



PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

Autor: José Galbe Sánchez-Ventura

- **Introducción**
 - **Magnitud del problema**
 - **Programas de Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas en la escuela**
 - **Preguntas clínicas formuladas sobre los programas de prevención escolares**
 - **Preguntas clínicas formuladas sobre el consejo en la consulta**
 - **Metodología del consejo:**
 - Recomendación frente al consumo de tabaco
 - Recomendaciones frente al consumo de alcohol
 - Recomendaciones frente al consumo de otras drogas
 - **Clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación**
 - **Conclusiones**
 - **Estrategia de búsqueda**
 - **Bibliografía**
 - **Direcciones de interés en Internet**
 - **Catálogo de programas de prevención de adicciones en el ámbito escolar**
-

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de salud pública durante la adolescencia es el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y las conductas de riesgo relacionadas las mismas. Sin embargo el verdadero problema no son las drogas en sí mismas, sino el cómo nos relacionamos con ellas. Es por eso por lo que las estrategias preventivas que se han basado de forma exclusiva en el control de la oferta, en la simple información sobre las drogadicciones cuando no en el recurso a imbuir miedo en los posibles consumidores, han fracasado o han tenido resultados muy mediocres. Hoy en día la tendencia en prevención debe considerarse de una forma integral e inespecífica como prevención de conductas de riesgo en la adolescencia.

Clasificación de los niveles de evidencia y fuerza de la recomendación:

Se utilizará la clasificación utilizada por la CPSTF que clasifica éstos en función del tipo de estudio o estudios en los que se basa la recomendación agrupándolos y clasificándolos y asignando una mayor calidad a aquellos menos susceptibles de estar sujetos a sesgos o errores debidos al azar:

Calidad de la Evidencia:

I: Evidencia obtenida al menos de un ensayo clínico aleatorizado y controlado o de un metaanálisis.

II-1: Evidencia obtenida de un ensayo clínico con grupo control sin distribución aleatoria

II-2: Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos-controles, preferentemente realizados en más de un centro o de un equipo de investigación.

III: Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Fuerza de la Recomendación:

A: Existe buena evidencia científica que sostiene que la actividad sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.

B: Existe suficiente evidencia científica que sostiene que la actividad sea específicamente incluida en un examen periódico de salud.

I: Existe pobre evidencia para que la actividad sea incluida o excluida en un examen periódico de salud.

D: Existe suficiente evidencia para que la actividad sea excluida de un examen periódico de salud.

E: Existe buena evidencia científica para que la actividad sea excluida de un examen periódico de salud.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

Según la encuesta escolar del Observatorio Español sobre Drogas, la situación en España sería la siguiente (ver tabla 1)

Tabla 1.- Prevalencia de consumo de drogas en porcentajes entre estudiantes españoles de 14-18 años. 2000. (Fuente: Observatorio Español sobre Drogas 2000)

| Sustancia | Alguna vez % | Último año % | Último mes % |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Alcohol | 76 | 75,2 | 58 |
| Tabaco | 34,4 | - | 30,5 |
| Cannabis | 31,2 | 26,8 | 19,4 |
| Tranquilizantes | 6,8 | 4,8 | 2,5 |
| Cocaína | 5,4 | 4 | 2,2 |
| Speed / anfetaminas | 4,1 | 3,1 | 1,8 |
| Éxtasis | 5,7 | 4,6 | 2,5 |
| Alucinógenos | 5,2 | 3,7 | 1,9 |
| Inhalantes | 4,1 | 2,5 | 1,4 |

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN LA ESCUELA (PPE)

Deben basarse en un modelo explicativo claro acerca del consumo de drogas casi todos ellos se basan en el modelo de aprendizaje social, modelo transteorético de cambios cognitivos, modelo de creencias sobre la salud u otros¹. En función de este enfoque los PPE tratarán de modificar una o varias de las variables que influyen o determinan el consumo de sustancias. La mayoría de los PPE inciden en la capacidad de resistencia, habilidades sociales, resolución de problemas así como en el aumento de la autoestima. Es importante que el enfoque sea participativo y multidimensional es decir que incluya también actividades dirigidas a padres y en la medida de lo posible participación comunitaria. Algunos programas son en realidad programas más amplios: prevención cardiovascular y hábitos saludables, prevención de conductas de riesgo en la adolescencia.

En general los PPE pueden clasificarse en uno de estos grupos basados cada uno en un modelo explicativo del consumo:

- a. PPE basados en la información: los currícula de estos programas se basan en aportar información sobre prevalencias de consumo de sustancias y riesgo de los mismos.
- b. PPE basados en la competencia social. Parten de la teoría del aprendizaje social de Bandura (Bandura 1977) en la que se propone que el aprendizaje se produce por imitación y modelado de la conducta más refuerzos positivos o negativos. A su vez se ve influido por situaciones favorecedoras y por determinadas habilidades sociales. Estos programas actúan mediante la instrucción, demostración representación de papeles, refuerzos, también en técnicas de afrontamiento del estrés y mejora en la autoestima.
- c. PPE basados en las Influencias sociales. Se basan en el modelo de Evans (Evans 1976). En estos PPE están presentes todos los elementos descritos en el apartado anterior pero insisten en el uso de la educación normativa y en las técnicas específicas de resistencia (“capacidad para decir que no”) así como la corrección de creencias que sobreestiman la prevalencia del consumo de sustancias entre adolescentes y adultos (“no es tan normal...”) y la presencia de comités anticonsumo o la enseñanza de técnicas conductuales específicas.
- d. PPE Multimodales: combinan elementos de unos y otros y además incorporan actividades o programas dirigidos a padres. Políticas comunitarias o medidas o iniciativas legislativas.

Los PPE deben dedicar parte de su tiempo a la formación de los responsables de implementar el programa, ya sean los propios maestros u otro participantes.

La evaluación de la eficacia y efectividad de los PPE es la parte más complicada por varias razones: lapso de tiempo largo entre implementación (5-8 años) e inicio de posibles consumos 3-5 años, pérdidas de sujetos participantes que sesgan la evaluación. existencia de variables de confusión, unidad de evaluación (individuos o escuela) a veces no muy clara. Existen también poblaciones de alto riesgo o con diferencias étnicas y culturales que requerirían modelos de abordaje diferentes.

La mayoría de los PPE, cuyas evaluaciones podemos encontrar en la literatura, son de procedencia anglosajona. En España los más difundidos son el PIPES de la fundación de ayuda a la drogadicción y el PASE del Ayuntamiento de Barcelona²⁻⁴. No obstante existen numerosos PPE de ámbito municipal que presentan una metodología correcta pero que son difíciles de encontrar y cuyas evaluaciones, si las tienen se refieren a ámbitos poblacionales reducidos.

PREGUNTAS CLÍNICAS FORMULADAS ACERCA DE LOS PPE

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿aumentan los conocimientos sobre las consecuencias de fumar respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

Los trabajos evaluados muestran mejorías en conocimientos frente al consumo de tabaco como una de las variables intermedias que determinan el consumo de tabaco²⁻³.

II-2B

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿aumentan las actitudes negativas frente al consumo de tabaco o la intención de fumaren un año, respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

Los trabajos evaluados muestran mejorías en conocimientos frente al consumo²⁻⁵ de tabaco así como un aumento en las actitudes negativas frente al mismo como variables intermedias que determinan el consumo de tabaco.

II-2-B

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿disminuyen el consumo de tabaco en las evaluaciones realizadas al menos seis meses después respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

En el análisis de los trabajos evaluados se pueden apreciar beneficios discretos de alrededor del 5% -10%⁴⁻⁹ en cuanto a disminución del consumo de tabaco en términos absolutos o bien un menor incremento del tabaquismo con el paso del tiempo en adolescentes incluidos en PPE cuyo modelo teórico explicativo estaba basado en las competencias sociales. Los beneficios de estos programas se pueden apreciar a medio plazo entre los 6m y los 2 años pero se produce una disminución de los beneficios con el paso del tiempo y en general no se aprecian diferencias cuando se realizan evaluaciones a largo plazo, más de 4 años.

II-2-B

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿aumentan los conocimientos sobre las consecuencias de consumir bebidas alcohólicas respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

Los trabajos evaluados muestran mejorías en conocimientos y actitudes negativas frente al consumo como variables intermedias que determinan el consumo de sustancias^{2-5,9}

II-2 B

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿aumentan las actitudes negativas frente al consumo de alcohol ,la intención de consumir alcohol en un año o la de emborracharse , respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

Los trabajos evaluados muestran mejorías en conocimientos y actitudes negativas frente al consumo como variables intermedias que determinan el consumo de sustancias.

A pesar de ello las diferencias hacia el grupo control son de un 5,9%²⁻³ menos de los que dicen que fumar hace sentirse bien en el grupo intervención (GI) respecto al grupo control (GC) entre la encuesta previa y la realizada al final de curso. Un 4,7% menos creen que la mayoría los deportistas fuman un 8,7% menos están de acuerdo con la publicidad frente al tabaco un 4,8% menos de los que afirman que al año que viene

fumarán y un 4,3% de los que afirman que lo harán de mayores. Estas dos últimas respuestas son muy importantes ya que son las que, entre todas las aportadas, predicen mejor la conducta futura respecto al consumo de tabaco. En cuanto al consumo de tabaco entre las respuestas afirmativas a he fumado alguna vez y a he comprado tabaco pero tabaco hubo diferencias entre la encuesta previa y la posterior tanto en el GI como en el GC.

Respecto al alcohol disminuyó en un 5,5% los que creen que beber ayuda a olvidar problemas un 7,7% los que creen que la mayoría de adultos beben un 9,1% el acuerdo con la publicidad. Los que afirman que emborracharse no hace daño disminuyen un 6,2% en el GI y el 6,9% en el GC. No hubo diferencias en la disminución del número de borracheras que disminuyen tanto en el GI como en el GC desde la encuesta previa a la posterior.

Respecto al consumo de drogas hubo un 2,1% de aumento de chicos que decían estar de acuerdo con la legalización de las drogas en la encuesta previa sobre la posterior en el GI frente a un 5,2% en el GC y de igual manera una diferencia al alza de un 0,5% entre los que respondían afirmativamente a "de mayor probaré las drogas" en el GI frente a un 0,9% en el GC.

Con la aplicación del PASE^{2,3} existen mejorías aunque discretas en cuanto a actitudes e intenciones de consumo en la población evaluada. Como principales críticas a este trabajo debe decirse que la asignación no fue realmente aleatoria ya que las escuelas se seleccionaron en función de su voluntad de participar sin duda esto pudo sesgar los resultados seleccionando las escuelas y por tanto los maestros, padres, etc. más motivados y que no hubo un seguimiento de las pérdidas. Este estudio muestra un número de pérdidas de un 13,5% y los que se pierden para el control suelen presentar diferencias importantes respecto al consumo respecto al resto

La mayoría de los programas informan de mejorías en conocimientos y actitudes más negativas frente al consumo de tabaco alcohol y drogas en los grupos de intervención.

II-2-B

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿disminuyen el consumo alcohol o la frecuencia de borracheras en las evaluaciones realizadas al menos seis meses después respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

Existen pruebas de un menor consumo de alcohol en grupos de alumnos incluidos en PPE. La magnitud del efecto es no obstante de pequeño tamaño y la variabilidad de unos programas a otros grande^{5,9}.

Existen algunos trabajos que informan de una menor incidencia de episodios de borrachera en alumnos receptores de PPE pero la evidencia es limitada como para poder hacer recomendaciones en este sentido¹⁰⁻¹².

En 1997 Foxcroft^{11,12} realiza una revisión sistemática de los PPE existentes dirigidos a frenar o prevenir el consumo de alcohol entre jóvenes de 8 a 25 años. Sus conclusiones fueron desalentadoras en el sentido de que sólo 10 de 33 de los trabajos evaluados cumplían las exigencias metodológicas mínimas. De los 29 que evaluaban los efectos a corto plazo 16 eran parcialmente eficaces y 11 ineficaces. No había grandes diferencias de diseño entre unos y otros. De los 12 que evaluaban resultados a medio plazo 5 eran eficaces, 5 ineficaces y 2 tenían efectos negativos. Entre los 2 que evaluaban resultados a largo plazo uno era eficaz y otro ineficaz. Los mismos autores publican una revisión sistemática en la Librería Cochrane en 2000 en la cual enfatizan la eficacia de PPE como el Life Skills Training (Botvin 1995) evaluado tras su implementación a lo largo de 6 años y que informa de mejoras en consumo mensual de alcohol con mejorías para el grupo control de 1,81% (tomando a la escuela como unidad de análisis) lo que representa un NNT de 56. Mejorías en el consumo semanal 3,02% NNT: 34; consumo de >3 bebidas por ocasión 2,42% NNT: 42 ó consumo en el último mes 4,23% NNT: 24. También analizaron otro programa susceptible de ser evaluado como muy prometedor como es el Strengthening family program (Spath

2001) (SFP) que reporta mejoras en el consumo de >4 bebidas en la última semana en un 4,09% para el grupo intervención NNT: 25. Para el consumo alguna vez de alcohol 4,95% NNT: 21. Para el consumo de alcohol sin permiso 4,69% NNT: 22 o borrachera alguna vez 5,56% NNT: 18.

III-I

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿aumentan los conocimientos sobre las consecuencias de tomar drogas respecto niños en los que no se realiza esta intervención?

Los trabajos evaluados muestran mejorías en conocimientos. Sin embargo el mero aumento de los conocimientos no se traduce en niveles menores de consumo de drogas¹⁻¹²

I-A

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar ¿aumentan las actitudes negativas frente al consumo de drogas o la intención de tomarlas en un año, respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

Los trabajos evaluados muestran mejorías en conocimientos y actitudes negativas frente al consumo. Sin embargo el mero aumento de los conocimientos no se traduce en niveles menores de consumo de drogas¹⁻⁵

I-A

- En niños entre 6 y 18 años los programas educativos desarrollados en el medio escolar, ¿disminuyen el consumo de droga en las evaluaciones realizadas al menos seis meses después, respecto a niños en los que no se realiza esta intervención?

No existen pruebas demostrativas de un menor consumo de drogas tras la implementación de PPE¹⁻⁵

III-I

- El consejo breve administrado al adolescente de forma individual y oportunista por profesionales del EAP, ¿es eficaz para disminuir el consumo de tabaco, alcohol o drogas frente a la no administración del mismo?

No existen pruebas demostrativas de un menor consumo de tabaco o alcohol tras la administración del consejo breve y oportunista realizado en adolescentes.

III-I

- En niños entre 6 y 18 años, el consejo breve administrado al adolescente de forma individual y oportunista por profesionales del EAP, ¿es eficaz para aumentar las actitudes negativas frente al consumo de tabaco, alcohol o drogas frente a la no administración del mismo?

No existen pruebas demostrativas de unas actitudes menos favorables frente al consumo de tabaco o alcohol o drogas tras la administración del consejo breve y oportunista realizado en adolescentes.

III-I

- Los programas comunitarios para la prevención del consumo de tabaco, alcohol o drogas dirigidos a adolescentes, ¿reducen el consumo de las mismas o mejoran las actitudes que determinan un menor consumo de las mismas?

En la revisión sistemática de Arblaster¹³: Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane review 2002; 2: 1-30 se identificaron 13 estudios metodológicamente adecuados. Los estudios que comparaban GI versus no intervención o promoción estándar (GC-0) fueron 9 (Davidson, Winkley, Perry, Piper, St Pierre, Sussman, Vartiainen, Baxter, Murray). De ellos 2 informaron de reducciones en el CT en el GI versus GC-0. Ambos eran programas diseñados como estudios a largo plazo para la prevención de factores de riesgo cardiovascular (Perry, Vartiainen). Se dirigían a toda la población e incluían actividades específicas dirigidas a escolares y en el marco escolar. El estudio Clas-1989 Minnesota es una parte de un programa amplio de prevención cardiovascular MHP (Perry 1994) del cual se seleccionaron 2 de las 6 ciudades participantes para participar en un PPE de 5 (1984-1989) años de educación comunitaria que incluía la promoción de: Ejercicio, comida sana, control TA y no fumar y recibió un PPE tipo conductual durante 3 años. La prevalencia semanal durante 1989 en el GI fue menor que en el GC. En 1989 CT 14,6% en el GI frente a 24,1% GC (p=0,04). En 1986 las muestras de saliva para tiociano ya confirmaban estos resultados: GI: 39 ug/ml vs 54 ug/ml (p=0,0002).

El estudio de Karelia del norte es un amplio estudio de prevención cardiovascular que comenzó en 1972 que a lo largo de 8 años que incluyó una gran campaña mediática. (Vartiainen 1998) Durante 1978-80 se añadieron 2 diferentes componentes escolares al PPE: Una de cada 2 escuelas llevaban uno u otro PPE entre las 2 seleccionadas por provincia. El tercer par de escuelas de otra provincia siempre fue utilizado como control y no recibió intervención (GC-0). Quince años después cuando los componentes del estudio tenían 28 años CT fue 22% más bajo en el GI frente al GC-0.

El estudio Healthy Life Project es un amplio estudio de prevención cardiovascular que incluye: redes sociales, redes escolares, pares en la escuela, familia, comunidad que está pensada para influir en el comportamiento de los jóvenes (Piper 1999) , EL PPE puede ser administrado tanto de forma intensiva como más pausada (12 semanas seguidas ó 12 semanas por bloque de edad en 3 años). Se combina con actividades para padres, familia, comunidad. La evaluación muestra reducciones en CT en el GI frente GC de un 8%.

El Action Heart Program (Baxter 1997) es un programa de prevención cardiovascular (PPCV) amplio dirigido a población general y niños en 3 años en 2 comunidades. La diferencia fue entre un 6-8% siendo mayor para las niñas.

The smokebusters (“caza humos”) es una comunidad, en realidad como un club, para la prevención del CT dirigida a jóvenes y niños que resalta los aspectos positivos de no fumar frente a las desventajas (Davidson 1992). Es un modelo de PPE pensado para ámbitos rurales y con bajo coste. Las diferencias fueron de un 7-8% entre grupo de intervención y control.

Tres estudios comparan el PPE frente al componente escolar únicamente (Biglan, Sussman, Gordon). Un estudio compara el PPE frente al mismo sin el componente escolar (Kauffman) y un estudio compara el PPE con sus componentes: mediático + escuela + casa, frente a componente mediático sólo (Pentz). Dos estudios encontraron diferencias significativas (Biglan, Pentz) y dos (Gordon y Sussman) no las encontraron. Un estudio (Kaufmann) no encontró diferencias entre grupos pero sí disminución en CT sobre el CT inicial (Kaufman).

Project Six Teen es un PPE de 3 años de duración que incluye: componente mediático, medidas antitabaco, menor acceso al tabaco, actividades comunitarias y familiares (Biglan). Las comunidades se distribuyeron aleatoriamente al GI o GC que incluía solamente el componente escolar del mismo PPE. Después de 3 años la prevalencia de CT en el último mes en el GI fue significativamente diferente y se incrementó en un 7,3% en el GC y sólo en el 3,6% en el GI. Sin embargo, al medir el CO expirado estas diferencias no se objetivaron.

Algunos PPE tienen diversas metodologías. De ellos 4 son en realidad programas de prevención cardiovascular dirigidos a población general (Winkleby, Vartiainen, Baxter, Perry). Tres PPE se dirigen sólo a disminuir el CT en jóvenes (Kaufmann, Davidson, Gordon). Uno se dirige a disminuir el CT con medidas de salud pública (Murray) y

cuatro son PPE dirigidos a jóvenes pero que también se dirigen a alcohol, drogas (Biglan, St Pierre, Piper, Sussman). Hay muchas dificultades en la evaluación de PPE comunitarios: resultados, comunidades heterogéneas, participantes, mezclas de datos (pooling). Por otra parte el usar la escuela como unidad muestral produce dificultades a la hora de extrapolar y generalizar conclusiones. Por otra parte cuando se valora la eficacia de los PPE comunitarios es importante saber el grado de exposición a mensajes mediáticos y el grado de cumplimentación del programa incluso la calidad de los docentes etc. Los resultados intermedios no son medidos de igual forma en todos los trabajos sino que unos u otros seleccionan unas u otras variables en función del modelo teórico que están aplicando. No todos los trabajos parten del mismo modelo teórico. Además deben tenerse en cuenta muchos factores locales que pueden hacer que los resultados de la revisión sean o no extrapolables. (Factores culturales, idiomáticas, minorías religiosas o étnicas, grupos de alto riesgo...)

Algunos estudios bien diseñados muestran reducciones moderadas^{11-13 y 14-16} entre un 8-22% en el consumo de tabaco a medio largo plazo. Algunos de estos PPE son estudios más amplios de prevención cardiovascular. Otros PPE que sólo disponen del componente escolar (no el mediático ni el comunitario) dan lugar a un menor incremento en la tasa de fumadores con el paso del tiempo a favor del GC (3,6% frente a 7,3%).

Respecto al consumo resultan prometedores los resultados obtenidos con el programa Strengthening family program (Spath 2001) ya que es una intervención basada en la familia con evaluación realizada a los 3 años y medio muestra unos resultados en cuanto a consumo de alcohol más de 4 copas en la última semana con reducción de un 23% favorable al grupo intervención (NNT: 9 IC 9-1149) alguna vez 11,39% (NNT: 9 IC -0,4 a infinito), consumo sin permiso 11,98% (NNT: 9 IC 5-160) o episodios de borrachera en el último año (NNT: 9 IC 5-237)

En resumen los programas comunitarios parecen ofrecer un beneficio pequeño a favor de los grupos de intervención en la prevención de tabaquismo y consumo de alcohol y no hay evidencia disponible sobre su influencia sobre el consumo de otras drogas. Las dificultades metodológicas, de evaluación, implantación así como los costes son todavía muy grandes.

III-I

- Los programas basados en mensajes antitabaco, alcohol o drogas dirigidos a adolescentes y difundidos mediante medios de comunicación, ¿reducen el consumo de las mismas o mejoran las actitudes que determinan un menor consumo de las mismas?

No existen pruebas de buena calidad para confirmar la eficacia de los medios de comunicación social ni aisladamente ni en combinación con los PPE en cuanto a disminuir el consumo de alcohol tabaco y drogas. Pero sí que existen algunos trabajos que informan su efecto beneficioso en disminución de consumo si bien la magnitud de los mismos es pequeña.

El estudio de Secker¹⁴ evalúa la efectividad de un programa basado en la difusión de mensajes por radio o televisión añadido a un currículo de 4 lecciones por grado entre 5-9 grados más 3 lecciones por año para los de 10º grado. Los docentes fueron los propios profesores y el objetivo fue la disminución del inicio del consumo de tabaco. El estudio se llevó a cabo a lo largo de 4 años. Se trataba de un estudio no aleatorizado con controles concurrentes. Los principales resultados mostraron que las diferencias fueron favorables al programa mediático más programa escolar con una diferencia de un 5,6% entre el grupo intervención frente al grupo control. Además las diferencias fueron mayores en el caso de las chicas 7,3% frente al grupo de los chicos con un 4% de diferencia entre el grupo intervención y control.

III-I

PREGUNTAS CLÍNICAS FORMULADAS ACERCA DEL CONSEJO EN LA CONSULTA

- El consejo breve y oportunista antitabaco realizado en la consulta ¿disminuye el consumo del mismo en población adulta en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

El primer estudio de intervención sobre tabaquismo en Atención primaria se realizó en 1979 reportando una eficacia de un 5,1%¹⁷ de abandono de tabaco a los 12 meses tras el consejo breve. En la revisión de Schwartz entre 1978-1985 la mediana de la eficacia fue de un 6% y las intervenciones más intensivas informaron de resultados de eficacia entre el 13-38% con una mediana del 22,5%¹⁷

En el meta-análisis realizado por Silagy^{18,19} para evaluar la eficacia del consejo breve del médico de atención primaria en el cese del hábito tabáquico entre 6-12 meses después se informa que la efectividad global del consejo breve fue de un 2,5% lo que supone un efecto pequeño pero que implica un beneficio global importante dado lo simple de la intervención (NNT: 40). El OR para el cese del tabaquismo con consejo breve 6-12 meses después fue de 1,69(IC95% 1,45-1,98). No hubo diferencias significativas entre realizar consejo intensivo o breve si bien se aprecia una cierta tendencia a que el consejo intensivo es más eficaz. Si al consejo breve inicial se le añade una visita de seguimiento la OR es de 2,66 (IC95% 2,06-3,45) frente a OR de 1,59(IC 96% 1,33-1,9) sin esta visita de seguimiento. Se apreció una efectividad mayor del consejo en grupos de pacientes con enfermedades de alto riesgo en relación al tabaquismo OR de 1,82 (IC95% 1,44-2,29).

Existe evidencia limitada acerca del entrenamiento formal de profesionales para ofrecer consejo breve antitabaco^{18,19}. Sin embargo parece que el entrenamiento incrementa el número de actividades preventivas antitabaco que realizan estos profesionales. En 1988 Wilson realizó un amplio estudio de comparación en el que profesionales entrenados obtuvieron unos porcentajes de cese de tabaquismo mediante consejo de un 8,6% frente a un 6,1% y 4,4% respectivamente de otros dos grupos de comparación con profesionales no entrenados de forma específica (p<0,01). Este resultado no se ha reproducido con otros estudios.

La conclusión es que el consejo breve antitabaco realizado en el marco de la consulta de atención primaria incluso con intervenciones muy breves ofrece un beneficio pequeño pero significativo en cuanto al cese del hábito tabáquico¹⁷⁻²⁰. Este efecto es algo mayor si se ofrecen visitas de seguimiento o si se trata de pacientes con patologías a alto riesgo en relación al tabaco.

II-1-A

- El consejo breve y oportunista antitabaco realizado en la consulta, ¿disminuye el consumo del mismo en gestantes en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

Es un metaanálisis de 11 estudios randomizados con asignación individual sobre intervenciones durante el embarazo dedicadas a la prevención de del tabaquismo y del del bajo peso^{21,22}. Agrupa una población total de 3.994 mujeres gestantes. Se estudian los RR sobre el cese del tabaco y el RR agrupado es de 1,94 (IC 95% 1,61-2,34).

Existen también estudios sobre intervenciones realizadas en la consulta de pediatría sobre madres de recién nacidos bien fumadoras bien exfumadoras que habían dejado el hábito tabáquico durante el embarazo. Las intervenciones podían ser breves o intensivas^{21,24} y se estudiaron de forma aleatoria las prácticas de 49 pediatras aleatorizando las madres a intervención breve o intensiva y realizando un seguimiento a 6 y 12 meses midiendo cese de tabaquismo, mantenimiento o recaída, número de cigarrillos/día así como conocimientos y actitudes de las madres. Se comprobó que a los 12 meses las fumadoras que habían cesado durante el embarazo se mantenían como tal con más frecuencia (32,8% vs 26,1% en intervenciones intensivas). Las

fumadoras al inicio del estudio era más probable que dejaran con una intervención intensiva y que se mantuviesen a los 6 y 12 meses (2,3% vs 1,2%).

A los 12 meses sin embargo no se vieron diferencias ni en el grupo de fumadoras ni en el grupo que inicialmente eran no fumadoras frente a este hábito. Cuando se ajusta por edad, hábito del marido, nivel de educación y hábito al inicio del estudio. Por el contrario se apreció a los 12 meses un menor consumo en número de cigarrillos por día entre las fumadoras actitudes más negativas frente al tabaco así como mayor número de conocimientos frente a los efectos secundarios del tabaquismo pasivo. También se apreció una mayor predisposición a reintentar dejarlo entre las que recayeron.

II-1-A

- El consejo breve y oportunista antitabaco realizado en la consulta, ¿disminuye el consumo del mismo en adolescentes en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

No existen trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antitabaco en adolescentes en el marco de la consulta de atención primaria.

III-I

- El consejo breve y oportunista antialcohol realizado en la consulta, ¿disminuye el consumo del mismo en adultos en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

Se considera que el consejo breve antialcohol en el marco de la atención primaria con una duración de unos 10 minutos y con apoyo de material didáctico puede tener una eficacia de una reducción en el consumo de un 35% y que hasta un 45-50% reduzcan su consumo por debajo del nivel de riesgo^{17,25,26}.

II-1-B

- El consejo breve y oportunista antialcohol realizado en la consulta, ¿disminuye el consumo del mismo en gestantes en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

No existen trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antialcohol en el marco de la consulta de atención primaria.

III-I

- El consejo breve y oportunista antialcohol realizado en la consulta, ¿disminuye el consumo del mismo en adolescentes en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

No existen trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antialcohol en el marco de la consulta de atención primaria.

III-I

- El consejo breve y oportunista drogas realizado en la consulta, ¿disminuye el consumo del mismo en adultos en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

No existen trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antidrogas en el marco de la consulta de atención primaria.

III-I

- El consejo breve y oportunista drogas realizado en la consulta, ¿disminuye el consumo del mismo en adolescentes en las evaluaciones realizadas como mínimo seis meses después?

No existen trabajos que evalúen la eficacia del consejo breve antidrogas en el marco de la consulta de atención primaria.

III-I

METODOLOGÍA DEL CONSEJO

El consejo debe darse de modo que el mensaje sea positivo, ya que los adolescentes no les motiva hablar de salud y menos a largo plazo. Habrá que utilizar estrategias como aspectos estéticos, deportivos y económicos. Es conveniente formular las preguntas con estilo indirecto como, "Es probable que alguno de tus mejores amigos fume, ¿no es así?" o "¿Tienes intención de fumar en los próximos meses? La edad a la que debe iniciarse la anamnesis sobre consumo de sustancias no es una edad fija, sino que puede variar en función de la madurez del chico o de la chica, así como de las circunstancias concretas de los mismos, pero se sitúa en el intervalo de 11 a 14 años.

En el caso de las embarazadas, habrá que aprovechar la responsabilidad de ser madres, ya que en estos casos suelen estar sensibilizadas para iniciar un cambio de hábitos.

Y por último, el consejo debe ser adecuado a la personalidad de cada individuo. Lo más importante y efectivo es el consejo continuado y dado por diferentes profesionales, ya que la continuidad de la atención a través del tiempo permite que se hagan intervenciones breves, pero que ejercen un importante efecto a lo largo plazo, evitando recaídas o el inicio como fumador habitual.

Deben conocerse los recursos de cada comunidad para la prevención y tratamiento de adicciones y valorar la derivación si estuviera indicada.

A continuación se describen las diferentes formas de realizar el consejo:

| Recomendaciones sobre CONSEJO ANTITABACO |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Embarazadas.- En las actividades preventivas antes del parto y consultas que acudan con otros hijos. Registrar en historia clínica. Consejo orientado a la prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante y al normal crecimiento fetal. Ofrecer consulta antitabaco si es necesario.• Padres.- Realizar consejo en las primeras visitas. Se debe reinterrogar al menos cada dos años. En todas las visitas relacionadas con patología respiratoria y otitis media recidivante. Consejo orientado a disminuir morbilidad respiratoria y prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación a consulta antitabaco si es necesario.• Adolescentes.- Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud. Consejo orientado a los aspectos estéticos, como oscurecimiento de los dientes y mal aliento y bajo rendimiento deportivo, además de posibilidad de adicción al tabaco. |

Recomendaciones sobre CONSEJO ANTIALCOHOL

- **Embarazadas.-** En toda actividad preventiva antes del parto y en las consultas oportunistas con otros hijos. Investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos en dos ocasiones a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención del síndrome de alcoholismo fetal. Enfatizar en la no existencia de un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo.
- **Padres.-** Investigar consumo si hay sospecha de consumo excesivo o factores de riesgo o fétor alcohólico (fácil de detectar). Realizar consejo y ofrecer derivación si es necesario.
- **Adolescentes.-** Investigar consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

Recomendaciones frente al consumo de OTRAS DROGAS

- **Embarazadas.-** En toda actividad preventiva antes del parto y en las consultas oportunistas con otros hijos. Investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos en una vez a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención de malformaciones y de trastornos del desarrollo fetales. Enfatizar en la no existencia de un nivel seguro de consumo de drogas durante el embarazo. Repetir el consejo si existen factores de riesgo de consumo de drogas.
- **Padres.-** Si existen factores de riesgo de consumo, investigar consumo en los padres durante consultas oportunistas. Consejo orientado a la prevención de modelos de conducta inadecuados. Ofrecer derivación si es necesario.
- **Adolescentes.-** Investigar consumo de drogas. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año en todas las actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

En la tabla 2 se muestran la calidad de la evidencia de las recomendaciones para cada tipo de consejo.

Tabla 2

| Consejo | Población | Evidencia |
|---------|--------------|-----------|
| Tabaco | Adultos | II-1 A |
| Tabaco | Gestantes | II-1 A |
| Tabaco | Adolescentes | III-I |
| Alcohol | Adultos | II-1-B |
| Alcohol | Gestantes | III-I |
| Alcohol | Adolescentes | III-I |
| Drogas | Adultos | III-I |
| Drogas | Adolescentes | III-I |

CONCLUSIONES

1. Los trabajos analizados presentan una metodología rigurosa al ser revisiones sistemáticas, metaanálisis bien diseñados o estudios casos control con distribución aleatoria con grupos intervención y grupo control.
2. Se aprecia un discreto beneficio en cuanto a magnitud del efecto en disminución del consumo de tabaco en los grupos intervención. Este efecto no es tan apreciable en el caso del alcohol y de las drogas.
3. Estos efectos beneficiosos tienden a disiparse con el tiempo y precisan “dosis” o actividades de refuerzo para mantener en el tiempo los beneficios del programa.
4. En los trabajos analizados se aprecia una mejoría en conocimientos y actitudes para todas las sustancias.
5. De los trabajos analizados se desprende una mayor eficacia si estos son interactivos y participativos y si los responsables de la implementación han recibido una formación previa.
6. Estudios comunitarios sobre prevención primaria de consumo y abuso de alcohol muestran unos resultados prometedores con el programa “Strengthening Families Program” (SFP). Como resultado de estos estudios se concluyó que el NNT era de 9 (Spath2001a), lo que quiere decir que cada 9 receptores del programa habrá 1 persona menos que informe que ha consumido alcohol o que lo ha consumido sin permiso o que se ha emborrachado en el último año. Se ha estimado el NNT para el LST (Life Skills Training) es de 17 en 3 años y medio para el resultado de beber más de 4 copas en la última semana.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

1.- Búsqueda de Guías de Práctica clínica en Tripdatabase: Drug_abuse and (Tobacco or Smoking) and (Alcohol or Drinking) and (Adolescence or Youth or Child)

2.- "adolescence/education"[MAJR] OR "Adolescence"[MESH] AND "Adolescence"[MESH] AND "child"[MESH] AND "Substance-Related Disorders"[MESH] AND ("Substance-Related Disorders/epidemiology"[MESH] OR "Substance-Related Disorders/prevention and control"[MESH] OR "Substance-Related Disorders/trends"[MESH]) AND ("Alcohol Drinking/epidemiology"[MESH] OR "Alcohol Drinking/prevention and control"[MESH] OR "Alcohol Drinking/trends"[MESH]) AND ("smoking/epidemiology"[MESH] OR "smoking/prevention and control"[MESH] OR "smoking/trends"[MESH])

3.- ("counseling/education"[MESH] OR "counseling/utilization"[MESH]) AND "counseling"[MESH] AND "counseling"[MESH] AND "drinking/drug effects"[MESH] AND ("alcohol drinking/prevention and control"[MESH] OR "alcohol drinking/trends"[MESH]) AND "Smoking/prevention and control"[MESH] AND "Substance-Related Disorders/prevention and control"[MESH]

4.- ("adolescence/education"[MAJR] OR "Adolescence"[MESH] AND "Adolescence"[MESH] AND "child"[MESH] AND "Substance-Related Disorders"[MESH] AND ("Substance-Related Disorders/epidemiology"[MESH] OR "Substance-Related Disorders/prevention and control"[MESH] OR "Substance-Related Disorders/trends"[MESH]) AND ("Alcohol Drinking/epidemiology"[MESH] OR "Alcohol Drinking/prevention and control"[MESH] OR "Alcohol Drinking/trends"[MESH]) AND ("smoking/epidemiology"[MESH] OR "smoking/prevention and control"[MESH] OR "smoking/trends"[MESH]) AND "SPAIN"Search)

5.("Counseling/education"[MAJR] OR "Counseling/utilization"[MAJR]) AND "pregnancy"[MESH] AND "Substance-Related Disorders/prevention and control"[MAJR] AND "smoking/prevention and control"[MAJR]

6. "mass media"[MESH] AND "mass media/utilization"[MAJR] AND ("Substance-Related Disorders/epidemiology"[MESH] OR "Substance-Related Disorders/legislation and jurisprudence"[MESH] OR "Substance-Related Disorders/prevention and control"[MESH] OR "Substance-Related Disorders/trends"[MESH]) AND "drinking"[MESH] AND "Alcoholism/prevention and control"[MESH] AND ("smoking/prevention and control"[MESH] OR "smoking/trends"[MESH]) AND "tobacco"[MESH] AND "Adolescent"[MAJR]

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas R, Smoking-based programmes for preventing smoking. Cochrane Review In: Cochrane Library, Issue 4,2002. Oxford: Update Software.

2. Aubá J, Villalbí Jr. Disseny i avaluació preliminar del projecte PASE. Un programa de prevenció de l'abús de substàncies addictives a l'escola. Servei de Promoció de la Salut. Institut Municipal de la Salut Doc. Ayto. Barcelona 1991.

3. García A, Aubá J, Villalbí Jr. Resultados de un programa escolar de prevención del abuso de sustancias adictivas: proyecto piloto PASE de Barcelona. Gacet Sanit 1993; 7: 70-7

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

5. Lloyd C, Hurry J. A follow up evaluation of project CHARLIE: A life skills drug education program for primary schools. Informe científico y técnico. Home Office Garter Crest, Crown Copyright; 1997: 1-29.

6. Brùvold W H A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. American J of Public Health 1993;83(6):8
7. Elder J. The long term prevention of tobacco use among junior school students: Classrooms and telephone intervention Am J Public health 1993;83(9)1239-1244
8. Diaz T Botvin E Dusenbury L Baker E Botvin G. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. JAMA 1995;273(14):1106-1112
9. Flewelling R, Ennet S Schoveller J, Lovato C, Youth smoking cessation: school based programmes en: evidence based pediatrics an child health BMA house. Londres,2000;154-61
10. Tobler N How effective is drug education abuse resistance? A metanalysis of project DARE outcome evaluations. Am J Pub Health 1984;84:1394-1401
11. Foxcroft DR, Lister-Sharp DJ, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people (Cochrane review) in: Cochrane Library ,Issue 3,2002.Oxford: Update Software
12. Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence off effectiveness .Addiction 1997;92(5):531-537.
13. Arblaster N, Sowden A. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane review 2002;2:1-30
14. Secker-Walker RH, Warden JH, Holland RR, Flynn BS, Detsky S. A mass media programme to prevent smoking among adolescence: cost and cost-effectiveness. Tobacco control 1997;6(3):207-12
15. Arblaster N Sowden A Mass intervention to preventing smoking in young people. Arblaster N, Sowden A. Mass media interventions for preventing smoking in young people Cochrane review 1998.
16. White D,Pitts M, Educating young people about drugs : A Systematic review. Addiction 1998;93(10):1475-1487.
17. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Robledo T. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Expertos del PAPPs. Ate Primaria 2001;28(Supl 2): 27-41
18. Silagy C,Stead LI. Physician advice for smoking cessation. Cochrane review. In: Cochrane Library, Issue 4,2002.
19. Lancaster T, Silagy C, Fowler G. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane review. In: Cochrane Library, Issue 4,2002.
20. Individual behavioral counselling for smoking (Cochrane review) in : Cochrane library Issue 4,2002
21. Mullen D, Ramírez G, Groff JY . A metaanalysis of randomised trials of prenatal smoking cessation interventions . J of Obstetrics & Gynecology 1994;17(1):1328-1334.
22. Lumley J, Oliver S, Waters E Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane review. in Cochrane library issue 4,2002-11-17
23. Hueston W, Maainous AG, Farrel JB. A cost-benefit analysis of smoking cessation programmes during first trimester of pregnancy for the prevention of low birth weight. J of Family Practice 1994 ;39(4):353-7
24. Sverson HH, Andrews JA, Lichenstein E, Akers K. Reducing maternal smoking and relapse: Long term evaluation of reduction interventions. Prev Med 1997;26:120-130
25. Wilk A meta-analysis of randomized controls trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. J of Int Med 1997; 12(7): 274-82
26. Agosti V, The efficacy of treatments in reducing alcohol consumption a metanalysis in: Cochrane library issue 4,2002

DIRECCIONES DE INTERÉS EN INTERNET (Fecha de último acceso: 25 de junio de 2003)

1.- Fundación de ayuda a la drogadicción:

<http://www.fad.es>

2.- Plan Nacional de lucha contra la droga: Observatorio Español de Drogas

<http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/oed-5.pdf>

3.- Plan Nacional sobre Drogas. Información para jóvenes:

<http://www.sindrogas.es>

4.- Drug abuse Resources at Questia. The on line library of books and journals:

<http://www.questia.com/index>

5.- NCADI Substance abuse database:

<http://www.health.org.databases/search>

6.- NIDA Research Monographs:

<http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs>

7.- Drugs and teens substance abuse:

<http://www.focusas.com/SubstanceAbuse.Html>

8.- La Antidroga:

<http://www.laantidroga.com>

CATÁLOGO DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE ADICCIONES DE ÁMBITO ESCOLAR

1.- Programa Alfíl. Grupos psicoeducativos para jóvenes con antecedentes. Contacto: Rosario Hurtado. socidrogalcohol@socidrogalcohol.org

2.- Child development project. CDP. Contacto; Denise Wood. Development Studies Center Info@devstu.org web: <http://www.devstu.org/cdp2000>

3.- Programa de prevención del tabaquismo en E.S.O Edex. edex@edex.es y <http://www.edex.es>

4.- Programa piloto europeo para la prevención del consumo de Extasis. Büro für suchtpreävention. Hamburgo. Contacto: Manfred Rabes . Idioma alemán. rabes@suchHH.de

5.- Programa de prevención del consumo de drogas entre adolescentes de la ciudad de Granada. Contacto: Tomás Carrasco. Universidad de Granada. Facultad de Psicología. tcarrasco@platon.ugr.es

6.- Programa de prevención del abuso de sustancias en la escuela. PASE. Contacto: Manuel Nebot. Institut Municipal de la Salut de Barcelona. mnebot@imsb.bcn.es

7.- Tabaco, alcohol y educación .Programa de actuación intensiva para la prevención del consumo de tabaco y alcohol en el primer curso de E.S.O. Contacto: Carlos Alonso. Plan Regional de drogas de Castilla La Mancha. calonso@jccm.es

8.- Programa de prevención del consumo de drogas en la escuela. Comisionado del Plan de Galicia sobre drogas. jfraga@mixmail.com

9.- Alcazul. Programa de prevención del consumo de drogas para la población joven. Plan regional de drogas de Castilla - La Mancha. Contacto: Carlos Alonso. calonso@jccm.es