GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Prevención, detección e intervención de la ADICCIONES en atención primaria de salud

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-023-08**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.
Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC.

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 que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las 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

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citada como: Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. México: Secretaría de Salud, 2008.

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

CIE-10: F19.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.

GPC: Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud..

Coordinadores:

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:

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.
Hugo González Cantú.	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Médico Psiquiatra. Adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos.
Mario González Zavala.	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Médico Psiquiatra.
Elodia Guadalupe León Nandayapa.	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Médico Psiquiatra.
Natalia Morales Carrasco.	Posgrado de Alta Especialidad en Manejo de Adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Médico Psiquiatra.
Carlos Lima Rodríguez.	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Médico Psiquiatra.
Yazmín Garduño Martínez.	Posgrado de alta especialidad en manejo de adicciones.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Médico Psiquiatra.
Rodrigo Alonso Marín Navarrete.	Licenciado en Psicología clínica.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Psicólogo Adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos.
Guillermo Ruiz Arias.	Licenciado en Psicología clínica.	Instituto Nacional de Psiquiatría.	Psicólogo Adscrito a la Clínica de Trastornos Adictivos.
Ma. Concepción Cano Rodríguez.	Licenciado en Psicología clínica.	UNAM.	Estudiante de Maestría en Psicología de las Adicciones.
Rocío Romero Reséndez.	Licenciada en Psicología.	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Dirección de Tratamiento y Rehabilitación.
María José Martínez Ruíz.	Licenciada en Psicología. Maestra en Psicología de las adicciones.	Consejo Nacional contra las Adicciones.	Subdirectora de Entidades Federativas.
Juan Arturo Sabines Torres.	Licenciado en Psicología. Maestro en Psicología.	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Subdirector de Prevención.
Alfredo Guerrero Muciño.	Licenciado en Psicología.	Centros de Integración Juvenil, A.C.	Subjefe Departamento Desarrollo Técnico y Redes Sociales.
Gabriela E. Rodríguez Rodríguez.	Licenciada en Psicología.	Consejo Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Análisis y Proyectos.
María Teresa Oviedo Gómez.	Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología en atención primaria de salud. Maestra en Psicología general experimental. Doctora en Psicología de la salud.	Consejo Nacional contra las Adicciones.	Asesora Técnica de la Dirección de Vinculación.
Armando Patrón Vargas.	Medicina. Psiquiatría.	Consejo Nacional contra las Adicciones.	Director Técnico.
Héctor Javier González Jácome.	Medicina interna. Administración y políticas públicas.	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, SSA.	Subdirección de guías de práctica clínica.

Validación interna:

Aldegunda González Aguilar	Licenciada en Psicología. Especialista en el tratamiento de las adicciones. Maestra en Psicología de las Adicciones	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.	Responsable del Programa de Adicciones, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud.

Revisión interinstitucional:

Dra.María Eugenia Velasco Contreras	Mèdica internista. Maestría en Ciencias de la salud.	IMSS Unidad de Salud Pública. Coordinación de programas integrados de Salud	Coordinadora del programa mèdico preventivo de las adicciones.
Dra. Ruth Díaz González	Médico general	SNDIF	Responsable de Guías de Práctica Clínica

Índice

1. Clasificación. 5
2. Preguntas a responder por esta guía. 6
3. Aspectos generales.
   3.1. Justificación. 7
   3.2. Objetivo. 8
   3.3. Definición. 9
4. Evidencias y recomendaciones. 10
   4.1 Prevención primaria.
      4.1.1 Principales contextos de intervención. 11
      4.1.2 Factores asociados con el consumo de drogas. 11
      4.1.3 Modalidades de prevención. 12
      4.1.4 Modelos de prevención. 12
      4.1.5 Principios preventivos. 13
      4.1.6 Objetivos de los programas de prevención. 14
   4.2 Principales estrategias en materia de prevención.
      4.2.1 Identificación de los riesgos para el consumo de drogas. 14
      4.2.2 Sensibilización en materia de adicciones. 15
      4.2.3 Desarrollo de competencias. 16
      4.2.4 Capacitación en la prevención de adicciones. 20
      4.2.5 Criterios de referencia y contrarreferencia de casos por nivel de riesgos. 21
      4.2.6 Consejería breve en adicciones. 22
      4.2.7 Características de la movilización comunitaria. 23
      4.2.8 Seguimiento. 24
   4.3 Evaluación.
      4.3.1 Tipos de evaluación. 24
      4.3.2 Métodos y Técnicas evaluativas. 25
5. Definiciones operativas. 26
6. Bibliografía. 29
7. Agradecimientos. 30
8. Comité Académico. 31
9. Directorios sectorial e institucional. 31
10. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. 32

1. Clasificación

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-023-08	
Profesionales de la salud.	1.15 Enfermera. 1.23 Médico familiar. 1.25 Médico internista. 1.29 Médico especialista en Medicina Preventiva. 1.43 Pediatra. 1.45 Psicólogo. 1.46 Psiquiatra.
Clasificación de la enfermedad.	CIE-10: F19.0 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias.
Categoría de GPC.	3.1.1 Primer nivel de atención. 3.11 Prevención. 3.15Educación sanitaria.
Usuarios potenciales.	4.3 Departamentos de salud pública. 4.5 Enfermeras generales. 4.6 Enfermeras especializadas. 4.7 Estudiantes. 4.9 Hospitales. 4.12 Médicos especialistas. 4.13 Médicos generales. 4.14 Médicos familiares. 4.17 Organizaciones orientadas a enfermos. 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. 4.32 Trabajadores sociales. Maestros, escuelas, dependencias públicas, Secretaría de Educación Pública, Secretaría del trabajo.
Tipo de organización desarrolladora.	6.3 Gobierno federal: Secretaría de Salud; Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría (Clínica de trastornos adictivos). 6.4 Secretaría de Salud del Distrito Federal.
Población blanco.	7.1 al 7.10 Población en general.
Fuente de financiamiento / patrocinador.	6.3 Gobierno federal: Secretaría de Salud; Consejo Nacional contra las Adicciones; Instituto Nacional de Psiquiatría (Clínica de trastornos adictivos). 6.4 Secretaría de Salud del Distrito Federal.
Intervenciones y actividades consideradas.	94.45 Asesoramiento sobre toxicomanía. 94.46 Asesoramiento sobre alcoholismo.
Impacto esperado en salud.	Disminución de la tasa de incidencia y prevalencia del 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 a drogas.
Metodología	Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para colectar y seleccionar evidencia: AGREE, COCHRANE Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas de bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 25 Guías seleccionadas: 3del período 1980-2008. Revisiones sistemáticas. Ensayos controlados aleatorizados. Reporte de casos. Validación del protocolo de búsqueda: INPRF, febrero de 2008. Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia. Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática.
Método de validación y adecuación.	Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
Conflictos de interés.	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés Todas las cartas firmadas en original se tienen que enviar por oficio al CENETEC
Registro y actualización.	Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-023-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN ***de 3 a 5 años a partir de la fecha de publicación.***

2. Preguntas a responder por esta guía.

1. ¿Cuáles son los principales contextos de intervención?
2. ¿Cuáles son los principales factores asociados con el consumo de drogas?
3. ¿Qué modalidades de prevención de adiciones existen?
4. ¿Cuáles son los modelos de prevención en adicciones?
5. ¿Cuáles son los principios preventivos?
6. ¿Cuáles son los objetivos de los programas de prevención?
7. ¿Cuáles son las características de la movilización comunitaria?
8. ¿Cómo identificar los riesgos para el consumo de drogas?
9. ¿Cómo sensibilizar en materia de adicciones?
10. ¿Cómo favorecer el desarrollo de competencias?
11. ¿Cómo capacitar en la prevención de adicciones?
12. ¿cómo se detecta a pacientes que consumen drogas?
13. ¿Cómo se realiza la consejería breve en adicciones?
14. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contra-referencia de casos, por nivel de riesgo?
15. ¿Cuál es la importancia del seguimiento?
16. ¿Cuáles son los tipos de evaluación, empleados en los proyectos de prevención de adicciones?
17. ¿Cuáles son los sistemas de información y recolección de datos para evaluar las acciones de prevención de las adicciones?

3. Aspectos generales.

3.1 Justificación

La adicción a sustancias psicoactivas es el mayor problema de salud pública a nivel mundial, con el tercer lugar de morbi-mortalidad por causas prevenibles (OMS 2009: Informe mundial sobre las drogas), debido al consumo de alcohol y tabaco (drogas lícitas que afectan 30% y al 40% de la población mexicana de 12 a 64 años de edad, respectivamente), su asociación con otros padecimientos y con lesiones producidas por vehículos de motor y violencia, teniendo impacto sobre la calidad de vida de las personas. El abuso de drogas tiene serias consecuencias en los hogares, en las escuelas y en la comunidad.

La ciencia de la prevención ha tenido un gran progreso en los últimos años. Muchas intervenciones preventivas se están probando en escenarios "de la vida real" para que sean más adaptables a la comunidad. Se han identificado intervenciones efectivas en poblaciones jóvenes para prevenir conductas de riesgo antes que ocurra el abuso de drogas (NIDA, 2003).

Difundir las mejores prácticas para la prevención del inicio del consumo de droga, la detección oportuna en su caso y su referencia a los centros especializados para su rehabilitación.

3. Aspectos generales.

3.2 Objetivo de esta guía.

La guía de práctica clínica "Prevención de las adicciones en el primer nivel de atención" forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

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 sobre:

- Prevención, detección e intervención de las adicciones en la atención primaria de salud.

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, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3. Aspectos generales.
3.3 Definición.

La adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas cambian al cerebro: modifican su estructura y cómo funciona. Estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas.

Según la Organización Mundial de la Salud (Kramer y Cameron, 1975, citado en Becoña, 2001), una droga es "toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones". *Droga* es un término que se refiere a un gran número de sustancias que cumplen con las siguientes condiciones: al entrar en el cuerpo de un organismo vivo, son capaces de alterar una o varias de sus funciones físicas y psíquicas; las drogas Impulsan a las personas que las consumen a repetir su utilización por los efectos placenteros que generan, independientemente de los daños a la salud que también producen. Su consumo no tiene que ver con alguna indicación médica y, en caso de tenerla, la persona que la utiliza lo hace con fines distintos a los terapéuticos (Programa Nacional de Escuela Segura).

Según la Declaración de Alma Ata, la atención primaria de salud, es "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (PAHO: Atención Primaria de Salud *a 25 Años de la Declaración de Alma-Ata: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm).*

La prevención de adicciones se entiende como "un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas".

4. Evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Para fines de esta guía se aplicó el sistema del Centre for Evidence Based Medicine CEBM, de la Universidad de Oxford.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía.

E	Evidencia.
R	Recomendación.
✓	Punto de buena práctica.

4.1 Prevención primaria.
4.1.1 Principales contextos de intervención.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La prevención del uso y abuso de sustancias se considera una intervención universal para escuelas, empresas y clínicas.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). APA, 2006. CIJ, 2009.

4.1 Prevención primaria.
4.1.2 Factores asociados con el consumo de drogas.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	Entre la población mexicana se han identificado, entre otros factores correlacionados, el uso de sustancias psicoactivas lícitas(tabaco y alcohol), el consumo de drogas en la familia, un débil apoyo y control familiar, el abandono o suspensión de estudios y una baja adherencia escolar, la tolerancia social y la disponibilidad de sustancias, la pertenencia a redes sociales disfuncionales y un uso inadecuado del tiempo libre, así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se cuentan la depresión y la ansiedad.	3. (Evidencia obtenida de estudio de casos y controles). Arellanez, 2004.
R	Son factores de riesgo: • Comportamiento agresivo temprano (individual). • Falta de supervisión parental (familiar). • Abuso de sustancias (pares y familiares). • Disponibilidad de la droga (escolares). • Pobreza (comunidad).	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
✓ Son factores protectores: • Control de impulsos (individual). • Monitoreo parental (familiar). • Competencia académica (pares). • Vigilancia gubernamental de uso antidroga (escolares). • Apego fuerte a vecindario (comunidad).	**Buena práctica.** NIDA, 2003.

4.1 Prevención primaria.
4.1.3 Modalidades de prevención.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R Tipos de prevención según la conceptualización actual: • Universal: dirigida a toda la población sin distinción del riesgo. • Selectiva: dirigida a un subgrupo que tiene un riesgo mayor de ser consumidores. Se dirige, por tanto, a grupos de mayor vulnerabilidad. • Indicada: dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores experimentales. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). Plan Nacional sobre Drogas, España, 1998. Institute of Medicine, 1994. CIJ, 2009. CONADIC, 2008.

4.1 Prevención primaria.
4.1.4 Modelos de prevención.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R La prevención debe sustentarse en modelos preventivos, cuyos métodos, procedimientos y técnicas permitan superar las propuestas preventivas basadas únicamente en ideologías y convicciones dando paso a la aplicación de modelos susceptibles de evaluación que propicien su mejora con elementos objetivos, evidencias públicas y replicables.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CONADIC, 2003.

4.1 Prevención primaria.
4.1.5 Principios preventivos.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Los programas de prevención se deben diseñar para identificar factores de riesgo y promover factores de protección principalmente dirigidos a niños y adolescentes (en el contexto escolar), y sustentados en la evidencia científica.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CONADIC, 2003.
R	1. Todos los programas preventivos deben fundamentarse en modelos basados en la ciencia, contar con marco conceptual, metodología, materiales de apoyo y esquemas de evaluación. 2. Los programas deben diseñarse de acuerdo con su población objetivo e incorporarla en su diseño, así como en sus fases de operación, desarrollo y evaluación. 3. Los programas deben abordar el fenómeno desde una perspectiva global, considerando todas las sustancias que puedan ser objeto de abuso y dependencia, legales e ilegales. 4. El personal operador de programas debe capacitarse en forma constante, además de conocer la realidad social de su comunidad y las mejores formas de abordaje. 5. Los programas deben dirigirse a fortalecer factores protectores y a inhibir factores de riesgo. 6. Todos los programas deben ser interactivos, integrar aspectos de género, además de buscar sustentabilidad a largo plazo, y empoderar a las comunidades para que trasciendan administraciones gubernamentales y situaciones de coyuntura. 7. Cuando los programas incluyan educación sobre drogas, deben considerar a la población objetivo, ser interactivos y basarse en la ciencia. 8. Todos los programas deben ser transparentes en sus evaluaciones, rendir cuentas a su población objetivo y ser congruentes con las políticas públicas y leyes vigentes en el país, las entidades federativas y las localidades donde se instrumentan. 9. Toda campaña preventiva en medios de comunicación debe formar parte de programas nacionales o locales, y basarse en conocimientos científicos y experiencias probadas, cuidando de no estigmatizar a los abusadores o dependientes de sustancias ni promover el alarmismo mediático. 10. Los programas preventivos deben promover proyectos locales, la formación de redes comunitarias, particularmente entre los jóvenes y el fortalecimiento entre sociedad civil y	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2009.

gobierno.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	En el campo de las adicciones, la prevención se instaura como una labor impostergable. Para la Organización Mundial de la Salud, la prevención de adicciones se basa en "la legítima aspiración de la humanidad, de una vida digna (...), en un ambiente sano y seguro" (Lavive, 1994).	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2009.

4.1 Prevención primaria.

4.1.6 Objetivos de los programas de prevención de adicciones.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La prevención debe centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de sustancias, como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas sustancias, centrándose en las variables del individuo (por ejemplo, incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (por ejemplo, que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). Becoña, IE. 2007.

4.2 Principales estrategias en materia de prevención.

4.2.1 Identificación de los riesgos para el consumo de drogas.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
E	Para el diseño de programas, es importante identificar el mejor tiempo de aplicar la intervención. La transición de una escuela primaria a una secundaria, es un factor de riesgo identificado.	2. (Evidencia obtenida de un ensayo clínico aleatorizado). Spoth R, 2001.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como el cambio de nivel escolar medio (escuela secundaria a preparatoria) pueden producir efectos benéficos en las familias. Tales intervenciones no discriminan poblaciones en riesgo, incluyendo a los niños y además reducen el etiquetamiento y promueven los lazos de unión en la escuela y la comunidad.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
R	Los niños y adolescentes, cuyos padres abusan de sustancias y viven en condiciones de pobreza y maltrato se encuentran en mayor riesgo.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). APA, 2006.

4. 2 Principales estrategias en materia de prevención.
4.2.2 Sensibilización en materia de adicciones.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Los programas de prevención deben promover los factores protectores y reducir los factores de riesgo. El riesgo de abusar de drogas involucra la relación entre el número y tipo de factores de riesgo y los factores protectores. La interacción entre estos varía con la edad.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
R	Una intervención temprana sobre los factores de riesgo (por ejemplo, el comportamiento agresivo) tiene mayor impacto que las intervenciones posteriores, promoviendo estilos de vida saludable.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
✓	Los programas de prevención basados en investigación pueden ser costo-efectivos.	**Buena práctica.** NIDA, 2003.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La evidencia sugiere que los beneficios de los programas de prevención en escuelas de nivel medio disminuyen si no se dispone de programas de seguimiento en la escolaridad media superior.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.

4. 2 Principales estrategias en materia de prevención.
4.2.3 Desarrollo de competencias.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
✓	Los programas preventivos dirigidos a niños y adolescentes se basan en los principios recomendados por NIDA (2004): Principio 1. Los programas de prevención deberán mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo. Principio 2. Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales por menores. Principio 6 Se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas. Principio 7. Los programas de prevención para los niños de la primaria deben ser dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socioemotivo a fin de tratar factores de riesgo de abuso de drogas, como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades: autocontrol; conciencia emocional; comunicación; solución de los problemas sociales y apoyo académico, especialmente en la lectura. Principio 15. Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y el refuerzo de habilidades.	**Buena práctica.** National Institute on Drug Abuse, 2004.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La intervención con adolescentes debe dirigirse a explorar, reflexionar y debatir las creencias y significados que éstos le atribuyen a las drogas respecto a los riesgos y daños que se asocian a su consumo, por ejemplo: la idea de que para divertirse es necesario consumir drogas, los riesgos a los que están expuestos por el uso y abuso de sustancias entre otros. Por otra parte, es fundamental generar y fortalecer competencias sociales que les ayuden a afrontar exitosamente situaciones de riesgo al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2008.
R	Se ha identificado a los padres como una influencia central respecto a las decisiones de sus hijos, a la formación de actitudes y al establecimiento de repertorios conductuales; por lo que se recomienda trabajar a través de materiales que los apoyen para identificar los factores de riesgo y protección a los que están expuestos sus hijos, proporcionándoles información y estrategias para disminuirlos y aumentar la protección.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2008.
R	Los programas de prevención comunitaria que combinan dos o más programas efectivos, tales como los basados en la familia y en la escuela, pueden ser más efectivos que uno solo.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
R	Los programas de prevención comunitaria que alcanzan poblaciones en múltiples escenarios (por ejemplo escuelas, clubs, organizaciones religiosas y los medios) son más efectivos cuando presentan mensajes dirigidos a la comunidad consistentes en todos los escenarios.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
✓	Los programas de prevención son más efectivos cuando se emplean técnicas interactivas, como discusión en grupo de pares y juego de roles de padres, que permiten el involucramiento en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y reforzar habilidades.	**Buena práctica.** NIDA, 2003.
R	Los programas de prevención basados en la familia deben fortalecer la unión familiar y las relaciones, incluyendo habilidades parentales, práctica en el desarrollo, discusión y aplicación de las reglas familiares en el abuso de sustancias, y entrenamiento en la educación e información sobre drogas.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
E	Las estrategias multidimensionales de abordaje incluyen la difusión de conocimientos relacionados con las sustancias. Su enfoque principal se basa en el fortalecimiento de características de la personalidad y la inclusión de factores ambientales en un mayor grado.	**4.** (Evidencia obtenida de una revisión). Allot, 1999.
E	Los modelos de educación en población de educación media superior, que incluyen motivación para la salud, habilidades sociales, reconocimiento de la influencia social, desarrollo de actividades que fomenten el conocimiento dirigido a factores de riesgo y protectores para el abuso de sustancias, han demostrado reducciones en el uso de drogas de hasta seis meses posteriores al fin del programa.	**3.** (Evidencia obtenida de un ensayo clínico controlado no aleatorizado). Lennox, 2008.
E	Las intervenciones más efectivas en la reducción del abuso de sustancias en población menor a 18 años, aparentan ser: • El desarrollo de habilidades sociales, el sentido de responsabilidad social entre los jóvenes, así como atender temas relacionados al uso de sustancias. • El involucramiento activo de los padres.	**1.** (Evidencia obtenida de revisión sistemática de estudios controlados). Petrie, 2007.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La evidencia disponible sugiere que el mayor alcance de las estrategias de intervención basadas en escuelas, es un retraso del inicio de sustancias a corto plazo por no-usuarios y una reducción a corto plazo en la cantidad de uso de los usuarios activos.	**A.** (Evidencia obtenida de una revisión sistemática). White, 1998.
R	El entrenamiento en habilidades para la vida (Life Skills Training, LST) debe formar parte de la prevención del uso de sustancias y enfocarse en la enseñanza de las destrezas necesarias para evadir la presión social, para experimentar con tabaco, alcohol y drogas.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). APA, 2006.
R	El objetivo principal del LST es facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, haciendo énfasis en el desarrollo de estrategias para manejar las influencias sociales que promueven fumar, beber y/o usar drogas.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). Plan Nacional sobre Drogas, España, 1998.
R	Enseña a los escolares habilidades cognitivo-conductuales para aumentar la autoestima, resistir la presión de los anuncios publicitarios, manejar situaciones generadoras de ansiedad, comunicarse de forma efectiva, mantener relaciones personales y tener una asertividad adecuada. Estas habilidades se enseñan utilizando técnicas como el modelamiento, el ensayo conductual, la retroalimentación con reforzadores y tareas para practicar fuera del contexto de las clases.	**D.** (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). Plan Nacional sobre Drogas, España, 1998.

4. 2 Principales estrategias en materia de prevención.
4.2.4 Capacitación en la prevención de adicciones.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Favorecer los siguientes aspectos permite que una comunidad tenga mayores posibilidades de éxito ante el consumo de drogas. • Trabajar de manera simultánea y organizada con las diferentes poblaciones (niños, adolescente, adultos, líderes, etc.) y en diferentes contextos (escolar, comunitario), principalmente en el ámbito local. • Dinamizar su organización, impulsando la creación de nuevos vínculos o la consolidación de los existentes entre los actores sociales implicados, por ejemplo, comisiones de salud y organizaciones comunitarias que realicen actividades preventivas. • Coordinar las múltiples actividades del programa de intervención en función de las características de los distintos contextos o grupos de población con los cuales se intervenga.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2008.
R	El monitoreo y supervisión parental son estrategias básicas para la prevención del abuso de sustancias. Estas habilidades se pueden incrementar con un entrenamiento para aplicación de límites, técnicas de monitoreo de actividades, reconocimiento por conductas adecuadas y una disciplina consistente y moderada que refuerce reglas definidas por la familia.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La información y educación sobre las drogas para los padres y cuidadores refuerza que los niños aprendan sobre los efectos dañinos del consumo y abre oportunidades para discusiones familiares sobre el abuso de drogas legales o ilegales.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
R	Las intervenciones breves enfocadas en la familia para la población general pueden cambiar de manera positiva comportamientos paternos específicos que pueden reducir el riesgo posterior para el abuso de drogas.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
✓	Los programas de prevención deben incluir entrenamiento para maestros en técnicas como recompensar las conductas adecuadas de los estudiantes. Estas técnicas ayudan a fomentar el comportamiento positivo, los logros, motivación académica y apego escolar.	Buena práctica. NIDA, 2003.
R	Los programas psicoeducativos describen las consecuencias negativas del uso de sustancias y enseñan a rechazar las drogas.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). APA, 2006.

4. 2 Principales estrategias en materia de prevención.

4.2.5 Criterios de referencia y contrarreferencia de casos, por nivel de riesgo.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La Norma Oficial Mexicana NOM-SSA2-028-1999, señala: 9.3.1.9 Si no se cuenta con la capacidad resolutiva suficiente, referir el caso a otro establecimiento, para el tratamiento de su adicción o de las complicaciones asociadas. 9.3.1.10 Elaborar hoja de referencia.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NOM-028-SSA2-1999.

4. 2 Principales estrategias en materia de prevención.
4.2.6 Consejería breve en adicciones.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R La OMS y el consenso estadunidense son partidarios de denominar al consejo básico como intervención breve (WHO, 2000, Fiore y cols., 2000). Todos los profesionales sanitarios deberían aconsejar insistentemente a todos los consumidores de drogas a que abandonen el consumo. • Averiguar: identificar sistemáticamente a los consumidores en cada visita. Es importante la utilización de métodos recordatorios. • Aconsejar: de forma clara, convincente y personalizada: ○ Clara: "Creo que es importante para usted que deje de las drogas ahora; podemos ayudarle a conseguirlo…". ○ Convincente: "Como su médico debo informarle que dejar las drogas es lo más importante que puede hacer para proteger su salud ahora y en el futuro". ○ Personalizada: relacionar el uso de drogas con el estado de salud-enfermedad actual, sus costos sociales o económicos, el nivel de motivación o disposición para dejar de consumir, y el impacto del consumo de drogas sobre los niños u otros miembros de la familia. ○ Entregar folletos o manuales de autoayuda. • Adecuar la intervención al estadio del cambio en que se sitúa cada paciente y valorar la disposición de intentarlo. Analizar la disposición del paciente para dejar de consumir drogas: si el paciente está dispuesto a intentarlo en ese momento, ayúdele; si el paciente está dispuesto a participar en un tratamiento intensivo, prestar ese tratamiento o remitirlo para intervención más intensiva; aprovechar cualquier contacto con el paciente para recordar los mensajes y reevaluar el estadio del cambio • Ayudar al paciente con un plan para dejar las drogas: ○ Señalar al paciente una fecha para el abandono: idealmente la fecha debería establecerse en el plazo de dos semanas. ○ Ofrecer tratamiento farmacológico cuando se estime oportuno. ○ Consultar GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento del consumo de tabaco y humo ajeno, en el primer nivel de atención ○ GPC Manejo del síndrome de abstinencia alcohólica en el adulto en el primer nivel de atención. ○ Anticiparse a las dificultades que se presenten en el intento de dejar el consumo, particularmente durante las primeras semanas. Incluir información sobre el síndrome abstinencia. • Organizar el seguimiento y citar para la siguiente visita: reforzar y prevenir las recaídas en cada visita sucesiva.	**A.** (Nivel de evidencia: 1. Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis. Grado de recomendación; máxima). Becoña IE, 2008.

4. 2 Principales estrategias en materia de prevención.
4.2.7 Características de la movilización comunitaria.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con suma frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible, la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). OMS, 1990.
R	Ayudar a los grupos de la comunidad a identificar sus problemas o metas en común; movilizar los recursos necesarios, y elaborar y aplicar estrategias para alcanzar sus objetivos, puede ir más allá de las fronteras geográficas e incluir a personas que comparten problemas específicos de salud.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2009.

4. 2 Principales estrategias en materia de prevención.
4.2.8 Seguimiento.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Los programas de prevención deben de ser a largo plazo con intervenciones repetitivas para reforzar los objetivos de prevención originales.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). NIDA, 2003.
E	La evaluación de los efectos a largo plazo de programas psicosociales para la prevención del abuso de drogas entre adolescentes, han mostrado una evidencia débil en la prevención o reducción del uso de sustancias hasta por 15 años.	1. (Evidencia obtenida de una revisión sistemática de revisiones, meta-análisis y ensayos clínicos). Skara, 2003.

4.3 Evaluación.
4.3.1 Tipos de evaluación.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	En el caso de las intervenciones preventivas, las evaluaciones más recurrentes son: • Evaluación diagnóstica o de necesidades. • Evaluación del diseño y conceptualización del programa. • Evaluación de proceso. • Evaluación de resultados. • Evaluación de impacto.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2009.

4.3 Evaluación.

4.3.2 Métodos y técnicas evaluativas.

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
R	Los métodos de investigación se pueden agrupar básicamente en dos tipos: los métodos cualitativos y los métodos cuantitativos. Las técnicas de levantamiento y recolección de información, observación, entrevista y encuesta, son estrategias prácticas y sistemáticas que se emplean, tanto para recopilar información del objeto de estudio, como para llevar a cabo la organización, el análisis y la síntesis de los datos obtenidos. Se apoyan en múltiples tácticas, instrumentos y herramientas de investigación.	D. (Nivel de evidencia 5 o estudios inconsistentes o no concluyentes de cualquier nivel). CIJ, 2009.

5. Definiciones operativas.

Abuso: uso de una droga por una razón diferente a la cual se pretendía y que tiene consecuencias negativas a la salud y al entorno.

Apoyo interpersonal: brindar protección, auxilio o favor a otra persona.

Asertividad: habilidad o conjunto de estrategias necesarias para expresar nuestros sentimientos, emociones, afectos, pensamientos y opiniones, en el momento oportuno y de la manera adecuada, sin negar o violar los derechos de los demás.

Centro de atención para las adicciones: lugar especializado en el manejo, prevención y/o rehabilitación de personas con padecimientos adictivos.

Conducta: patrón de comportamiento condicionado por la interacción con el medio ambiente.

Conducta adictiva: aquella que se dirige a la búsqueda de sustancias con potencial adictivo.

Dependencia: es una forma crónica de consumo de drogas que tiene efectos fisiológicos, de conducta y cognitivos. Cuando se consumen drogas repetidamente y durante un periodo de tiempo prolongado, el cerebro se adapta a su uso, esto es que el cuerpo se vuelve tolerante a las drogas y depende de ellas para mantener algunas de sus funciones.

Drogas ilegales: sustancias que se obtiene por medios ilegales, y que tienen un potencial adictivo.

Drogas médicas: sustancias prescritas por el médico. Algunas de las cuales tienen un potencial adictivo.

Efectividad: grado de éxito de los programas enfocados a la rehabilitación, recuperación y/o reinserción social de sujetos con trastornos relacionados al consumo de sustancias.

Estado psicofísico: manifestación física o fisiológica de los fenómenos psicológicos.

Estados psíquicos: condición relacionada a la esfera mental.

Factores de riesgo: atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que origina o incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Estresantes medioambientales: factores que se presentan en el entorno del sujeto provocando desajustes que incrementan la probabilidad de que un sujeto consuma una droga.

Factores de protección: atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Impulsividad: dificultad para el control de conductas inapropiadas de acuerdo al contexto.
Intervención breve: estrategia con un número limitado de sesiones durante un periodo de tiempo breve para ayudar a disminuir el consumo de drogas.

Irritabilidad: estado emocional que se caracteriza por hipersensibilidad hacia los estímulos ambientales y sociales, lo cual puede provocar enojo o tristeza exagerada.

Juego de roles: técnica terapéutica diseñada para reducir conflictos en situaciones sociales, en la cual los participantes actúan papeles particulares de comportamiento para expandir su conciencia a diferentes puntos de vista.

Multidimensional: que implica la interacción con varias áreas de la vida del sujeto.

Percepción de riesgo: capacidad del individuo de identificar los riesgos y consecuencias del consumo de sustancias.

Norma Oficial 028 SSA: Norma oficial mexicana NOM-028-SSA2-1999.Tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Personalidad: estructura psíquica de cada individuo, la forma como se revela por su modo de pensar o expresarse en sus actitudes o intereses y en sus actos. Son patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo.

Prevalencia: proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento en un tiempo determinado. La prevalencia de una enfermedad (en este caso adictiva) es el número de casos que presentan el uso, abuso o la dependencia, dividido por el número de individuos que componen el grupo o la población en un determinado momento.

Primer nivel de atención: servicios de salud dirigidos a las necesidades de atención básica de la población en general.

Profesional en salud mental: personas capacitadas en el manejo de estrategias de prevención y atención de enfermedades mentales de la población (enfermeras, médicos generales, psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos.)

Programa es el diseño de un conjunto de actuaciones, entre si relacionadas, para la consecución de una meta.

Programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo. En el caso de las adicciones el objetivo es impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas. Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto, grupo de edades, etc. (Plan Nacional sobre Drogas, 1998).

Psicosocial: relacionado con el estado mental en interacción con su entorno social.

Psiquiatría: rama de la medicina la cual se encarga del estudio y tratamiento de los trastornos mentales.

Retroalimentación: situación que se produce cuando los resultados de un sistema influyen en su funcionamiento. Puede ser positiva cuando éstos aumentan la función del sistema, o negativa cuando éstos la disminuyen.

Sustancias psicoactivas: cualquier compuesto químico que genera cambios sobre la actividad mental.

Tolerancia social: fenómeno que se presenta en la sociedad en donde al individuo se le permite, o no, el consumo de ciertas sustancias.

Trastornos adictivos: conjunto de signos y síntomas que se relacionan directamente con el consumo de una sustancia, que producen alteraciones significativas en la vida del individuo.

Trastornos psiquiátricos: conjunto de signos y síntomas que se relacionan con el funcionamiento mental y que producen alteraciones significativas en la vida del individuo.

Tratamientos previos fallidos: intervenciones que ha recibo el individuo y que no lograron su objetivo.

6. Bibliografía.

1. Allot R, Paxton R, Leonard R: *Drug education: a Review of British Government policy and evidence of effectiveness.* Health Educ Res 1999; 14: 491-505.
2. American Psychiatric Association. *Practice guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders.* 2006. Second Edition.
3. Arellanez – Hernández JL, Díaz – Negrete DB, Wagner – Echegaray F. *Factores psicosociales asociados al abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles.* Salud Mental, 2004. 27(3).
4. Becoña IE, Cortés TM. (coordinadores). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones.* Martín Impresores, 2008. En: http://socidrogalcohol.psiquiatria.com/documentos/guia_sda_intervenciones_psicologicas.pdf consultado el 31/08/09.
5. Becoña IE. *Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas.* Papeles del Psicólogo, 2007. Vol. 28(1), pp. 11-20. En: http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf consultado el 31/08/2009.
6. CIJ Centros de Integración Juvenil AC. *Manual del facilitador en apoyo a la guía técnica del proyecto orientación familiar preventiva para adolescentes.* 2008 pp. 3 y 9. México, D.F.
7. CIJ Centros de Integración Juvenil AC. *Prevención del consumo de drogas.* 2009. Tomos 1 y 2. México D.F.
8. CONADIC. *Prevención de las adicciones y promoción de conducta saludable.* Modelos preventivos. Pag 1, 2008. México, D.F.
9. Lennox RD and Cecchini MA. *The NARCONON drug education curriculum for high school students: A non-randomized, controlled prevention trial.* Substance abuse treatment, prevention and policy, 2008, 3(8).
10. National Institute on Drug Abuse. *A research-based guide for parents, educators and community leaders.* NIH publication. Second Edition, 2003. 6-34.
11. National Institute on Drug Abuse. *Como prevenir el uso de drogas en los niños y adolescentes, una guía con base científica para padres, educadores, líderes de la comunidad, versión abreviada,* Estados Unidos de América, Departamento de Salud y Servicios humanos de los EU. 2004
12. NIDA. *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción.* Febrero 2008, página 5. EUA
13. NOM – 028 – SSA 2 – 1999, *Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.*
14. Organización Mundial de la Salud. *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria.* Ginebra; OMS, 1990.
15. Petrie J, Bunn F, Byrne G. *Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drug misuse in children <18: a systematic review.* Health education research, 2007; 22: 177-191.
16. Programa Nacional de Escuela Segura. *Orientaciones para la prevención de adicciones en escuelas de educación básica.* Manual para profesores de secundaria. P41. SEP, SSA, SNTE. Primera edición 2008.
17. Skara S, Sussman S. *A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations.* Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE). 2005.
18. Spoth R, Redmond C, Shin C. *Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline.* J Consult Clin Psychol 2001; 69: 627-42.
19. UNDOC (oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito) *Informe mundial sobre las drogas 2009*, Ginebra, Suiza.

7. Agradecimientos.

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro o Grupo Trabajo que desarrolló la presente Guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Se agradece a las autoridades del Consejo Nacional contra las Adicciones, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

8. Comité académico.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz.
Dr. Esteban Hernández San Román.
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez.
M. en A. Héctor Javier González Jácome.
Dr. Luis Agüero y Reyes.
Dr. Domingo Antonio Ocampo.
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández.
Dr. Eric Romero Arredondo.
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa
Lic. Ana María Otero Prieto.
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos.

M. en A. María Luisa González Rétiz.
Dr. Esteban Hernández San Román.
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez.
M. en A. Héctor Javier González Jácome.
Dr. Luis Agüero y Reyes.
Dr. Domingo Antonio Ocampo.
Dra. Lorraine Cárdenas Hernández.
Dr. Eric Romero Arredondo.
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa
Lic. Ana María Otero Prieto.
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos.

9. Directorios.

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud.
Dr. José Ángel Córdova Villalobos.
Secretario de Salud.

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS.
Mtro. Daniel Karam Toumeh.
Director General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE.
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares.
Director General.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF.
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín.
Titular del organismo SNDIF.

Petróleos Mexicanos / PEMEX.
Dr. Jesús Federico Reyes Heroles González Garza.
Director General.

Secretaría de la Marina.
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza.
Secretario de Marina.

Secretaría de la Defensa Nacional.
General Guillermo Galván Galván.
Secretario de la Defensa Nacional.

Consejo de Salubridad General.
Dr. Enrique Ruelas Barajas.
Secretario del Consejo de Salubridad General.

Directorio institucional.

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg,
Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud.

Dra. María Elena Teresa Medina Mora Icaza,
Directora General, Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente".

Dr. Armando Vázquez Guerra López,
Director de Servicios Clínicos, INP.

Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC.

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo,
Secretario Técnico.

Dr. Armando Patrón Vargas,
Director Técnico en Adicciones.

9. Comité nacional de guías de práctica clínica.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez **Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica**	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila **Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**	
Dr. Julio Sotelo Morales **Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg **Comisionado Nacional de Protección Social en Salud**	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González **Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud**	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin **Representante del Consejo de Salubridad General**	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime **Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional**	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos **Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México**	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno **Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social**	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo **Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate **Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos**	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta **Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia**	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci **Comisionado Nacional de Arbitraje Médico**	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García **Director General de Calidad y Educación en Salud**	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre **Director General de Evaluación del Desempeño**	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy **Directora General de Información en Salud**	Titular
M en A Maria Luisa González Rétiz **Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez **Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua**	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez **Secretaria de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango**	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante **Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán**	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero **Presidente de la Academia Nacional de Medicina**	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib **Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía**	Titular
Dra. Mercedes Juan **Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud**	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal **Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina**	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno **Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales**	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma **Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados**	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda **Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud**	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román **Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC**	Secretario Técnico