que hay insuficiente evidencia para recomendar el cribado y consejo de conducta en los ado-

lescentes para prevenir o reducir el consumo de alcohol en la consulta de Atención Primaria (Recomendación I)<sup>33,34</sup>. Sin embargo, en la guía del ICSI se concluye que el éxito de la intervención del consejo antialcohol en la población adulta ha llevado a adoptar la misma intervención en la población infantil y adolescente.

Aunque las guías de práctica clínica no encuentran que el consejo de reducir el consumo de alcohol tenga un grado de Evidencia A o B<sup>35</sup>, el incremento del consumo problemático y la disminución de la edad de consumo hacen aconsejable que desde la consulta de AP se desarrollen estrategias para disminuir su consumo, o para disminuir los daños asociados a éste<sup>36</sup>, aunque son necesarios estudios posteriores para demostrar la evidencia de la intervención.

### **Descripción de la recomendación**

El objetivo es identificar a aquellos adolescentes que tienen un consumo de riesgo, y criterios de dependencia, para poder posteriormente intervenir, por lo que se deben incluir en la consulta las preguntas de si se ingiere alcohol, la cantidad consumida y si conduce después de beber o va en coche o moto con alguien que ha bebido. Entre los consejos que hay que dar se encuentran<sup>34</sup>:

- No conducir con alguien que está bajo la influencia del alcohol.
- Prevenir que otros conduzcan en esta situación "Los amigos no dejan que sus amigos conduzcan bebidos".
- Reforzar no beber y conducir: abstinencia si se conduce, designar un conductor.
- Explicar las características de la dependencia.
- Evaluar el uso actual de alcohol (con la historia o cuestionarios apropiados).
- Aconsejar a todas las mujeres del riesgo de daño del alcohol al feto.

## **Prevenición del consumo de drogas**

---

### **Magnitud del problema**

El consumo de cannabis y cocaína se ha incrementado en los últimos 10 años en la población adolescente de 14-18 años; en la actualidad se consume el doble de cannabis y el triple de cocaína que hace diez años (tabla II).

El aumento de consumo de cannabis coincide con una disminución de la percepción del riesgo acerca de éste, junto con un aumento de la disponibilidad. Existe la percepción de que aunque se trata de una droga ilegal, su consumo no se asocia con daños.

El consumo de cannabis afecta al cerebro, y produce alteraciones conductuales y cognitivas. De forma aguda, produce euforia, relajación y desinhibición. El consumo frecuente produce un efecto negativo en la memoria a corto plazo, también en el aprendizaje y la capacidad de atención, aumentando la dificultad para resolver problemas, disminuyendo la capacidad para organizar los pensamientos y de conversar, así como la coordinación. Estas funciones se encontraron en personas que la consumían frecuentemente (20-30 días por mes); estos efectos nocivos duraron hasta seis semanas después de finalizar su consumo. Además, el consumo de marihuana precede a menudo al consumo de otras drogas. Los adolescentes que consumen marihuana tienen 104 veces más probabilidad de utilizar cocaína que los que nunca la consumieron<sup>37</sup>

### **Evidencias**

La alteración del comportamiento como consecuencia del consumo de marihuana hace que el médico deba aconsejar en contra de su uso<sup>38,39</sup>. El consejo debe estar basado en los efectos nocivos para la salud, la relación de su consumo con accidentes y el efecto en la memoria durante el período de desarrollo de la adolescencia<sup>37</sup>.

La discusión sobre el consumo de drogas, incluyendo el de marihuana, debería formar parte de las actividades preventivas realizadas con los adolescentes. La valoración del posible uso de drogas permite prevenir antes de comenzar su consumo, intervenir y minimizar las consecuencias si ha empezado, y detectar y tratar si el consumo persiste. Ante un adolescente del que se sospecha que consume drogas, el médico debe conocer las diferentes etapas para poder determinar dónde se encuentra el paciente y qué actitud tomar. La American Academy of Pediatrics (AAP) establece una serie de recomendaciones que pueden ser de utilidad como guía<sup>40</sup>.

### **Descripción de la recomendación**

El médico debe conocer la prevalencia y las consecuencias del abuso de sustancias en su comunidad, e incorporar la prevención del abuso de sustancias en sus consejos. Dentro de las actividades en la consulta se puede incluir la información al joven acerca de los efectos a corto plazo del consumo de sustancias, el apoyo en elaborar alternativas de ocio y la recomendación a la familia de abordar este tema al hablar con sus hijos. Debe estar familiarizado con los diferentes estadios de

consumo de drogas y conocer los criterios diagnósticos para poder diferenciar el consumo experimental del problemático.

Es conveniente realizar una valoración médica y psicosocial antes de derivarlo a otro servicio para evaluación o tratamiento.

Conocer hasta qué punto la vida del adolescente está afectada, tanto en la escuela, en su casa, en sus actividades o en el trabajo. El que su vida esté afectada suele requerir participación de la familia e implica una valoración más extensa.

Conocer los signos y síntomas del abuso de sustancias, la asociación con otros factores de riesgo y la posibilidad de patología dual al coexistir el consumo con otras alteraciones mentales.

Conocer los servicios a los que derivar y estar informado de los recursos existentes en la comunidad en cuanto a educación, prevención y tratamiento.

Conocer la legislación en cuanto a aspectos como la confidencialidad y las pautas de actuación en relación con el consumo de sustancias en adolescentes.

## Conclusiones

En las últimas décadas la atención al adolescente ha ido adquiriendo mayor importancia; se han desarrollado de for-

ma paulatina diferentes contenidos en los exámenes de salud que se les practican, aunque sin que exista un consenso claro entre los grupos de trabajo y asociaciones implicadas. Con el fin de unificar criterios y clarificar conceptos se ha revisado lo publicado al respecto para conocer su aplicabilidad en nuestra población adolescente.

La mayoría de las actividades realizadas en la adolescencia no han demostrado su efectividad para prevenir el consumo de drogas y están en la actualidad en revisión.

Los programas preventivos en la escuela demostraron su efectividad para aumentar los conocimientos sobre tabaco, alcohol y drogas, y favorecer en los adolescentes actitudes negativas ante el consumo de estas sustancias, aunque no se ha comprobado que estas medidas tengan efecto alguno en la disminución del consumo de drogas.

Se debe recordar que el objetivo fundamental de la MBE es aplicar los conocimientos científicos más adecuados a las circunstancias personales de nuestros pacientes, teniendo en cuenta también nuestra propia experiencia para tomar la decisión más adecuada, de manera que se debe individualizar cada caso.

## Estrategia de búsqueda de la información

---

En las siguientes bases de datos:

- Medline/PubMed
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)
- Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
- Cochrane Controlled Trials Register (CCTR)

- Center Diseases Control (CDC)
- American Academy of Pediatrics
- American Medical Association
- Evidence Based Medicine
- National Institutes on Alcohol Abuse and Alcoholism
- National Institute on Drug Abuse

En los siguientes buscadores:

- SumSearch
- Trip Database
- PubMed
- Scholar

---

## Bibliografía

---

1. Kaul P, Coupey S. Clinical evaluation of substance abuse. *Pediatr Rev.* 2002;23:85-94.
2. Hidalgo MI, Redondo AM. Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral.* 2005; 9:137-55.
3. Igra V, Irwin Jr. CE. Theories of adolescent risk-taking behavior In: Diclemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, editors. *Handbook of adolescent health risk behavior.* New York: Plenum Press; 1996.
4. Brown RT. Risk behavior for substance abuse in adolescents. *Pediatr Clin N Am.* 2002;49:247-55.
5. Downs SA, Klein JD. Clinical preventive services efficacy and adolescents' risky behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:374-9.
6. Hedberg VA, Bracken AC, Staswick CA. Long-term consequences of adolescent health behaviors: implications for adolescents health services. *Adolesc Med.* 1999;10:137-51.
7. Lewis CE, Clancy C, Leake B. The counseling practices of internists. *Ann Int Med.* 1991;114:54-8.
8. Igra V, Millstein SG. Current status and approaches to improving preventive services for adolescents. *JAMA.* 1993;269:1408-12.
9. Rand CM, Auinger P, Klein JD, Weitzman M. Preventive counselling at adolescent ambulatory visits. *J Adolesc Health.* 2005;37:87-93.
10. Ma J, Wang Y, Stafford RS. U.S. adolescents receive suboptimal preventive counselling during ambulatory care. *J Adolesc Health.* 2005;441:e1-441.
11. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe 2004 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. [en línea] [consultado el 20/05/2006]. Disponible en [www.msc.es/pnsd/](http://www.msc.es/pnsd/)
12. Tundidor RM, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Herrero Labarga I. Factores de ini-

cio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prev Tab.* 2003;5:219-34.

13. World Health Organization: Health Behaviour in Schoolchildren. A Cross National Survey. Protocol and questionnaire Copenhagen: WHO; 1985.

14. World Health Organization. The world health report 1999: making a difference. Geneva: WHO; 1999.

15. Jain A, Davis MM. Recent advances in pediatrics. *Clinical review BMJ.* 2001;322:1469-72.

16. Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2000;59 (Suppl):S61-81.

17. Stein RJ, Haddock CK, O'Byrne KK, Hymowitz N, Schwab J. The pediatrician's role in reducing tobacco exposure in children. *Pediatrics.* 2000;106:e66.

18. Hopper JA, Craig KA. Environmental tobacco smoke exposure among urban children. *Pediatrics.* 2000;106:e47.

19. Soto Mas F, Villalbí JR, Balcázar H, Avalde-rama Alberola J. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *An Esp Pediatr.* 2002;57:327-33.

20. Blasco Oliete M, Pérez Trullén A, Sanz Cuesta T, Clemente Jiménez ML, Cañas de Paz R, Herrero Labarga I. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. *Aten Primaria.* 2002;30:220-8.

21. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RB, Fiore MC, Baker TB. Effectiveness of a clinic-based strategy for implementing the AHRQ smoking cessation guideline in primary care. *Prev Med.* 2002;35:293-302.

22. Zhu SH, Anderson CM, Tedeschi GJ. Evidence of real-world effectiveness of a telephone quit line for smokers. *N Engl J Med.* 2002;347:1087-93.

23. Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest.* 2002;121:932-41.

24. Christakis D, Garrison MM, Ebel BF, Wiebe SF, Rivara FP. Pediatric smoking prevention interventions delivered by care providers: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2003;25:358-62.

25. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Tobacco use prevention and cessation for infants, children and adolescents. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004 Jun. 28 p. [25 references].

26. Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. En: *Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia.* *PrevInfad/PAPPS.* Grupo de trabajo de prevención en la infancia y adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 1 ed. Madrid: Exlibris; 2004. [en línea] [Consultado el 20/05/2006]. Disponible en [www.uv.es/previnfad/prev-recom.htm](http://www.uv.es/previnfad/prev-recom.htm)

27. Hernán García M, Ramos Montserrat M, Fernández Ajuria A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública.* 2001;75:491-504.

28. Hwang MS, Yeagley KL, Petosa R. A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Educ Behav.* 2004;31:702-19.

29. Sowden A, Arblaster L, Stead L. Intervenciones en la comunidad para la prevención del hábito de fumar en los jóvenes (Revisión Cochrane traducida) En: *La Biblioteca Cochrane Plus,* número 1, 2006. Oxford, Update Software Ltd. [en línea] [consultado el 20/05/2006]. Disponible en [www.update-software.com](http://www.update-software.com) (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

30. Fernández S, Nebot M, Jane M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los metaanálisis? *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76:175-87.
31. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020.
32. Halpern-Felsher BL, Cornell JL. Preventing underage alcohol use: where do we go from her? *J Adolesc Health*. 2005;37:1-3.
33. U.S Preventive Services Task Force. Screening for alcohol misuse. 2004. [en línea] [consultado el 20/05/2006]. Disponible en [www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm](http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstf/uspstf.htm)
34. Screening and Behavioral Counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. U.S. Preventive Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:554-6.
35. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD003024.
36. Millstein SG, Marcell AV. Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics*. 2003;111:114-22.
37. Kulig JW, Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics*. 2005;115:816-21.
38. American Academy of Pediatrics. Marijuana: a continuing concern for pediatricians. *Pediatrics*. 1999;104:982-5.
39. Joffe A, Yancy S. Legalization of Marijuana: potential impact on youth. *Pediatrics*. 2004;113:e632-8.
40. American Academy of Pediatrics. Indications for management and referral of patients involved in substance abuse. *Pediatrics*. 2000;106:143-8.

