

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA  
SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR  
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización  
2015

PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y  
CONSEJERÍA EN  
ADICCIONES  
PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS EN EL  
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: SS-023-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD  
GENERAL



DIF  
Nacional





Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright **Secretaría de Salud**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención**. México: Secretaría de Salud; **26/Marzo/2015**.

Actualización **total**.

Esta guía puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

## CIE-10. F10-19: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

### GPC: PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y CONSEJERÍA EN ADICCIONES PARA ADOLESCENTES Y ADULTOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

#### COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2008

COORDINADORES			
Dr. Ricardo I. Nanni Alvarado	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones. Posgrado en administración de servicios de salud	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico psiquiatra, jefe de la Clínica de Trastornos Adictivos
AUTORES			
Dr. Ricardo I. Nanni Alvarado	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones. Posgrado en administración de servicios de salud	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico psiquiatra, jefe de la Clínica de Trastornos Adictivos
Dr. Hugo González Cantú	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico psiquiatra adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos
Dr. Mario González Zavala	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico psiquiatra
Dra. Elodia Guadalupe León Nandayapa	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médica psiquiatra
Dra. Natalia Morales Carrasco	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médica psiquiatra
Dr. Carlos Lima Rodríguez	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico psiquiatra
Dra. Yazmín Garduño Martínez	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médica psiquiatra
Psic. Rodrigo Alonso Marín Navarrete	Licenciado en psicología clínica	Instituto Nacional de Psiquiatría	Psicólogo adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos

Psic. Guillermo Ruiz Arias	Licenciado en psicología clínica	Instituto Nacional de Psiquiatría	Psicólogo adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos
Psic. Ma. Concepción Cano Rodríguez	Licenciada en psicología clínica	Universidad Nacional Autónoma de México	Estudiante de Maestría en Psicología de las Adicciones
Psic. Rocío Romero Reséndez	Licenciada en psicología	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Mtra. María José Martínez Ruiz	Maestra en psicología de las adicciones	Consejo Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Entidades Federativas
Mtro. Juan Arturo Sabines Torres	Maestro en psicología	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Subdirector de Prevención
Psic. Alfredo Guerrero Mucíño	Licenciado en psicología	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Subjefe del Departamento de Desarrollo Técnico y Redes Sociales
Psic. Gabriela E. Rodríguez Rodríguez	Licenciada en psicología	Consejo Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Análisis y Proyectos
Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Doctora en psicología de la salud Maestra en psicología general experimental. Especialista en psicología en atención primaria de salud Licenciada en psicología	Consejo Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica de la Dirección de Vinculación
Dr. Armando Patrón Vargas	Médico psiquiatra	Consejo Nacional contra las Adicciones	Director Técnico
Dr. Héctor Javier González Jácome	Medicina interna Administración y políticas públicas	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SS	Subdirección de Guías de Práctica Clínica
<b>VALIDADORES</b>			
Mtra. Aldegunda González Aguilar	Maestra en psicología de las adicciones Especialista en el tratamiento de las adicciones Licenciada en psicología	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Responsable del Programa de Adicciones, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud

## COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2014

## COORDINADORES

Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Doctora en psicología de la salud Maestra en psicología general experimental. Especialista en psicología en atención primaria de salud Licenciada en psicología	Comisión Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Integración y Seguimiento de los Programas Nacionales
--------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

## AUTORES

Mtra. Lizbeth Roberta García Quevedo	Maestra en psicología de las adicciones Licenciada en psicología	Comisión Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Coordinación con Entidades Federativas Región 2
Esp. María del Pilar Reyes Munguía	Especialista en el tratamiento de las adicciones Licenciada en psicología	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Subjefa del Departamento de Modelos y Tecnologías Preventivas
Mtra. Nadia Robles Soto	Maestra en psicología de las adicciones Licenciada en psicología	Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones	Subdirectora de Apoyo y Coordinación Región Sur
Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Doctora en psicología de la salud Maestra en psicología general experimental. Especialista en psicología en atención primaria de salud Licenciada en psicología	Comisión Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Integración y Seguimiento de los Programas Nacionales

## VALIDADORES

Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera	Doctora en psicología de la salud Maestra en psicología de la salud Licenciada en psicología	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Psicóloga adscrita a la Dirección Médica
-------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------	------------------------------------------

# ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación .....</b>	<b>8</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder .....</b>	<b>9</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales .....</b>	<b>10</b>
3.1.	Justificación.....	10
3.2.	Actualización del año 2008 al 2015 .....	12
3.3.	Objetivo.....	13
3.4.	Definición.....	13
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones .....</b>	<b>14</b>
4.1.	Prevención de adicciones en atención primaria .....	15
4.1.1.	<i>Identificación de factores de riesgo y de protección.....</i>	<i>15</i>
4.1.2.	<i>Intervención con familias.....</i>	<i>16</i>
4.1.3.	<i>Intervención en ambientes escolares.....</i>	<i>17</i>
4.1.4.	<i>Desarrollo de habilidades para la vida.....</i>	<i>18</i>
4.1.5.	<i>Intervenciones en la comunidad .....</i>	<i>19</i>
4.2.	Detección temprana de riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas .....	19
4.2.1.	<i>Detección temprana de riesgos en adultos.....</i>	<i>19</i>
4.2.2.	<i>Detección temprana de riesgos en adolescentes.....</i>	<i>21</i>
4.3.	Consejería breve .....	24
4.3.1.	<i>Consejería breve en adultos.....</i>	<i>24</i>
4.3.2.	<i>Consejería breve en adolescentes.....</i>	<i>25</i>
4.4.	Referencia.....	27
<b>5.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>28</b>
5.1.	Protocolo de búsqueda .....	28
5.1.1.	<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	<i>29</i>
5.1.1.1.	<i>Primera Etapa.....</i>	<i>29</i>
5.1.1.2.	<i>Segunda Etapa.....</i>	<i>30</i>
5.1.1.3.	<i>Tercera Etapa .....</i>	<i>30</i>
5.1.1.4.	<i>Cuarta Etapa .....</i>	<i>31</i>
5.2.	Escalas de gradación.....	32
5.2.1.	<i>SIGN.....</i>	<i>32</i>
5.2.2.	<i>USPSTF.....</i>	<i>33</i>
5.3.	Cuadros o figuras.....	34
5.3.1.	<i>Habilidades para la vida.....</i>	<i>34</i>
5.3.2.	<i>AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).....</i>	<i>35</i>
5.3.3.	<i>ASSIST.....</i>	<i>36</i>
5.3.4.	<i>POSIT.....</i>	<i>41</i>
5.3.5.	<i>Discriminación entre el uso de sustancias y los trastornos.....</i>	<i>42</i>
5.4.	Diagramas de flujo .....	43
<b>6.</b>	<b>Glosario.....</b>	<b>44</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografía.....</b>	<b>46</b>
<b>8.</b>	<b>Agradecimientos.....</b>	<b>48</b>
<b>9.</b>	<b>Comité Académico .....</b>	<b>49</b>
<b>10.</b>	<b>Directorio Sectorial y del Centro Desarrollador .....</b>	<b>50</b>
<b>11.</b>	<b>Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica .....</b>	<b>51</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: SS-023-08

<b>Profesionales de la salud</b>	1.45. Psicología
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10. F10-19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
<b>Categoría de GPC</b>	3.1.1. Nivel de atención primaria 3.2. Consejería 3.4. Diagnóstico y tamizaje 3.11.1. Prevención primaria 3.15. Educación sanitaria
<b>Usuarios potenciales</b>	4.3 Departamentos de salud pública 4.5 Enfermeras generales 4.6 Enfermeras especializadas 4.7 Estudiantes 4.8. Investigadores 4.9 Hospitales 4.12 Médicos especialistas 4.13 Médicos generales 4.14 Médicos familiares 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos 4.18. Paramédicos 4.23 Planificadores de servicios de salud 4.24 Pediatras 4.25 Proveedores de servicios de salud 4.26 Proveedores de atención en farmacodependencia 4.27 Psicólogos y profesionistas de la conducta no médicos 4.28 Técnicos en enfermería 4.29. Terapeutas ocupacionales 4.32 Trabajadores sociales
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	6.3 Dependencia del Gobierno Federal 6.5. Dependencias de la Secretaría de Salud: Comisión Nacional contra las Adicciones; Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones 6.14. Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro: Centros de Integración Juvenil, A.C.
<b>Población blanco</b>	7.3 Niño 2 a 12 años 7.4 Adolescente 13 a 18 años 7.5. Adulto 19 a 44 años 7.6. Mediana edad 45-64 años 7.7. Adultos mayores de 65-79 años 7.9. Hombre 7.10. Mujer
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	6.3 Dependencia del Gobierno Federal 6.5. Dependencias de la Secretaría de Salud: Comisión Nacional contra las Adicciones; Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones 6.14. Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro: Centros de Integración Juvenil, A.C.
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	94.45 Asesoramiento para toxicomanía 94.46 Asesoramiento para alcoholismo 94.49 Asesoramiento para familia (médico) (social)
<b>Impacto esperado en salud</b>	Disminución de la tasa de incidencia y prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas Disminución de la tasa de mortalidad por abuso y dependencia a drogas Disminución de la tasa de morbilidad hospitalaria por abuso y dependencia
<b>Metodología de actualización<sup>1</sup></b>	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales, metaanálisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala
<b>Método de integración</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, metaanálisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales utilizadas: número total de fuentes vigentes de la guía original, del período al 2008 = 0 y número total de las fuentes utilizadas en la actualización, del 2009 al 2014 = 25, especificadas por tipo en el anexo de Bibliografía Guías seleccionadas: 3 Revisiones sistemáticas: 3 Ensayos clínicos aleatorizados: 4 Estudios observacionales: 7 Otras fuentes seleccionadas: 8
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: CENETEC Validación de la Guía: Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
<b>Registro</b>	SS-023-08
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación de la actualización: 26/Marzo/2015. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o, de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía se puede contactar al CENETEC-Salud a través de su portal <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Realizar intervenciones preventivas disminuye la probabilidad de iniciar el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos?
2. ¿Los instrumentos de tamizaje son efectivos para identificar adolescentes y adultos en riesgo de consumo de sustancias psicoactivas?
3. ¿La consejería en adicciones es efectiva para reducir el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos?
4. ¿En adolescentes y adultos que consumen sustancias psicoactivas es necesaria la referencia para recibir atención especializada?

## 3. ASPECTOS GENERALES

### 3.1. Justificación

En su Reporte Mundial de Drogas 2014, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito refiere que el consumo de drogas en todo el mundo sigue causando un número significativo de pérdidas, tanto de vidas humanas como de años de vida productiva. De acuerdo con cifras de 2012, se estimó un promedio de 183 000 muertes relacionadas con las drogas (entre 95 000 y 226 000), lo que corresponde a una tasa de mortalidad de 40.0 muertes por millón (rango: 20.8 a 49.3) en la población de entre 15 a 64 años de edad. Cabe señalar que estas estimaciones son inferiores a las de 2011, lo que se ha relacionado con un menor número de muertes por esta causa registradas en algunos países de Asia (UNODC, 2014).

Sin embargo, también se ha estimado que en 2012, entre 162 y 324 millones de personas habían usado una droga ilícita al menos una vez en el año anterior, principalmente del tipo *Cannabis*, opiáceos, cocaína o estimulantes del grupo anfetamínico, lo que corresponde a entre 3.5% y 7.0% de la población mundial de entre 15 a 64 años de edad.

La magnitud del uso problemático de drogas, es decir, del número de usuarios regulares de drogas y aquéllos con trastornos por consumo de drogas o dependencia, se ha mantenido estable entre 16 y 39 millones de personas. Sin embargo, sigue existiendo una brecha entre la disponibilidad de los servicios de atención, ya que sólo 1 de cada 6 usuarios problemáticos a nivel mundial tuvieron acceso o recibieron servicios para el tratamiento de la dependencia, quedando sin atención una gran porción de los usuarios (UNODC, 2014).

En México, la sexta Encuesta Nacional de Adicciones -ENA- (Medina M, 2011) permite observar las tendencias del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas desde hace más de 20 años. Por ejemplo, en cuanto al consumo de tabaco en población de 12 a 65 años de edad se registró que 17.3 millones (22%) fumaron tabaco en el último año; 12 millones fueron hombres (31%) y 5.2 millones, mujeres (13%), en tanto que 26% (21 millones) de esta población correspondió a exfumadores(as).

También se encontró que quienes probaron tabaco durante el último año iniciaron el consumo diario de cigarrillos a la edad de 20.4 años (hombres a los 20 y mujeres a los 21.7 años), y que 12.5 millones de personas (30%) nunca han fumado pero se encuentran expuestas al humo de tabaco ambiental.

Asimismo, en adolescentes de entre 12 a 17 años de edad se encontró que 1.7 millones de ellos fumaron durante el último año (12%), de los cuales 1.1 millones (16%) fueron hombres. La edad de inicio en adolescentes que fuman diariamente fue a los 14 años, y 78% de esta población (10.5 millones) nunca ha fumado. En relación con el consumo de alcohol en personas de 12 a 65 años de edad, el consumo de alcohol “en el último año” aumentó de 46% a 51% entre 2002 y 2011, con diferencias por sexo: en mujeres aumentó de 34% a 41%, mientras que en los hombres aumentó de 56% a 63% (Medina M, 2011). El 55% de las personas de entre 12 a 65 años de edad que consumió alcohol mencionó que lo hizo por primera vez a los 17 años de edad o menos, mientras que 39% inició entre los 18 y los 25. Los resultados por sexo en 2011 muestran que 65% de los hombres y 43% de las mujeres iniciaron el consumo de alcohol a los 17 años o menos.

Considerando sólo a la población adolescente de 12 a 17 años de edad, se encontraron aumentos significativos en el consumo de alcohol en el “último año”, al pasar de 25.7% a 30.0%, tendencia que se observó tanto en hombres como en mujeres (Medina M, 2011).

En cuanto al consumo de drogas ilícitas en población de 12 a 65 años en 2011, el consumo de drogas “alguna vez en la vida” se situó en 7.8%, equivalente a cerca de 6.2 millones de personas; entre 2008 y 2011 se registró un incremento en los hombres, de 9.1% a 13.0%, y de 2.6% a 3% en las mujeres. En 2011, el consumo en el “último año” fue de 1.8%, ligeramente arriba del reportado en la ENA 2008 (1.4%).

La marihuana se mantiene como la droga de mayor consumo en la población general (con 6% de uso alguna vez en la vida), en los hombres se sitúa en 10.6%. La siguiente droga de mayor preferencia es la cocaína (incluye crack), con 3.3%.

Para población adolescente en 2011, el consumo de drogas alguna vez en la vida se ubicó en 3.3%, mientras que el consumo del último año de cualquier droga fue de 1.6%. En los adolescentes, igual que en los adultos, también se observó que el consumo de marihuana es el más frecuente (2.4%, alguna vez en la vida), le siguen los inhalables (0.9%) y la cocaína (0.7%). Para los hombres, se reporta 8.7% de consumo de marihuana alguna vez en la vida, 5.2% de cocaína y 1.3% de inhalables. En el caso de las mujeres, el uso alguna vez en la vida de marihuana asciende a 4.8%, el de cocaína a 2.5% y el de inhalables a 0.5%.

En este contexto, para atender debidamente los problemas de salud ocasionados tanto por el consumo como por la dependencia de sustancias psicoactivas existen evidencias científicas sólidas sobre la eficacia de la aplicación de estrategias de atención primaria para disminuir los factores de riesgo asociados. Es por eso que la presente Guía de Práctica Clínica constituye un valioso recurso para poner al alcance de los profesionales que brindan servicios en el primer nivel de atención instrumentos y técnicas accesibles, con la mejor evidencia disponible, para llevar a cabo acciones eficaces para prevenir, detectar e intervenir con oportunidad aquellos casos que requieran tratamiento especializado.

## 3.2. Actualización del año 2008 al 2015

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
  - Título desactualizado: **Prevención, detección, intervención y referencia de las adicciones en atención primaria de salud**
  - Título actualizado: **Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención**
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
  - **Promoción de la salud**
  - **Prevención**
  - **Diagnóstico**
  - **Intervención**
  - **Referencia y contrarreferencia**

### 3.3. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de atención** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- **Prevenir el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, realizar detección oportuna de riesgos e implementar la consejería para reducir el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos**
- **Realizar referencia y contrarreferencia de adolescentes y adultos que consumen sustancias psicoactivas para que reciban atención especializada**

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.4. Definición

1. **Adicciones:** es un concepto general que se utiliza en el sector salud para referirse al conjunto de trastornos referidos en la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (OMS, 2008), en el apartado F10-19 que corresponde a los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas o psicoactivas.
2. **Sustancias psicoactivas o drogas:** son sustancias que al ser introducidas en el organismo tienen efectos sobre el sistema nervioso central. Entre ellas se encuentran: el tabaco, el alcohol, los cannabinoides (mariguana), cocaína, opioides, disolventes, sedantes, alucinógenos, estimulantes y otras, como la cafeína (OMS, 1994).

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron las escalas: **SIGN, USPSTF**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<b>la Shekelle</b> <i>Matheson S, 2007</i>

## 4.1. Prevención de adicciones en atención primaria

### 4.1.1. Identificación de factores de riesgo y de protección

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div data-bbox="185 443 329 585" style="background-color: #003366; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 2em;">E</div> <p>Los factores de riesgo y protección contribuyen al inicio, mantenimiento y evolución del uso de tabaco, alcohol y otras drogas. Estos factores pueden ser identificados a nivel individual, familiar, escolar y comunitario.</p> <p>Los factores protectores en la familia, como los estilos de crianza positiva, pueden ser clave en la prevención del uso de sustancias en los adolescentes. Ejemplo de algunas prácticas protectoras son: el establecimiento de límites firmes y constantes, monitoreo conductual y la comunicación abierta con los hijos. Los jóvenes que se involucran y participan de manera activa con instituciones comunitarias, como la escuela o la iglesia, tienen menos probabilidad de consumir drogas.</p> <p>Los programas que son útiles en la prevención de adicciones son los que consideran el desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales, a través de las siguientes técnicas: instrucción, demostración, ensayos, retroalimentación y reforzamiento <b>(Anexo 5.3.1)</b>.</p>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Griffin K, 2010</i></p>
<div data-bbox="185 1184 329 1327" style="background-color: #006633; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 2em;">R</div> <p>Enseñar a los niños y adolescentes a decir “no” es una forma efectiva de prevenir el consumo de drogas; sin embargo, aunque esto es necesario, no es suficiente para lograr el cambio conductual en la prevención del consumo de drogas. Para que los programas preventivos sean efectivos en la comunidad deben integrarse de una manera multidisciplinaria: familia, escuela, campañas masivas en medios de comunicación, iniciativas de políticas públicas, otros tipos de organización y actividades de la comunidad.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Griffin K, 2010</i></p>
<div data-bbox="185 1591 329 1734" style="background-color: #003366; color: white; padding: 10px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 2em;">E</div> <p>El Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia (CASA) realizó un estudio exploratorio para saber cómo se relacionan los factores de riesgo con el consumo de sustancias y la adicción, y concluyó que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las influencias culturales crean un entorno en donde el consumo de drogas se considera un comportamiento normativo (normalización del uso)</li> <li>2. Factores individuales predisponen más a algunos</li> </ol>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Feinstein E, 2012</i></p>

	<p>adolescentes al uso y abuso (adicción) de sustancias psicoactivas</p> <p>Los resultados del informe <i>Uso de sustancias en el Adolescente</i> señalan como problema de salud pública en Estados Unidos de América el consumo riesgoso de sustancias. Puede atenderse a través de medidas de salud pública (evidencia científica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación sobre la enfermedad</li> <li>• Identificar factores de riesgo</li> <li>• Realizar pruebas de detección e intervenciones clínicas</li> </ul> <p>Los factores de riesgo que tienen un papel fundamental en el inicio y uso frecuente de sustancias psicoactivas en jóvenes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mensajes contradictorios generados por grupos de pares (compañeros y amigos de edad similar), familiares y la comunidad en general en la aceptación del uso de drogas</li> <li>• Disponibilidad de tabaco, alcohol, marihuana y medicamentos controlados (prescripción médica)</li> <li>• La publicidad y la asociación del consumo de drogas con elementos de prestigio, diversión y relajación</li> </ul>	
	<p>El consumo de drogas se puede prevenir con las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar factores de riesgo de manera efectiva dentro de la atención médica de rutina en el primer nivel de atención</li> <li>• En casos de abuso y adicción: proveer atención especializada (tratamiento)</li> </ul>	<p><b>D SIGN</b></p> <p><i>Feinstein E, 2012</i></p>

### 4.1.2. Intervención con familias

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>En una revisión sistemática de 77 artículos donde el objetivo fue identificar estrategias de crianza que retrasaran el inicio del consumo de alcohol en menores de 18 años de edad se identificaron 12 variables que pueden prevenir el consumo de alcohol, estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelamiento de los padres</li> <li>• La disponibilidad de alcohol</li> <li>• Información sobre la sustancia</li> </ul>	<p><b>1+ SIGN</b></p> <p><i>Ryan S, 2010</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desaprobación del consumo</li> <li>• Disciplina en general</li> <li>• El papel del alcohol en la familia</li> <li>• Monitoreo de los padres</li> <li>• Relaciones padre-hijo de calidad</li> <li>• Conflictos familiares</li> <li>• Apoyo de los padres de familia</li> <li>• Actividades en familia</li> <li>• La comunicación en general</li> </ul> <p>Dada la heterogeneidad del diseño de los estudios no fue posible ubicar un efecto estándar para el metaanálisis; por lo tanto, se utilizó el método de combinar los valores de <i>p</i> Stouffer's, con el fin de extraer conclusiones estadísticamente significativas (<math>p \leq 0.05</math>) entre las variables de interés.</p>	
	<p>Para retrasar el inicio del consumo de alcohol en adolescentes es necesario promover en la familia las siguientes estrategias (modelos de crianza)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelamiento de los padres</li> <li>• Limitar la disponibilidad del alcohol</li> <li>• Monitoreo de los padres</li> <li>• Relaciones padre-hijo de calidad</li> <li>• Involucramiento de los padres y mejorar la comunicación</li> </ul> <p>Para promover la disminución del consumo de alcohol en adolescentes es importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar la disponibilidad del alcohol</li> <li>• Desaprobar el consumo</li> <li>• Mejorar la aplicación de reglas y la comunicación efectiva en la familia</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>B SIGN</b></p> <p><i>Ryan S, 2010</i></p>

### 4.1.3. Intervención en ambientes escolares

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Se realizó una revisión sistemática Cochrane (14 ECA) que examinó la efectividad de intervenciones preventivas universales, basadas en la familia, en ambientes escolares. Los resultados muestran que los efectos de las intervenciones preventivas del consumo de alcohol en escolares menores de 18 años de edad son pequeños (no generan grandes cambios), pero sí son consistentes y persistentes en el mediano y largo plazo.</p>	<p style="text-align: center;"><b>1++ SIGN</b></p> <p><i>Foxcroft D, 2011</i></p>

	<p>Fomentar el desarrollo de habilidades sociales en jóvenes escolares menores de 18 años de edad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resistencia ante el ofrecimiento de sustancias psicoactivas</li> <li>• El desarrollo de las normas de comportamiento</li> <li>• Las afiliaciones positivas entre compañeros</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>A SIGN</b></p> <p><i>Foxcroft D, 2011</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

#### 4.1.4. Desarrollo de habilidades para la vida

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>El Grupo de trabajo de Servicios Preventivos de la Comunidad (USPSTF), refiere como estrategias útiles para la práctica preventiva el desarrollo de programas de prevención universal en la escuela y en la familia para evitar o reducir el uso o abuso de alcohol en jóvenes.</p> <p>Esta información deriva de una Colaboración Cochrane que realizó dos revisiones sistemáticas para evaluar los efectos de intervenciones preventivas. Aunque no del todo consistentes entre los estudios, la evidencia apoya en general la eficacia de programas psicosociales en la escuela, como el <i>Entrenamiento de Habilidades para la Vida</i>.</p>	<p style="text-align: center;"><b>I statement (declaración) USPSTF</b></p> <p><i>Moyer V, 2013</i></p>
 <p>Incluir en las intervenciones preventivas dirigidas a la población juvenil el entrenamiento en habilidades para la vida, además de la participación de las familias en la prevención del uso y abuso de alcohol.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Grado de certeza bajo USPSTF</b></p> <p><i>Moyer V, 2013</i></p>
 <p>La actualización USPSTF 2008 comparó la evidencia sobre las intervenciones con adolescentes que nunca han usado drogas y las dirigidas a reducir o detener el consumo de los usuarios. Se concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el costo-beneficio de estas intervenciones en la atención primaria.</p>	<p style="text-align: center;"><b>I statement (declaración) USPSTF</b></p> <p><i>Moyer V, 2014</i></p>
 <p>Para prevenir o reducir el consumo de drogas en niños y adolescentes, los profesionales de la salud deben considerar la evidencia existente e individualizarla para la toma de decisiones acorde con el contexto de cada persona.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Grado de certeza bajo USPSTF</b></p> <p><i>Moyer V, 2014</i></p>

### 4.1.5. Intervenciones en la comunidad

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>El Programa de Primeros Auxilios en Salud Mental (MHFA), de la Universidad de Australia, desarrolló directrices a través de un panel de expertos para informar a los miembros de la comunidad sobre la forma de ayudar a personas adultas con uso experimental o problemático de <i>Cannabis</i>, éxtasis, anfetaminas, cocaína o heroína y facilitar la atención por profesionales especializados.</p> <p>Entre las estrategias avaladas se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugerir a la persona que asista a un grupo de apoyo</li> <li>• Orientar para realizar una cita con especialistas</li> <li>• Conformar redes de apoyo (familiares, amigos, vecinos, entre otros)</li> </ul>	<p><b>4</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Kingston A, 2011</i></p>
	<p>Es importante involucrar, previa capacitación, a los miembros de la comunidad, la familia, las amistades y los compañeros de trabajo en el relevante papel de agentes de cambio, para brindar apoyo y orientación a las personas con uso experimental o problemático de drogas, con la finalidad de que soliciten ayuda de profesionales de la salud especializados en el marco de la detección temprana.</p>	<p><b>D</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Kingston A, 2011</i></p>

## 4.2. Detección temprana de riesgo asociado al consumo de sustancias psicoactivas

### 4.2.1. Detección temprana de riesgos en adultos

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Existe evidencia sobre la sensibilidad y especificidad aceptable de tres pruebas de detección del abuso de alcohol en escenarios de atención primaria:</p> <p>El <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT), la versión abreviada <i>AUDIT-Consumption</i> (AUDITC), Pregunta individual: ¿Cuántas veces en el año pasado bebiste cinco (para hombres) o cuatro (para mujeres) copas o más copas en 1 día?</p>	<p><b>A</b> <b>USPSTF</b></p> <p><i>Moyer V, 2013</i></p>

	<p>Cinco revisiones sistemáticas compararon las características de diferentes pruebas de detección en poblaciones de atención primaria.</p> <p>El AUDIT muestra un balance óptimo de sensibilidad y especificidad para detectar todas las formas del abuso de alcohol en donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 puntos o más (sensibilidad, 84% a 85%; especificidad, 77% a 84%)</li> <li>• 5 o más (sensibilidad, 70% a 92%; especificidad, 73% a 94%).</li> </ul> <p>El uso de puntos de corte más altos aumenta la especificidad a un punto, pero reduce la sensibilidad. La sensibilidad y especificidad del AUDIT-C están mejor equilibradas en los siguientes puntos de corte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 o más (74% a 76% y 80% a 83%, respectivamente)</li> <li>• 3 o más (74% a 88% y 64% a 83%, respectivamente).</li> </ul> <p>La pregunta individual de detección tiene una sensibilidad de 82% a 87% y una especificidad de 61% a 79%.</p> <p>Sin embargo, la sensibilidad de estas pruebas de detección varía en función del sexo y para lograr una sensibilidad similar para las mujeres se requiere de un punto de corte inferior al de los hombres.</p>	
	<p>El AUDIT, el AUDIT-C y las preguntas individuales son pruebas de detección efectivas que los profesionales de la salud pueden utilizar para identificar personas adultas con abuso de alcohol en el primer nivel de atención (<b>Anexo 5.3.2</b>). El AUDIT debe aplicarse en contextos de atención primaria de las adicciones, siempre que se sospeche consumo de sustancias psicoactivas o factores de riesgo de consumo entre adultos, con la finalidad de atender de manera oportuna y derivar a tratamiento especializado en caso necesario.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Alto USPSTF</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Moyer V, 2013</i></p>
	<p>Un estudio de pruebas diagnósticas realizado para evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español del test de detección de uso de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST), así como su efectividad como herramienta para la detección de un uso problemático en alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en grupos de bajo, moderado y alto riesgo de consumo, se aplicó junto con una batería de pruebas estandarizadas de evaluación y diagnóstico a una muestra de 485 pacientes, reclutados en diferentes centros de atención primaria y centros de tratamiento por consumo de drogas. Los puntos de corte del ASSIST mostraron sensibilidad y especificidad para discriminar entre el uso y el abuso</p>	<p style="text-align: center;"><b>2+ SIGN</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Rubio-Valladolid G, 2014</i></p>

	de sustancias, y entre el abuso y la dependencia. La validez concurrente fue demostrada con correlaciones significativas entre las puntuaciones del ASSIST y las puntuaciones de la entrevista neuropsiquiátrica Mini-International (MINIPlus), el test de identificación de desórdenes por el consumo de alcohol (AUDIT), cuestionario revisado de tolerancia Fagerstrom (RTQ) y escala de gravedad de la dependencia (SDS).	
	Aplicar la versión en español del ASSIST para la detección del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en adultos que asisten a centros de atención primaria ( <b>Anexo 5.3.3</b> ).	<b>C SIGN</b> <i>Rubio-Valladolid G, 2014</i>

#### 4.2.2. Detección temprana de riesgos en adolescentes

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Una revisión sistemática de 51 estudios sobre detección de consumo de alcohol en adolescentes de entre 10 a 17 años y adultos mayores de 18 años de edad identificó que el cuestionario AUDIT tiene mayor sensibilidad y especificidad que otros cuestionarios, incluyendo CAGE, TWEAK, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut y POSIT. El rango de sensibilidad del AUDIT para adolescentes fue de 54% a 87% y especificidad de 65% a 97%.	<b>1++ SIGN</b> <i>Patton R, 2014</i>
	El uso de instrumentos de tamizaje como el AUDIT en las unidades de atención primaria a la salud es efectivo para identificar niveles de riesgo ante el consumo de alcohol en población adolescente, por lo que debe aplicarse a todos los usuarios de entre 10 a 17 años de edad que acudan a consulta en ese nivel de atención ( <b>Anexo 5.3.2</b> ). El tamizaje o detección temprana de riesgo de consumo de alcohol debe aplicarse en población estudiantil de 10 a 17 años, aunado al requisito de presentación de examen médico expedido por una institución oficial, al inicio de cada ciclo escolar, garantizando el principio de confidencialidad de la información.	<b>A SIGN</b> <i>Patton R, 2014</i>

	<p>Se evaluó la consistencia interna, la validez concurrente, la validez discriminante, y la precisión diagnóstica del <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> (ASSIST) y del ASSIST-Lite en una muestra de 525 pacientes de atención primaria de entre 12 a 17 años de edad. Los resultados fueron comparados con la herramienta de detección CRAFFT y elementos de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) correspondiente a los criterios del trastorno por consumo de sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición. El ASSIST mostró buena consistencia interna (<math>\alpha=0.68</math> a <math>0.88</math>) y buena validez de concurrencia con el CRAFFT (<math>r=0.41</math> a <math>0.76</math>; <math>ps&lt;.001</math>), y permitió discriminar entre diferentes niveles de severidad del consumo de <i>Cannabis</i>. En las características del análisis de cortes clínicos óptimos, el ASSIST identificó con precisión desórdenes relacionados con el consumo de tabaco, de alcohol y de <i>Cannabis</i> (sensibilidades de 95% a 100%; especificidades de 79% a 93%; área bajo la curva [AUC] =0.90 a 0.94), pero con puntos de corte bajos que permiten identificar cualquier uso de sustancias en los últimos 3 meses. El ASSIST-Lite mostró ser efectivo para identificar desórdenes por consumo de <i>Cannabis</i> (sensibilidad de 96%; especificidad de 88%; AUC=0.92), también a un bajo punto de corte.</p>	<p><b>2+ SIGN</b> <i>Gryczynski J, 2015</i></p>
	<p>Utilizar el ASSIST como herramienta para la identificación temprana de consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes que asisten a unidades de atención primaria, siempre que se sospeche consumo o se identifiquen factores de riesgo (<b>Anexo 5.3.3</b>).</p>	<p><b>C SIGN</b> <i>Gryczynski J, 2015</i></p>
	<p>Se realizó un estudio de casos y controles para evaluar la validez del cuestionario "<i>Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers</i>" (POSIT), elaborado por el <i>National Institute on Drug Abuse</i> (1991), para detectar oportunamente problemas específicos de los jóvenes que usan/abusan de las drogas. El POSIT es un instrumento de tamizaje que evalúa 10 áreas de funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud física, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional, habilidades sociales, entretenimiento y recreación, conducta agresiva/delinuencia. Se probó la capacidad del instrumento para diferenciar a los</p>	<p><b>2+ SIGN</b> <i>Mariño M, 1998</i></p>

	<p>adolescentes con y sin problemas, a través de una comparación de dos muestras: una de 310 adolescentes de entre 13 a 19 años de edad que se encontraban en tratamiento o en dependencias de procuración de justicia con problemas relacionados con el uso de drogas, y otra muestra de 1 356 estudiantes de enseñanza media y media superior. Los resultados indicaron que 81 de los 139 reactivos originales (58.3%), que corresponden a siete áreas del POSIT, funcionan de manera satisfactoria para detectar a los adolescentes mexicanos con problemas por el uso de drogas: uso y abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés vocacional y conducta agresiva/delinuencia.</p>	
	<p>Se sugiere la aplicación del POSIT, no solamente a aquellos adolescentes de quienes se sospecha que están utilizando drogas, sino a todos los que puedan ser captados en diferentes contextos, como las escuelas y los clubes deportivos, con el propósito de identificar posibles problemas en las diferentes áreas de la vida de los adolescentes, independientemente de que estén relacionadas o no con el uso de las drogas. Todo ello con la intención de proporcionar apoyo a la etapa que están pasando: la adolescencia <b>(Anexo 5.3.4)</b>.</p>	<p style="text-align: center;"><b>C SIGN</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Mariño M, 1998</i></p>
	<p>La precisión en los índices de clasificación de la Escala de Riesgo Uso/Abuso de Sustancias, de la versión en español del "Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers" (POSIT), fue evaluada entre 1 203 jóvenes mexicanos: 619 estudiantes de educación media y 584 estudiantes de secundaria, en el estado fronterizo de Coahuila. Los índices de precisión en la clasificación del POSIT fueron evaluados contra la Escala de Severidad de los Problemas por "Abuso de Drogas", que combina el criterio de trastornos por abuso/dependencia de alcohol del DSM-IV con el uso por cinco o más ocasiones en la vida de drogas ilícitas. Los hallazgos sugieren que utilizar un punto de corte de 1 o 2 en la escala de riesgo uso/abuso de sustancias del POSIT generalmente produce índices óptimos de exactitud de clasificación, que varían un poco por género y subgrupos de escuela. Además, la precisión de los índices de clasificación de la Escala de Riesgo Uso de Sustancias/Abuso del POSIT es mejor cuando se utiliza entre varones de secundaria debido, en parte, a la mayor tasa de participación formal de este grupo ,en comparación con los demás.</p>	<p style="text-align: center;"><b>2++ SIGN</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Latimer W, 2004</i></p>

<b>R</b>	Utilizar el POSIT en adolescentes, estudiantes de secundaria y de enseñanza media, para evaluar el riesgo de uso/abuso de sustancias y poder realizar intervenciones oportunas ( <b>Anexo 5.3.1</b> ).	<b>B SIGN</b> <i>Latimer W, 2004</i>
<b>E</b>	Una Guía de Práctica Clínica concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance entre los beneficios y riesgos de las pruebas de detección y el consejo conductual en escenarios de atención primaria para la reducción del abuso de alcohol en adolescentes.	<b>A USPSTF</b> <i>Moyer V, 2013</i>
<b>R</b>	Con la finalidad de identificar de manera temprana consumo de sustancias psicoactivas o riesgo de consumo en adolescentes en contextos de atención primaria, los profesionales de la salud deben considerar la evidencia existente e individualizarla para la toma de decisiones acorde con el contexto de cada persona.	<b>Alto USPSTF</b> <i>Moyer V, 2013</i>

### 4.3. Consejería breve

#### 4.3.1. Consejería breve en adultos

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<p data-bbox="191 1222 329 1358"><b>E</b></p> <p data-bbox="381 1222 1055 1757">La consejería breve ha mostrado eficacia en pacientes detectados con uso nocivo de alcohol en escenarios de atención primaria. Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados han encontrado una reducción en el consumo de alcohol de 38 gramos por semana y una reducción de 12% de la proporción de pacientes que presentan consumo riesgoso (por las altas cantidades de alcohol consumidas), al comparar a quienes recibieron consejo breve con quienes no recibieron intervención. La consejería breve con enfoque conductual es efectiva para reducir los episodios de consumo excesivo en adultos. Esta intervención también reduce la tasa de consumo semanal y aumenta el apego a los límites de consumo de alcohol recomendados.</p>	<p data-bbox="1076 1222 1511 1358"><b>1+ SIGN</b> <i>Saitz R, 2014</i></p> <p data-bbox="1076 1400 1511 1526"><b>B USPSTF</b> <i>Moyer V, 2013</i></p>

	<p>Los clínicos pueden proporcionar consejería breve con orientación conductual para reducir los episodios de consumo excesivo en adultos con un consumo de alcohol riesgoso. Cuando se detecta a un adulto con uso nocivo de alcohol en escenarios de primer nivel, el profesional de la salud debe ofrecerle consejo breve.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Saitz R, 2014</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Moderado</b> <b>USPSTF</b></p> <p><i>Moyer V, 2013</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 4.3.2. Consejería breve en adolescentes

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
<div data-bbox="185 774 329 917">  </div> <p>En un metaanálisis con 45 estudios se encontró que los adolescentes que fueron sometidos a alguna de las diversas modalidades de tratamiento (terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia de grupo combinada con consejería breve, entrevista motivacional o terapia psicoeducativa) presentaron una disminución significativa de consumo después de ingresar a tratamiento: la media de reducción más grande fue para el consumo de marihuana (<math>\bar{g}=0.58, p \leq .001, IC\ 95\% [0.38\ a\ 0.77]</math>) y policonsumo de drogas (<math>\bar{g}=0.65, p \leq .001, IC\ 95\% [0.52\ a\ 0.77]</math>) y el menor para el consumo de alcohol (<math>\bar{g}=0.31, p \leq .001, IC\ 95\% [0.22\ a\ 0.39]</math>). Los tratamientos que mostraron mejoría estadísticamente significativa fueron la terapia de grupo combinada con consejería breve y la terapia familiar (<math>\bar{g}\ 0.65, IC\ [0.30\ a\ 1.00]; 0.64, IC\ 95\% [0.49\ a\ 0.78]</math>, respectivamente), donde <math>\bar{g}</math> = g de Hedges diferencia del tamaño del efecto.</p>	<p style="text-align: center;"><b>1++</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Tanner-Smith E, 2013</i></p>
<div data-bbox="185 1423 329 1566">  </div> <p>Aun cuando cierta gama de opciones de tratamiento (terapia cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia de grupo combinada con consejería breve, entrevista motivacional o terapia psicoeducativa) pueden ser eficaces para reducir el consumo de sustancias en los adolescentes, el personal de salud adicionalmente debe considerar en la elección de la intervención la accesibilidad al servicio para los usuarios y sus características socioeconómicas. Cuando se detecta un adolescente con consumo de alcohol o de otras drogas psicoactivas es ideal ofrecerle alguna alternativa de tratamiento acorde al contexto.</p>	<p style="text-align: center;"><b>A</b> <b>SIGN</b></p> <p><i>Tanner-Smith E, 2013</i></p>

	<p>En un metaanálisis de 21 estudios se encontró que los estudiantes que participaron en consejo breve cara a cara mostraron (en seguimiento a corto plazo) una reducción en la cantidad de alcohol consumida por semana, mes o día, en la frecuencia de consumo y los problemas relacionados con el consumo de alcohol (<math>d+s=0.15</math> a <math>0.19</math>), comparados con los grupos control (sin intervención). En seguimiento a largo plazo, se mantuvieron reducciones en la cantidad de alcohol consumida por día (<math>d+s=0.14</math>).</p>	<p><b>1++ SIGN</b> <i>Carey K, 2012</i></p>
	<p>Incluir en el consejo breve componentes eficaces como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación personalizada del consumo, sus riesgos y consecuencias</li> <li>• Comparaciones contra el consumo estándar de la población</li> <li>• Estrategias de moderación</li> <li>• Cuestionamiento de las expectativas positivas sobre el alcohol</li> <li>• Educación sobre los niveles de alcohol en sangre.</li> </ul> <p>En contextos escolares es recomendable otorgar consejo breve a los estudiantes que son identificados con uso nocivo de alcohol.</p>	<p><b>A SIGN</b> <i>Carey K, 2012</i></p>
	<p>La aplicación del consejo breve en 829 adolescentes atendidos en un departamento de urgencias (fueron identificados con consumo de alcohol y conductas agresivas) disminuyó la prevalencia de conductas agresivas y las consecuencias derivadas del consumo de alcohol autorreportadas después de 6 meses: 37.7% consejo breve, 28.4% control (<math>RR=0.85</math>, <math>IC\ 95\%=0.68</math> a <math>1.06</math>) y 32.2% consejo breve, 17.5% control (<math>RR=0.56</math>, <math>IC\ 95\%=0.34</math> a <math>0.91</math>), respectivamente, en comparación con un grupo control.</p>	<p><b>2++ SIGN</b> <i>Cunningham R, 2010</i></p>
	<p>Aplicar consejo breve en escenarios de urgencias es una excelente oportunidad para disminuir las consecuencias derivadas del consumo de alcohol y agresión en adolescentes que se encuentran en riesgo de futuras lesiones. El personal de urgencias debe ofrecer consejería breve a los adolescentes que ingresan al servicio y son detectados con consumo de alcohol o conductas agresivas.</p>	<p><b>B SIGN</b> <i>Cunningham R, 2010</i></p>

## 4.4. Referencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La intervención breve tiene eficacia con el uso de alcohol problemático en la atención primaria, aunque no hay evidencia suficiente en quienes presentan dependencia. Sin embargo, debido a que en escenarios clínicos estos usuarios existen y requieren una intervención eficaz, se ha aplicado intervención breve entre pacientes con dependencia, con el objetivo de motivar al cambio y referirlos a tratamiento.	<b>2+ SIGN</b> <i>Saitz R, 2014</i>
	Los resultados sugieren eficacia en los efectos de intervención cuando profesionales de la salud refieren a pacientes con dependencia, a recibir tratamiento. El profesional de la salud debe referir a tratamiento a pacientes con dependencia a alcohol.	<b>C SIGN</b> <i>Saitz R, 2014</i>
	Una revisión sistemática (siete ECA) revisó los efectos del programa “Detección, Intervención Breve y Referencia a Tratamiento” (SBIRT, por sus siglas en inglés) en salas de urgencia. Los siete estudios demostraron un efecto significativo positivo de la intervención en pacientes que presentaron lesiones asociadas al consumo de alcohol.	<b>1+ SIGN</b> <i>Yuma-Guerrero P, 2012</i>
	Los centros de urgencias deben contar con un mecanismo <i>in situ</i> para detectar consumo de riesgo y referir a pacientes a tratamiento cuando lo requieran. En áreas de urgencias, los casos detectados con dependencia a alcohol se deben referir a un tratamiento más intensivo o a otro nivel de atención, si es necesario.	<b>A SIGN</b> <i>Yuma-Guerrero P, 2012</i>
	No se ha encontrado evidencia de la eficacia de las intervenciones breves en caso de consumo problemático de drogas en pacientes en escenarios de atención primaria. En este sentido, no se apoya la aplicación generalizada de la intervención breve en ellos.	<b>2+ SIGN</b> <i>Saitz R, 2014</i>
	Con base en los hallazgos de ensayos clínicos aleatorizados es poco probable que las intervenciones breves sean eficaces para disminuir el uso de drogas en pacientes con consumo problemático en escenarios de atención primaria. En consumidores de sustancias psicoactivas (diferentes al alcohol) se debe evaluar el caso y referir al siguiente nivel de atención, si se es necesario (consumo riesgoso o dependencia).	<b>C SIGN</b> <i>Saitz R, 2014</i>

## 5. ANEXOS

### 5.1. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Prevención, detección y consejería en adicciones para adolescentes y adultos en el primer nivel de Atención**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### **Criterios de inclusión**

- Documentos publicados de 2008 a la fecha
- Documentos enfocados en prevención, detección y consejería
- Documentos publicados en idioma español o inglés

#### **Criterios de exclusión**

- Documentos publicados en 2007 y retrospectivamente
- Documentos publicados en idiomas distintos al español o inglés
- Documentos sobre el tratamiento de adicciones

### 5.1.1. Estrategia de búsqueda

#### 5.1.1.1. Primera Etapa

Primero se realizó la búsqueda del término MeSH para el tema a tratar de la actualización de la GPC. Se identificó el término MeSH "**Substance-Related Disorders**"/"**Trastornos Relacionados con Sustancias**". Se realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC) en PubMed con los límites de un enfoque de diagnóstico y prevención y control, publicadas de 2008 a 2014, en humanos, en idioma inglés o español, en los grupos etarios adolescentes o adultos. **Se obtuvieron 16 resultados, de los cuales se utilizaron 2 documentos en la actualización de la GPC.**

BÚSQUEDA	RESULTADO
"Substance-Related Disorders"/" Trastornos Relacionados con Sustancias". Se realizó la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC) en PUBMED con los límites de un enfoque de diagnóstico y prevención y consejería, publicadas de 2008 a 2014, en humanos, en idioma inglés o español, en los grupos etarios adolescentes o adultos. <b>Se obtuvieron 16 resultados, de los cuales se utilizaron 2 documentos en la actualización de la GPC.</b>	16

#### Algoritmo de búsqueda:

1. - "Substance-Related Disorders"[MeSH]
2. - Diagnosis [Subheadings]
3. - prevention and control [Subheadings]
4. - #2 OR #3
5. - #1 AND #4
6. - Practice Guideline[ptyp]
7. - Guideline[ptyp]
8. - #6 OR #7
9. - #5 AND #8
10. - ("2008/01/01"[PDAT] : "2014/12/31"[PDAT])
11. - #9 AND #10
12. - "humans"[MeSH]
13. - #11 AND #12
14. - Spanish[lang]
15. - English[lang]
16. - #14 OR #15
17. - #13 AND #16
18. - "adolescent"[MeSH]
19. - "adult"[MeSH]
20. - #18 OR #19
21. - #17 AND #20
22. - #1 AND (#2 OR #3) AND (#6 OR #7) AND #10 AND #12 AND (#14 OR #15) AND (#18 OR #19)

### 5.1.1.2. Segunda Etapa

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y se indica cuántos resultados se obtuvieron y, de éstos, cuántos se utilizaron.

SITIO WEB	BÚSQUEDA	RESULTADOS OBTENIDOS	RESULTADOS UTILIZADOS	OBSERVACIÓN
National Guideline Clearinghouse (NGC)	Keyword: "Substance Related Disorders" Age of Target Population: Adolescent (13 to 18 years), Adult (19 to 44 years), Aged (65 to 79 years), Aged, 80 and over, Middle Age (45 to 64 years) Publication Year: 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014	4	0	Ninguno útil al tratar enfoques distintos al de la GPC(uso de sustancias en el embarazo, manejo de hepatitis viral en personas con trastornos por uso de sustancias, un protocolo en enfermería geriátrica y sobre manejo del dolor crónico en adultos con o en la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias)
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	"Substance Related Disorders"	2	0	Son GPC sobre Hepatitis C y manejo de tromboembolismo venoso
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)	"Substance Related Disorders" guidelines guidance published	0	0	
Total		<b>6</b>	<b>0</b>	

### 5.1.1.3. Tercera Etapa

Se realizó la búsqueda de Revisiones Sistemáticas en PubMed con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Se obtuvieron **201 resultados**, de los cuales se utilizaron **6 documentos** en la actualización de la GPC.

#### ALGORITMO DE BÚSQUEDA

("Substance-Related Disorders/diagnosis"[MeSH] OR "Substance-Related Disorders/prevention and control"[MeSH]) AND (systematic[sb] AND ("2008/01/01"[PDAT] : "2014/12/31"[PDAT])) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR English[lang]) AND ("adolescent"[MeSH Terms] OR "adult"[MeSH Terms]))= 201 RESULTADOS (6 utilizados en la actualización de la GPC).

#### 5.1.1.4. Cuarta Etapa

Para el apartado de la justificación de la guía, el grupo desarrollador utilizó las encuestas nacionales de adicciones 2011 y 2012 (tres referencias), de donde obtuvieron los datos epidemiológicos a nivel nacional. También utilizaron el programa sectorial de salud, a nivel federal, 2013-2018, un glosario de la OMS y la versión electrónica del CIE-10 para clasificar a partir del mismo el tema de la GPC en la hoja de clasificación.

En las cuatro etapas que se desarrollaron se obtuvieron **229** resultados, de los cuales se utilizaron **14** documentos en la actualización de la GPC en cuestión. No se retomó ninguna de las referencias bibliográficas utilizadas en la versión publicada en 2008.

## 5.2. Escalas de gradación

### 5.2.1. SIGN

Niveles de evidencia	
Nivel de Evidencia	Tipo de estudio
<b>1++</b>	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
<b>1+</b>	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
<b>1-</b>	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
<b>2++</b>	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte o de casos y controles, o Estudios de cohorte o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
<b>2+</b>	Estudios de cohorte o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
<b>2-</b>	Estudios de cohorte o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal
<b>3</b>	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos)
<b>4</b>	Opiniones de expertos

Grados de recomendación	
Grado de recomendación	Nivel de evidencia
<b>A</b>	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto, o Una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados
<b>B</b>	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
<b>C</b>	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++
<b>D</b>	Niveles de evidencia 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+

## 5.2.2. USPSTF

Significado de la gradación USPSTF* y sugerencias para la práctica		
Grado	Definición	Sugerencias para la práctica
<b>A</b>	La USPSTF recomienda el servicio. Existe una alta certeza de que el beneficio neto es sustancial	Ofrecer/proporcionar este servicio
<b>B</b>	La USPSTF recomienda el servicio. Existe una alta certeza de que el beneficio neto es moderado o existe una certeza moderada de que el beneficio neto es de moderado a sustancial	Ofrecer/proporcionar este servicio
<b>C</b>	La USPSTF recomienda la oferta selectiva de este servicio a pacientes individuales basada en el juicio profesional y las preferencias del paciente. Existe por lo menos una certeza moderada que el beneficio neto es pequeño	Ofrecer/proporcionar este servicio para pacientes seleccionados, dependiendo de las circunstancias individuales
<b>D</b>	La USPSTF recomienda que no se ofrezca este servicio. Existe una certeza moderada o alta de que el servicio no tiene beneficio o que los daños sobrepasan a los beneficios	Desalentar el uso de este servicio
<b>Declaración</b>	La USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para evaluar el balance de los beneficios y los daños del servicio. La evidencia es insuficiente o de pobre calidad o contradictoria y el balance de los beneficios y daños no puede ser determinado	Leer la sección de consideraciones clínicas de la Declaración de Recomendaciones de la USPSTF. Si se ofrece el servicio, los pacientes deben entender lo incierto del balance entre beneficios y daños

\*USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force (Equipo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos)

Niveles de certeza USPSTF* respecto del beneficio neto	
Nivel de certeza**	Descripción
<b>Alto</b>	La evidencia disponible usualmente incluye resultados de estudios bien diseñados y conducidos en poblaciones de atención primaria representativas. Estos estudios evalúan los efectos del servicio preventivo en indicadores de salud. Por lo tanto, es poco probable que esta conclusión sea modificada de forma sustancial por resultados de futuros estudios
<b>Moderado</b>	La evidencia disponible es suficiente para determinar los efectos del servicio preventivo en indicadores de salud, pero la confianza en la estimación se ve limitada por factores tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>– El número, el tamaño, o la calidad de los estudios individuales</li> <li>– Inconsistencia de los hallazgos de los estudios individuales</li> <li>– Generalización limitada de los resultados a la práctica habitual de atención primaria</li> <li>– Falta de coherencia en la cadena de evidencia</li> </ul> En la medida en que más información esté disponible, la magnitud o la dirección del efecto observado podría cambiar, y este cambio puede ser lo suficientemente grande como para alterar la conclusión
<b>Bajo</b>	La evidencia disponible es insuficiente para evaluar los efectos sobre los indicadores de salud. La evidencia es insuficiente debido a: <ul style="list-style-type: none"> <li>– El limitado número o el tamaño de los estudios</li> <li>– Fallas importantes en el diseño del estudio o en los métodos</li> <li>– Inconsistencia de los hallazgos de los estudios individuales</li> <li>– Lagunas en la cadena de evidencias</li> <li>– Hallazgos que no son generalizables a la práctica habitual de atención primaria</li> <li>– Falta de información sobre los indicadores importantes de salud</li> </ul> Mayor información puede permitir una estimación de los efectos sobre los indicadores de salud

\* USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force (Equipo de Trabajo en Servicios Preventivos de los Estados Unidos)

\*\* La USPSTF define certeza como "la probabilidad de que la evaluación USPSTF del beneficio neto de un servicio preventivo sea correcta." El beneficio neto se define como la diferencia del beneficio menos el daño por la prestación del servicio preventivo tal como se aplica en una población general de atención primaria. El USPSTF asigna un nivel de certeza sobre la base de la naturaleza de la evidencia global disponible para evaluar el beneficio neto de un servicio preventivo

## 5.3. Cuadros o figuras

### 5.3.1. *Habilidades para la vida*

Los programas en Habilidades para la Vida consisten en tres componentes generales que incluyen aspectos críticos (Griffin K, 2010). Cada componente se enfoca en un grupo de habilidades diferentes:

#### **Habilidades para resistirse al consumo de drogas**

Permiten a los jóvenes reconocer y cambiar la mala percepción acerca del uso de drogas, así como enfrentar la presión que realizan los pares y amigos en relación con el consumo de drogas

#### **Habilidades de manejo personal**

Ayudan a los jóvenes a examinar su propia imagen y su efecto sobre la propia conducta, identificar sus decisiones diarias y cómo influyen en otros, analizar problemas y considerar las consecuencias de las soluciones antes de tomar decisiones

#### **Habilidades sociales generales**

Brindan a los jóvenes habilidades necesarias para comunicarse efectivamente y evitar malos entendidos, el uso de habilidades asertivas verbales y no verbales para negarse al ofrecimiento de drogas y reconocer que se tienen otras formas de responder, además de la pasividad y la agresividad, al encontrarse en situaciones problemáticas

### 5.3.2. AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

#### Prueba de identificación de trastornos derivados del consumo de alcohol

Sirve para detectar de manera temprana los problemas relacionados con el uso de alcohol y contribuye a instrumentar medidas preventivas para evitar que se desarrolle un problema mayor. Es un cuestionario breve de 10 preguntas, que puede ser autoaplicable o aplicarse a través de una entrevista; permite explorar tres grandes áreas:

- Frecuencia, cantidad y abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. Incluye las primeras tres preguntas y permite la identificación de personas que mantienen un consumo peligroso
- Síntomas de dependencia al alcohol. Son tres preguntas que muestran a la personas que presentan problemas de dependencia
- Consumo problemático. Las últimas cuatro preguntas indican si la persona está teniendo problemas físicos y sociales relacionados con el consumo de alcohol, lo que revelaría un consumo dañino

#### Instrucciones: la prueba o cuestionario AUDIT sirve para averiguar el grado de dependencia alcohólica. Conteste y anote las puntuaciones de este sencillo test y descúbralo.

1. ¿Qué tan seguido toma bebidas alcohólicas?  (0) Nunca (Pase a las preguntas 9-10) (1) Una vez al mes o menos (2) Dos o cuatro veces al mes (3) Dos o tres veces por semana (4) Cuatro o más veces por semana	2. ¿Cuántas copas se toma en un día típico o común de los que bebe (cubas o equivalentes, como cervezas, vasos de pulque, cocteles o coolers, o cualquier otra bebida que contenga alcohol)?  (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 o 9 (4) 10 o más
3. ¿Qué tan frecuente toma seis o más copas en la misma ocasión (en un mismo día, evento o reunión)? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Diario o casi diario	4. Durante el último año, ¿le ocurrió que no pudo parar de beber una vez que había empezado?  (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Diario o casi diario
5. Durante el último año, ¿qué tan frecuente dejó de hacer algo que debería haber hecho por beber? (como no ir a trabajar) (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Diario o casi diario	6. Durante el último año, ¿qué tan frecuente bebió en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Diario o casi diario
7. ¿Durante el último año, ¿qué tan frecuente se sintió culpable o tuvo remordimientos por haber bebido? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Diario o casi diario	8. Durante el último año, ¿qué tan frecuente olvidó algo de lo que había pasado cuando estuvo bebiendo? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) Diario o casi diario
9. ¿Se ha lesionado o alguien ha resultado lesionado como consecuencia de su ingestión de alcohol?  (0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, en el último año	10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el último año (4) Sí, en el último año

**CALIFICACIÓN:**

- Las ocho primeras respuestas se calificarán del 0 al 4
- Las dos últimas respuestas se puntuarán con 0, 2 o 4 puntos
- Las puntuaciones superiores a 5 puntos en la mujer y 8 puntos en el hombre indican un consumo de riesgo
- Las puntuaciones superiores a 12 puntos indican dependencia del alcohol

Suma de puntajes: \_\_\_\_\_

- Presenta consumo de riesgo: (    )

- Presenta dependencia: (    )

### 5.3.3. ASSIST

#### Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS)

La prueba de tamizaje de uso de alcohol, tabaco y uso de drogas (ASSIST -Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test-) tiene la capacidad de valorar el nivel de problemática con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, proporcionando rangos que ayuden al profesional a definir el tipo de intervención que se otorgará. Fue diseñado originalmente para ser aplicado por un profesional de la salud; sin embargo, se contempló cierta flexibilidad en su aplicación al reconocer que para algunas poblaciones, como los estudiantes, revelar directamente su consumo de sustancias puede ser amenazante o incluso incómodo, en ese caso el ASSIST puede emplearse en formato de autorreporte.

El ASSIST determina una puntuación de riesgo por cada sustancia o puntaje de involucramiento específico por droga, donde la puntuación se puede categorizar en tres niveles de riesgo: “bajo”, “moderado” y “alto” que a su vez determinan la intervención más adecuada para la persona con ese nivel de uso (“información”, “intervención breve” y “tratamiento más intensivo por un especialista”) (ver Tabla 1 al final del instrumento).

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Usuario:** \_\_\_\_\_

**No. Expediente:** \_\_\_\_\_

1. ¿Alguna vez ha consumido...?	No	Sí
a. Tabaco	0	3
b. Bebidas alcohólicas	0	3
c. Marihuana	0	3
d. Cocaína	0	3
e. Anfetaminas	0	3
f. Inhalables	0	3

**Si todas las respuestas son negativas, pregunte:** ¿Tampoco cuando era estudiante?

**Si después de esta pregunta todas las respuestas son negativas, termine la entrevista**

**Si alguna respuesta es positiva, continúe con la pregunta 2 para cada sustancia consumida**

<b>2. ¿Con qué frecuencia ha consumido... (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en pregunta 1) en los últimos 3 meses?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 o 2 veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diario o casi diario</b>
a. Tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas	0	2	3	4	6
c. Marihuana	0	2	3	4	6
d. Cocaína	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas	0	2	3	4	6
f. Inhalables	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opiáceos	0	2	3	4	6
j. Otros, especifique	0	2	3	4	6

**Si todas las respuestas son Nunca, pase a la pregunta 6**

**Si ha consumido alguna sustancia en los últimos 3 meses, responda la pregunta 3, 4 y 5 para cada sustancia**

<b>3. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en la pregunta 2)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 o 2 veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diario o casi diario</b>
a. Tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas	0	3	4	5	6
c. Marihuana	0	3	4	5	6
d. Cocaína	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas	0	3	4	5	6
f. Inhalables	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opiáceos	0	3	4	5	6
j. Otros, especifique	0	3	4	5	6

<b>4. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia su consumo de (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en la pregunta 2) le ha ocasionado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 o 2 veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diario o casi diario</b>
a. Tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas	0	4	5	6	7
c. Marihuana	0	4	5	6	7
d. Cocaína	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas	0	4	5	6	7
f. Inhalables	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opiáceos	0	4	5	6	7
j. Otros, especifique	0	4	5	6	7
<b>Haga las preguntas 6 y 7 para todas la sustancias que ha consumido (pregunta 1)</b>					

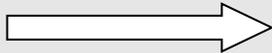
<b>5. En los últimos 3 meses ¿con qué frecuencia deja de hacer algo que debería haber hecho debido a su consumo de (haga la pregunta para cada sustancias mencionada en la pregunta 2)?</b>	<b>Nunca</b>	<b>1 o 2 veces</b>	<b>Mensualmente</b>	<b>Semanalmente</b>	<b>Diario o casi diario</b>
a. Tabaco	X	X	X	X	X
b. Bebidas alcohólicas	0	5	6	7	8
c. Marihuana	0	5	6	7	8
d. Cocaína	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas	0	5	6	7	8
f. Inhalables	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opiáceos	0	5	6	7	8
j. Otros, especifique	0	5	6	7	8

6. ¿Alguna vez un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación por su consumo de (haga la pregunta por cada sustancia mencionada en pregunta 1)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros, especifique	0	2	3

7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (haga la pregunta para cada sustancia mencionada en pregunta 1) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas	0	6	3
c. Marihuana	0	6	3
d. Cocaína	0	6	3
e. Anfetaminas	0	6	3
f. Inhalables	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opiáceos	0	6	3
j. Otros, especifique	0	6	3

**Nota: si se ha inyectado drogas en los últimos 3 meses, se le debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención**

**8. ¿Alguna vez en su vida se ha inyectado alguna droga?  
(ÚNICAMENTE PARA USO NO MÉDICO)**

No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
Si se ha inyectado: Una vez a la semana o menos Menos de 3 días seguidos		Intervención breve: incluyendo la tarjeta “riesgos asociados con inyectarse”
Si se ha inyectado: Más de una vez a la semana 3 días seguidos		Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo

**Recuerde: para obtener los puntajes por sustancia, no incluya las respuestas de las preguntas 1 y 8**

**Tabla 1. El tipo de intervención se determina por la puntuación específica del usuario para cada sustancia**

Registre la puntuación	Sin intervención	Intervención breve	Tratamiento más intensivo
<b>Tabaco</b>	0-3	4-26	27 o más
<b>Alcohol</b>	0-10	11-26	27 o más
<b>Mariguana</b>	0-3	4-26	27 o más
<b>Cocaína</b>	0-3	4-26	27 o más
<b>Anfetaminas</b>	0-3	4-26	27 o más
<b>Inhalables</b>	0-3	4-26	27 o más
<b>Tranquilizantes o pastillas para dormir</b>	0-3	4-26	27 o más
<b>Alucinógenos</b>	0-3	4-26	27 o más
<b>Opiáceos</b>	0-3	4-26	27 o más

## 5.3.4. POSIT

## Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

Pregunta	Sí	No
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1	0
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	1	0
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	0
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	0
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	0
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1	0
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	0
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	0
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	0
12. El mes pasado ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	0
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	0
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	0
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	0
19. Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	0
<b>Total:</b>		

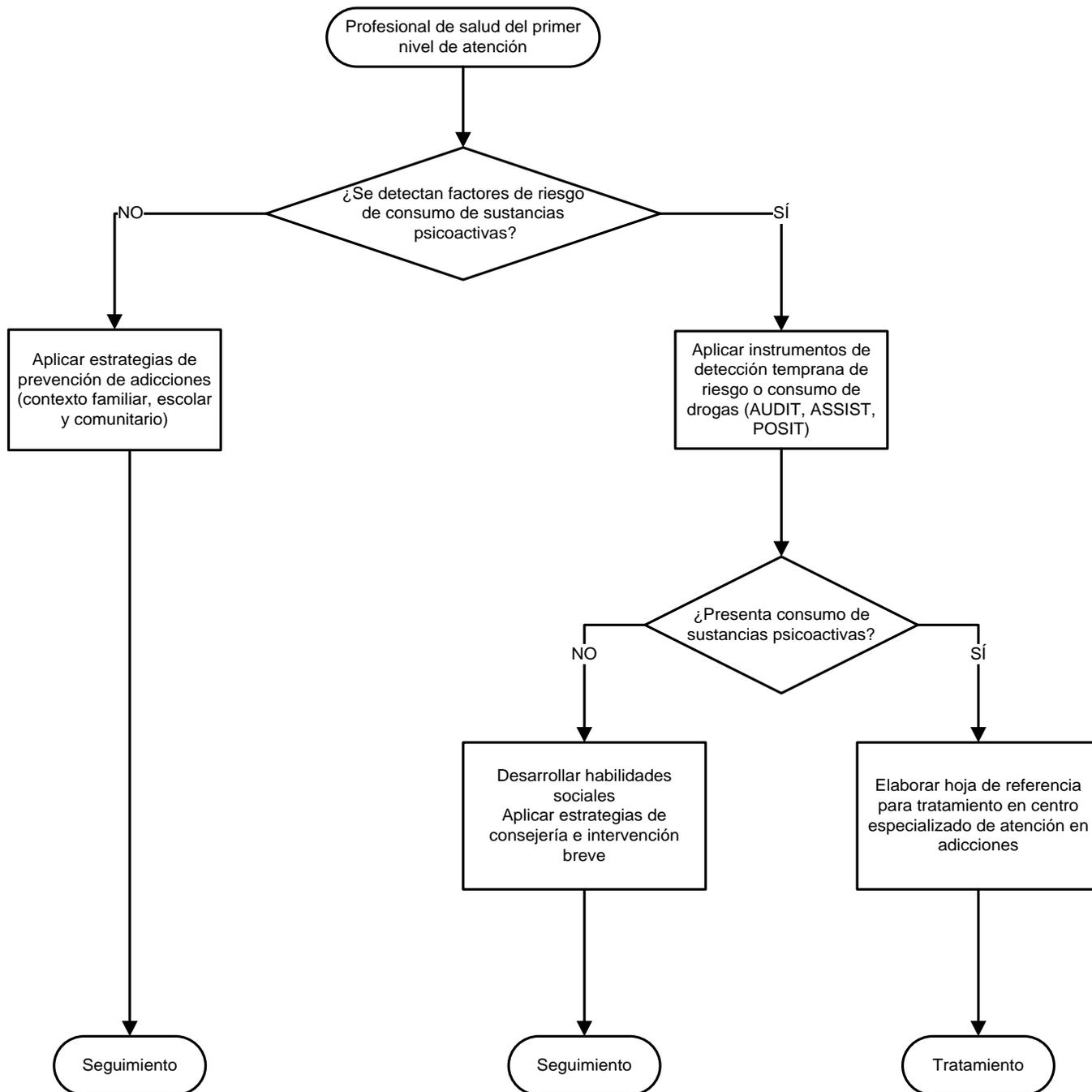
### 5.3.5. Discriminación entre el uso de sustancias y los trastornos

**Discriminación entre el uso de sustancias y los trastornos por uso (abuso y dependencia), a través del análisis de Características Operativas del Receptor (ROC), utilizando puntos de corte basados en el estudio y recomendaciones del estudio de validación original OMS-ASSIST**

Sustancias	Trastornos por Uso de Sustancias					Trastornos por Uso de Sustancias		
	ABC	p	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Punto de Corte (*)	Sensibilidad	Especificidad
<b>Tabaco</b>	641	<.05	5.00	94	62	4	97	62
<b>Alcohol</b>	849	<.05	9.50	95	84	11	63	89
<b>Cannabis</b>	913	<.05	3.50	99	90	4	98	91
<b>Cocaína</b>	892	<.05	4.50	98	89	4	100	89
<b>Anfetaminas</b>	983	<.05	3	99	98	4	97	98
<b>Sedantes</b>	920	<.05	3	99	91	4	95	92

Rubio-Valladolid G, Martínez-Raga J, Martínez-Gras I, Ponce-Alfaro G, De la Cruz-Bértolo J, Jurado-Barba R, et al. Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema* 2014;2:180-5

## 5.4. Diagramas de flujo



## 6. GLOSARIO

**Abuso de drogas:** patrón desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso.

**Atención primaria:** es el conjunto de prácticas específicas para la prevención de enfermedades o trastornos mentales en individuos o poblaciones susceptibles. Las estrategias que incluye son: promoción de la salud, incluida la salud mental; procedimientos de protección, como control de enfermedades transmisibles; y la vigilancia y regulación de contaminantes ambientales. En la atención primaria la prevención debe diferenciarse por niveles, con el fin de establecer mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia acordes con las necesidades de atención.

**Consejería en adicciones:** es una intervención breve que puede ser aislada o sistemática, cuyo objetivo es que el paciente adopte un cambio voluntario en su conducta con un impacto positivo en la salud.

**Dependencia a sustancias psicoactivas:** es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación. La característica esencial de la dependencia a sustancias psicoactivas es la existencia de un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la sustancia.

**Detección temprana:** es una estrategia evaluativa que combina la identificación del consumo de sustancias psicoactivas y los riesgos o daños ocasionados por ello, así como el tratamiento oportuno.

**Intervención breve:** se refiere a una serie de estrategias de consejería motivacional de tiempo limitado dirigida a ayudar a los pacientes a reducir o eliminar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

**Primer nivel de atención:** se refiere a las unidades de salud de primer contacto con el paciente, y en este nivel se atiende alrededor de 70% a 80% de la población. La severidad de los problemas de salud que se atienden en este nivel plantean una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos. Se desarrollan actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

**Referencia de usuarios:** cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención del problema del usuario se deberá remitir a otro establecimiento en el que se asegure su atención, se debe cumplir con los requisitos de ingreso del establecimiento al que será remitido, tomando en cuenta las necesidades del usuario, el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo.

**Sustancia psicoactiva:** es la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Esos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General

de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y el alcohol.

**Tamizaje:** cuestionarios de valoración breve que han asegurado su confiabilidad y validez y sirven para detectar de manera temprana a personas vulnerables de aquellas que no lo son; es decir, que están en riesgo de consumir sustancias psicoactivas, o bien las que ya las están consumiendo o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios (trastornos por abuso o dependencia de sustancias).

**Usuario:** es la persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas. Al hacer mención en esta guía a la palabra usuario, se entenderá a sujetos de sexo masculino o femenino.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Carey K, Scott-Sheldon L, Elliott J, Garey L, Carey M. Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: a meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clin Psychol Rev* 2012;32(8):690-703. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3511828/>
2. Cunningham R, Chermack S, Shope J, Bingham R, Zimmerman M, Blow F, et al. Effects of a Brief Intervention for Reducing Violence and Alcohol Misuse Among Adolescents: A Randomized Trial. *JAMA* 2010;304:527-535. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3560393/>
3. Feinstein E, Richter L, Foster S. Addressing the Critical Health Problem of Adolescent Substance Use Through Health Care, Research, and Public Policy. *J Adolesc Health* 2012; 50:431-436. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X12000559>
4. Foxcroft D, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; CD009308. DOI: 10.1002/14651858.CD009308. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009308/abstract;jsessionid=83FFE865D50D201E2D05A7004B20E1F1.f01t04>
5. Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018: Programa Sectorial de Salud [versión electrónica]. México: Secretaría de Salud; 2014. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/indicadores1318/pdf/programa.pdf>
6. Griffin K, Botvin G. Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2010;19:505-26. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1056499310000210>
7. Gryczynski J, Kelly S, Mitchell S, Kirk A, O'Grady K, Schwartz R. Validation and performance of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) among adolescent primary care patients. *Addiction* 2015;110:240-7. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25311148>
8. Kingston A, Morgan A, Jorm A, Hall K, Hart L, Kelly C, et al. Helping someone with problem drug use: a Delphi consensus study of consumers, carers, and clinicians. *BMC Psychiatry* 2011;11: 7pp. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/3>
9. Latimer W, O'Brien M, McDouall J, Toussova O, Floyd L, Vazquez M. Screening for "Substance Abuse" Among School-Based Youth in Mexico Using the Problem Oriented Screening Instrument (POSIT) for Teenagers. *Subst Use Misuse* 2004;39(2):307-29. [Consultado: 2014 Dic 02]. doi: 10.1081/JA-120028492. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1081/JA-120028492>
10. Mariño MC, González-Forteza C, Andrade P y Medina-Mora ME. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Ment* 1998;21(1):27-36. Disponible en: <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1751/1/sm210127.pdf>
11. Medina M, Villatoro J, Fleiz C, Téllez M, Mendoza L, Romero M, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; 2012.
12. Moyer V. Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2013 Aug 6;159(3):210-8. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspdrin.htm>
13. Moyer V. Primary Care Behavioral Interventions to Reduce Illicit Drug and Nonmedical Pharmaceutical Use in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2014;160:634-9. Disponible en: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1840850>

14. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima Revisión (CIE-10) [libro electrónico]. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud; 2008. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1459:cie-10&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1459:cie-10&Itemid=1926&lang=es)
15. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España; 1994. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
16. Patton R, Deluca P, Kaner E, Newburry-Birch D, Phillips T, Drummond C. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: the how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol Alcohol* 2014;49(2):207-12. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/2/207.short>
17. Reynales L, Guerrero C, Lazcano E, Villatoro J, Medina M, Fleiz C, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; 2012. [Consultado: 2014 Dic 02].
18. Rubio-Valladolid G, Martínez-Raga J, Martínez-Gras I, Ponce-Alfaro G, De la Cruz-Bértolo J, Jurado-Barba R, et al. Validation of the Spanish version of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Psicothema* 2014;26(2):180-5.
19. Ryan S, Jorm A, Lubman D. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:774-83. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://anp.sagepub.com/content/44/9/774.long>
20. Saitz R, Palfai T, Cheng M, Alford D, Bernstein J, Lloyd-Travaglini C, et al. Screening and Brief Intervention for Drug Use in Primary Care: The ASPIRE Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2014;312:502-13. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4151000/>
21. Tanner-Smith E, Wilson S, Lipsey M. The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *J Subst Abuse Treat* 2013;44:145-58. [Consultado: 2014 Dic 02]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477300/>
22. United Nations Office on Drug and Crime. World Drug Report 2014. Vienna, Austria: United Nations Publication; 2014. [Consultado: 2014 Dic 02].
23. Villatoro-Velázquez J, Medina-Mora M, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo M, Mendoza-Alvarado L, Romero-Martínez M, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud; 2012. [Consultado: 2014 Dic 02].
24. Yuma P, Lawson K, Velasquez M, von Sternberg K, Maxson T, Garcia N. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2012;130:115-22.

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las siguientes autoridades:

- Dr. Manuel Mondragón y Kalb, Comisionado Nacional contra las Adicciones (**CONADIC**)
- Dra. Nora Frías Melgoza, Directora General de Coordinación y Cooperación Internacional (**CONADIC**)
- Lic. Patricia Reyes del Olmo, Directora General de Programas en Adicciones (**CONADIC**)
- Mtro. Raúl Martín del Campo Sánchez, Director General del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (**CONADIC**)
- Lic. Carmen Fernández Cáceres, Directora General de los Centros de Integración Juvenil, A. C. (**CIJ**)
- Dr. Ricardo Iván Nanni Alvarado, Director General Adjunto de Programas y Políticas contra las Adicciones (**CONADIC**)

las gestiones realizadas para que el personal adscrito al grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por la **Comisión Nacional contra las Adicciones**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece al Dr. Jorge Salas Hernández, Director General del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (**INER**) y al Dr. Patricio Javier Santillán Doherty, Director Médico del **INER**, las facilidades otorgadas al personal que participó en el proceso de **validación**, por su valiosa colaboración en esta guía.

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### CENTRO NACIONAL DE EXCELENCIA TECNOLÓGICA EN SALUD (CENETEC-SALUD)

M. en A. María Luisa González Rétiz *Directora General*

Dr. Jesús Ojino Sosa García *Director de Integración de GPC*

Dr. Arturo Ramírez Rivera *Subdirector de GPC*

Dra. Violeta Estrada Espino *Departamento de validación y normatividad de GPC*

Dra. Yesenia Ortiz Montaña *Coordinadora de guías de medicina interna*

Dra. Teresa de la Torre León *Coordinadora de guías de medicina interna*

Dr. Joan Erick Gómez Miranda *Coordinador de guías de cirugía*

Dr. Christian Fareli González *Coordinador de guías de cirugía*

Dr. Jaime Enoc Zambrano Guerrero *Coordinador de guías de pediatría*

Lic. José Alejandro Ochoa Martínez *Investigación documental*

Dr. Pedro Nieves Hernández *Subdirector para la gestión de GPC*

Dra. Maricela Sánchez Zúñiga *Departamento de apoyo científico para GPC*

Dra. Gilda Morales Peña *Coordinación de avances sectoriales*

## 10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

### DIRECTORIO SECTORIAL      DIRECTORIO DEL CENTRO DESARROLLADOR

#### **Secretaría de Salud**

Dra. Mercedes Juan  
*Secretaria de Salud*

#### **Comisión Nacional contra las Adicciones**

Dr. Manuel Mondragón y Kalb  
*Comisionado Nacional contra las Adicciones*

#### **Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. José Antonio González Anaya  
*Director General*

#### **Dirección General de Programas en Adicciones**

Patricia Inés Reyes del Olmo  
*Directora General*

#### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias  
*Director General*

#### **Dirección de Coordinación de Programas en Adicciones**

Mtro. Martín Mosqueda Ventura  
*Director del Área*

#### **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**

Lic. Laura Vargas Carrillo  
*Titular del Organismo SNDIF*

#### **Subdirección de Integración y Seguimiento de Programas Nacionales**

Dra. Ma. Teresa Oviedo Gómez  
*Subdirectora del Área*

#### **Petróleos Mexicanos**

Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin  
*Director General*

#### **Secretaría de Marina Armada de México**

Almte. Vidal Francisco Soberón Sanz  
*Secretario de Marina*

#### **Secretaría de la Defensa Nacional**

Gral. Salvador Cienfuegos Zepeda  
*Secretario de la Defensa Nacional*

#### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Leobardo Ruiz Pérez  
*Secretario del Consejo de Salubridad General*

## 11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

	Dr. Eduardo González Pier	Presidente
	<b>Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud</b>	
	Dr. Pablo Antonio Kuri Morales	Titular
	<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
	Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos	Titular
<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Dr. Gabriel Jaime O' Shea Cuevas	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	
	Dra. María de las Nieves García Fernández	Titular
	<b>Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud</b>	
	Dr. Leobardo Carlos Ruiz Pérez	Titular
	<b>Secretario del Consejo de Salubridad General</b>	
	General de Brigada M. C. Daniel Gutiérrez Rodríguez	Titular
	<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	
	Contraalmirante SSN, M.C. Piedad Rafael Ortega Sánchez	Titular
<b>Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México</b>	Dr. Javier Dávila Torres	Titular
	<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	
	Dr. Rafael Manuel Navarro Meneses	Titular
<b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Dr. Marco Antonio Navarrete Prida	Titular
	<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	
	Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
<b>Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Dr. Ricardo Camacho Sanciprián	Titular
<b>Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
	<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	
	Dr. Sebastián García Saisó	Titular
	<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	
	Dra. Laura Elena Gloria Hernández	Titular
	<b>Directora General de Evaluación del Desempeño</b>	
	Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
	<b>Director General de Información en Salud</b>	
	M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Dr. Jaime Agustín González Álvarez	Titular 2015-2016
<b>Secretario de Salud y Director General del Organismo Público Descentralizado de Salud de Jalisco</b>	Dr. Jesús Zacarías Villarreal Pérez	Titular 2015-2016
<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Nuevo León</b>	Dr. Jorge Eduardo Mendoza Mezquita	Titular 2015-2016
<b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Yucatán</b>	Dr. Enrique Luis Graue Wiechers	Titular
	<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	
	Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Titular
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	
	Lic. José Ignacio Campillo García	Titular
	<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	
	M. en C. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.</b>	Dr. Francisco Hernández Torres	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.</b>	
	Lic. Alejandro Alfonso Díaz	Asesor Permanente
	<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	
	Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	M. en C. Julio César Ballesteros del Olmo	Invitado
	<b>Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría</b>	
	Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
	<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC-Salud</b>	