



# Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia

## Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia

J. Galbe Sánchez-Ventura<sup>a</sup> y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. CS Torrero La Paz. Zaragoza España. • <sup>b</sup>Grupo PrevInfad (AEPap): F. J. Soriano Faura (coord.), J. Colomer Revuelta, O. Cortés Rico, M. J. Esparza Olcina, J. Galbe Sánchez-Ventura, J. García Aguado, A. Martínez Rubio, M. Merino Moína, C. R. Pallás Alonso, J. Pericas Bosch, F. J. Sánchez Ruiz-Cabello.

Publicado en Internet:  
19-diciembre-2012

José Galbe Sánchez-Ventura:  
galbesther@gmail.com

### Resumen

#### Palabras clave:

- Alcohol
- Sustancias de abuso
- Adolescencia
- Prevención
- Conductas de riesgo

El consumo de alcohol en la adolescencia es un importante problema de salud pública en España y en todos los países occidentales. La adolescencia es esa etapa de la vida en la que el individuo transita desde la dependencia física y emocional de la infancia a la independencia del adulto. El adolescente se enfrentará tarde o temprano con el dilema de su consumo; esta situación se produce en nuestro medio entre los 13 y los 14 años.

En este artículo se aborda de forma general el problema del consumo de alcohol en la adolescencia: prevalencia, riesgos e intervenciones preventivas desde la familia y el ámbito sanitario.

### Prevention of alcohol use in adolescence

### Abstract

#### Key words:

- Alcohol
- Substance abuse
- Adolescence
- Prevention
- Risk behavior

Alcohol use in adolescence is an important public health problem in Spain and in all Western countries. Adolescence is the stage of life in which the individual goes from the physical and emotional dependence of childhood to adult independence. The teen eventually face the dilemma of consumption; this situation occurs in our environment between 13 and 14 years.

This article addresses the problem in general of alcohol consumption in adolescence: prevalence, risk and preventive interventions in the family and in the health care system.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es esa etapa de la vida en la que el individuo transita desde la dependencia física y emocional de la infancia a la independencia del adulto. Como toda transición, presupone un proceso de crecimiento personal de un estadio a otro, y como todo proceso, existen necesidades diferentes, oportunidades nuevas y también costes y riesgos.

Quizás, el elemento que más define de forma diferencial la adolescencia es la socialización dentro del grupo. Durante la infancia, el niño se socializa

en la familia y en la escuela, y las referencias principales son los padres, los familiares y los maestros, pero esto cambia al llegar la adolescencia y es el grupo el encargado de realizar preferentemente esta función. El grupo tiene su cultura, sus ritos de iniciación y sus costumbres específicas.

El modelo de crecimiento dentro del grupo, siguiendo el modelo planteado por Jennifer Maggs<sup>1</sup>, encamina al adolescente hasta la etapa adulta a través de etapas a las que el adolescente llega planteándose metas y acciones para alcanzar metas y etapas intermedias. En este proceso influyen otros factores como el entorno de cada uno con sus

diferentes tipos de refuerzos de conductas, las propias creencias del adolescente acerca de la salud y los riesgos de hacer esto o aquello, y también sus ventajas. Todo ello va modelando la conducta. Influirán también sus predisposiciones individuales, temperamento, carácter, factores de tipo genético, etc. Naturalmente, cada adolescente deberá afrontar retos, oportunidades y circunstancias estresantes mediante el debido ajuste psicológico y social.

Todo ello llevará al adolescente a realizar un balance, cuando menos implícito, de la decisión a tomar en función de los pros y los contras. En el caso del consumo de alcohol (CA), el adolescente se enfrentará tarde o temprano con el dilema de su consumo. Esta situación se produce en nuestro medio entre los 13 y los 14 años.

Existen algunos factores que condicionan al adolescente a la hora de tomar la decisión sobre el CA: ser aceptado por el grupo; autoestima baja, en combinación con la necesidad de ser aceptado por el grupo; creer que beber es divertido; creer que tiene peligros; sexo masculino; tolerancia de los padres hacia el consumo; consumo de padres y hermanos mayores; consumo de amigos íntimos; percepción errónea del consumo de otros; cultura familiar; lazos emocionales fuertes con profesores; problemas económicos graves; y trastornos de salud mental.

### Magnitud del problema

El CA en la adolescencia es un importante problema de salud pública en España y en todos los países occidentales, como queda reflejado en las **Tablas 1 y 2**<sup>2,3</sup>.

**Tabla 2. Prevalencia de borracheras en los últimos 30 días entre los que han consumido alcohol en ese período de tiempo**

<b>Nunca</b>	52,1%
<b>1-2 días</b>	32,4%
<b>3-5 días</b>	11,9%
<b>&gt; 5 días</b>	3,6%

Fuente: Observatorio español sobre drogas (OED), Informe 2009 ([www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf))

## DAÑOS Y RIESGOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MENORES DE EDAD

Datos recientes<sup>3,4</sup> muestran la existencia de daño neuronal secundario al consumo intermitente de alcohol en animales adolescentes, así como alteraciones de la conducta, de la memoria y de los procesos relacionados con el aprendizaje. Los niveles de alcoholemia son más elevados a igualdad de ingesta en animales jóvenes que en adultos e, igualmente, el daño cerebral es mayor en los jóvenes.

En los jóvenes también se da una menor sensibilidad a los efectos sedantes y a los trastornos motores relacionados con el CA, lo cual limita su percepción del riesgo de daño. Esto se correlaciona clínicamente con la intoxicación aguda atípica en un joven en el que se produce una excitación extrema con conductas irracionales o violentas, incluso con consumos moderados de alcohol.

Estudios neuroanatómicos señalan el hipocampo como una de las áreas preferentemente dañadas, lo que ha podido comprobarse mediante estudios realizados con técnicas de imagen (resonancia

**Tabla 1. Consumo de alcohol en estudiantes de Educación Secundaria de 14-18 años. Año 2008, según sexo**

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Alguna vez en la vida	81,7%	80,8%
Edad media de inicio de consumo	13,8 años	13,6 años
Edad media inicio de consumo semanal	14,8 años	14,9 años
Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses	74,2%	71,5%
Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	59,4%	57,7%
Prevalencia de consumo en fin de semana en los últimos 30 días	61,3%	61,2%
Prevalencia de consumo en laborable en los últimos 30 días	17,8%	28,4%

Fuente: Observatorio español sobre drogas (OED), Informe 2009 ([www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf))

magnética funcional) que muestran su menor tamaño. Por otro lado, un inicio más tardío y un consumo menor se relacionan con un mayor tamaño del hipocampo.

### SÍNDROME DE ALCOHOLISMO FETAL<sup>3</sup>

El alcohol atraviesa libremente la barrera placentaria, lo que ya da una idea de la enorme toxicidad que tiene para el feto, dando lugar al clásico síndrome de alcoholismo fetal (SAF). En su desarrollo influyen la magnitud del consumo, la frecuencia, el momento del embarazo y el estado nutricional de la madre, su situación social y el posible consumo de otras sustancias. Se debe insistir en que no hay ningún nivel seguro de CA durante el embarazo. La expresión del SAF puede ser completa o bien incompleta, también conocida como “efecto alcohólico fetal”, con una sintomatología mucho menos florida. Vemos estos trastornos resumidos en la **Tabla 3**. En la **Tabla 4** se resumen los efectos que el CA tiene sobre niños y adolescentes.

### BORRACHERAS, BINGE DRINKING O ATRACONES<sup>4</sup>

Con este término se conoce un proceso relativamente reciente en el que se ingieren más de cuatro bebidas (cada una de ellas de un mínimo de 10 mg de etanol) para las chicas o cinco para los chicos, en una sola ocasión o en un periodo relativamente corto de pocas horas, con el objetivo de “colocarse”,

y con un importante matiz de falta de control. Este término, que no tiene una buena traducción al español y que a menudo se denomina “atración”, se ha hecho cada vez más prevalente. El *binge drinking* (BD) se asocia con una mayor frecuencia de todas las conductas de riesgo: accidentes de tráfico, peleas, sexo sin protección, no llevar casco, suicidios, etc. Los adolescentes que presentan episodios repetidos de BD suelen tener más problemas con el alcohol cuando son adultos. Para la prevención secundaria del BD se ha propuesto la realización de entrevistas motivacionales en los adolescentes que ya hubieran presentado un episodio. Las características de la entrevista motivacional son: mantener una actitud abierta y sin censuras, promover la confianza en uno mismo, intentar establecer de forma conjunta metas y objetivos de planes de actuación, promover la disonancia cognitiva y la voluntad de cambio, trabajar con preguntas abiertas y devolver las preguntas al entrevistado. Se debe enfatizar en los aspectos positivos del propio discurso del entrevistado y, una vez finalizada, resumir todo lo dicho en la entrevista y darle un formato de recomendaciones o consejos concretos y medibles. Los metaanálisis realizados con adultos y jóvenes utilizando esta técnica indican que es moderadamente eficaz<sup>5-11</sup>.

El CA en su formato de BD produce un incremento de neurotransmisores inhibidores, como es el GABA, así como una disminución del glutamato, que es excitador. Ello conlleva la aparición de sedación y trastornos cognitivos, de la memoria y del aprendizaje. Pero además, cuando esta situación

**Tabla 3.** Alteraciones orgánicas en el síndrome de alcoholismo fetal

<b>Crecimiento</b>	Retraso prenatal y postnatal del crecimiento, hipotonía, menor desarrollo del tejido adiposo
<b>Cognitivo</b>	Hiperactividad, retraso mental, trastorno del lenguaje, trastorno motor fino
<b>Dismorfia facial</b>	Microcefalia, hendiduras palpebrales pequeñas, ptosis palpebral, retrognatia, hipoplasia maxilar, labio superior fino, nariz corta y antevertida
<b>Esquelético</b>	Contracturas en flexión de articulaciones, sinostosis radiocubital, malformaciones de los pies, alargamiento terminal de falanges, hipoplasia de uñas de manos y pies, anomalías cervicales, anomalías de los surcos palmares, pectum excavatum
<b>Corazón</b>	CIA, CIV, TGV, tetralogía de Fallot
<b>Otros</b>	Labio leporino y fisura palatina, miopía, estrabismo, epicantus, maloclusión dental, orejas prominentes, sordera

Fuente: Informe Sobre Alcohol. Comisión clínica de la Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Febrero 2007.

Tabla 4. Patología relacionada con el consumo de alcohol en niños y adolescentes	
<b>Trastornos del sistema nervioso central</b>	Alteraciones del comportamiento, aprendizaje, memoria, daño cerebral
<b>Trastornos digestivos</b>	Gastritis, síndrome de Mallory Weiss o desgarro esofágico por consumos crónicos
<b>Trastornos hepáticos</b>	Aumento de GGT y GPT
<b>Trastornos cardiovasculares</b>	Arritmias, fibrilación auricular, ventricular, muerte súbita, miocardiopatía dilatada por consumo crónico
<b>Trastornos cerebrovasculares</b>	Infartos cerebrales, hemorragia cerebral por consumo agudo
<b>Trastornos endocrinos</b>	Disminución de la hormona del crecimiento, disminución de la testosterona en varones y aumento de la testosterona en mujeres
<b>Trastorno del metabolismo óseo</b>	Trastorno de la densidad ósea

Fuente: Informe Sobre Alcohol. Comisión clínica de la Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Febrero 2007.

es de consumo crónico, provoca un aumento de los receptores del glutamato o N-metil-D-aspartato (NMDA) que, a su vez, produce un estrés tóxico y un incremento de los glucocorticoides en las repetidas fases de abstinencia. También se produce una mayor activación del sistema límbico gracias a la liberación de endorfinas y de dopamina, todo lo cual activa el sistema de recompensa. Estas alteraciones se producen incluso con consumos no excesivamente grandes de alcohol, pero que resultan dañinos para un cerebro todavía en desarrollo en adolescentes de hasta 20 años. Es conocido que en la adolescencia, hasta los 20 años, se produce un proceso de mielinización y maduración de las estructuras cerebrales, el *cortex* prefrontal y el sistema límbico. En estudios realizados en roedores adolescentes, se puede comprobar cómo este delicado proceso se ve dañado por el CA<sup>5,6</sup>. En la **Tabla 2** vemos la prevalencia de borracheras referidas por los propios adolescentes según el Observatorio Español sobre Drogas.

## PREVENCIÓN PRIMARIA DEL ABUSO DE ALCOHOL EN LOS JÓVENES

Los estudios que se evaluaron<sup>5-10</sup> a corto plazo fueron difíciles de valorar y aunque algunos mostraron reducciones en el CA a corto plazo, la calidad de estos estudios y su falta de homogeneidad hacen que sea difícil extraer conclusiones. Existen 12 ensayos clínicos aleatorizados que muestran una

efectividad parcial y que analizan los resultados a medio plazo; sin embargo, los defectos metodológicos hacen que deban tomarse sus conclusiones con mucha precaución. Merece destacarse el Programa STARS, que es una intervención centrada en la familia y en la escuela y que informa de reducciones en el CA estadísticamente significativas respecto a los controles.

Entre los estudios cuyas evaluaciones se realizaron a largo plazo merece destacarse el programa *Life Skills Training*. Intervención sobre miles de adolescentes norteamericanos evaluada a los seis años, que es en realidad un programa multimodal para la prevención del abuso de sustancias, y que mostró reducciones pequeñas pero significativas en el CA y un número menor de episodios de embriaguez referidos por los propios adolescentes.

También el estudio de Spoth en 2001 mostró reducciones significativas en el CA con una eficacia calculada mediante el estadístico NNT (número necesario a tratar) que dio un resultado de 9. Es decir, es necesario intervenir sobre nueve adolescentes para que uno que podría haber consumido alcohol alguna vez no lo haga o presente reducciones en el número de episodios de embriaguez. El programa implementado por Spoth se denomina "Programa de fortalecimiento familiar", cuyas siglas en inglés son SFP, y consiste en un programa de siete sesiones semanales de dos horas cada una dirigidas a padres y adolescentes en conjunto y basadas en el modelo biopsicosocial.

Existen también estudios comunitarios que muestran reducciones en los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol. Las conclusiones son, pues, que la mayoría de los estudios son heterogéneos, no comparables y difícilmente extrapolables a nuestro medio. Todos ellos presentan dificultades de evaluación y se necesitan más estudios. No obstante, se observa una cierta eficacia de moderada magnitud con algunos de estos programas realizados en la escuela en la familia o en la comunidad.

### INTERVENCIONES CENTRADAS EN LA FAMILIA

Los resultados de un metaanálisis realizado en 2008<sup>5</sup> muestran que la mayoría de las intervenciones familiares son eficaces incluso cuando se evalúan 48 meses después y que la intervención es mucho más eficaz cuando se interviene sobre la familia que cuando se hace solo con el adolescente.

Existen también estudios que indican el factor protector de algunos valores familiares presentes en familias de origen hispano que viven en los EE. UU., como son la solidaridad intergeneracional, el alto grado de cohesión de la familia y la supervisión ejercida por los padres<sup>7</sup>.

### OTRAS INTERVENCIONES

Otros estudios metaanalíticos informan de la eficacia de intervenciones para reducir el CA con un efecto global<sup>8-10</sup> o tamaño del efecto (TE) de -0,62 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: -0,4 a -0,83) para el conjunto de todas las intervenciones. No obstante, todas ellas se mostraron eficaces desde la entrevista motivacional breve (TE: -0,09; IC 95%: -0,45 a -0,27) hasta la terapia cognitiva integrada en 12 pasos (TE: -1,99; IC 95%: -2,37 a -1,61). La terapia familiar multidimensional y la intervención breve sobre adolescentes y padres arrojaron unos resultados favorables con un TE global de 0,8. Los efectos fueron disminuyendo a lo

largo del tiempo pero sus resultados a largo plazo fueron siempre favorables a las intervenciones conductuales frente a consejo (TE: -0,66; IC 95%: -0,97 a -0,34). Tratamiento familiar multidimensional frente a Educación familiar (TE: -0,81; IC 95%: -1,29 a -0,34). Tratamiento familiar multidimensional frente a grupo de terapia (TE: -0,57; IC 95%: -1,06 a -0,007).

### INTERVENCIONES BREVES ANTIALCOHOL DIRIGIDAS A JÓVENES Y CON BASE EN INTERNET

Se trata de intervenciones breves vía Internet, intranet o CD-ROM de unos 20 minutos de duración. Estas intervenciones fueron eficaces según un metaanálisis<sup>9</sup>. En general, los estudiantes que participaron en la intervención redujeron la cantidad máxima de alcohol consumido en intervalos específicos de tiempo en evaluaciones realizadas hasta las cinco semanas, y la cantidad máxima consumida por ocasión. En las evaluaciones a largo plazo, es decir, de más de seis semanas de seguimiento, se redujo el consumo, los días en los que consumen alcohol, así como los problemas relacionados con el consumo en el grupo intervención frente al grupo control.

### FACTORES EMOCIONALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Existen determinadas circunstancias que modulan el CA por parte del adolescente aumentándolo o disminuyéndolo, como es la existencia de un buen clima emocional familiar y de un sistema educativo coherente. En este sentido, se conoce que el CA y de los hermanos mayores, los trastornos de salud mental o los trastornos socioeconómicos graves<sup>12</sup>, la debilidad de los lazos emocionales con los padres, la falta de supervisión del adolescente por parte de estos, así como la no percepción de riesgo en el CA de los adultos por parte del adolescente. En este sentido se ha estudiado entre la población hispana de EE. UU. cómo las actitudes de supervi-

sión, baja tolerancia al CA, lazos emocionales fuertes y sentimientos de pertenencia a un grupo o cultura disminuyen el CA<sup>7</sup>.

## CUESTIONARIOS PARA LA ANAMNESIS DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

Existen múltiples cuestionarios diseñados de forma específica para valorar el CA en adultos. El que se ha mostrado más eficaz es un test de dos preguntas basado en los criterios del DSM-IV<sup>13,14</sup>:

1. ¿Durante el pasado año, ¿ha estado alguna vez bajo la influencia del alcohol en una situación que podría haberle causado un accidente o algún otro daño?
2. Durante el pasado año, ¿ha habido veces en las que ha bebido más de lo que pretendía?

La sensibilidad del test fue de 0,88, la especificidad de 0,9, el valor predictivo positivo de 8,8 y el valor predictivo negativo de 0,13, lo que hace de este test una herramienta muy adecuada para la valoración rápida del CA en adolescentes.

## CONSEJO BREVE ADMINISTRADO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

El consejo breve y oportunista en adultos: el consejo breve en el marco de la Atención Primaria (AP),

administrado por un profesional dirigido a adultos, con una duración de unos diez minutos y apoyado por material didáctico, puede disminuir el consumo un 35% y lograr que hasta un 45-50% reduzca su consumo por debajo del nivel de riesgo<sup>15-17</sup>.

No existen trabajos de buena calidad que evalúen la eficacia del consejo breve antialcohol dirigido a adolescentes en el marco de la consulta de AP. Las recomendaciones del grupo PrevInfad<sup>18</sup> para realizar en la consulta de AP las podemos ver en la **Tabla 5**.

## REGLAS PARA LA PREVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA DIRIGIDAS A LOS PADRES<sup>19</sup>

- Dialogar con los hijos aprovechando los momentos en que estos estén predispuestos.
- Tener ocios y aficiones comunes.
- Tener un proyecto y unos objetivos educativos individuales para cada hijo.
- Transmitir valores.
- Transmitir las tradiciones y valores propios de la cultura de los padres.
- Promover la sobriedad en el uso del dinero.
- Ofrecer un modelo adecuado mediante las propias conductas de los padres.

**Tabla 5. Recomendaciones de PrevInfad sobre el consejo antialcohol**

<b>Embarazadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En toda actividad preventiva antes del parto y en las consultas oportunistas con otros hijos</li> <li>• Investigar el nivel de consumo (si no se ha hecho ya)</li> <li>• Registrar en la historia clínica</li> <li>• Realizarlo al menos en dos ocasiones a lo largo de la gestación</li> <li>• Consejo orientado a la prevención del síndrome de alcoholismo fetal</li> <li>• Enfatizar en la no existencia de un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo</li> </ul>
<b>Padres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar consumo si hay sospecha de consumo excesivo o factores de riesgo como el fetor alcohólico (fácil de detectar)</li> <li>• Realizar consejo y ofrecer derivación si es necesario</li> </ul>
<b>Adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar consumo de alcohol</li> <li>• Registrar en la historia clínica</li> <li>• 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</li> </ul>

- Conocer a sus amigos ofreciendo en la medida de lo posible la propia casa para que se reúnan allí.
- Mantener unos límites razonables pero firmes en los horarios de salida.
- Reforzar positivamente las conductas que lo merezcan y reprobar las que no lo merezcan, pero siempre señalando los hechos concretos y sin descalificaciones personales.
- Promover la autonomía y la responsabilidad de una forma prudente y progresiva.

- Dedicar tiempo de calidad y específico para cada hijo.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

### ABREVIATURAS

**AP:** Atención Primaria • **BD:** *binge drinking* • **CA:** consumo de alcohol • **IC 95%:** intervalo de confianza del 95% • **SAF:** síndrome de alcoholismo fetal • **TE:** tamaño del efecto.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Maggs J. Alcohol use and binge drinking as goal directed action during the transition to postsecondary education. En: Schulemberg J, Maggs J, Hurrelmann K. Health risks and developmental transitions during adolescence. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1997. p. 345-71.
2. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2009 [en línea]. Disponible en [www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf)
3. Informe sobre alcohol. Comisión clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Febrero 2007.
4. Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge Drinking in Childhood and Adolescence: Epidemiology, Consequences, and Interventions. *Dtsch Arztebl Int.* 2009;106(19):323-8.
5. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes (revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd).
6. Smit E, Verdurmen J, Monshouwer K, Smit F. Family interventions and their effect on adolescent alcohol use in general populations; a meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend.* 2008;97:195-206.
7. Sale E, Sambrano S, Springer JF, Peña C, Pan W, Kasim R. Family Protection and Prevention of Alcohol Use among Hispanic Youth at High Risk. *Am J Community Psychol.* 2005;36(3-4):195-205.
8. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for Reducing Adolescent Alcohol Abuse: A Meta-analytic Review. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164(1):85-91.
9. Carey KB, Scott-Sheldon LA, Elliot JC, Bolles JR, Carey MP. Computer-Delivered Interventions to Reduce College Student Drinking: A Meta-analysis. *Addiction.* 2009;104:1807-19.
10. Vaughn MG, Howard M. Adolescent Substance Abuse Treatment: A Synthesis of Controlled Evaluations. *Res Soc Work Pract.* 2004;14:325-35.
11. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drug's use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. art Nº: CD003020.DOI:10.1002/14651858.CD003020.pub2.
12. Guilamo-Ramos V, Jaccard J, Turrissi R, Johansson N. Parental and school correlates with binge drinking. *Am J Pub Health.* 2005;95:894-9.
13. González Rodríguez MP, Velarde Mayol C. En urgencias podemos sospechar el abuso de alcohol o cannabis con una o dos preguntas sencillas. *Evid Pediatr.* 2012;8:9.
14. Newton AS, Gokiart R, Mabood N, Ata N, Dong K. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the Emergency Department: a Systematic review. *Pediatrics.* 2011;128:e180-92.
15. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Robledo T. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Grupo de Expertos del PAPPs. *Aten Primaria.* 2001; 28(Supl 2): 27-41.



16. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med.* 1997;12(5):274-83.
17. Agosti V. The efficacy of treatments in reducing alcohol consumption a metanalysis. *Int J Addict.* 1995; 30(8):1067-77.
18. Galbe Sánchez-Ventura y Grupo PrevInfad. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. Recomendación. En: Recomendaciones/PrevInfad PAPPs [en línea] [actualizado 04/2003; consultado el 10/12/2012]. Disponible en [www.aepap.org/previnfad/rec\\_drogas.htm](http://www.aepap.org/previnfad/rec_drogas.htm)
19. Galbe J. Alcohol y adolescencia. *Infopadres.* 2005; (1): 8-11.