



Editorial

Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios

María Inés Hidalgo Vicario. Pediatra. Acreditada en Medicina del Adolescente. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid (España). Correo electrónico: ineshidalgo@telefonica.net
Antonio Manuel Redondo Romero. Pediatra. Acreditado en Medicina del Adolescente. Centro de Salud Cabo Huertas. Alicante (España). Correo electrónico: arendon50@yahoo.es

Términos clave en inglés: tobacco; alcohol drinking; abuse drugs; adolescence

Términos clave en español: tabaco; alcohol; drogas; adolescencia

Fecha de recepción: 10 de Agosto de 2007

Fecha de aceptación: 20 de Agosto de 2007

Fecha de publicación: 1 de septiembre de 2007

Evid Pediatr. 2007; 3: 60 doi: vol3/2007_numero_3/2007_vol3_numero3.26.htm

Cómo citar este artículo

Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero A. Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios. Evid Pediatr. 2007; 3: 60.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol3/2007_numero_3/2007_vol3_numero3.26.htm
EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-07. Todos los derechos reservados

Adolescentes y drogas. Un reto para los profesionales sanitarios

María Inés Hidalgo Vicario. Pediatra. Acreditada en Medicina del Adolescente. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid (España). Correo electrónico: ineshidalgo@telefonica.net

Antonio Manuel Redondo Romero. Pediatra. Acreditado en Medicina del Adolescente. Centro de Salud Cabo Huer-tas. Alicante (España). Correo electrónico: aredondo50@yahoo.es

El abuso de drogas constituye, junto a los accidentes de tráfico, uno de los problemas de salud pública más importante entre los adolescentes. Ningún otro problema de salud, a esta edad, conduce a tan trágicos efectos en términos de mortalidad, morbilidad, afectación del potencial futuro y los devastadores efectos en la familia del joven. Hasta la actualidad, a pesar de que el consumo de drogas se inicia en la edad pediátrica y que tiene un gran impacto social, los profesionales de atención primaria le han dedicado escasa atención.

La encuesta sobre drogas a la población escolar de 14-18 años se realiza en nuestro país cada dos años¹ e indica que la prevalencia de los consumos están aumentando en casi todas las sustancias, especialmente el de cannabis y cocaína, aunque siguen siendo las drogas legales (alcohol y tabaco) las de uso más prevalente que, como sabemos, constituyen la puerta de entrada a otras drogas.

Los primeros contactos con drogas suelen producirse a lo largo de la segunda década de la vida y la edad de inicio al consumo de las sustancias, tanto legales como ilegales, permanece bastante estable durante los últimos años^{1,2}.

Actualmente se mantiene el patrón de consumo característico de los jóvenes, realizándose este en ambientes lúdicos con amigos, durante el fin de semana, y el porcentaje va aumentando con la edad. Se ha producido una creciente presencia femenina y el policonsumo constituye una característica esencial. Además ha ido disminuyendo la percepción del joven del riesgo asociado al uso de drogas¹.

El **alcohol** es, con mucha diferencia, la droga más utilizada entre los jóvenes. La edad media de inicio es de 13,7 años. Un 65,6% de los estudiantes refiere haber consumido bebidas alcohólicas en el último mes y un 34,8% ha sufrido intoxicaciones etílicas (borracheras). En general, el uso de bebidas alcohólicas de alta graduación (combinados, cubatas y licores) es más frecuente que el de bebidas como el vino, la cerveza o la sidra. En los últimos 10 años (1994-2004), la prevalencia de intoxicaciones etílicas en los 30 días previos a la encuesta pasó de un 20,7% en 1994 al 34,8% en 2004 y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días del 8,6% en 1996 al 12,3% en 2004¹. Diferentes estudios han observado que el alcohol está relacionado con los accidentes de tráfico en un 40% de los casos³.

Respecto al **tabaco**, la edad media de inicio es de 13,2 años. Uno de cada cuatro jóvenes entre 14 y 18 años fuma diariamente. La prevalencia de consumo de tabaco

se ha mantenido prácticamente estable entre 1994 y 2004, aunque se aprecia un leve descenso de la misma entre los jóvenes de 14-16 años. El tabaco es la causa más importante de enfermedad y muerte prevenible. La OMS en 1999 afirmaba que más del 60% de los jóvenes había probado el tabaco a la edad de 15 años y casi la tercera parte de todos ellos serían fumadores activos antes de cumplir los 18 años. En general las prevalencias de consumo de las drogas legales e ilegales son más elevadas en hombres que en mujeres, pero no ocurre igual con el consumo de tabaco en población escolar, donde se aprecia que un 32% de las chicas entre 14 y 18 años fuma habitualmente, frente al 25% de los chicos¹. Esto puede tener importantes efectos sanitarios en el futuro.

Las **drogas ilegales** de consumo más frecuente en la población escolar son los derivados del cannabis. En 2004, un 42,7% de los escolares había consumido hachís o marihuana alguna vez en la vida, frente al 20,8% en 1994. Su uso se ha duplicado y tres de cada cuatro escolares manifiestan que conseguir hachís o marihuana es fácil o muy fácil. El uso de cocaína se ha multiplicado por cuatro en el periodo 1994-2004. Su uso ocasional ha pasado del 2,4% en 1994 al 8,5% en 2004. El uso en el último mes, que se suele correlacionar con el uso habitual, ha pasado del 1,1% en 1994 al 3,4% en 2004¹.

No existen datos epidemiológicos acerca del uso de "nuevas sustancias" como la ketamina, el GHB o los nuevos alucinógenos de síntesis. Sin embargo, estudios de campo, informes de organismos oficiales, datos de incautaciones policiales y ONGs que trabajan en espacios recreativos sugieren que, al menos en ciertos entornos, su uso también está creciendo.

El consumo de drogas es un fenómeno complejo y multifactorial⁴ y es necesario tener en cuenta los comportamientos a los que se exponen los jóvenes, así como sus factores de riesgo y de protección^{5,6}. Es la combinación de varios factores de riesgo lo que hace a los sujetos más vulnerables a la experimentación y al abuso. Los factores protectores son los inversos a los de riesgo, los contrarrestan y además potencian otros factores de protección.

Los **factores de riesgo** se pueden estructurar en 4 grupos:

1.- Socioculturales: leyes y normas sociales favorables al uso de drogas, disponibilidad de sustancia, y comunidades con alto grado de deprivación social y económica. Tienen gran impacto los medios de comunicación que equiparan las drogas al glamour, éxito social, diversión y deseo, sin

hablar de los efectos secundarios que producen.

2.- Interpersonales durante la infancia y adolescencia: actitudes familiares positivas hacia las drogas, personalidad y consumo de los padres, conflictos familiares, mala relación padres-hijos, abuso físico o sexual, acontecimientos estresantes, rechazo social en la escuela u otros ambientes, presiones de grupo y relación con amigos que usan drogas.

3.- Psicológicos y de conducta: edad (la adolescencia es por sí misma, debido al afán de experimentar, a la inmadurez, a la inexperiencia y al sentimiento de invulnerabilidad un periodo de gran riesgo), problemas de conducta tempranos y persistentes, fracaso escolar, bajo compromiso con la escuela, inadecuada educación, baja inteligencia, baja autoestima, rebeldía, personalidad antisocial y presencia de psicopatología (depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos de conducta y esquizofrenia entre otros), búsqueda de emociones nuevas, aptitudes, creencias y expectativas favorables al uso de drogas.

4.- Biogénéticas: susceptibilidad heredada al uso de drogas, vulnerabilidad psicofisiológica a los efectos de las drogas.

Se consideran **factores protectores**⁷: familia y hogar estables, alto grado de motivación para obtener logros, buenas relaciones padres-hijos, adecuada supervisión y disciplina de los padres, relación con instituciones prosociales (la iglesia, grupos de deporte, música o teatro), relación con compañeros que mantienen actitudes y valores convencionales, correcto tratamiento de los problemas psiquiátricos y exposición a una comunidad con mensajes antidrogas.

El uso de drogas durante la infancia y adolescencia provoca diferentes alteraciones físicas, psicológicas y sociales. Además de su asociación con accidentes de tráfico, homicidios y suicidios, también se relaciona con actividad sexual temprana, fracaso escolar, trastornos mentales y delincuencia, sin olvidar las posibles consecuencias en la edad adulta como las enfermedades cardiovasculares, alteraciones psiquiátricas, y los cánceres⁸.

Durante la adolescencia puede resultar difícil diferenciar entre la experimentación, el uso frecuente, el abuso y la adicción o fármacodependencia a una droga y se debe tener en cuenta que esta época tiene unas características especiales^{9,10}.

Cuanto antes se empieza con el uso de una sustancia, mayor es la probabilidad de aumentar la cantidad y la variedad de uso; los jóvenes son menos capaces que los adultos en limitar el uso y atribuyen a la droga la solución a todos sus problemas. Además, en la actualidad la experiencia es muy distinta a décadas anteriores: el número de los que prueban es mayor y aparecen nuevas sustancias y combinaciones cuya sintomatología

se confunde. Incluso las sustancias conocidas son diferentes: la marihuana de los años 70 contenía menos del 0,2% de THC (delta-9-tetrahidro-cannabinol) y en la actualidad se ha aumentado entre 5-15 veces. Igualmente al iniciar el consumo no hay señales ni síntomas que les haga a los jóvenes acudir a la consulta médica; solo acuden, generalmente al servicio de urgencia, como consecuencia del abuso y de la dependencia. Por ello, al inicio es difícil que acudan a la consulta médica y que acepten ayuda.

Por otro lado hay que tener presente que existen una serie de barreras de los propios profesionales para realizar una adecuada detección y atención a los jóvenes que se inician o abusan de drogas¹⁰: la escasez del tiempo disponible en la consulta, el desconocimiento de las herramientas de detección, la dificultad para reconocer los síntomas clínicos, la poca familiaridad con los factores individuales, familiares y sociales que influyen en el uso de drogas, la poca colaboración familiar, así como la falta de entrenamiento para manejar de forma adecuada cuando la detección es positiva, el pesimismo acerca del pronóstico tras el tratamiento de estas enfermedades y el no saber donde buscar ayuda para la evaluación y el tratamiento de los pacientes. En un estudio realizado por la Academia Americana de Pediatría en 1995 constató que menos del 50 % de los pediatras investigaba el abuso de drogas en su consulta.

En este número de Evidencias en Pediatría, De la Rosa y González publican un artículo valorando críticamente¹¹ sobre la publicación de Van Hook et al.¹² publicado en *J Adolesc Health*, donde se estudian las principales dificultades de los profesionales sanitarios para identificar el consumo de sustancias en los jóvenes. Concluyen los autores que las barreras más frecuentes fueron la falta de tiempo y la falta de formación acerca de cómo manejar una detección positiva, aunque son necesarios otros estudios en diferentes ámbitos socioculturales. Los autores aconsejan, además, diferentes estrategias para actuar como intervenciones breves y educación para la salud aumentando los conocimientos, las habilidades para la detección del problema así como para la evaluación y la intervención.

La mejor forma de identificar y diagnosticar un trastorno por uso y abuso de sustancias es realizar una completa historia clínica en los exámenes rutinarios de salud en un ambiente de confianza y asegurando la confidencialidad¹³. La actitud del pediatra y profesional de la salud debe ser abierta, cordial, comprensiva y tolerante, evitando el autoritarismo y los prejuicios. Es importante crear un clima de empatía para poder realizar una completa historia y preguntar acerca de su actividad diaria, no limitándose al uso y abuso de drogas; para ello se debe hablar a solas con el adolescente sin la presencia de los padres. Es necesario realizar una exploración detallada, y en ocasiones la

utilización de determinadas pruebas complementarias. Como parte de su actividad el pediatra ofrecerá guías anticipatorias y consejos específicos. El profesional debe sospechar y saber reconocer las manifestaciones medicas y psicológicas de un abuso y, cuando identifique un problema, obtener más información de los padres, escuela y del entorno. También es preciso identificar las drogas que se usan, y en que etapa de consumo se encuentra el joven: experimental, ocasional, habitual o compulsivo⁹. La dificultad principal está en que, a priori, no se sabe quienes no pasarán de la experimentación o del consumo ocasional, y cuales irán más lejos.

El uso de determinadas pruebas complementarias (análisis de orina) nunca será rutinario y se realizará con el conocimiento y consentimiento del joven¹⁴. Los padres, en ocasiones, acuden al médico para que este realice una prueba de orina para drogas sin que lo sepa el joven. Deben conocer que esto no es ético y se pone en peligro la relación medico-paciente; la obligación del médico será averiguar porque están preocupados los padres y ofrecer una evaluación del paciente. La Academia Americana de Pediatría en 1996 estableció que "no es apropiado realizar una prueba involuntaria en adolescentes con capacidad de decisión, incluso con el consentimiento de los padres y debe ser realizado sólo si hay fuertes razones médicas o legales"¹⁰.

El mejor tratamiento para el abuso de sustancias es la prevención. Esta se realizará en la consulta aprovechando los controles periódicos de salud y también, de forma oportunista, trabajando en los diferentes entornos sociales: familia, escuela y sociedad¹⁴⁻¹⁷. Las intervenciones tienen más éxito cuando se realizan de forma continuada y en ella se implican todos los profesionales. Es necesario analizar las situaciones y factores de riesgo, y promocionar los factores protectores.

Las estrategias preventivas que se han basado exclusivamente en el control de la oferta, en la simple información o en producir miedo en los posibles consumidores, han tenido resultados mediocres o han fracasado. Actualmente la prevención debe realizarse de una forma integral e inespecífica como prevención de conductas de riesgo durante esta edad. Las técnicas a utilizar son, sobre todo, el consejo en la consulta y programas de prevención en la escuela (PPE).

Hay que tener presente que las drogas se consumen por una serie de efectos positivos que provocan (relajación, estimulación, desinhibición, creatividad...) que actúan de refuerzo para su consumo. Para que una persona cambie su actitud frente al consumo de una sustancia, habrá de convencerse de que los elementos positivos buscados no compensan los posibles efectos negativos, darse cuenta de ello y motivarse a cambiar la conducta aprendida¹⁸.

El pediatra debe actuar en la consulta desde la visita prenatal revisando la historia familiar y aconsejando a

los padres (muchos padres que fuman aceptan de buen grado el consejo acerca de dejar de fumar). Durante la infancia temprana los padres deben hacer de modelos y facilitar la comunicación con sus hijos, sin olvidar tratar temas como la sexualidad, las drogas legales e ilegales, el papel de los medios de comunicación y la publicidad, entre otros. En la edad escolar además de información se les debe enseñar a contrarrestar la presión de los amigos. En la infancia tardía, inicio de la adolescencia, es cuando comienza la experimentación y el pediatra debe hablar e investigar de forma confidencial sobre estos temas¹³. El consejo se dará de forma positiva utilizando aspectos deportivos, estéticos o económicos y adaptados a la edad, madurez y personalidad del joven. También se dará consejo y se ofrecerá ayuda y derivación a los padres, y a las mujeres embarazadas. Se debe enfatizar sobre la no existencia de un nivel seguro de consumo de drogas¹⁹. Si se observa que hay experiencia con estas deberá determinarse el grado de afectación para una apropiada intervención.

En la escuela se pueden realizar programas preventivos (PPE) basados en un modelo de aprendizaje social, actuando sobre la capacidad de resistencia a la presión, habilidades sociales, resolución de problemas, así como el aumento de la autoestima, para intentar evitar o retrasar la edad del primer contacto con drogas (los programas de prevención primaria dirigidos a evitar que los jóvenes prueben el tabaco son más efectivos que los que se centran en dejar de fumar)²⁰. El enfoque debe ser participativo y multidimensional, es decir, que incluya también actividades dirigidas a los padres y participación comunitaria^{19,21}.

Respecto a la evidencia científica para niños y adolescentes, en cuanto al consejo en la consulta y las intervenciones para prevenir y tratar el uso y la dependencia de tabaco, alcohol y otras drogas es insuficiente en la actualidad, no habiendo estudios acerca de la eficacia de las intervenciones realizadas en la consulta (Evidencia III-2, basado en US. Preventive Service Task Force (USPSTF), 3ª Ed. 2000-2003, Recomendación I: insuficiente evidencia favor/contra de proveer el servicio.)^{19,21-26}. Si se ha demostrado evidencia en el consejo a los adultos: el consejo antitabaco y antialcohol de forma breve y oportunista (en menos de tres minutos) realizado en la consulta de atención primaria, es efectivo al aumentar el número de fumadores o bebedores que lo dejan y siguen sin usar la droga un año después (Evidencia III-2, basado en USPSTF, Recomendación A: fuerte recomendación para proveer el servicio)²⁵.

En cuanto a los PPE dirigidos a niños y adolescentes entre 6 a 18 años se ha observado que aumentan los conocimientos y las actitudes negativas sobre el consumo de tabaco, y de bebidas alcohólicas, respecto a los niños y adolescentes que no realizan esa intervención (Evidencia

II, basado en USPSTF, Recomendación B: aceptable evidencia, el beneficio supera al daño). Igual sucede con el consumo de otras drogas (Evidencia I, basado en USPSTF, Recomendación A: fuerte recomendación para proveer el servicio.) aunque desafortunadamente, esto no se traduce en un menor consumo de estas^{19,21}.

A pesar de la evidencia actual, los éxitos obtenidos en el consejo breve en la consulta a los adultos para el tabaco y alcohol, así como los beneficios que se pueden obtener de prevenir la adicción a las diferentes drogas, hace que se deba seguir dando consejos en la consulta a la población infantojuvenil y estableciendo estrategias para evitar o disminuir el consumo de drogas así como los daños y consecuencias asociados al uso de éstas.

No obstante son necesarios estudios posteriores para demostrar la evidencia de la intervención.

La familia es un marco único para educar desde el nacimiento a sus hijos en valores y protección, aprovechando la convivencia y el ejemplo diario. Una intervención preventiva en política sanitaria para regular la publicidad y la disponibilidad de sustancias, ayudaría a mantener la distancia entre los jóvenes y el riesgo.

Concluimos que el profesional sanitario de atención primaria ocupa una posición estratégica para poder actuar tanto en la prevención primaria (educación sanitaria para evitar el consumo de sustancias), secundaria (detección precoz) y también la terciaria, colaborando en el tratamiento multidisciplinar, que variará según la etapa del consumo, y vigilando la eficacia del mismo. Para todo ello es imprescindible establecer una buena relación de confianza con el joven, aprovechar cualquier situación para hablar y que el tema drogas forme parte de los exámenes rutinarios de salud de niños y adolescentes con guías anticipatorias y consejos adecuados. Igualmente, es necesario la colaboración de los distintos estamentos y superar las barreras del propio profesional: empleando un tiempo adecuado en la consulta, conociendo la situación, los patrones de consumo así como las diferencias culturales de su población. Distinguiendo las manifestaciones clínicas del abuso de drogas, su asociación con otras conductas de riesgo, así como con problemas psiquiátricos. Es preciso que los profesionales conozcan los recursos disponibles para referir a los pacientes y ayudarles a reintegrarse en su comunidad. De esta forma se conseguirá abordar el reto que supone para los profesionales sanitarios el uso y abuso de drogas en la adolescencia.

Bibliografía:

1.- Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. [en línea][fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/>

2.- La salud de la Población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud 2005. Ministerio de Sanidad y Consumo. [en línea][fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/tabla/Indicadores5.pdf>

3.- Screening and Behavioral Counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. U.S. Preventive Task Force. *Ann Intern Med.* 2004; 140: 554-6.

4.- Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behaviour of adolescents in the North of Madrid, Spain. *J Adolesc Health* 2000; 27:351-60.

5.- Igra V, Irwin Jr CE. Theories of adolescent risk-taking behaviour. In: Diclemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, editors. *Handbook of adolescent health risk behaviour*. New York, Plenum Press;1996.

6.- Brown RT. Risk factors for substance abuse in adolescents. *Pediatr Clin N Am.* 2002; 49: 247-55.

7.- Resnick MD. Protective factors, resiliency and healthy youth development. *Adolesc Med.* 2000; 11:157-65.

8.- Kaul P, Coupey S. Clinical evaluation of substance abuse. *Pediatr Rev.* 2002; 23: 85-94.

9.- Mayhew KP, Flay BR, Mott JA. Stages in the development of adolescent smoking. *Drug Alcohol Depend.* 2000; 59 (Suppl 1): S61-81.

10.- Barangan CJ, Alderman EM. Management of substance abuse. *Pediatr Rev.* 2002; 23:123-30.

11.- De la Rosa Morales V, González Rodríguez MP. La falta de tiempo y de formación son las principales dificultades de los profesionales sanitarios para identificar el consumo de sustancias en los jóvenes. *Evid Pediatr.* 2007;3:67.

12.- Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J, Knight JR and the New England Partnership for substance Abuse Research (NEPSAR). The "Six T's": Barriers to Screening Teens for Substance Abuse in Primary Care. *J Adolesc Health.* 2007;40:456-61.

13.- Hidalgo Vicario MI. Entrevista y examen físico del adolescente. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Rubio Roldan LA, Clemente Pollán J (eds). *Pediatría Extrahospitalaria. Aspectos básicos en atención primaria*. 3ª ed. Madrid: ed. Ergon, SA.;2001.

14.- Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Consumo de drogas en la adolescencia *Pediatr Integral.* 2005;IX:1-19

15.- Kulig JW, The Committee of Substance Abuse. Tobacco, alcohol and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification and management of substance abuse. *Pediatrics.* 2005; 115: 816-21.

16.- American Academy of Pediatrics (AAP). Recommendations for preventive pediatric health care (RE9939). Committee on practice and ambulatory medicine; 2000. [en línea][fecha de consulta: 22-VII-2007]. Disponible en: <http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;105/3/645.pdf>

17.- Bright Futures. Guidelines for Health Supervision. 2002. [en línea][fecha de consulta: 20-V-2007]. Disponible en: <http://www.brightfutures.org>

18.- Miller WR y Rollnick S. *Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change*. Second Edition. Ed.: Guilford Press. A division of Guilford Publications Inc. New York, 2002.

19.- Hidalgo Vicario MI, Montón Álvarez JL, González Rodríguez

MP. Evidencias y medidas preventivas en el abuso de sustancias durante la adolescencia. *Rev Pediatría Aten Primaria*. 2006; 8 (Supl 3): S 113-27.

20.- Blasco Oliete M, Pérez Trullén A, Sanz Cuesta T, Clemente Jiménez ML, Cañas de Paz R, Herrero Labarga I. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. *Aten Primaria*. 2002; 30:220-28.

21.- Galbe Sánchez-Ventura J. Prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas. En Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Previnfad/PAPPS. Grupo de trabajo de prevención en la infancia y adolescencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. 1ª ed 2004. Exlibris ed [en línea] [fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/rec_drogas.htm

22.- Anderson JE, Jorenby DE, Scott WJ, Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*. 2002; 121: 932-41.

23.- Health Care Guidelines. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. Octubre 2005. [en línea] [fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en: <http://www.icsi.org>

24.- The Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHO). 2001-2004. Electronic Archives. [en línea] [fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en: <http://www.ctfphc.org/>

25.- US Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to Clinical Preventive Services 3ed ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. [en línea] [fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>

26.- Centres for Disease Control and Prevention. Adolescents and teens. [en línea] [fecha de consulta: 20-VII-2007]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/node.do/id/0900f3ec801e457a>