



Viernes 7 de febrero de 2014

Escuela monográfica:

El adolescente

Moderadores:

- **Esther Serrano Poveda**
*Pediatra. CS Benicalap-Azucena. Valencia.
Coordinadora Grupo Educación para la Salud
AEPap.*
- **Juan José Morell Bernabé**
*Pediatra. CS Zona Centro. Badajoz.
Coordinador de la página web Familia y Salud.*
- **Entrevista con adolescentes.
Role playing**
José Casas Rivero
*Unidad de Adolescencia. Hospital La Paz.
Madrid.*
José Luis Iglesias Diz
*Pediatra Acreditado en Medicina de la
Adolescencia. Complejo Hospitalario
Universitario de Santiago. Santiago de
Compostela.*
- **La sexualidad en adolescentes
y jóvenes**
Carlos de la Cruz Martín-Romo
*Doctor en Psicología. Promoción de la Salud.
Ayuntamiento de Leganés, Madrid. Director
Máster Oficial en Sexología. Universidad Camilo
José Cela (UCJC).*
- **Tóxicos y alcohol en la adolescencia**
Marta Esther Vázquez Fernández
Pediatra. CS Arturo Eyries. Valladolid.
- **Patología psiquiátrica prevalente
en la adolescencia**
Patricio José Ruiz Lázaro
*Pediatra. Consulta Joven "Espacio 12-20".
CS Manuel Merino. Alcalá de Henares, Madrid.*

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Vázquez Fernández ME. Tóxicos y alcohol en la adolescencia. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2014. Madrid: Exlibris Ediciones; 2014. p. 265-81.



Tóxicos y alcohol en la adolescencia

Marta Esther Vázquez Fernández
*Pediatra. CS Arturo Eyries. Valladolid.
mvmavazfer@gmail.com*

RESUMEN

Uno de los mayores problemas de salud pública es el consumo de tóxicos y las conductas de riesgo relacionadas con los mismos. El alcohol, el tabaco, el cannabis, los hipnosedantes y, en menor medida, cocaína y drogas de síntesis, son los más consumidos.

Un número muy importante de la población, en gran parte adolescentes, consume estas sustancias. La mayoría inician su consumo en la edad pediátrica. Muchos no pasarán de la experimentación, pero otros consumirán drogas de forma regular pudiendo llegar a la adicción, con los graves problemas que esta conlleva.

El consumo es especialmente perjudicial a edades tempranas en las que el organismo (en especial el cerebro) se está desarrollando y madurando, con riesgo importante para la salud física y psíquica. La carga de problemas, enfermedades, sufrimiento y mortalidad que afectan no solo al que las consume, sino también a los que lo rodean, es evidente, aunque el adolescente a veces no es consciente de las consecuencias.

La Atención Primaria es un pilar esencial en su prevención. La prevención primaria, la identificación temprana del consumo y la intervención sanitaria cuando existe el problema son fundamentales para conseguir resultados positivos. Aunque el abordaje ha de ser compartido con escuelas, familias, comunidad, centros especializados en drogas e instituciones políticas.

INTRODUCCIÓN

El consumo de tóxicos constituye un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto¹. Es una conducta que supone un riesgo en sí mismo y por los problemas que plantea: accidentes, sexo sin protección, violencia, etc.

La adolescencia es una etapa de la vida muy vulnerable para el consumo de tóxicos, en parte por un espíritu "experimentador" e "invulnerable" y, por otra, por las particulares normas sociales y grupales por todos conocidas. Muchos adolescentes se enfrentarán tarde o temprano al dilema de su consumo. En España, en la actualidad, las drogas están vinculadas a la cultura del ocio, a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo de drogas estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia². Salir de marcha por la noche los fines de semana, beber alcohol y a veces tomar otras drogas se ha convertido en una rutina en los jóvenes.

Es un fenómeno multifactorial en el que intervienen factores individuales, familiares y sociales³. Los factores individuales como la edad, sexo, rasgos de personalidad, creencias, conocimientos y actitudes, así como los problemas psiquiátricos previos, determinan mayor o menor vulnerabilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de este tipo de sustancias. Las influencias sociales vienen determinadas por los grupos de iguales, la familia, factores escolares, medios de comunicación, contexto social ("cultura del coloque" y "sociedad del consumismo"), oferta y disponibilidad de sustancias⁴.

Los profesionales de Atención Primaria tenemos una situación privilegiada, tanto con los adolescentes y jóvenes como con sus familias, para poder desarrollar una labor preventiva.

CONCEPTOS

Droga es toda sustancia capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, de cambiar el comportamiento de la

persona⁵. Por ello hay que considerar según esta definición, tanto las drogas de uso legal, el tabaco, el alcohol y los hipnosedantes, como las de uso ilegal, como hachís, heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.

En la adolescencia nos encontramos con diferentes modalidades de uso:

- Consumo esporádico: experimentadores o consumidores infrecuentes de tabaco, alcohol o drogas. No es frecuente en estas etapas la aparición de problemas relacionados con las drogas, pero los riesgos pueden ser graves (accidentes, violencia, intoxicaciones, consumo de varias sustancias tóxicas).
- Consumo habitual: consumo frecuente de alcohol, tabaco o drogas, a diario o los fines de semana. Consumir todos los fines de semana supone hacerlo más de 100 días al año, sin contar los periodos de vacaciones en los que también se consume. Si a esto añadimos el hecho de que los efectos se prolongan a lo largo de la semana, esta modalidad de consumo conlleva un riesgo y la capacidad de generar:
 - Tolerancia: el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita mayor cantidad para producir los mismos efectos.
 - Abuso: uso excesivo de una droga, se consume regularmente. Afecta al rendimiento escolar o al trabajo y a sus relaciones familiares y sociales (Tabla 1)⁶.
 - Dependencia: tras su uso habitual la persona necesita consumir dicha sustancia para no experimentar síntomas de abstinencia física y/o psíquica (Tabla 2)⁶.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

En la actualidad, se dispone de valiosas fuentes de datos sobre el consumo de sustancias adictivas por los adoles-

Tabla 1. Criterios DSM IV TR para el diagnóstico de abuso de sustancias¹⁷

-
- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de las obligaciones de la casa)
 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física)
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia
-

centes⁷. A través de los **Organismos de Naciones Unidas** disponemos de un panorama mundial de las tendencias recientes⁸. A nivel europeo, **El Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías** (OEDT)⁹ elabora dos estudios que contienen datos de consumo en la población más joven, de una treintena de países europeos, entre los que está España:

- El *proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas (ESPAD)* (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) entre los

15 y los 16 años, efectuados los años 1995, 1999, 2003, 2007 y 2011¹⁰.

- La encuesta sobre conductas relacionadas con la salud en la población escolar (*Health Behaviour in School-aged Children, HBSC*) realizada cada cuatro años en escolares de 11, 13 y 15 años¹¹. Obtiene información sobre drogas, alimentación, higiene dental, empleo del ocio y tiempo libre, consumo de sustancias, etc.

Tabla 2. Criterios DSM IV TR para el diagnóstico de dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2)

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2)

A nivel nacional, el **Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías** nos ofrece información relevante correspondiente a dos encuestas:

- *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*, entre residentes en España de 15-64 años¹².
- *Encuesta Estatal sobre Consumo de Drogas entre Estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES)*, de 14 a 18 años¹³.

Ambas se realizan de forma bienal (un año EDADES y el siguiente ESTUDES). Estas publicaciones y la información que en ellas se recogen se encuadran dentro de la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*¹.

De todos modos siempre resulta interesante conocer datos locales, que nos permitan centrar la interpretación del consumo en el entorno y orientar las intervenciones a la realidad cambiante. En nuestro estudio realizado a

una muestra de 2412 estudiantes de 13 a 18 años en la provincia de Valladolid, en el año 2012, hemos encontrado los siguientes datos representativos:

Prevalencia

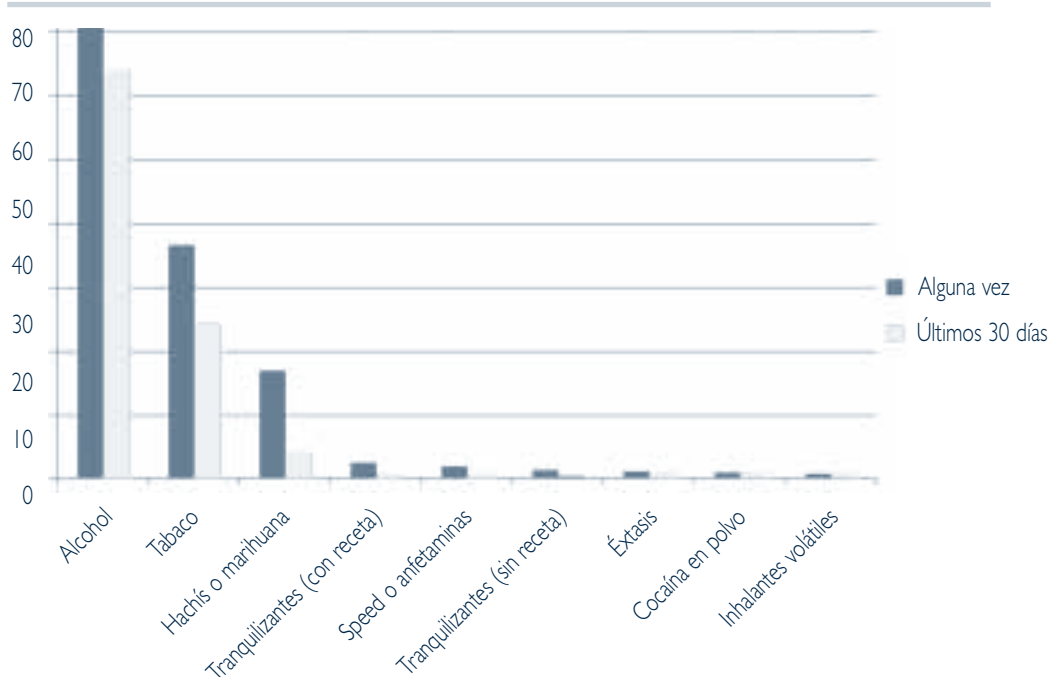
Las drogas más consumidas son el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes.

Alguna vez en la vida, un 77,2% han tomado bebidas alcohólicas, un 36,7% el tabaco, un 17% el cannabis, un 2,5% los tranquilizantes con receta, un 1,9% el speed o anfetaminas, un 1,3% tranquilizantes sin receta, un 1,1% éxtasis, 1% cocaína y el 0,7% inhalantes volátiles (Fig. 1).

En los últimos 30 días: han probado alcohol el 64%, tabaco el 20,3% y el resto de drogas el 6,26%.

Respecto al estudio nacional ESTUDES del año 2010, realizado en una amplia muestra de escolares españoles

Figura 1. Proporción de consumidores de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 12-18 años alguna vez en la vida y en los últimos 30 días (porcentajes). Valladolid, 2012

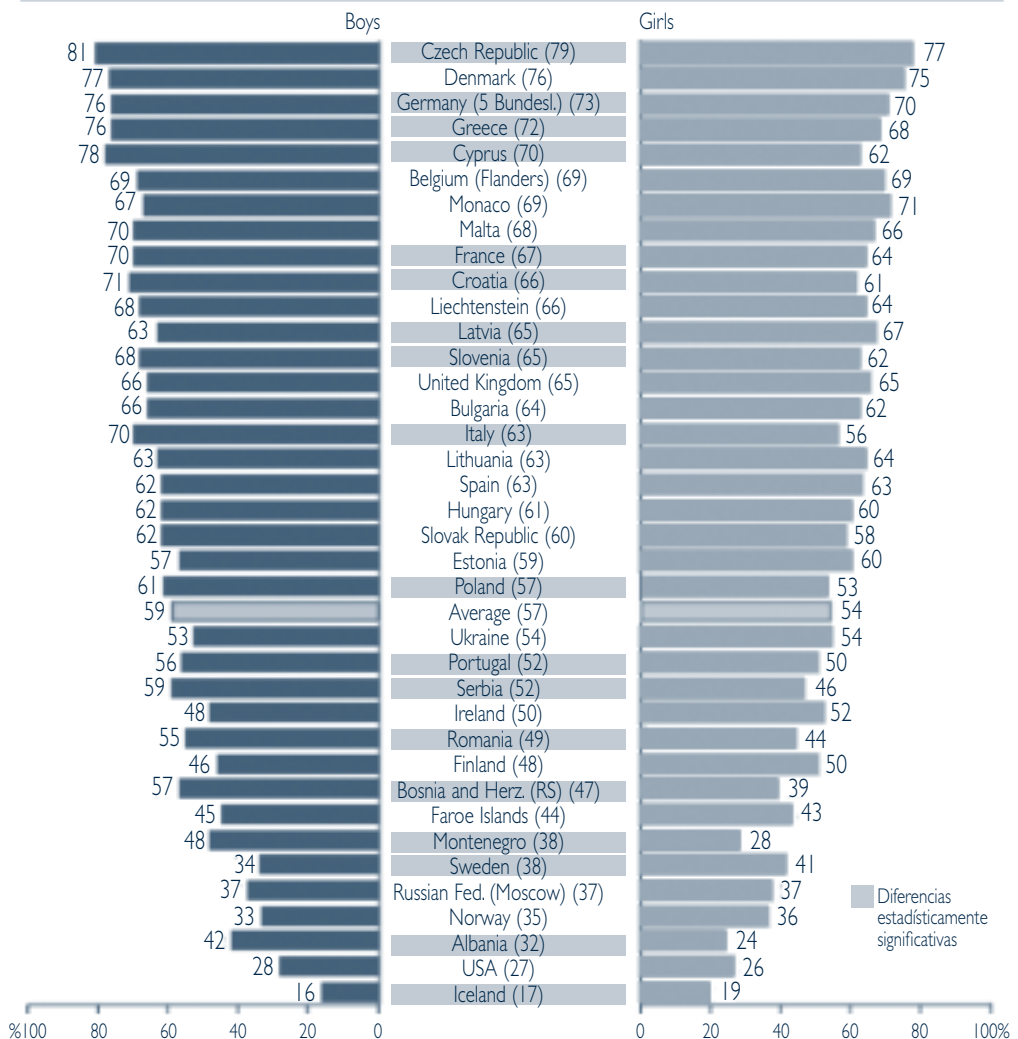


de 14 a 18 años, en nuestro estudio se observa un aumento del consumo de alcohol (75,1% vs 77,2%) y se mantiene el descenso del consumo de tabaco (38,2% vs 36,7%) observado desde el año 2006, influenciado como es lógico pensar por la medidas normativas adoptadas en España. También desciende el consumo del resto de sustancias, especialmente el cannabis (33% vs 17%), de los tranquilizantes con receta (18% vs 2,5%) y sin receta (10,4% vs 1,3%) y la cocaína (3,4% vs 1%), que pone de

manifiesto diferencias en determinantes sociodemográficos de las muestras (edad de los adolescentes, tipo de provincia, entorno de ocio, actuaciones preventivas locales...) o bien un cambio de tendencias actuales.

El alcohol es, sin lugar a duda, la sustancia psicoactiva más consumida por nuestros adolescentes. La comparativa con el estudio europeo, ESPAD 2011, pone de manifiesto que España ocupa el 15 lugar en proporción de adolescentes consumidores de alcohol (Fig. 2).

Figura 2. Porcentaje de estudiantes que han consumido alcohol en los últimos 30 días, a nivel europeo, según sexo.



Fuente: EMCDDA: The 2011 ESPAD Report.

Policonsumo

Los estudiantes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. Constituye un patrón de consumo cada vez más prevalente. En nuestra encuesta, el 22% de los jóvenes de 13 a 18 no ha consumido ninguna sustancia en ningún momento, el 39,7% una sola sustancia, 23,3% dos sustancias, el 11,1% tres y el resto tres o más.

El alcohol está presente en la mayoría de los policonsumidores (más del 90%). Entre los que consumen tres sustancias, las sustancias que aparecen con mayor frecuencia son el alcohol, el tabaco y el cannabis. Además se observa que el consumo de drogas ilegales suele asociar casi siempre alcohol y tabaco.

Edad media de inicio en el consumo

La edad media de inicio del consumo de alcohol y tabaco se sitúa entre los 13 y los 14 años. En las drogas ilegales, entre los 15 y 16 años. En general, en España, se observa una tendencia estable en la evolución de la edad media de inicio del consumo de estas sustancias.

Con 12 años o menos encontramos que un 18,95% de escolares ha experimentado con alcohol, un 9,58% con tabaco, y un 1,78% con otras drogas (Fig. 3).

Además, el policonsumo de sustancias se incrementa con la edad; el policonsumo de 3 o más sustancias presenta su más alto nivel en 2º de Bachillerato y parece como si el inicio de las drogas legales fuera la puerta de entrada a las ilegales.

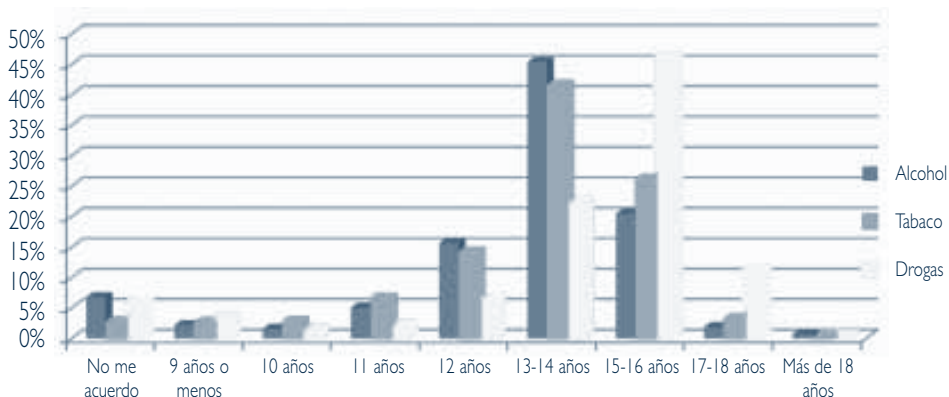
Diferencias intersexuales

Las chicas muestran prevalencias más altas de consumo de alcohol (78,9% chicas vs. 75,6% chicos) y tabaco (39,7% chicas vs. 34% chicos). Sin embargo, son los chicos los que consumen en mayor proporción el resto de drogas (20,5% chicos vs. 14,7% chicas). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el uso de cannabis, tranquilizantes o pastillas para dormir con o sin receta, pero sí a favor del sexo masculino para el resto de drogas.

Las prevalencias de consumo masivo de alcohol, cigarrillos y porros son mayores en chicos. En relación a la asociación de varias sustancias, el policonsumo de 2 o más sustancias es mayor en mujeres, pero el de tres o más sustancias, en el sexo masculino.

Sin embargo, no se observan diferencias intersexuales en la edad de inicio ni en el patrón de consumo, que es bastante constante en los últimos años.

Figura 3. Edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes de la provincia de Valladolid, año 2012



Patrón de consumo

El consumo diario en general está muy poco extendido entre los jóvenes, solo un 2,1% de escolares consumen alcohol a diario y un 10,4% tabaco. El consumo de cannabis está presente en el 4% de los escolares en los últimos 30 días.

El consumo de estas sustancias se concentra en el fin de semana, fundamentalmente durante la noche, con sus grupos de iguales, en espacios o lugares de ocio (calle, bares, pubs o discotecas). El conocido botellón lo practican un 30,8% de los encuestados.

La extensión de consumo de las drogas ilegales se mantiene en tendencia descendente, debido al consumo esporádico. Las sustancias tipo psicoestimulantes (éxtasis, anfetaminas), cocaína y alucinógenos presentan altos porcentajes de consumo junto a otras sustancias, lo que puede hacer pensar que son sustancias de consumo ocasional, "añadidas" a otras sustancias, sobre todo el alcohol.

También aumenta la tendencia a beber de forma más intensiva entre los que beben (borracheras y binge drinking). La prevalencia de borracheras en el último año entre los que han consumido alcohol es del 64%.

Percepción de riesgo

En general se demuestra que la percepción de riesgo ante el consumo de estas sustancias se relaciona con la tendencia presente y futura de consumo. En el estudio ESTUDES se demuestra que la percepción de riesgo en el consumo de alcohol está en torno al 50% y que la del consumo de tabaco muestra una tendencia en ascenso, estando por encima del 90% el número de alumnos que lo perciben como peligroso o muy peligroso, en el año 2010. En nuestro estudio la percepción de riesgo relacionada con el consumo de drogas ilegales es bastante alta: en torno al 97% de los estudiantes perciben como muy peligroso el consumo de cocaína, speed o anfetamina y éxtasis, un 79% el consumo de hachís o marihuana y tranquilizantes sin receta, y el 24% el de los tranquilizantes o pastillas para dormir.

Respecto a las conductas de riesgo asociadas al alcohol, un 20,4% de los estudiantes reconocía haber sido pasajero en los últimos 12 meses en vehículos conducidos bajo los efectos del alcohol y un 8,3% haber conducido (coche o moto) bajo los efectos del alcohol.

¿QUÉ DAÑOS OCASIONAN LAS DROGAS?

Las drogas producen problemas de diversa índole dependiendo del tipo de droga, de la vía de administración, de la intensidad del consumo, del consumo previo o simultáneo de otras drogas y de la susceptibilidad individual (edad, sexo, enfermedades previas, personalidad, medicación, etc.).

Aunque cada droga tiene sus peculiaridades, en general:

- **Afectan a la salud física y psíquica del adolescente** (crisis de ansiedad, depresión, trastornos psicóticos, síndrome amotivacional, alteraciones del sueño, disminución de la concentración, de la atención, de interés por el sexo y de apetito).
- **Alteran el desarrollo personal y social:** problemas sociales, legales, médicos, familiares, escolares, laborales, económicos.
- **Inducen a comportamientos descontrolados**, donde no se miden los riesgos ni las consecuencias de los actos: violencia, delincuencia, actos sexuales sin protección, accidentes.
- Muchas drogas están **adulteradas** (posibles riesgos añadidos).
- Daños derivados de **la vía de administración**.
- Gran facilidad para crear **dependencia física, psicológica y emocional**.
- **Riesgo de intoxicación** y muerte.

Alcohol

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central que inhibe progresivamente las funciones cere-

brales (relajación, descoordinación motora, dificultad para hablar y asociar ideas), produciendo inicialmente euforia y desinhibición. Sus efectos varían, dependiendo de la cantidad consumida y de otras circunstancias que los pueden acelerar o agravar. Así en los casos en que la concentración sanguínea de alcohol alcance o supere los 3 gramos de alcohol por litro pueden aparecer apatía y somnolencia, coma o incluso muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor. En España la tasa media permitida de alcohol al volante es de 0,25 miligramos en aire espirado (50 mg/dl en sangre).

Otra forma de calcular de forma aproximada la cantidad de alcohol consumida, sin necesidad de análisis, es la Unidad Básica de Bebida Estándar; que nos permite determinar el nivel de riesgo, diferente en hombres y mujeres. La Tabla 3 muestra la clasificación de la OMS.

Actualmente se están conociendo *nuevas formas de consumo de alcohol* ("eyeballing", a través de la conjuntiva, y "tampax on the rocks" o "tampodka", por el ano o la vagina), que pretenden aumentar la rapidez del efecto y ocasionan importantes daños locales. También la práctica del *binge drinking (BD)* o consumo en "atracción", definido como el consumo de 5 o más copas o vasos de alcohol en un periodo de 2 horas, que es más dañino y produce alteraciones cognitivas, de la memoria y del aprendizaje, en un cerebro todavía en desarrollo en

adolescentes hasta los 20 años. Además los adolescentes que presentan episodios repetidos de BD suelen tener más problemas con el alcohol cuando son adultos¹⁴.

La presencia continuada de alcohol en el organismo y su consumo repetido origina múltiples lesiones orgánicas, siendo la causa de la mayoría de las cirrosis hepáticas o encefalopatías en la edad adulta.

Tabaco

Es una droga estimulante del sistema nervioso central, que ocasiona sensación de relajación y de concentración. Pero su combustión origina sustancias tóxicas causantes de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y varios tipos de cánceres.

Los jóvenes que empiezan a fumar no suelen conceder importancia a los efectos que el tabaco producirá sobre su salud a largo plazo, pero existen otros efectos, más cercanos en el tiempo, que pueden constatarse ya en la población adolescente, como tos, expectoración matutinos, mal aliento, disminución del rendimiento deportivo y coloración amarillenta de dedos y dientes (también caries e infecciones). Además el fumar supone exponerse al riesgo de dependencia. Es relativamente rápido y sencillo hacerse adicto al tabaco. La nicotina actúa sobre áreas del cerebro que regulan las sensaciones placenteras y genera gran adicción.

Tabla 3. Cálculo del consumo de alcohol en unidades [en España 1 UBE = 10 g de alcohol puro] y niveles de consumo de alcohol, según la OMS

| Tipo de bebida | Volumen | Número de Unidades Básicas de Bebida Estándar |
|----------------|--------------------------|---|
| Vino | 1 vaso de 100 cc | 1 |
| Cerveza | 1 caña de 200 cc | 1 |
| Copas | Combinado | 2 |
| Licor | 1 copa de 50 cc | 2 |
| Consumo | Varón | Mujer |
| Bajo riesgo | Hasta 17 UBE/semana | Hasta 11 UBE/semana |
| Alto riesgo | Entre 17 y 28 UBE/semana | Entre 11 y 17 UBE/semana |
| Peligroso | Más de 28 UBE/semana | Más de 17 UBE/semana |

UBE: unidad básica de bebida estándar.

Estos efectos son directamente proporcionales al tiempo que se lleva fumando, a la cantidad de cigarrillos que se fuman, a la profundidad de la inhalación del humo y al contenido en nicotina y alquitrán de la marca fumada.

Sin olvidar que las personas que no fuman, pero que respiran el aire contaminado (fumadores pasivos) también corren riesgo de padecer las mismas enfermedades que los fumadores.

Cannabis

Se presenta en varias formas: marihuana, hachís y aceite de hachís. Habitualmente se consume fumado en un cigarrillo con tabaco. Menos veces se fuma en mini-pipas o se ingiere directamente. Recibe nombres que cambian con las modas: porro, canuto, chocolate, costo, maría, hierba, etc.

Al consumirse fumado, sus efectos se sienten casi inmediatamente y duran entre dos y tres horas. Por vía oral sus efectos aparecen más tarde y duran hasta seis horas.

Muchas personas piensan que no es una droga peligrosa porque es natural y tiene fines terapéuticos. Los efectos inmediatos suelen ser placenteros: relajación, somnolencia, desinhibición, sociabilidad, junto a dificultad de la coordinación de movimientos y problemas en la memoria y la atención, que lo hacen incompatible con la conducción. Pero puede causar reacciones de ansiedad y trastornos psicóticos, sobre todo en personas con predisposición¹⁵.

Dificulta mucho el aprendizaje escolar; aunque se consume solo durante el fin de semana porque sus efectos se mantienen durante mucho tiempo (se acumula en los tejidos grasos y se va liberando). Cuanto antes se comienza a consumir y más frecuente es el consumo, mayor es el riesgo. El consumo crónico puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (síndrome amotivacional), que persiste aunque se deje de consumirlo.

Hipnosedantes o psicofármacos

Incluyen las denominaciones "hipnóticos", "pastillas para dormir", "somniaferos" y "sedantes", entre los que se encuentran las benzodiazepinas y los barbitúricos.

Las benzodiazepinas son los psicofármacos más comúnmente prescritos para el tratamiento de la ansiedad y del insomnio, por su efecto sedante y relajante. Todo consumo de benzodiazepinas a partir de las cuatro semanas debe considerarse potencialmente problemático e incluirse en una estrategia de cese de tratamiento en plazo breve¹⁶. Originan alteraciones cognitivas y disminuyen la posibilidad de tratamiento eficaz cuando realmente se necesitan, debido a su gran tolerancia.

Otro patrón de consumo de estas sustancias en jóvenes consiste en consumirlas para incrementar o disminuir el efecto de otras sustancias psicoactivas. Por ejemplo, consumirlas con opiáceos para incrementar el efecto de las mismas o con cocaína o anfetaminas para contrarrestar los efectos estimulantes de ambas.

Cocaína

Existen diferentes preparados a partir de esta droga:

- Cocaína en polvo o clorhidrato de cocaína. Es la forma habitual de presentación en España. Se suele consumir esnifada y menos frecuentemente se usa por vía inyectada, en ocasiones mezclándola con heroína, lo que denominan speed-ball (pelotazo).
- Basuko, pasta o sulfato de cocaína: se fuma mezclado con tabaco o marihuana.
- Crack o cocaína base: Se consume fumada y su efecto es rápido, intenso y breve.

En el argot callejero, se la da varios nombres: coca, perico, farlopa, raya, dama blanca, nieve, etc. Se puso de moda en personas de éxito; actualmente ha perdido su carácter elitista.

Es un potente estimulante del sistema nervioso central y una de las drogas más adictivas y peligrosas. Los efectos inmediatos son: euforia y sensación de aumento de energía, disminución del apetito, estado de alerta y sensación de agudeza mental, aumento de la presión arterial, el ritmo cardiaco y la temperatura corporal y dilatación

de las pupilas. Pero el efecto es pasajero; a los 30 o 60 minutos se produce el bajón (cansancio, decaimiento, depresión).

A medio y largo plazo, al igual que el cannabis, el consumo habitual provoca trastornos psíquicos como ideas paranoides (de persecución, de grandeza...) o depresión, y cuadros de psicosis y esquizofrenia. También provoca daños muy importantes en los sistemas circulatorio (infarto de miocardio), complicaciones neurológicas (trombosis y hemorragias), alteraciones menstruales, infertilidad, impotencia y gastrointestinales.

A estos daños hay que añadir los propios de la vía de administración, que en el caso de la vía nasal puede provocar pérdida del olfato, hemorragias nasales, ronquera o incluso la perforación del tabique nasal.

Drogas de síntesis

Actualmente incluye cientos de sustancias, producidas por síntesis química. En su mayor parte, como ocurre con el MDMA o éxtasis, el MDA o "píldora del amor", el MDEA o "Eva" y la metanfetamina o speed, son derivados de la anfetamina, por lo que tienen efectos psicoestimulantes. En ocasiones incorporan también componentes que causan efectos alucinógenos ligeros. Otras drogas de síntesis con cierta presencia en el mercado ilícito son: **el éxtasis líquido o gammahidroxibutirato (GHB)** (depresora del Sistema Nervioso Central), **la fenciclidina (PCP)** o "polvo de ángel" (alucinógena).

Éxtasis

Es la droga de síntesis más popular, conocido técnicamente como MDMA o 3-4 metilenedioximetanfetamina. Se utilizó hasta los años sesenta para tratamientos psiquiátricos pero fue retirada por los efectos secundarios que producía.

Se encuentran en el mercado en forma de pastilla, tableta o cápsula y suele llevar dibujos impresos que dan lugar a una auténtica jerga: love, delfines, pirulas, pastis, etc.

También existe la presentación "cristal" (en polvo o pequeña roca), que se encuentra cada vez más disponible, y se puede tomar vía oral, inhalada, fumada o inyectada.

Por vía oral, sus efectos se sienten a la media hora y duran entre dos y tres horas. Tiene un efecto vigorizante (de aumento de fuerza y aguante) y de aumento de la percepción sensorial, en especial del tacto, produciendo sensación de bienestar, de cercanía y de conexión con los demás. Pero origina efectos adversos: náuseas, escalofríos, sudoración, visión borrosa o contractura involuntaria de la mandíbula.

Tras el consumo o sobredosis pueden ocurrir reacciones agudas; la más frecuente es el "síndrome hipertérmico", sobre todo si el ambiente donde se consume está caliente y mal ventilado. Consiste en un elevación brusca de la temperatura corporal (por encima de los 40-41 °), similar al "golpe de calor" y puede llevar al fracaso orgánico.

Los usuarios crónicos de éxtasis sufren daño en los procesos de atención, concentración y abstracción, pérdida de memoria, disminución del interés por el sexo, pérdida de apetito y una mayor frecuencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, sintomatología obsesiva, ideación paranoide o trastornos del sueño.

El éxtasis, como el resto de drogas, produce tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Metanfetamina

Es conocida popularmente como "speed", habitualmente se presenta en forma de polvo y se consume por inhalación. Existe una variante fumada, conocida como ice o crystal.

Inmediatamente a ser consumida produce efectos psicológicos placenteros: sensación de euforia que se manifiesta con excitación nerviosa, insomnio, locuacidad, en ocasiones agresividad, ausencia de apetito y de fatiga, hiperactividad e incremento de los niveles de atención y concentración, que producen una rápida y enorme tole-

rancia. A nivel físico los síntomas suelen ser sed, sudoración, taquicardia, aumento de la tensión arterial, náuseas, malestar, dolor de cabeza y vértigos.

Los efectos a largo plazo serían: insomnio, anorexia, disminución de la libido, comportamiento violento, accidentes cerebrovasculares, alucinaciones y psicosis. Algunas de estas alteraciones persisten mucho tiempo después de no consumirla.

Drogas alucinógenas

Ketamina

Es una droga de síntesis. Se puede encontrar como líquido, polvo, cristales, pastillas o cápsulas y se conoce popularmente como "special K". En ocasiones, puede estar mezclada con otras sustancias (efedrina, cafeína...).

A dosis bajas, produce efectos similares a los de borrachera por alcohol, con pérdida de coordinación y dificultades para hablar y pensar, visión borrosa, etc. A dosis altas puede provocar un "viaje" muy intenso, con delirios, pseudoalucinaciones, pérdida de la noción del espacio y del tiempo y distorsión de la realidad. Algunas personas se ven fuera de su cuerpo o piensan que han muerto o van a morir de manera inmediata.

Es peligrosa. Su consumo habitual produce alteraciones en la memoria, en la concentración y deterioro de las habilidades. Tiene un elevado riesgo de adicción y una rápida tolerancia.

Dietilamida de ácido lisérgico (LSD)

Ácido, tripi. Se suele consumir vía oral impregnado en papelillos decorados. Produce viajes psicodélicos (alteraciones de la percepción y alucinaciones), variables de unas personas a otras o incluso en la misma persona según las condiciones. Algunos experimentan sensación de euforia, otros, una experiencia terrorífica que se denomina "mal viaje", con riesgo de suicidio. A largo plazo se asocia a trastornos psicóticos.

Otras drogas emergentes

spice, piperazinas, mefedrona, nexus (2CB), setas mágicas, research chemicals y legal highs. Por el momento no constituyen un problema fundamental en adolescentes debido a consumos esporádicos.

Inhalantes volátiles

Incluye una gran variedad de sustancias: pegamentos, colas, gasolinas, quitagrasas, disolventes, pinturas, lacas de uñas, poppers (nitritos), óxido nítrico (popularmente conocido como "gas de la risa"), etc. Debido a su fácil accesibilidad o precio muy bajo existe una tendencia a considerarlos poco peligrosos, aunque no sea así.

El "bagging" es una modalidad actual de consumo en discotecas que consiste en llenar una bolsa o globo con óxido nítrico, e inhalar directamente este gas.

Sus efectos dependen del tipo de gas y de la intensidad del consumo pero en general producen euforia inicial, seguida de confusión y somnolencia, y finalmente irritabilidad y síntomas físicos (cefalea y síntomas gastrointestinales). El óxido nítrico se asocia a sus efectos de risa incontrolada y los poppers a su acción afrodisíaca y facilitadora de relaciones sexuales. Pero su consumo continuado es peligroso y crea adicción, sus efectos a medio y largo plazo son: fatiga, disminución de la memoria, depresión, agresividad, daños orgánicos múltiples e incluso la muerte.

Heroína

Se sintetiza a partir de la morfina, a su vez derivado del opio. Recibe el nombre de "caballo" o "jaco". Puede fumarse, inyectarse o inhalarse por la nariz. Su consumo es actualmente minoritario entre los jóvenes.

Activa el sistema opioide del cuerpo y provoca sensación de placer, de satisfacción, el control del dolor y ofuscamiento mental. Pero genera una enorme tolerancia que lleva a consumir hasta 10 veces más de dosis para conseguir el mismo efecto.

Su supresión ocasiona la aparición del síndrome de abstinencia o "mono": ansiedad, agresividad, midriasis, lagrimeo, sudoración abundante, escalofríos, temblores, "piel de gallina", diarrea, náusea, vómitos, embotamiento mental, hiperactividad locomotora y dolores articulares. Aparece aproximadamente a las 8 horas de la última dosis y puede durar hasta 10 días. Aunque el síndrome de abstinencia no supone un grave riesgo para la salud, es una experiencia muy temida por el heroinómano. Llega un momento en que toda la vida del adicto gira alrededor de la búsqueda, obtención y consumo de la heroína. Es frecuente el abandono del grupo de amigos habituales, del trabajo y, finalmente, la marginación social.

El consumo de heroína conlleva importantes riesgos para la salud, no solo por la sustancia en sí misma, sino también por los adulterantes utilizados en su manipulación (quinina, lactosa, bórax, azúcar, almidón, etc., incluso estricnina y otros depresores del sistema nervioso central como barbitúricos y sedantes), por los hábitos higiénicos precarios (contaminación por bacterias, virus o hongos) y por las conductas y prácticas de riesgo (compartir las jeringuillas u otros útiles de inyección, así como mantener relaciones sexuales sin protección), a las que se asocia su consumo. Provoca abscesos cutáneos, venas colapsadas, VIH, hepatitis B, hepatitis C, endocarditis, artritis, etc.

Tampoco debemos olvidar, aunque no existen registros oficiales, del consumo de los **esteroides anabólicos** por parte de algunos jóvenes que pretenden mejorar la musculatura o reducir la grasa corporal, y que, en ocasiones, forman parte de un patrón de comportamiento de alto riesgo, con importantes efectos secundarios (cese precoz del crecimiento, acné, calvicie, desarrollo de mamas en varones, cáncer de hígado, ataques al corazón...). Y la **cafeína**, sustancia psicoactiva procedente principalmente del consumo de refrescos y bebidas energéticas, que se utilizan frecuentemente para mejorar el rendimiento, durante periodos de somnolencia o de vigilia prolongada, pero que a dosis altas provoca síntomas físicos y psiquiátricos, interacción con otras drogas y adicción.

Policonsumo

La Organización Mundial de la Salud define el término "policonsumo" como el consumo de más de una sustan-

cia o tipo de sustancias, simultáneo o no, que produce dependencia de al menos una de ellas. Se usa para potenciar o contrarrestar el efecto de otras drogas. Aunque también se da el caso de usar una droga cuando escasea otra, en ese momento. El efecto en el cerebro es más duradero y tóxico que cuando se usa cualquiera de las drogas por separado. También perjudica el manejo del paciente adolescente a la hora del tratamiento en intoxicaciones agudas. Cada vez hay más datos que demuestran el efecto perjudicial del policonsumo de drogas asociado a la conducción de vehículos, especialmente si se combina con alcohol.

PREVENCIÓN Y ABORDAJE DEL CONSUMO DE TÓXICOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria se encuentra en un lugar privilegiado para la prevención y abordaje del consumo de tóxicos en la adolescencia. Aunque ningún estudio científico riguroso ha demostrado que un enfoque o estrategia determinados permitan reducir efectiva y constantemente el uso indebido de drogas a largo plazo. No obstante, hay un cierto consenso entre los expertos, los especialistas y los propios jóvenes sobre todas estas actuaciones que hay que tener en cuenta cuando se desarrollan acciones frente al consumo de tóxicos.

La prevención, diagnóstico y atención debe realizarse de forma integral y específica, considerando tres niveles de actuación:

Prevención primaria

Comprende la formación de los niños y adolescentes para que sepan tomar decisiones antes de decidir el tomar contacto con los tóxicos¹⁷. La prevención de las conductas de riesgo tóxico debe comenzar desde las primeras edades e integrarse dentro de la formación general de los niños y adolescentes de una forma sistemática y continua. Lo que se pretende es evitar o retrasar la edad de inicio en el consumo.

Es necesario que el enfoque sea múltiple y participativo. Para ello son escenarios idóneos las consultas de Aten-

ción Primaria (tanto a demanda como las del programa de salud infantil)¹⁸, las familias^{19,20} y la escuela^{21,22}. Los métodos más adecuados para la prevención primaria son: el consejo breve, el asesoramiento de las familias y el desarrollo de programas preventivos universales a nivel escolar, familiar, y comunitario, que transmitan habilidades para resistir el consumo. Es importante promover la filosofía de resistir la presión de amigos y de los medios de comunicación (resiliencia), y el fomento de actividades de ocio más saludables.

Prevención secundaria

Comprende la detección precoz e intervención temprana para niños y adolescentes en situación de riesgo o que inician el consumo. Pretende evitar el paso al consumo regular y al uso de drogas consideradas más peligrosas.

Lamentablemente, la detección precoz es difícil ya que los consumidores jóvenes no suelen solicitar ayuda, son muchas veces los padres los que alertan del problema, cuando sospechan o detectan su consumo.

Dentro de las actividades preventivas que se deben llevar a cabo en Atención Primaria estaría **la detección temprana** del consumo de este tipo de sustancias, mediante anamnesis sistemática en las revisiones programadas o de forma oportunista en otras consultas por patología. Con frecuencia la falta de sistematización en este tema hace que muchos profesionales vean esta actividad como "complicada".

Se basa en utilizar la empatía y preguntar al adolescente si es o no consumidor de alguna droga. Hay que huir de estereotipos, tras un joven de aspecto trasgresor puede haber una persona colaboradora²³. Se utilizarán de forma preferente preguntas abiertas e indirectas sobre el hábito en el grupo de iguales, como por ejemplo: ¿qué piensas de que muchos de tus compañeros fumen?, ¿qué piensas de que muchos de tus amigos beban alcohol?, ¿qué piensas de que tus amigos tomen drogas?, ¿fuma, bebe alcohol o consume drogas alguno de tus amigos? Puede ser interesante preguntar en ausencia de los pa-

dres. Las recomendaciones de Previnfad son realizarlo al menos una vez al año y registrarlo en la historia clínica¹⁸.

Una vez conocida la situación de si consume drogas o no, será necesario saber **el patrón de consumo**. Hoy en día es habitual el consumo intensivo ocasional que puede pasar desapercibido si no se cuantifica. Preguntar sobre cantidad, periodicidad y circunstancias del entorno. Existen diversos test que cuantifican el consumo de alcohol (CAGE, MALT, AUDIT, FAST...), pero se utilizan sobre todo en adultos²⁴.

En el caso de que se detecte consumo, hay que **valorar también la existencia o no de un consumo problemático**. Las posibilidades de prevención van a estar muy influidas por el grado de dependencia y por la motivación para el cambio. En el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis estos aspectos se pueden evaluar mediante herramientas específicas:

- La determinación de la dependencia al tabaco puede realizarse mediante el uso del cuestionario Fagerström breve²⁵ y la motivación para el cambio mediante el cuestionario o test de Richmond (Tabla 4)²⁵.
- El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) ha sido desarrollado por la OMS como método de *screening* del consumo de riesgo y de la posible dependencia al alcohol²⁶.
- El CAST (Cannabis Abuse Screening Test), escala autoaplicada de 6 ítems y el CPQ-A (*Adolescent Cannabis Problems Questionnaire*), cuestionario que recoge 27 ítems para la evaluación de los problemas generados por el cannabis en jóvenes y adolescentes²⁷.

Para estos pacientes que no han llegado a consumir o que presentan consumos puntuales, ligados al afán de experimentación, y siempre que se trate solo de una reacción de ajuste y no se aprecie psicopatología significativa o conducta antisocial, se puede abordar el tratamiento desde Atención Primaria, mediante un enfoque a nivel individual y/o grupal. A nivel individual, tratando

Tabla 4. Test de Fagerström breve (dependencia al tabaco) y de Richmond (motivación para dejar de fumar)

| Test de Fagerström breve | Test de Richmond |
|---|---|
| ¿Cuánto tiempo pasa después de despertarse en fumar su primer cigarrillo? | ¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente? |
| <5 min: 3 | No: 0 |
| 6-30 min: 2 | Sí: 1 |
| 31-60 min: 1 | ¿Cuánto interés tienes en dejarlo? |
| >60 min: 0 | Ninguno: 0 |
| ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? | Algo: 1 |
| >30: 3 | Mediano: 2 |
| 21-30: 2 | Mucho: 3 |
| 11-20: 1 | ¿Intentarás dejarlo en las próximas dos semanas? |
| <11: 0 | No: 0 |
| | Quizá: 1 |
| | Probablemente: 2 |
| | Sí: 3 |
| | ¿Piensas que puedes conseguirlo en los próximos seis meses? |
| | No: 0 |
| | Quizá: 1 |
| | Probablemente: 2 |
| | Sí: 3 |
| Puntuación: | Puntuación: |
| 0 a 2: dependencia baja | 0 a 5: motivación baja |
| 2 a 4: dependencia moderada | 6 a 8: motivación moderada |
| 5 a 6: dependencia alta | 9 o más: motivación alta |

de establecer un vínculo terapéutico y orientar un consejo. Se puede conseguir con una o varias consultas programadas, de 20 a 40 minutos de duración, personalizando nuestras actuaciones a cada joven, con el objetivo de evitar o abandonar el consumo de drogas.

Pero si la comunicación falla o el problema avanza será necesario proponer una consulta con otros profesionales: salud mental y centros ambulatorios especializados en drogas, que desarrollan importantes programas de prevención selectivos en el entorno familiar; junto a tareas de orientación y asesoramiento. Actualmente también se lleva a cabo con éxito una forma de psicoterapia basada en la meditación, llamada "mindfulness", que trata de controlar los problemas de salud mediante la atención y conciencia plena del momento actual.

Prevención terciaria

Comprende estrategias para mejorar el abordaje terapéutico de jóvenes que tienen problemas de consumo de tóxico, con síntomas de abuso y/o dependencia:

- Reducir el consumo/reducción de abstinencia.
- Abordaje de problemas psiquiátricos y de conducta.
- Problemática familiar:
- Problemas de interrelación personal.
- Rendimiento del área académica-laboral.

Empezaremos como siempre con una buena historia clínica. Tras ella, la exploración física y como herramientas auxiliares las pruebas complementarias. Finalmente, el abordaje terapéutico multidisciplinar. A este nivel, es fundamental para el profesional sanitario: perfeccionar conocimientos sobre las drogas y prevención (protocolos, guías, programas, material de apoyo: folletos, instrucciones), desarrollar habilidades de comunicación con adolescentes, disponer de tiempo y tener conocimiento de la red de recursos específicos o apoyos externos especializados.

El modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemente determina el estadio y motivación en la que se encuentra el paciente para dejar el consumo: fase de contemplación, determinación o preparación, acción, mantenimiento o recaída.

El tratamiento será plural, incluyendo terapia individual, grupal y familiar; además del tratamiento psicofarmacológico, si fuese necesario²⁹. La intensidad del tratamiento dependerá de la gravedad del problema y del tipo de droga de abuso. Hay trabajos que abogan por el abordaje diferencial de hombres y mujeres, pero aún no está establecido³⁰.

El profesional sanitario más cercano al paciente y la familia (pediatra o médico de familia) informará y coordinará los recursos disponibles (salud mental, recursos sociales, unidades de tabaquismo, centros de alcohólicos, centros especializados en drogodependencias, etc.), donde se hará un abordaje específico y adaptado a las necesidades individuales de cada caso.

CONCLUSIONES

Muchos adolescentes inician el consumo de drogas en la edad pediátrica, etapa de maduración física y psicológica, con importante riesgo para su salud.

Es importante detectar el consumo precoz de sustancias tóxicas, para evitar la progresión hacia el policonsumo de drogas consideradas más peligrosas.

El patrón de consumo ha cambiado en los últimos veinte años. El consumir drogas forma parte de la cultura del ocio y de la diversión de los fines de semana, para muchos jóvenes supone una ruptura, un "corte" con los días del resto de la semana y sus rutinas. Esto explica el consumo no continuo que, por otro lado, no exime del riesgo, debido principalmente a los consumos intensivos y a los problemas que persisten en el organismo durante la semana.

Los problemas asociados a las drogas en la adolescencia son de diversa índole e intensidad que van desde el

consumo experimental hasta la actitud neuroadaptativa de la dependencia.

Es importante que los padres y los centros escolares eduquen en valores y con el ejemplo. Aunque las alarmantes cifras de consumo sobre todo de alcohol hacen necesario que la sociedad imponga leyes acordes con el gran daño que esta práctica está provocando a nuestros adolescentes.

El pediatra de Atención Primaria puede hacer mucho en aspectos preventivos, diagnósticos y terapéuticos. Es necesario un aprendizaje en el manejo de este problema y una coordinación específica con los Centros de Atención a Drogodependientes, Salud Mental, recursos sociales, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre la Droga. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009. [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
2. Caudevilla F. Intervención en el adolescente consumidor de drogas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 237-44.
3. Pérez A, Pérez R, Martínez ML, Leal FJ, Mesa I, Jiménez I. Estructura y funcionalidad de la familia durante la adolescencia: relación con el apoyo social, el consumo de tóxicos y el malestar psíquico. *Atención Primaria*. 2007;39:61-5.
4. Guía sobre drogas. Delegación del Gobierno sobre el Plan Nacional sobre la Droga. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007. [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/eu/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>

5. Benítez MR, Amorós C. Prevención del consumo de tóxicos (1ª parte): ¿qué sustancias consumen nuestros adolescentes? *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2011;4(4):269-76.
6. DSM IV-TR. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Villalbí JR, Suelves JM, Saltó E, Cabezas C. Valoración de las encuestas a adolescentes sobre consumo de tabaco, alcohol y cannabis en España. *Adicciones.* 2011;23(1):11-6.
8. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. UNODC Informe Mundial sobre las Drogas 2013. Viena; 2013. [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en http://www.unodc.org/documents/colombia/2013/Junio/WDR2013_ExSummary_reducido.pdf
9. Observatorio Europeo de Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Informe Europeo sobre Drogas 2013. Tendencias y novedades. España; 2013. [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2013>
10. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, et al. The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 2012. [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf
11. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts C, et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
12. Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre la Droga (DGPNSD). Informe 2011. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2011. [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>
13. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Fecha de acceso 15 jul 2013]. Disponible en http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/ESTUDES_2010.pdf
14. Parada M, Corral M, Caamaño-Isorna F, Mota N, Crego A, Rodríguez Holguín S, et al. Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente -binge drinking-. *Adicciones.* 2011;23(1):53-63.
15. Rubino T, Zamberletti E, Parolaro D. Adolescent exposure to cannabis as a risk factor for psychiatric disorders. *J Psychopharmacol.* 2012;26(1):177-88
16. Aizpiri J, Barbado JA, Cañones PJ, Fernández A, Gonçalves S, Rodríguez JJ, et al. Trastorno por sustancias de abuso (y III): otras dependencias. *Medicina General.* 2002;48:814-23.
17. Benítez MR. Prevención del consumo de tóxicos (2ª parte): intervención del profesional de Atención Primaria. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2012;5(1):49-55.
18. Galbe J. Consumo de alcohol y drogas. En: Cortés O, Esparza MJ (eds). *Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia (PREVINFAD-AEPap).* Madrid: Exlibris Ediciones; 2011:73-84.

19. Programa de Prevención Familiar de la Agencia Antidroga + familia. Guía para padres y madres. Salud Madrid. Comunidad de Madrid. Madrid: Ancares Gestión Gráfica Ediciones; 2010.
20. Okulicz-Kozaryn K, Foxcroft DR. Effectiveness of the Strengthening Families Programme 10-14 in Poland for the prevention of alcohol and drug misuse: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2012;12:319. [Fecha de acceso 24 nov 2013]. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-319.pdf>
21. Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. *Salud Publica Educ Salud* 2001;1(1):23-27.
22. Vázquez ME, González C. Proyecto e implementación de un proyecto educativo en la escuela. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2013;6(2):153-61.
23. Cornellà J, LLusent A. Particularidades de la entrevista con un adolescente. *Form Med Cont Aten Prim*. 2005;12:147-54.
24. Córdoba R, Camarelles F, Lizarbe V, Jiménez M. Abordaje del consumo de riesgo de alcohol desde atención Primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(11):635-7.
25. Galbe J, García N, Córdoba R, Grupo PrevInfad. Abordaje del tabaquismo activo y pasivo desde la consulta del pediatra de Atención primaria. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2011;4(2):118-23.
26. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. The alcohol use disorders identification test guidelines for use in primary care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001. [Fecha de acceso 24 nov 2013]. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf
27. Fernández-Artamendi S, Fernández-Hermida JR, García-Cueto E, Secades-Villa R, García-Fernández G, Barrial-Barbén S. Adaptación y validación al español del Adolescent-cannabis problems Questionary (CPQ-A). *Adicciones*. 2012;24(1):41-9.
28. Ruiz-Lázaro PJ. Atención y conciencia plena (mindfulness). *Famiped*. 2013;6(3). [Fecha de acceso 24 nov 2013]. Disponible en <http://famiped.es/volumen-6-no3-septiembre-2013/psicologia/atencion-y-conciencia-plena-mindfulness>
29. Molina R. Consumo de alcohol, tabaco y drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2013;XVII(3):205-16.
30. Meneses C, Charro B. Is a gender differential intervention necessary in the prevention of adolescent drug use? *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2013 Apr 24. doi: 10.1016/j.rpsm.2013.01.003. [Epub ahead of print].