

**Jóvenes y consumo de alcohol: Análisis de la transferencia del conocimiento: de la evidencia científica a la práctica clínica  
(núm. Expediente 2010I72)**

**Informe técnico**

**Investigadora Principal:** Montserrat Tort Donada

**Investigadores:** Pablo Alonso Coello, Xavier Bonfill Cosp, David Rigau Comas, Anna Selva Olid, Ivan Solà Arnau



# Índice

## Antecedentes

Situación actual de las drogodependencias: la problemática del alcohol en los jóvenes  
Relevancia de las guías de práctica clínica

## OBJETIVOS

### METODOLOGÍA

- A.1. Criterios de selección, identificación y elegibilidad de las GPC
- A.2. Evaluación crítica de la calidad de las GPC
- A.3. Análisis de la evidencia científica en la que se sustentan las recomendaciones de las GPC
- B.1. Criterios de selección de las revisiones sistemáticas en el *overview*
- B.2. Identificación de revisiones sistemáticas en el *overview*
- B.3. Selección, evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas en el *overview*
- B.4. Extracción de datos de las revisiones sistemáticas y síntesis de los resultados

## RESULTADOS

Resultados de la búsqueda y la elegibilidad de las revisiones sistemáticas

Riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas incluidas

Efecto de las intervenciones

Intervenciones dirigidas a prevenir el consumo intensivo de alcohol

- Intervenciones escolares
- Intervenciones familiares
- Intervenciones en medios de comunicación
- Revisiones con un enfoque general

Intervenciones dirigidas a abordar el abuso de alcohol

- Intervenciones dirigidas a modificar el comportamiento
- Intervenciones en centros educativos
- Intervenciones familiares
- Intervenciones sobre políticas sanitarias
- Revisiones con un enfoque general

Resultados de la búsqueda y elegibilidad de las guías de práctica clínica

Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica

Uso de las revisiones sistemáticas valoradas en el *overview* para la formulación de las recomendaciones en la guías de práctica clínica evaluadas

## CONCLUSIONES

Referencias

ANEXO I.- Estrategias de búsqueda

ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS INCLUIDAS – Intervenciones dirigidas a prevenir el consumo intensivo de alcohol

ANEXO III. CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS INCLUIDAS – Intervenciones dirigidas a abordar el abuso de alcohol

ANEXO IV. Razones de exclusión de estudios en el *overview*



## Antecedentes

### **Situación actual de las drogodependencias: la problemática del alcohol en los jóvenes**

El consumo de drogas y los problemas derivados de su consumo en España y en Europa, sigue siendo un problema grave de Salud Pública. En Europa se registran anualmente aproximadamente entre 7000 y 8000 muertes inducidas por las drogas, aunque se sabe que no se informa de todos los casos, por lo que estas cifras deben considerarse una estimación mínima. La mortalidad total entre los consumidores de drogas, teniendo en cuenta enfermedades, accidentes y actos de violencia, es hasta 50 veces superior que entre la población general (EMCDDA 2008).

El Informe del Observatorio Español sobre Drogas (OED 2009) integra los resultados de las encuestas EDADES y ESTUDES. Los resultados de la última Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2006) mostraba que el cannabis era la sustancia ilegal más consumida en España, consumida en alguna ocasión por el 28% de los encuestados con una edad comprendida entre los 15 y los 64 años. A esta sustancia la seguían la cocaína (7%), el éxtasis (4%), y las anfetaminas y alucinógenos (3.4%), mientras que el consumo de heroína se mantenía a niveles bajos a pesar de la tendencia mostrada hacia el mayor consumo desde el 1999. Los datos de frecuencia en el consumo se confirmaron estables en 2007. En cuanto al alcohol el 5,5% de los encuestados eran bebedores de riesgo, con un aumento de consumo considerable durante los fines de semana, y de la proporción de mujeres jóvenes consumidoras de riesgo, y una disminución de la percepción del riesgo derivado del consumo. En la presentación de los datos de EDADES 2006, se anunció la realización de un estudio sobre el consumo problemático de cannabis en una muestra de 10.000 jóvenes de 14 a 18 años (ESTUDES 2008), que mostró que el tabaco (44.6%) y el alcohol (81.2%) siguen siendo las drogas más consumidas entre los adolescentes españoles, seguidas del cannabis (35.2%) o tranquilizantes (17.3%). El consumo del resto de sustancias está muy por debajo de las mencionadas, con una tendencia a la baja en el caso de cocaína, anfetaminas y alucinógenos. En el caso del alcohol, pese a una estabilización en el consumo, se observó un aumento considerable de las borracheras (hasta el 49% de los encuestados) con una preocupante concentración durante los fines de semana. Pese a los altos índices de consumo, la percepción del riesgo aumentó para todas las drogas, así como la percepción de la dificultad a su acceso.

Entre los estudiantes de secundaria destaca la edad temprana de inicio al consumo que en el caso del tabaco y el alcohol se sitúa entre los 13 y 14 años, y no sobrepasa de los 15 años para el resto de sustancias (OED 2009). Las diferencias intersexuales entre los adolescentes encuestados son similares a las observadas en población adulta, con un consumo mayor entre los chicos de drogas en general que solamente se invierte en el caso de tabaco y tranquilizantes. Las diferencias en este aspecto son más acusadas a medida que el consumo es más intensivo. El consumo aumenta progresivamente con la edad y alcanza un consumo máximo entre los 17 y 18 años.

Teniendo en cuenta estos datos, la población adolescente parece la más vulnerable ante el inicio y consolidación del consumo de drogas, por lo que la prevención y atención en esta franja de edad debe ser prioritaria, con el objetivo de minimizar riesgos y prevenir la aparición de nuevos consumidores y adictos. La diferencia en los patrones de consumo entre los jóvenes entre las diferentes CCAA (ESTUDES 2008) también debe alertar sobre la necesidad de una atención estandarizada a este problema, que disminuya la variabilidad en la práctica clínica.

### **Relevancia de las guías de práctica clínica**

La aplicación de los resultados de la investigación científica en la práctica asistencial debe representar un método para la mejora de la calidad asistencial y de los resultados en los pacientes. Desde un punto de vista asistencial se ha detectado la necesidad de disponer de guías de práctica clínica (GPC) dirigidas a los profesionales socio-sanitarios de atención a las drogodependencias dada la dificultad en la identificación de pacientes con problemas de consumo de sustancias (Kelleher 2009, Cleary 2008), y la variabilidad de intervenciones a nivel farmacológico, psicológico y social que se ponen en práctica y al aumento progresivo de los pacientes que inician tratamiento en los centros de atención a las drogodependencias (Willenbring 2004, Autrique 2009, Rieckmann 2010), aunque el proceso no está libre de barreras organizativas que dificultan su implantación (Willenbring 2004, Merckx 2007).

Una de las barreras que se han identificado para la implantación de las GPC, es la de la falta de representatividad y aplicabilidad en algunas situaciones de la práctica asistencial (Grimshaw 2004). En este sentido las GPC debería incluir en su alcance y objetivos, preguntas relevantes para la población general que sufre el problema de salud que aborda el documento, pero también preguntas clínicas representativas de poblaciones con características especiales (Grupo de trabajo sobre GPC 2007). En este sentido, el de los jóvenes y adolescentes es uno de los grupos de población que requiere un trato específico en las GPC en el campo de las drogodependencias como han discutido algunos autores (Kulig 2005, van den Bosch WJ 2006, Steiner 2007), y para los que existen algunas iniciativas que han formulado recomendaciones específicas dirigidas a ellos (Committee on Substance Abuse AAP 1998, Bukstein 2005, NICE 2007a, NTA 2007). Teniendo en cuenta el impacto que tiene el alcohol entre los jóvenes, también se han desarrollado recomendaciones sobre la prevención del consumo de riesgo y el manejo de este problema de salud (Kulig 2005, NICE 2007b, NICE 2010)

Las recomendaciones recogidas en las GPC deberían basarse en los resultados recogidos en la literatura científica, siguiendo una metodología rigurosa al fin de definir las preguntas clínicas más relevantes y haciendo una síntesis crítica de la literatura para formular sus recomendaciones a partir de metodologías explícitas (Grupo de trabajo sobre GPC 2007). Para atender a esta necesidad de acceso a conocimiento riguroso y actualizado, se ponen de manifiesto dos aspectos que pueden suponer una amenaza para la fiabilidad y la aplicabilidad de las GPC: la necesidad de conocer su calidad, y el grado en que sus recomendaciones están fundamentadas en evidencias científicas exhaustivas y actuales. Por un lado, la necesidad de evaluar de manera formal la calidad de las recomendaciones llevó al grupo internacional de trabajo Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation Collaboration a validar el instrumento AGREE para la evaluación de la calidad metodológica de las GPC, instrumento aceptado internacionalmente y recientemente actualizado (AGREE Collaboration 2003, Brouwers 2010). No obstante, en una revisión sistemática reciente de estudios que habían evaluado la calidad de las GPC en diferentes campos, no se identificó ningún estudio en el campo de las drogadicciones (Alonso-Coello 2010), por lo que es necesario evaluar con una metodología rigurosa y estandarizada cuál es el estado de la cuestión en este campo. Por otro lado, si bien es necesario que las recomendaciones de las GPC se sustenten en información fiable, consistente, y actualizada (Grupo de trabajo sobre GPC 2007), esta situación está limitada en algunos campos (Turner 2008, Quaglio 2010), entre los cuales el de las drogodependencias no es una excepción.

Por todas estas razones, y teniendo en cuenta el enorme beneficio que puede desprenderse para los resultados en los pacientes de aplicar en la práctica clínica aquellas intervenciones y programas sanitarios que han demostrado su beneficio, parece fundamental analizar las características y la calidad de los principales herramientas disponibles para implementar los resultados de la literatura científica en la práctica clínica: las guías de práctica clínica y las revisiones sistemáticas.

## OBJETIVOS

Evaluar: i) la validez de las recomendaciones sobre la prevención del consumo intensivo de alcohol y la atención a la población adolescente y juvenil que abusa del alcohol, a partir de conocer la calidad de las guías de práctica clínica, y ii) grado de sustento de estas recomendaciones en la evidencia científica, a partir de una revisión global de revisiones (*overview*) sobre las intervenciones que han mostrado un beneficio en este campo.

## METODOLOGÍA

### A.1. Criterios de selección, identificación y elegibilidad de las GPC

Se evaluaron las guías de práctica clínica (GPC) que: i) tuvieran como objetivo formular recomendaciones sobre la prevención y atención del consumo abusivo de alcohol, ii) incluyeran recomendaciones específicas dirigidas a la atención de los jóvenes y adolescentes, iii) realizaron una búsqueda de literatura científica exhaustiva (en al menos dos bases de datos y, en caso de hacerlo sólo en una, describan el procedimiento para llevarla a cabo, en forma de listado de términos de búsqueda o de sus posibles limitaciones temporales o por idioma), y iv) describieran un sistema formal para la clasificación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de sus recomendaciones.

La identificación de GPC se realizó siguiendo una metodología exhaustiva y estandarizada para la identificación de este tipo de documentos (Grupo de trabajo sobre GPC 2007), a partir de una búsqueda en las siguientes bases de datos: NHS Evidence (enero de 2012), Guidelines.gov, el sitio web de *socidrogalcohol*, y una búsqueda específica en PubMed (todas ellas durante el mes de abril de 2012). El Anexo I recoge las estrategias de búsqueda completas en las diferentes etapas del proyecto de investigación.

### A.2. Evaluación crítica de la calidad de las GPC

La calidad de las GPC se evaluó con el instrumento AGREE en su reciente versión modificada (AGREE Collaboration 2003, Brouwers 2010), dado que es el único instrumento del que se dispone en la actualidad que ha sido validado para tal propósito. El instrumento contiene 23 ítems clasificados en 6 dominios que valoran aspectos metodológicos y formales de la elaboración y presentación de las GPC, sin valorar el contenido clínico de sus recomendaciones (alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor en la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad, e independencia editorial). Cada ítem presenta una afirmación sobre aspectos relacionados con los diferentes dominios sobre los que el evaluador debe calificar su grado de acuerdo en una escala Likert que en la nueva versión del instrumento tiene 7 puntos (1: desacuerdo total a 7: acuerdo total; AGREE Next Steps Consortium 2009). La nueva versión del instrumento ha reformulado el redactado de alguno de los ítems, y ha rediseñado completamente el manual de apoyo al evaluador, proporcionando información clara sobre cómo puntuar cada ítem.

### A.3. Análisis de la evidencia científica en la que se sustentan las recomendaciones de las GPC

Se evaluó si existía una coherencia entre los estudios que generaban la síntesis de la evidencia científica en las guías de práctica clínica a partir del análisis de las referencias de

estos documentos, centrando el análisis en las revisiones sistemáticas evaluadas en las diferentes GPC.

### **B.1. Criterios de selección de las revisiones sistemáticas en el *overview***

*Tipo de estudio:* se incluyeron revisiones sistemáticas cuyo objetivo fuera el de evaluar el efecto de cualquier tipo de intervención para la prevención o atención del consumo de riesgo de alcohol en jóvenes o adolescentes. Para que un estudio fuera considerado como una revisión sistemática debía cumplir las siguientes condiciones: i) exponía unos criterios de inclusión o unos objetivos claros en los que se pueda identificar claramente el alcance de la revisión, y ii) realizaba una revisión exhaustiva de la literatura (en al menos dos bases de datos y, en caso de hacerlo sólo en una, describan el procedimiento para llevarla a cabo, en forma de listado de términos de búsqueda o de sus posibles limitaciones temporales o por idioma);

*Tipo de participantes:* las revisiones sistemáticas debían centrarse o incluir un apartado sobre pacientes menores de 18 años.

*Tipo de intervención:* se incluyeron revisiones sistemáticas que evaluaran cualquier tipo de intervención dirigida a la prevención del consumo de alcohol, la prevención de riesgos asociados a un consumo abusivo de alcohol, o la atención de jóvenes con un consumo de riesgo de alcohol.

*Tipo de desenlaces de interés:* las variables de resultado principales de interés para este *overview* fueron: i) abstinencia, ii) reducción de consumo de alcohol, iii) participantes en los estudios que inician el consumo de alcohol, y iv) consumo de otras drogas. Como variables de resultado secundarias se considerarán: i) cantidad de alcohol consumido, ii) reducción de conductas de riesgo, iii) reducción de conductas desadaptativas o problemáticas, iv) fracaso escolar, v) actividad delictiva, y vi) fomento de conocimiento y habilidades (estilos de vida saludables, conocimiento del riesgo asociado al consumo de alcohol, medidas de percepción de riesgo, habilidades sociales).

### **B.2. Identificación de revisiones sistemáticas en el *overview***

Se consultaron las siguientes bases de datos bibliográficas en una búsqueda que se actualizó en marzo de 2012: *The Cochrane Library*, MEDLINE (accedido mediante PubMed), EMBASE, PsycINFO (ambas accedidas mediante Ovid), y la base de datos del proyecto CORK.

En todas las estrategias de búsqueda se aplicaron filtros de búsqueda para un mejor enfoque de cara a la identificación de revisiones sistemáticas. El Anexo I recoge las estrategias de búsqueda completas en las diferentes etapas del proyecto de investigación.

### **B.3. Selección, evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas en el *overview***

Dos investigadores de manera independientes seleccionaron los resultados de la búsqueda de acuerdo con los criterios de inclusión comentados anteriormente. Se solventaron posibles discrepancias por consenso o implicando a un tercer investigador en caso de no llegar a un acuerdo.

Se evaluó la calidad de las revisiones sistemática seleccionadas con el instrumento AMSTAR, que en la actualidad es el único que se ha validado para este propósito (Shea 2007a, Shea 2007b, Shea 2009). Este instrumento se compone de 11 ítems relacionados con aspectos clave del diseño y desarrollo de las revisiones sistemáticas que pueden suponer un riesgo de sesgo si no se ejecutan adecuadamente.



#### **B.4. Extracción de datos de las revisiones sistemáticas y síntesis de los resultados**

Las revisiones sistemáticas seleccionadas se resumieron en tablas descriptivas de sus principales características y resultados, que se han recogido en los Anexos II y III. Se realizó una evaluación de la calidad de la evidencia global siguiendo las directrices del grupo internacional de trabajo *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)* (Guyatt 2008).

Para cada grupo de intervenciones identificadas se ofrece el resumen de los principales resultados de las revisiones sistemáticas evaluadas para los diferentes desenlaces de interés. Finalmente se realiza una discusión sobre el número de revisiones sistemáticas evaluadas que han sido consideradas en las diferentes guías de práctica clínica evaluadas.



## RESULTADOS

### Resultados de la búsqueda y la elegibilidad de las revisiones sistemáticas

La búsqueda en las diferentes bases de datos recuperó un total de 851 documentos, de los que se excluyeron 750 por ser referencias duplicadas (351) o a partir de la lectura del título y resumen ya que no tenían ninguna relación con el alcance del *overview* (399). Se valoró detalladamente el texto completo de 101 documentos para decidir su inclusión final en el *overview*.

De estos documentos se excluyeron 69 por las siguientes razones: 38 estudios no cumplían los criterios de inclusión (Anderson 2009, Baliunas 2010, Ballesteros 2004, Bergen 2007, Berner 2007, Bertholet 2005, Birckmayer 1999, Blicharz-Wladysiuk 2006, Boden 2011, Boekeloo 2007, Borsari 2003, Borsari 2009, Brener 2003, Bukstein 2004, Burns 2010, Calabria 2011, Charach 2011, Clark 2004, Colby 2004, Colucci 2007, Cook 2005, Crome 2005, Cuarati-Burgio 2001, de Paiva 2009, Esposito-Smythers 2004, Foxcroft 1999, Galaif 2007, Gottfredson 2003, Kaner , McCambridge 2011, Newton 2001, Purshouse 2010, Roozen 2010, Saitz 2010, Stolle 2009, White 1998, Wilcox 2004, Wood 2006), 13 revisiones se consideraron narrativas por no cumplir los requisitos metodológicos de una revisión sistemática (Black 1998, Brown 2007, Bruvold 1990, Chun 2012, Elmquist 1995, Liddle 2004, Lilja 2003, Macgowan 2010, Thatcher 2006, Vendrame 2011, Wagner 2004, West 2004, Zisseron 2007), 12 revisiones eran obsoletas o su alcance quedaba cubierto por otras revisiones más actuales (Barnett 2005, Elder 2004, Faggiano 2008, Ferri 2004, Foxcroft 2002, Foxcroft 2003, Foxcroft 1997, Minozzi 1997, Poikolainen 1999, Rundall 1988, Soole 2008, Tobler 1997), 3 estaban publicadas en idiomas para los que no se ha podido conseguir una traducción (Haug 2012, Korczak 2011, von Sydow 2010), y finalmente 3 artículos eran comentarios editoriales a otros estudios (Bernstein 2005, Scholten 2010, Walling 2010). Los motivos de exclusión y los objetivos de los estudios excluidos se detallan en el Anexo IV.

Este proceso resultó en la inclusión de 32 revisiones sistemáticas en este *overview*, 13 sobre intervenciones dirigidas a prevenir el consumo intensivo de alcohol y 19 sobre intervenciones dirigidas a abordar el abuso de alcohol. Las características de estos estudios se ha detallado en los Anexos II y III, y sus resultados se resumirán en el apartado de 'Efecto de las intervenciones'. En resumen, en el apartado de prevención del consumo intensivo de alcohol se han incluido 7 revisiones sistemáticas sobre intervenciones escolares (White 1998, Faggiano 2005, Fernández 2002, Foxcroft 2011 a, Foxcroft 2011 b, Lemstra 2010, Thomas 2011), 2 sobre intervenciones familiares (Foxcroft 2011 c, Petrie 2007), 3 sobre intervenciones en medios de comunicación (Anderson 2010, Nuñez-Smith 2010, Smith 2009), y una con un enfoque general (Jackson 2012). En el apartado del abordaje del abuso de alcohol, se han incluido 11 revisiones que evaluaban diferentes intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol entre los jóvenes y adolescentes a partir de cambios en el comportamiento (Carey 2010, Grenard 2006, Jensen 2011, Jepson 2010, Khadjesari 2010, Riper 2009, Rooke 2010, Scott-Sheldon 2009 - Carey 2007, Tait 2003, Tait 2010, White 2010), 3 sobre intervenciones en centros educativos (Elder 2005, Fletcher 2008, Moreira 2009), 2 sobre intervenciones familiares (Ryan 2010, Smit 2008), 2 sobre intervenciones sobre políticas sanitarias (Bryden 2012, Elder 2010), y una con un enfoque general (Tripodi 2010).

### Riesgo de sesgo de las RS incluidas

Para que las RS cumplan su función de síntesis crítica de la evidencia disponible a partir de las cuales tomar decisiones bien fundamentadas es imprescindible que cumplan con una serie de

requisitos metodológicos en su diseño. En este sentido el instrumento AMSTAR es el único instrumento que se ha validado hasta el momento para valorar las fuentes de sesgo de una RS (Shea 2009). La utilidad del instrumento radica en el hecho que plantea 11 preguntas sencillas sobre los aspectos más relevantes del diseño de una RS, a saber: existencia de un protocolo de revisión (ítem 1), selección y extracción de datos de los estudios de manera independiente (ítem 2), búsqueda exhaustiva de la literatura (ítems 3 y 4), descripción detallada de los estudios evaluados (ítems 5 y 6), evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos (ítems 7 y 8), adecuación de los análisis estadísticos (ítems 9 y 10), y declaración de conflictos de interés (ítem 11). La evaluación detallada del riesgo de sesgo se ha incluido en las tablas de los Anexos II y III, en los que se han marcado en color rojo aquellas revisiones con las limitaciones más importantes.

Solamente un tercio de las RS incluidas en el overview se puede considerar que están libres de sesgo (Faggiano 2005, Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b, Foxcroft 2011c, Khadjesari 2010, Moreira 2009, Rooke 2010, Thomas 2011, Tripodi 2010, White 1998). En el resto de RS valoradas se han detectado múltiples limitaciones de diversa consideración. Entra las limitaciones más leves se han valorado RS en la que no se realizó una selección de los estudios y una extracción de datos independiente, o no describieron de manera adecuada los estudios excluidos de la revisión (Anderson 2010, Bryden 2012, Elder 2005, Elder 2010, Fernández 2002, Fletcher 2008, Grenard 2006, Jepson 2010, Nuñez-Smith 2010, Petrie 2007, Riper 2009, Ryan 2010, Scott-Sheldon 2009 – Carey 2007, Smit 2008, Smith 2009, Tait 2003, Tait 2010, Tripodi 2010).

Es más preocupante, sin embargo, el alto número de RS valoradas con limitaciones en su búsqueda bibliográfica, o que no evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios incluidos. Estos dos aspectos esenciales en el desarrollo de una RS, el primero porque debe asegurar la identificación de los estudios relevantes para cumplir con los objetivos de la RS, y el segundo por la relevancia que tiene la consideración de las posibles limitaciones de los estudios incluidos en una RS y su impacto en sus propios resultados. En este sentido, hasta 12 RS limitaron su búsqueda a estudios publicados en inglés (Carey 2010, Elder 2005, Elder 2010, Grenard 2006, Jackson 2012, Jensen 2011, Jepson 2010, Lemstra 2010, Nuñez-Smith 2010, Ryan 2010, Tait 2010, White 2010), o limitaron el enfoque de identificación de los estudios en otros aspectos (Fernández 2002, Jensen 2011, Jepson 2010, Lemstra 2010, Ryan 2010, Tait 2010, White 2010). Por otro lado, 10 RS no evaluaron el riesgo de sesgo de los estudios que incluían (Anderson 2010, Fernández 2002, Grenard 2006, Jensen 2011, Lemstra 2010, Ryan 2010, Scott-Sheldon 2009, Tait 2003, Tait 2010, White 2010), lo que puede poner en compromiso la confianza en los resultados de estas revisiones.

## Efecto de las intervenciones

### Intervenciones dirigidas a prevenir el consumo intensivo de alcohol

#### Intervenciones escolares

Se han valorado 7 RS que evaluaban diferentes estrategias de prevención del consumo de alcohol dirigidas a centros escolares o educativos (White 1998, Faggiano 2005, Fernández 2002, Foxcroft 2011 a, Foxcroft 2011 b, Lemstra 2010, Thomas 2011). Todas estas revisiones tenían un objetivo común, en algún caso poniendo el foco en programas psico-educativos para favorecer el conocimiento de las drogas en general o la promoción de las habilidades sociales (Faggiano 2005, Fernández 2002, Lemstra 2010, White 1998).

Thomas 2011 evaluó programas de tutoría (*mentoring*) con el objetivo de disuadir el consumo de alcohol entre los jóvenes. Estos programas consistían en situaciones en las que se establecía una relación de apoyo, guía o asistencia con una persona, basada en la experiencia compartida, sin que exista la posibilidad de provecho o lucro por parte del mentor. La revisión incluyó 4 ECA realizados en los EEUU con un total de 1194 jóvenes entre los 9 y 16 años con limitaciones metodológicas teniendo en cuenta las dudas sobre la aleatorización en los estudios y la imposibilidad de realizar un cegamiento adecuado en este campo. El análisis conjunto de los resultados de 3 ECA mostraron que los programas de tutoría contribuían a prevenir el consumo de alcohol. Un análisis combinado de los resultados de dos de los ECA incluidos en la RS mostró una reducción del consumo cuando se compararon estos programas de tutoría con un grupo que no recibía ninguna intervención (RR 0.71; IC 95% 0.57 a 0.90). Los resultados sobre el consumo de drogas fueron más inconsistentes ya que solamente uno de los ECA mostró un resultado favorable a los programas de tutoría. Dos ECA mostraron que los programas de tutoría redujeron la tasa de iniciación del consumo de alcohol, y uno del uso de drogas. El beneficio mostrado por estas intervenciones se vio limitado por las bajas tasas observadas durante el período de intervención en los ensayos.

Foxcroft 2011 a evaluó programas de prevención universal (no dirigidos a ningún grupo específico) de carácter psicosocial (dirigidas a promover habilidades sociales o psicológicas) o educativo (dirigidas a sensibilizar sobre los riesgos del consumo y abuso del alcohol) en centros escolares. La revisión incluyó 53 ECA, la mayoría con limitaciones metodológicas y muy heterogéneos entre sí. Seis de los 11 ensayos que evaluaron intervenciones específicas para prevenir el consumo de alcohol mostraron beneficios moderados al compararlos con los planes de estudios estándar. En 14 de los ensayos incluidos que evaluaron las intervenciones genéricas, las intervenciones de prevención universal en centros educativos mostraron reducciones significativamente mayores en el consumo de alcohol. Los resultados de los estudios mostraron que el efecto de las intervenciones se modificaban dependiendo del sexo de los participantes en los estudios, el hecho de que consumieran alcohol previamente o su condición social. No obstante, los resultados de los estudios evaluados no permitieron identificar un patrón en las características que permitan distinguir las intervenciones con resultados positivos de las que no tienen efectos. Los beneficios más comúnmente observados en todos los programas evaluados se relacionaron con la embriaguez y el consumo intensivo de alcohol. Los resultados de la literatura científica disponibles actualmente sugieren que ciertos programas genéricos de prevención psicosociales y psicoeducativos pueden ser eficaces y podrían implantarse. Algunos de los programas que han mostrado un mayor beneficio han sido los *Life Skills Training Program*, *Unplugged program*, y *Good Behaviour Game*. Sin embargo, dada la variabilidad en el efecto observado entre los estudios y entre los subgrupos de participantes evaluados, sería recomendable que se preste especial atención al

contenido del programa y el contexto en el que se implantan dichos programas, idealmente a través de la realización de estudios de evaluación siempre que se desee implantar algún programa en un contexto local.

Por otro lado, Foxcroft 2011 b evaluó programas de prevención multi-componente (que se dirigían a promover la prevención en varios ámbitos, como la escuela y los hogares). Como en Foxcroft 2011 a, las intervenciones tenían tanto un carácter psicosocial (dirigidas a promover habilidades sociales o psicológicas) como educativo (dirigidas a sensibilizar sobre los riesgos del consumo y abuso del alcohol). La revisión incluyó 20 ECA con las mismas limitaciones metodológicas que se habían identificado en Foxcroft 2011 a. La mayoría de los estudios incluidos (12 de 20) mostraron un beneficio de estas intervenciones en la prevención del consumo de alcohol con un efecto que se podía observar tanto a corto como a largo plazo (entre 3 meses y 3 años). La variabilidad de los resultados observados, y de las características de los programas de prevención evaluados, hace que sea recomendable, como se ha apuntado, al contenido de estos programas y el contexto en el que se implantan, siendo necesaria la evaluación controlada del resultado de su implantación en un contexto local.

### **Intervenciones familiares**

Se han valorado 2 RS que evaluaban diferentes estrategias de prevención del consumo de alcohol centradas en la familia (Foxcroft 2011 c, Petrie 2007).

Foxcroft 2011 c evaluó programas de prevención de consumo de alcohol familiares de carácter psicosocial (dirigidas a promover habilidades sociales o psicológicas a través de la socialización o influencia parental) o educativo (dirigidas a sensibilizar a los padres sobre los riesgos del consumo y abuso del alcohol y así influir en el comportamiento de los hijos). La RS incluyó 12 ECA con limitaciones metodológicas y la variabilidad de las intervenciones evaluadas no permitió realizar un análisis conjunto de los resultados de estos estudios. La gran mayoría de los estudios incluidos (9 de 12) mostraron un beneficio de las intervenciones evaluadas para reducir el consumo intensivo de alcohol mantenido a medio y largo plazo. En cuatro de estos estudios la intervención iba dirigida específicamente a chicas jóvenes. A pesar que el efecto de estas intervenciones fue moderado, los resultados entre los estudios mostraron una fuerte consistencia.

Petrie 2007 evaluó programas de prevención dirigidos a padres (parentales) de carácter psicosocial o educativo, con posibilidad de ser multi-componentes (desarrollados en diversos ámbitos) dirigidos al consumo de drogas en general. La revisión incluyó 20 estudios, de entre los cuales se observó una reducción del alcohol estadísticamente significativa en 6 ECA. Los estudios centrados en alumnos de primaria mostraron resultados muy dispares, e incluso en un estudio la misma intervención mostró una reducción del consumo de alcohol si los participantes no consumían alcohol al inicio del estudio, pero se incrementó entre aquellos pacientes que ya consumían alcohol al iniciar su participación en el estudio. En cambio todos los estudios en los que se evaluaba la intervención en la transición de la educación primaria a la secundaria mostraron resultados favorables a la reducción del consumo de alcohol. La mayoría de estudios en adolescentes adultos también mostraron una reducción del consumo intensivo de alcohol. Por tanto, los programas parentales pueden ser eficaces para reducir o evitar el consumo de drogas. Los que aportan un mayor beneficio parecen ser aquellos que combinan un énfasis en la participación activa de los padres y promueven el desarrollo de habilidades de competencia social, la autorregulación y la educación de los hijos.

## **Intervenciones en medios de comunicación**

Se han valorado 3 RS que evaluaban el impacto de la promoción del alcohol en los medios de comunicación sobre el consumo de alcohol entre los jóvenes y adolescentes, ya sea con un enfoque general para todas las drogas (Nuñez-Smith 2010), o más específicamente el impacto de las campañas publicitarias sobre el alcohol (Anderson 2010, Smith 2009).

Nuñez-Smith 2010 evaluó la promoción del alcohol en medios de comunicación en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de jóvenes y adolescentes. La mayoría de los 42 estudios incluidos (9 centrados en el consumo de alcohol) en esta revisión mostraron como los medios de comunicación se asocian con un mayor riesgo de inicio del tabaquismo, del uso de drogas de abuso y el consumo intensivo de alcohol. La gran mayoría de estudios mostraron una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de y la cantidad de exposición a los medios y los resultados negativos. La asociación de los resultados observados en estos estudios observacionales fue mucho mayor para el tabaco que para el alcohol u otras drogas de abuso.

Anderson 2010 evaluó la promoción del alcohol en medios de comunicación mediante anuncios en el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes, a partir de 13 estudios longitudinales que incluyeron datos de hasta 38000 jóvenes a los que se siguió entre medio año y 8 años. Siete estudios proporcionaron datos sobre el inicio del consumo de alcohol entre jóvenes que no consumían alcohol, tres estudios sobre el mantenimiento y la frecuencia de consumo de alcohol entre jóvenes que ya consumían alcohol al inicio del estudio, y siete estudios sobre participantes combinados. Doce de los trece estudios mostraron una fuerte asociación entre la exposición a los anuncios sobre el consumo de alcohol posterior, incluida la iniciación del consumo de alcohol y el consumo intensivo de alcohol entre los jóvenes que ya bebían, con una relación dosis-respuesta en todos los estudios.

La revisión de Smith 2009, tuvo unos objetivos similares al evaluar el impacto de la promoción del alcohol mediante campañas publicitarias y anuncios en el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes. Esta RS incluyó 7 estudios de cohorte con 13000 participantes de entre 10 y 26 años. Como en Anderson 2010, los resultados de los estudios valorados mostraron que los jóvenes no bebedores al iniciar los estudios eran significativamente más propensos a convertirse en un consumidor intensivo de alcohol en el seguimiento cuanto mayor era la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas. En estudios que incluyeron tanto a bebedores y no bebedores, el aumento de la exposición al inicio del estudio conllevaba a un incremento significativo del consumo de alcohol durante el seguimiento. Los estudios no permitieron evaluar el impacto de diferentes factores confusores y de riesgo como el contacto con otros consumidores de alcohol, o las actitudes parentales.

## **Revisiones con un enfoque general**

Se evaluó una RS sobre intervenciones preventivas en general del consumo intensivo de alcohol entre los jóvenes y adolescentes (Jackson 2012). La revisión se centró en evaluar intervenciones dirigidas a reducir las conductas de riesgo (consumo de drogas (alcohol, tabaco y drogas ilegales) y conductas sexuales) y en adolescentes y jóvenes. Los programas valorados tenían una perspectiva de prevención universal (no dirigidos a ningún grupo específico) y una duración mínima de 6 meses. La RS incluyó 18 estudios experimentales de una calidad adecuada, aunque las diferencias entre los estudios no permitieron combinar los resultados de los estudios originales. Los autores destacaron el beneficio de los programas con un enfoque multicomponente (combinando intervenciones individuales con otras que

implicaban compañeros, familiares, escolares o en la comunidad) podían contribuir como un factor protector al consumo de alcohol. Los programas que abordaron una sola intervención fueron generalmente menos eficaces que las multicomponente. La intervención en los años escolares y al inicio del bachillerato puede tener un impacto en las conductas de riesgo posteriores, pero se necesita más investigación para determinar la eficacia de este enfoque.

## **Intervenciones dirigidas a abordar el abuso de alcohol**

### **Intervenciones dirigidas a modificar el comportamiento**

Se han valorado 11 RS que evaluaban diferentes intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol entre los jóvenes y adolescentes a partir de cambios en el comportamiento (Grenard 2006, Jensen 2011, Jepsen 2010, Riper 2009, Scott-Sheldon 2009 - Carey 2007, Tait 2003), intervenciones que en ocasiones se implantaban aprovechando las posibilidades ofrecidas por las tecnologías de la información y comunicación (Carey 2010, Khadjesari 2010, Rooke 2010, Tait 2010, White 2010).

Los resultados de algunas de estas RS no se comentan en este apartado puesto a que se detectaron importantes limitaciones metodológicas tras un análisis detallado de su metodología, principalmente debido a habían realizado una búsqueda con importantes restricciones y no evaluaba el riesgo de sesgo de los estudios que incluía (siendo los dos aspectos metodológicos que pueden sesgar los resultados de una RS; el análisis de la calidad de estas revisiones está detallado en los Anexos II y III). A continuación se resumen los objetivos de estas RS para los que no se detallan sus resultados.

Grenard 2006 y Jensen 2011 evaluaron la eficacia de la entrevista motivacional para modificar la conducta en adolescentes y jóvenes con un problema de abuso de sustancias. Jepsen 2010 evaluó de manera general la eficacia de intervenciones conductuales dirigidas a reducir conductas poco saludables o a promocionar otras saludables como la promoción de comida sana o el ejercicio físico, la reducción del tabaquismo, el consumo de alcohol, el consumo de drogas, y las conductas sexuales de riesgo. Pese a que la RS de Rooke 2010 no tuvo limitaciones metodológicas importantes, sus resultados estaban cubiertos por el resto de RS comentadas a continuación. En esta revisión, se evaluó la eficacia de intervenciones computarizadas para reducir el consumo de alcohol y tabaco. Por otro lado no se consideraron los resultados de Khadjesari 2010 ya que evaluó la eficacia de intervenciones computarizadas para reducir el consumo de alcohol en población adulta. Se incluyeron 24 ECA sobre intervenciones conductuales, en el sentido que estuvieran dirigidas a conseguir un cambio positivo en el consumo de alcohol, que se presentaran en un soporte electrónico, informatizado o multimedia. Las intervenciones debían ser independientes (no guiadas) y ejecutables desde un ordenador.

En cuanto al resto de RS valoradas, se evaluaron una amplia serie de intervenciones dirigidas a modificar el comportamiento. Riper 2009 evaluó la eficacia de intervenciones breves individuales de feedback para reducir el consumo de alcohol. En estas intervenciones el propio paciente modifica su propia conducta a partir de información del propio sujeto (diarios de consumo, análisis de concentración de alcohol en sangre, etc). La intervención no debía estar incluida en ningún programa terapéutico y debía ser breve (no superior a los 15 minutos). El análisis combinado de los datos de 14 ECA mostró como este tipo de intervenciones podía reducir el consumo de alcohol de manera moderada, reflejado por un tamaño del efecto de  $d = 0.22$  (IC 95% 0.16 a 0.29), sin observar una heterogeneidad relevante entre los estudios. Los autores comentan el papel que puede tenerlas tecnologías de la información y la comunicación



en la implantación de este tipo de intervenciones, pero destacan el impacto de la intervención a largo plazo como el principal aspecto a evaluar en un futuro.

Se valoró una RS publicada en dos artículos científicos (Scott-Sheldon 2009 – Carey 2007) sobre la eficacia de las intervenciones individuales de carácter conductual o psico-educativas dirigidas a reducir el consumo de alcohol en universitarios. La revisión tuvo un ambicioso alcance, incluyendo información sobre 62 ECA y 14000 participantes, en los que se evaluaron un amplio espectro de intervenciones individuales todas con un enfoque cognitivo-conductual. El análisis combinado de los resultados de dichos estudios mostró que los participantes en las intervenciones dirigidas a la reducción de riesgos consumieron mucho menos en relación con sus controles, y redujeron de manera significativa los problemas relacionados con el alcohol. Las intervenciones que mostraron un mayor beneficio fueron aquellas con un enfoque individual y personalizado, presencial, además de la entrevista motivacional. Por otro lado, las intervenciones normativas son las que consiguen un mejor resultado en los jóvenes que abusan del alcohol. El análisis combinado de los resultados de los estudios mostraron una reducción significativa de la cantidad de alcohol consumido ( $d = 0.19$ ; IC 95% 0.07 a 0.32), y la frecuencia en la que se produce un consumo intensivo de alcohol ( $d=0.17$ ; IC 95% 0.03 a 0.31), aunque con un tamaño del efecto moderado (Carey 2007). Por otro lado, también se observó un cambio relevante, en el conocimiento de los jóvenes sobre los riesgos asociados al consumo intensivo de alcohol, así como a las actitudes ante la bebida (Scott-Sheldon 2009).

Tait 2003 evaluó la eficacia de las intervenciones breves para reducir el consumo de drogas en general en adolescentes. En la RS se incluyeron intervenciones breves con un máximo de 4 sesiones (con posibilidad de incluir materiales de apoyo como manuales, folletos, videos y otros materiales educativos). Se incluyeron ensayos sobre entrevista motivacional e intervenciones breves de detección y/o intervención en estudiantes universitarios, pero en cambio se excluyeron estudios basados en intervenciones sobre la organización de centros escolares. La revisión incluyó 11 ECA, la mayoría sobre la entrevista motivacional (8 ECA) mientras que el resto estaban dirigidos a intervenciones dirigidas a sensibilizar sobre los riesgos del consumo y abuso del alcohol. Los resultados combinados de 8 de los ECA incluidos mostraron una reducción significativa aunque moderada de estas intervenciones ( $d = 0.27$ ).

Carey 2010 evaluó la eficacia de intervenciones computarizadas para reducir el consumo de alcohol en población universitaria. Las intervenciones evaluadas en los 35 ensayos clínicos incluidos en esta revisión estaban dirigidas a conseguir un cambio positivo en el consumo de alcohol, que se presentaran en un soporte electrónico, informatizado o multimedia. Los autores de la RS destacaron que estas intervenciones reducen la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios, con un beneficio por lo general equivalente a otras intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol. Las intervenciones computarizadas reducen la cantidad y la frecuencia de consumo cuando se les compara con controles no activos, pero rara vez difieren cuando se las compara con otras intervenciones activas. El tamaño del efecto de estas intervenciones a las 6 semanas referente a la cantidad de alcohol consumida fue significativo pero claramente limitado ( $d = 0.15$ ; IC 95% 0.05 a 0.25), resultado que también se observó para los desenlaces de frecuencia de días en los que se consume alcohol ( $d = 0.16$ ; IC 95% 0.03 a 0.29), y problemas relacionados con el alcohol ( $d = 0.16$ ; IC 95% 0.06 a 0.25). Como se ha comentado, el efecto perdía la significación estadística cuando las intervenciones de interés se compararon con otras intervenciones activas.

Tait 2010 evaluó 14 ECA en los que se probó el efecto de intervenciones a las que se debía acceder vía Internet en el abordaje de jóvenes con un problema de consumo de alcohol. El beneficio de estas intervenciones fue muy moderado para los principales desenlaces de interés ( $d = 0.22$ ), reduciendo la cantidad de alcohol consumida de manera marginal ( $d = 0.12$ ), la frecuencia en la que se producía un consumo intensivo de alcohol ( $d = 0.35$ ), o los problemas

relacionados con el consumo de alcohol ( $d = 0.57$ ). Además el beneficio desapareció entre los jóvenes que no consumían alcohol al inicio de los estudios ( $d = -0.001$ ).

White 2010, también evaluó intervenciones a las que se debía acceder por Internet dirigidas a reducir el consumo de alcohol pero a diferencia de Tait 2010 se evaluó población en general. Los 17 ECA de esta RS se centraron en la mayoría de los casos en población universitaria (12 de 17) y en participantes con un consumo de riesgo o intensivo de alcohol (11 de 17). Los resultados de 5 ECA permitieron mostrar como estas intervenciones tenían un impacto en la reducción de unidades de alcohol consumidas, con tamaños del efecto muy variables ( $d$  medio = 0.42, rango  $d = 0.02$  a  $d = 0.81$ ). A pesar del moderado beneficio de estas intervenciones, los autores destacaron que podían aportar un valor añadido para los grupos con menos probabilidades de acceder a la red sanitaria tradicional y los servicios de adicciones y toxicomanías.

### **Intervenciones en centros educativos**

Se han valorado 3 RS sobre diferentes estrategias basadas en centros educativos y universitarios para reducir el consumo abusivo de alcohol (Fletcher 2008, Moreira 2009), o prevenir alguna consecuencia negativa de su abuso como la conducción de riesgo (Elder 2005).

Fletcher 2008 evaluó la eficacia de intervenciones escolares en el consumo de drogas y los factores que pueden contribuir en mayor medida a su impacto. El análisis de los resultados de 4 ECA y 18 estudios longitudinales permitió identificar que los cambios en el entorno social de la escuela que favorecen la participación de los estudiantes, mejoran las relaciones y promueven un espíritu positivo en la escuela pueden estar asociados con la reducción del consumo de drogas. Del mismo modo los estudios han mostrado que la ausencia de la relación entre docente y estudiantes se asocian con el consumo de drogas y otras conductas de salud de riesgo.

Moreira 2009 evaluó la eficacia de intervenciones basadas en la información sobre normativas en el consumo inadecuado de alcohol en estudiantes universitarios. Los resultados de 22 ECA mostraron que las intervenciones de este tipo basadas en un feedback mediante un sitio web u otros soportes informáticos redujeron el consumo y los problemas relacionados con el alcohol (DM -0.31; IC 95% -0.59 a -0.02). Sin embargo esta intervención no mostró resultados relevantes cuando se administró por correo, de manera individual o grupal. Por otro lado, la distribución de normativas en forma de feedback por un canal electrónico se asoció a la frecuencia de consumo de alcohol y la cantidad de alcohol consumido (DM -0.38; IC 95% -0.63 a -0.13), resultados que también se observaron cuando se implantó esta intervención de manera individual (DM -0.39; IC 95% -0.66 a -0.12). El consumo intensivo de alcohol se redujo con las intervenciones basadas en la información sobre normativas, cuando estas se difundieron de manera electrónica (DM -0.47; IC 95% -0.92 a -0.03), individual (DM -0.25; IC 95% -0.49 a -0.02), o grupal (DM -0.38; IC 95% -0.62 a -0.14). La divulgación de normas mediante un entorno web o informático y de manera individual son las que tienen un mayor impacto sobre la reducción del consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios, aunque el sistema de difusión mediante web muestra los mejores resultados y de manera más consistente (principalmente a corto plazo), además de ser menos costoso.

Elder 2005 evaluó la eficacia de intervenciones en centros educativos para reducir la conducción de riesgo derivada de este consumo, a partir del análisis de los resultados de 9 ECA y estudios observacionales controlados. Estos estudios evaluaron programas escolares

de formación, organizaciones sociales y de pares, campañas sobre normativas. Los únicos programas que mostraron un beneficio fueron los programas de formación con un tamaño del efecto obtenido de 5 estudios marginal  $d = 0.10$  (rango de 0.04 a 0.22). Estos programas mostraron un beneficio igualmente marginal en la reducción de las conductas de riesgo como el evitar circular con un conductor ebrio ( $d = 0.18$ ; IC 95% 0.10 a 0.72).

## **Intervenciones familiares**

Se han valorado 2 RS que evaluaban diferentes estrategias para reducir el consumo abusivo de alcohol centradas en la familia (Ryan 2010, Smit 2008).

Ryan 2010 incluyó 77 estudios longitudinales que evaluaran el impacto de las siguientes estrategias parentales (variables modificables por los miembros de la familia) en el consumo de alcohol: observación del consumo de alcohol en los padres, facilitación del acceso al alcohol, comunicación e información sobre el alcohol, disciplina y normas sobre el consumo de alcohol, calidad de la relación entre padres e hijos, apoyo parental y participación en la vida de los adolescentes. Las variables que tuvieron una mayor asociación con la demora en el inicio del consumo de alcohol fueron: patrones parentales, limitación de la disponibilidad de alcohol, seguimiento parental, calidad de la relación parental, implicación parental en la educación, y comunicación. Las variables relacionadas con una reducción del consumo del alcohol fueron: patrones parentales, limitación de la disponibilidad de alcohol, la desaprobación del consumo de alcohol, la disciplina, seguimiento parental, calidad de la relación parental, el apoyo parental y la comunicación.

Smit 2008 evaluó la eficacia de programas de intervención familiares en el consumo de alcohol en los adolescentes, a partir de los resultados de 9 ECA que evaluaron una amplia serie de intervenciones centradas en la familia en forma de programas diseñados específicamente para tal efecto (Children and Parent Relations, Dartmouth prevention Project, Iowa's Strengthening Families Program, o Start Taking Alcohol Risks Seriously) o en intervenciones psico-educativas con apoyo multimedia. El análisis combinado de los resultados de los ECA mostró que los programas tenían un beneficio pequeño pero consistente en la demora del inicio del consumo de alcohol (OR 0.71; IC 95% 0.54 a 0.94) y la frecuencia del consumo ( $d = -0.25$ ; IC 95%  $-0.37$  a  $-0.12$ ), mantenida a largo plazo (4 años) (OR 0.53; IC 95% 0.38 a 0.75), pese a la considerable heterogeneidad de estos resultados.

## **Intervenciones sobre políticas sanitarias**

Dos RS han centrado su interés en aspectos de salud pública y preventiva sobre el consumo de alcohol entre los jóvenes ya sea en términos de la disponibilidad y acceso al alcohol (Bryden 2012), o el impacto sobre las tasas y el precio de las bebidas alcohólicas (Elder 2010).

Bryden 2012 evaluó la disponibilidad y la promoción del alcohol en el consumo de alcohol de la población, a partir de los resultados de 26 estudios transversales y longitudinales. Estos estudios evaluaban la disponibilidad de alcohol (tiendas, bares, distancia a locales, disponibilidad de los vendedores a vender alcohol a los menores, porcentaje de adolescentes que habían comprado alcohol en comercios y políticas locales de licencia como horarios de venta) o la promoción del alcohol en diferentes medios (anuncios de comercios, medidas de prevención primaria como carteles divulgativos). A pesar de que los resultados no fueron consistentes entre los estudios, indicaron que una mayor exposición a la promoción del alcohol

en la comunidad está asociada con un aumento en el consumo de alcohol, especialmente entre los adolescentes.

Elder 2010 evaluó la eficacia de las políticas de tasas sobre el alcohol para reducir el consumo excesivo de alcohol y sus riesgos derivados. La mayoría de los 78 estudios incluidos en la revisión mostraron que existe una relación inversa entre la tasa o el precio del alcohol y los índices de consumo excesivo de alcohol o relacionados con otros resultados de salud. Entre los estudios en poblaciones menores de edad, la mayoría encontró que el aumento de impuestos también se asoció significativamente con un menor consumo y los daños asociados al consumo de alcohol. Por tanto aumentar los impuestos sobre el consumo de alcohol es una estrategia efectiva para reducir el consumo excesivo de alcohol y los daños que se derivan de este consumo.

### **Revisiones con un enfoque general**

Se evaluó una RS sobre la eficacia de intervenciones dirigidas a reducir el uso de alcohol en adolescentes con un enfoque general (Tripodi 2010). Los 16 ECA incluidos en la revisión evaluaron primordialmente intervenciones conductuales o psicoeducativas. Pese a que la revisión analiza los resultados de los estudios de una manera excesivamente global, mostró que los resultados combinados de los estudios sugerían que en términos generales estas intervenciones reducen significativamente el consumo de alcohol ( $d = -0.61$ ; IC 95%  $-0.83$  a  $-0.40$ ). El tamaño del efecto fue mayor para los tratamientos individuales ( $d = -0.75$ ; IC 95%  $-1.05$  a  $-0.40$ ) al compararlos con las intervenciones familiares ( $d = -0.46$ ; IC 95%  $-0.66$  a  $-0.26$ ). Las intervenciones dirigidas a modificar el comportamiento también mostraron mayores beneficios.

## **Resultados de la búsqueda y elegibilidad de las guías de práctica clínica**

La búsqueda de guías de práctica clínica resultó en la recuperación de 314 documentos (62 en NHS evidence, 225 en el Guidelines Clearinghouse de la AHRQ, 1 en Socidrogalcohol, y 26 en MEDLINE). Se excluyeron 299 documentos que no tenían relación con el alcance de este proyecto, llevando a la evaluación detallada de 15 documentos en formato completo.

En el proceso de evaluación detallada de estos documentos se excluyeron 9 informes por excluir a la población adolescente y joven o centrarse en el consumo de alcohol en adultos (British Association for Psychopharmacology 2004, NICE PH24, SIGN 74), no centrarse en el consumo de alcohol (NICE PH12, NICE PH20), no poder ser considerada una guía de práctica clínica (NTSAM 2009, WHO 2010), o ser una guía remplazada por una guía más actual (NICE CG100). Un último documento se excluyó por ser una revisión epidemiológica de la carga de la enfermedad asociada al consumo de la enfermedad en jóvenes (DoH 2009).

Finalmente, se evaluó la calidad de 6 guías de práctica clínica, desarrolladas por Instituciones Gubernamentales (NHMRC 2009, NICE PH7, NICE CG115) o por Sociedades Científicas (AACAP – Bukstein 2005, AAP – Committee on Substance Abuse 2010, SOCIDROGALCOHOL 2007).

## **Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica**

La calidad de las GPC se evaluó mediante el instrumento AGREE al ser el único instrumento del que se dispone en la actualidad que ha sido validado para tal propósito. (AGREE Collaboration 2003, Brouwers 2010). A continuación se muestran las puntuaciones en los 23 ítems clasificados en 6 dominios que valoran aspectos metodológicos y formales de la elaboración y presentación de las GPC, para cada una de las GPC incluidas. La puntuación a las preguntas se realiza mediante una puntuación en una escala de Likert en la que 1 muestra un desacuerdo total con la pregunta y 7 un acuerdo total (AGREE Next Steps Consortium 2009).

## Evaluación en el instrumento AGREE de las guías de práctica clínica evaluadas

	NHMRC	NICE PH7	NICE CG115	AACAP	SDA	AAP
<b>Alcance y Objetivo</b>						
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	7	4	7
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).	7	7	7	7	3	7
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.	7	7	7	7	2	7
<b>Participación</b>						
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.	5	7	7	2	7	5
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista y preferencias de la población diana (pacientes, público, etc.).	4	2	4	1	2	1
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.	7	7	7	6	5	7
<b>Rigor Elaboración</b>						
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.	7	7	7	5	1	1
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.	7	7	7	1	1	1
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.	6	7	7	4	5	3
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.	6	7	7	1	5	1
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, efectos secundarios y riesgos.	5	5	7	3	3	3
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.	5	7	7	4	4	3
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.	5	5	7	2	5	6
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.	3	7	7	1	2	1
<b>Claridad Presentación</b>						
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.	7	6	7	7	6	7
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.	7	6	7	4	4	5
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.	7	6	4	4	6	7
<b>Aplicabilidad</b>						
18. La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación.	5	5	7	1	2	1
19. La guía proporciona herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.	5	5	7	1	2	2
20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos.	5	5	7	1	2	2
21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.	3	5	7	1	2	1
<b>Independencia editorial</b>						
22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.	5	7	7	1	6	5
23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo elaborador de la guía.	5	7	7	1	6	5

Abreviaturas: AACAP American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP – Bukstein 2005) ; AAP American Academy of Pediatrics (AAP – Committee on Substance Abuse 2010); NHMRC National Health and Medical Research Council (NHMRC 2009); NICE National Institute for Health and Clinical Excellence, SDA SOCIDROGALCOHOL (SOCIDROGALCOHOL 2007).

Como se puede observar en los resultados derivados de la evaluación de las guías de práctica clínica evaluadas, el primer aspecto que se deriva es la mayor calidad de las guías elaboradas por Instituciones Gubernamentales que tienen la función de evaluar tecnologías sanitarias y elaborar guías (NHMRC 2009, NICE PH7, NICE CG115) frente a las guías elaboradas por Sociedades Científicas que en ocasiones elaboran documentos más próximos a los posicionamientos o a las directrices clínicas (AACAP – Bukstein 2005, AAP – Committee on Substance Abuse 2010, SOCIDROGALCOHOL 2007). Este aspecto es común en la elaboración de guías de práctica clínica (Alonso-Coello 2010, Barajas-Nava 2010).

Este hecho se refleja directamente en los resultados de la evaluación, principalmente en los principales aspectos relacionados con el rigor en la elaboración de las guías y su aplicabilidad. Se ha podido observar como algunas de las guías evaluadas no describían adecuadamente los métodos para identificar la literatura científica, qué criterios se utilizaban para seleccionar esta literatura, o no se describía de manera adecuada los métodos para formular las recomendaciones (AACAP – Bukstein 2005, AAP – Committee on Substance Abuse 2010, SOCIDROGALCOHOL 2007). Estos aspectos son imprescindibles para poder juzgar el proceso de elaboración de una guía y poder valorar la validez de sus recomendaciones. Por otro lado, muchos documentos omiten la incorporación sobre la actualización planteada para sus recomendaciones.

En el campo de la aplicabilidad se ha podido observar como las guías elaborada por sociedades científicas no prestan especial atención en proponer herramientas que faciliten la implantación de las recomendaciones, o discutir sobre las barreras para su implantación, aspecto que puede limitar su uso por parte de los profesionales sanitarios.

El otro aspecto en el que las guías evaluadas han mostrado limitaciones ha sido el de la participación de la población diana de las guías en su desarrollo. Las guías evaluadas raramente integran a personas a las que conciernen las guías (ya sean los propios pacientes, usuarios de los servicios sanitarios o los familiares y cuidadores). Esta es otra de las limitaciones comunes a la mayoría de las guías de práctica clínica, aunque existen iniciativas que promueven la participación de los usuarios en la formulación de recomendaciones para mejorar la validez de las recomendaciones y facilitar su implantación (SIGN 100).

Afortunadamente las guías evaluadas, salvo contadas excepciones (SOCIDROGALCOHOL 2007), han definido de manera clara y delimitada el alcance y objetivos de las diferentes documentos, permitiendo que los usuarios puedan valorar de manera rápida si las guías darán respuestas a sus necesidades. Por otro lado, las recomendaciones de los diferentes documentos son claras y explícitas en todos los casos, y son fáciles de identificar lo que permite un uso sencillo de los documentos. En este apartado una de las guías (NICE CG115), pese a tener una evaluación excelente en el resto de ítems, presenta una limitación clarísima a la hora de poder identificar las principales recomendaciones.

### **Uso de las revisiones sistemáticas valoradas en el overview para la formulación de las recomendaciones en la guías de práctica clínica evaluadas**

La mayoría de guías de práctica clínica evaluadas no ha utilizado las RS identificadas en el *overview* presentado en este informe, para basar la formulación de sus recomendaciones. Aunque hay que tener en cuenta que las revisiones sistemáticas valoradas en el *overview* son en términos generales muy recientes por lo que no hubieran podido identificarse en las búsquedas de algunas de las guías evaluadas. No obstante, debe tenerse en cuenta que en el caso de las revisiones Cochrane (Faggiano 2005, Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b, Foxcroft 2011c, Moreira 2009) son documentos que ya estaban publicadas en el momento de la publicación de todas las GPC evaluadas. Además alguna de las guías evaluadas son recientes y hubieran podido identificar y valorar la mayoría de RS consideradas en el *overview*.

Se ha identificado la tendencia en las guías evaluadas a formular sus recomendaciones a partir de literatura científica que quizás no es la más representativa para la atención de jóvenes y

adolescentes. Por un lado la mayoría de guías han optado por hacer un análisis de los estudios originales en lugar de evaluar las revisiones sistemáticas en la fase de síntesis de la evidencia. Esta sería una práctica no siempre recomendable, teniendo en cuenta que las revisiones sistemáticas ofrecen una exhaustividad que no pueden ofrecer los estudios originales.

Incluso en las guías más actuales (NICE CG115) se ha observado que no se consideraron estudios que por su fecha de publicación hubieran podido identificarse, o incluso se han considerado estudios que no eran revisiones sistemáticas rigurosas (Waldron 2004, Perepletchikova 2008).

Aunque no se ha podido confirmar este extremo el análisis de las recomendaciones en la mayoría de las guías de práctica clínica, sugiere la posibilidad que se hayan formulado las recomendaciones dirigidas a la atención de jóvenes y adolescentes a partir de estudios desarrollados en adultos, lo que debería disminuir la confianza en estas recomendaciones. Se debe insistir, no obstante que este aspecto no ha podido evaluarse de manera adecuada en el presente informe.

En definitiva, solamente ha habido dos de las guías de práctica clínica evaluadas (NICE CG115, AAP – Committee on Substance Abuse 2010) que valoraran alguna de las RS evaluadas en el *overview* para formular sus recomendaciones. Una de ellas (NICE CG115) valoró la RS de Tripodi 2010 para discutir sobre la eficacia de los programas psicoeducativos en la atención del abuso de alcohol en jóvenes y adolescentes. Por otro lado, la segunda guía (AAP – Committee on Substance Abuse 2010) valoró las diferentes revisiones sistemáticas Cochrane sobre la prevención del consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes (Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b, Foxcroft 2011c), así como una RS sobre programas de prevención parentales en el consumo de drogas entre los adolescentes (Petrie 2007).

Sin duda se pone de manifiesto la necesidad de que los grupos de trabajo que desarrollan guías de práctica clínica puedan utilizar en mayor medida las revisiones sistemáticas para formular sus recomendaciones.



## CONCLUSIONES

El exhaustivo análisis de la evidencia disponible sobre las intervenciones dirigidas a prevenir el consumo intensivo de alcohol y abordar su abuso entre los jóvenes y adolescentes, permite elaborar una serie de conclusiones con implicaciones tanto para la práctica como para la investigación.

### Implicaciones para la clínica

- Los resultados de la literatura científica disponible actualmente sugieren que ciertos programas genéricos de prevención psicosociales y psicoeducativos pueden ser eficaces y podrían implantarse en los centros escolares para prevenir el consumo intensivo de alcohol entre los adolescentes. Algunos de los programas que han mostrado un mayor beneficio han sido los *Life Skills Training Program*, *Unplugged program*, y *Good Behaviour Game*. Sin embargo, dada la variabilidad en el efecto observado entre los estudios y entre los subgrupos de participantes evaluados, sería recomendable que se preste especial atención al contenido del programa y el contexto en el que se implantan dichos programas, idealmente a través de la realización de estudios de evaluación siempre que se desee implantar algún programa en un contexto local. Se ha sugerido en este sentido que los programas que abordaron una sola intervención fueron generalmente menos eficaces que las multicomponente. La intervención durante los años escolares y al inicio del bachillerato puede tener un mayor impacto en las conductas de riesgo posteriores, pero se necesita más investigación para determinar la eficacia de este enfoque. En el apartado de intervenciones escolares para la prevención del consumo de alcohol, se ha mostrado como los programas de tutoría contribuían a reducir la tasa de iniciación el consumo de alcohol, y que las intervenciones de prevención universal en centros educativos mostraron reducciones significativamente mayores en el consumo de alcohol, resultados que también se observaron para las intervenciones multicomponente, pese a la variabilidad de los resultados.
- Aunque con un beneficio moderado, los programas de prevención familiares de carácter psicosocial también mostraron un efecto para reducir el consumo intensivo de alcohol mantenido a medio y largo plazo. Los programas parentales pueden ser eficaces para reducir o evitar el consumo de drogas. Los que aportan un mayor beneficio parecen ser aquellos que combinan un énfasis en la participación activa de los padres y promueven el desarrollo de habilidades de competencia social, la autorregulación y la educación de los hijos.
- Los resultados de la literatura disponible ponen de manifiesto el impacto de los medios de comunicación y las campañas publicitarias sobre la conducta de los más jóvenes y sus conductas de riesgo. Los resultados de la literatura científica muestran una fuerte asociación entre la exposición a anuncios de bebidas alcohólicas sobre el consumo de alcohol posterior, incluida la iniciación del consumo de alcohol y el consumo intensivo de alcohol entre los jóvenes que ya bebían, con una relación dosis-respuesta en todos los estudios. Estos estudios muestran como los jóvenes que no bebían al iniciar los estudios eran significativamente más propensos a convertirse en un consumidor intensivo de alcohol en el seguimiento cuanto mayor era la exposición a la publicidad de bebidas alcohólicas. En estudios que incluyeron tanto a bebedores y no bebedores, el aumento de la exposición al inicio del estudio conllevaba a un incremento significativo del consumo de alcohol durante el seguimiento.
- Las intervenciones dirigidas a conseguir un cambio en la conducta de los jóvenes han mostrado un beneficio en la reducción del consumo o abuso de alcohol, aunque en la

mayoría de los casos el beneficio observado es muy moderado. . Las intervenciones que han mostrado un mayor beneficio fueron aquellas con un enfoque individual y personalizado, presencial, además de la entrevista motivacional. En estos estudios los participantes en las intervenciones dirigidas a la reducción de riesgos consumieron mucho menos en relación con sus controles, y redujeron de manera significativa los problemas relacionados con el alcohol. Los resultados de estos estudios sugieren que estas intervenciones de manera aislada tienen un beneficio moderado, pero que combinadas podrían tener un impacto mayor. En este campo es relevante el papel que pueden tener las intervenciones online o que utilizan como medio de implantación las tecnologías de la información y la comunicación que, conjuntamente con intervenciones de carácter conductual o psico-educativas o intervenciones breves, pueden tener un papel relevante en potenciar el beneficio de estas intervenciones dirigidas a modificar la conducta. Se ha observado que estas intervenciones reducen la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol entre los estudiantes universitarios, con un beneficio por lo general equivalente a otras intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol. Sin embargo es importante tener en cuenta que estas intervenciones reducen la cantidad y la frecuencia de consumo cuando se les compara con controles no activos, pero rara vez difieren cuando se las compara con otras intervenciones activas. El efecto de estas intervenciones online también podría ser mínimo en aquellos jóvenes que ya consumen alcohol de manera intensiva.

- Las intervenciones para reducir el consumo y abuso de alcohol en centros educativos han mostrado un mayor beneficio en aquellos casos en que los cambios en el entorno social de los centros favorecen la participación de los estudiantes, mejoran las relaciones y promueven un espíritu positivo en estos centros. Por otro lado, todavía se dispone de poca información sobre el impacto de estas intervenciones sobre conductas de riesgo tan importantes como la conducción bajo los efectos del alcohol.
- Los programas de intervención familiares dirigidos a reducir el consumo de alcohol han mostrado beneficio pequeño pero consistente en la demora del inicio del consumo de alcohol y la frecuencia del consumo, beneficio que se mantiene a largo plazo. Además se han identificado una serie de variables parentales que se asocian con la demora en el inicio del consumo de alcohol, o una reducción del consumo del alcohol: mejora en los patrones parentales, limitación de la disponibilidad de alcohol, la desaprobación del consumo de alcohol, seguimiento parental, calidad de la relación parental, el apoyo parental, implicación parental en la educación, y comunicación.
- Como en el caso de la prevención del consumo se han identificado algunos aspectos de salud comunitaria con un gran impacto sobre el consumo y abuso de alcohol entre los más jóvenes. La mayor exposición a la promoción del alcohol en la comunidad está asociada con un aumento en el consumo de alcohol, especialmente entre los adolescentes. Por otra parte, el hecho de aumentar los impuestos sobre el consumo de alcohol es una estrategia efectiva para reducir el consumo excesivo de alcohol y los daños que se derivan de este consumo.

### **Implicaciones para la investigación**

- La calidad de la evidencia disponible que apoya estos resultados en la literatura científica es baja en términos generales. A pesar del gran número de estudios disponibles para evaluar la eficacia de la mayoría de intervenciones evaluadas, en muchas ocasiones sufren de limitaciones en su diseño y ejecución, afectando a la interpretación y fiabilidad de sus resultados. Por otro lado, existe una altísima variabilidad entre las características de los estudios evaluados, tanto a nivel de las intervenciones evaluadas, como de las características de los pacientes, y la propia medida de los resultados en estos estudios. Esta variabilidad entre los estudios, en

muchas ocasiones se ha reflejado en un alto índice de heterogeneidad en los resultados de las revisiones, hecho que disminuye la confianza en sus resultados.

- Como se ha comentado anteriormente, teniendo en cuenta las limitaciones de la literatura disponible y la variabilidad en el efecto observado entre los estudios y entre los subgrupos de participantes evaluados, sería recomendable que cuando exista interés en implantar un programa de intervención de cualquier modalidad para la prevención o la reducción del consumo intensivo de alcohol, esto se haga en el contexto de un estudio de evaluación que permita analizar los principales factores de éxito y limitaciones de estos programas en el ámbito local.
- Las guías de práctica clínica disponible que contienen recomendaciones sobre la atención a las personas con un consumo intensivo de alcohol no siempre incluyen recomendaciones dirigidas a los jóvenes y adolescentes, y tienen una calidad variable con un desarrollo marcadamente más riguroso en los casos en los que éstas se elaboran por parte de Instituciones oficiales que por parte de Sociedades Científicas. Las principales limitaciones de las guías de práctica clínica evaluadas estuvieron relacionadas con las limitaciones en: i) el desarrollo metodológico de estos documentos (búsqueda y selección de literatura científica, métodos poco explícitos para la formulación de recomendaciones), ii) la aplicabilidad de las recomendaciones, y iii) la participación de pacientes y usuarios de los servicios sanitarios en la elaboración de las recomendaciones.
- En el punto en el que existe un claro campo de mejora es en el de la utilización de revisiones sistemáticas para formular recomendaciones. A pesar de que las revisiones sistemáticas ofrecen una excelente herramienta para sintetizar de manera crítica, completa y actualizada el conocimiento científico sobre el efecto de una intervención, han sido pocas las guías de práctica clínica las que han usado estos documentos para formular sus recomendaciones. Un análisis exhaustivo y actualizado de estos documentos facilitaría en gran medida el proceso de transferencia del conocimiento.



## Referencias

### RS incluidas en el overview

Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. 2009;44(3):229-43.

Bryden A, Roberts B, McKee M, Petticrew M. A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. *Health Place*. 2012;18(2):349-57.

Carey KB, Scott-Sheldon LA, Carey MP, DeMartini KS. Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. *Addict Behav*. 2007;32(11):2469-94.

Carey KB, Scott-Sheldon LA, Elliott JC, Bolles JR, Carey MP. Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2009;104(11):1807-19.

Elder RW, Nichols JL, Shults RA, Sleet DA, Barrios LC, Compton R; Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2005;28(5 Suppl):288-304.

Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK, Toomey TL, Fielding JE; Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*. 2010;38(2):217-29.

Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2.

Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(3):175-87.

Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *J Adolesc Health*. 2008;42(3):209-20.

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5. Art. No.: CD009113. DOI: 10.1002/14651858.CD009113.

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009307. DOI: 10.1002/14651858.CD009307.

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009308. DOI: 10.1002/14651858.CD009308.

Grenard JL, Ames SL, Pentz MA, Sussman S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18(1):53-67.

Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*. 2012;107(4):733-47.

Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(4):433-40.

Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010;10:538.

- Khadjesari Z, Murray E, Hewitt C, Hartley S, Godfrey C. Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. *Addiction*. 2011;106(2):267-82.
- Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, Neudorf C, Warren L, Kershaw T, Scott C. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research and Theory* 2010; 18(1): 84-96.
- Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD006748. DOI: 10.1002/14651858.CD006748.pub2.
- Nuñez-Smith M, Wolf E, Huang HM, Chen PG, Lee L, Emanuel EJ, Gross CP. Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Subst Abus*. 2010;31(3):174-92.
- Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Educ Res*. 2007;22(2):177-91.
- Riper H, van Straten A, Keuken M, Smit F, Schippers G, Cuijpers P. Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2009;36(3):247-55.
- Rooke S, Thorsteinsson E, Karpin A, Copeland J, Allsop D. Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1381-90.
- Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(9):774-83.
- Scott-Sheldon LAJ, Demartini KS, Carey KB, Carey Michael P. Alcohol interventions for college students improves antecedents of behavioral change: Results from a meta-analysis of 34 randomized controlled trials. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009;28(7):799-823.
- 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(3):195-206.
- Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*. 2009;9:51.
- Tait RJ, Hulse GK. A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug Alcohol Rev*. 2003;22(3):337-46.
- Tait RJ, Christensen H. Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *Med J Aust*. 2010;192(11 Suppl):S15-21.
- Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11. Art. No.: CD007381. DOI: 10.1002/14651858.CD007381.pub2.
- 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.
- White A, Kavanagh D, Stallman H, Klein B, Kay-Lambkin F, Proudfoot J, Drennan J, Connor J, Baker A, Hines E, Young R. Online alcohol interventions: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2010;12(5):e62.
- White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*. 1998;93(10):1475-87.

#### **RS excluidas del overview – No cumplían los criterios de inclusión**

- Anderson P. Is it time to ban alcohol advertising? *Clin Med* 2009; 9(2):121-4.
- Baliunas D, Rehm J, Irving H, Shuper P. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health* 2010; 55(3):159-66.

Ballesteros J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction* 2004; 99(1):103-8.

Bergen SE, Gardner CO, Kendler KS. Age-related changes in heritability of behavioral phenotypes over adolescence and young adulthood: a meta-analysis. *Twin Res Hum Genet* 2007; 10(3):423-33.

Berner M.M., Kriston L, Bentele M, Harter M. The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 68 (3) (Pp 461-473), 2007. Date of Publication: May 2007. 2007.

Bertholet N, Daeppen JB, Wietlisbach V, Fleming M, Burnand B. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165(9):986-95.

Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health* 1999; 89(9):1365-8.

Blicharz-Wladysiuk M, Skrzekowska-Baran I. The incidence of psychoactive substance abuse or dependence in ADHD patients treated and untreated with psychostimulants - An evaluation based on a systematic review. [Polish, English]. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*. 6 (1) (Pp 24-33), 2006. Date of Publication: 2006. 2006.

Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction* 2011; 106(5):906-14.

Boekeloo B.O., Griffin M.A. Review of clinical trials testing the effectiveness of physician approaches to improving alcohol education and counseling in adolescent outpatients. *Current Pediatric Reviews*. 3 (1) (Pp 93-101), 2007. Date of Publication: Feb 2007. 2007.

Borsari B, Carey KB. Descriptive and injunctive norms in college drinking: a meta-analytic integration. *J Stud Alcohol* 2003; 64(3):331-41.

Borsari B, Muellerleile P. Collateral reports in the college setting: a meta-analytic integration. *Alcohol Clin Exp Res* 2009; 33(5):826-38.

Brener ND, Billy JO, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health* 2003; 33(6):436-57.

Bukstein OG, Winters K. Salient variables for treatment research of adolescent alcohol and other substance use disorders. *Addiction* 2004; 99 Suppl 2:23-37.

Burns E, Gray R, Smith LA. Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review. *Addiction* 2010; 105(4):601-14.

Calabria B, Shakeshaft AP, Havard A. A systematic and methodological review of interventions for young people experiencing alcohol-related harm. *Addiction* 2011; 106(8):1406-18.

Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(1):9-21.

Clark D.B. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*. 99 (SUPPL. 2) (Pp 5-22), 2004. Date of Publication: Nov 2004. 2004.

Colby S.M., Lee C.S., Lewis-Esquerre J, Esposito-Smythers C, Monti P.M. Adolescent alcohol misuse: Methodological issues for enhancing treatment research. *Addiction*. 99 (SUPPL. 2) (Pp 47-62), 2004. Date of Publication: Nov 2004. 2004.

Colucci E, Martin G. Ethnocultural aspects of suicide in young people: A systematic literature review part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 37 (2) (Pp 222-237), 2007. Date of Publication: Apr 2007. 2007.

Cook R.L., Clark D.B. Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? A systematic review. *Sexually Transmitted Diseases*. 32 (3) (Pp 156-164), 2005. Date of Publication: Mar 2005. 2005.

Crome I, Bloor R. Substance misuse and psychiatric comorbidity in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*. 18 (4) (Pp 435-439), 2005. Date of Publication: Jul 2005. 2005.

Cuarati-Burgio Luisa. Meta-analysis: The effects of parental practices and parental processes on resilience in adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Vol.61(10-B), Apr 2001, Pp. 5557.: *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2001.

de Paiva F Santana, Ronzani T Mota. Parental styles and consumption of drugs among adolescents. [Portuguese]. [References]. *Psicologia Em Estudo*. Vol.14(1), Jan-Mar 2009, Pp. 177-183. 2009.

Esposito-Smythers C, Spirito A. Adolescent substance use and suicidal behavior: A review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 28 (5 SUPPL.) (Pp 77S-88S), 2004. Date of Publication: May 2004. 2004.

Foxcroft DR, Lowe G. Adolescent drinking behaviour and family socialization factors: a meta-analysis. *J Adolesc* 1991; 14( 3):255-73.

Galaif E.R., Sussman S, Newcomb M.D., Locke T.F. Suicidality, depression, and alcohol use among adolescents: A review of empirical findings. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 19 (1) (Pp 27-35), 2007. Date of Publication: Jan 2007. 2007.

Gottfredson DC, Wilson DB. Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prev Sci* 2003; 4(1):27-38.

Kaner. Brief in primary care. *Cochrane* .

McCambridge J, McAlaney J, Rowe R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS Med* 2011; 8(2):e1000413.

Newton AS, Gokiert R, Mabood N et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. *Pediatrics* 2011; 128(1):e180-92.

Purshouse RC, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet* 2010; 375(9723):1355-64.

Roozen HG, de Waart R, van der Kroft P. Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. *Addiction* 2010; 105(10):1729-38.

Saitz R. Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29(6):631-40.

Stolle M, Sack PM, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(19):323-8.

White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction* 1998; 93(10):1475-87.

Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004; 76 Suppl:S11-9.

Wood E, Shakeshaft A, Gilmour S, Sanson-Fisher R. A systematic review of school-based studies involving alcohol and the community. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30(6):541-9.

### **RS excluidas del overview – Revisiones narrativas**

Black DR, Tobler NS, Sciacca JP. Peer helping/involvement: an efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth? *J Sch Health* 1998; 68(3):87-93.



Brown CH, Guo J, Singer LT, Downes K, Brinales JM. Examining the effects of school-based drug prevention programs on drug use in rural settings: methodology and initial findings. *J Rural Health* 2007; 23 Suppl:29-36.

Bruvold WH. A meta-analysis of the California school-based risk reduction program. *J Drug Educ* 1990; 20(2):139-52.

Chun TH, Linakis JG. Interventions for adolescent alcohol use. *Curr Opin Pediatr* 2012; 24(2):238-42.

Elmqvist DL. A systematic review of parent-oriented programs to prevent children's use of alcohol and other drugs. *J Drug Educ* 1995; 25(3):251-79.

Liddle H.A. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs. *Addiction*. 99 (SUPPL. 2) (Pp 76-92), 2004. Date of Publication: Nov 2004. 2004.

Lilja John, Wilhelmsen B Unni, Larsson Sam, Hamilton David. Evaluation of Drug Use Prevention Programs Directed at Adolescents. [References]. *Substance Use & Misuse*. Vol.38(11-13), 2003, Pp. 1831-1863. 2003.

Macgowan M.J., Engle B. Evidence for Optimism: Behavior Therapies and Motivational Interviewing in Adolescent Substance Abuse Treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 19 (3) (Pp 527-545), 2010. Date of Publication: July 2010. 2010.

Thatcher D.L., Clark D.B. Adolescent alcohol abuse and dependence: Development, diagnosis, treatment and outcomes. *Current Psychiatry Reviews*. 2 (1) (Pp 159-177), 2006. Date of Publication: Feb 2006. 2006.

Vendrame A, Pinsky I. [Inefficacy of self-regulation of alcohol advertisements: a systematic review of the literature]. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33(2):196-202.

Wagner E.F., Tubman J.G., Gil A.G. Implementing school-based substance abuse interventions: Methodological dilemmas and recommended solutions. *Addiction*. 99 (SUPPL. 2) (Pp 106-119), 2004. Date of Publication: Nov 2004. 2004.

West SL, O'Neal KK. Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited. *Am J Public Health* 2004; 94(6):1027-9.

Zisseron RN, Palfai T, Saitz R. 'No-contact' interventions for unhealthy college drinking: efficacy of alternatives to person-delivered intervention approaches. *Subst Abus* 2007; 28(4):119-31.

### **RS excluidas del overview – Revisiones obsoletas o alcance cubierto por otras revisiones más actuales**

Barnett NP, Read JP. Mandatory alcohol intervention for alcohol-abusing college students: a systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2005; 29(2):147-58.

Elder RW. Recommendation for Use of Mass Media Campaigns to Reduce Alcohol-Impaired Driving. [References]. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol.27(1), Jul 2004, Pp. 66. 2004.

Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Prev Med* 2008; 46(5):385-96.

Ferri M. [Primary prevention for alcohol misuse in young people: a Cochrane Systematic Review]. *Ann Ist Super Sanita* 2004; 40(1):47-53.

Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (3):CD003024.

Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction* 2003; 98(4):397-411.

Foxcroft DR, Lister-Sharp D, Lowe G. Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness. *Addiction* 1997; 92(5):531-7.

Minozzi S, Grilli R. [The systematic review of studies on the efficacy of interventions for the primary prevention of alcohol abuse among adolescents]. *Epidemiol Prev* 1997; 21(3):180-8.

Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med* 1999; 28(5):503-9.

Rundall TG, Bruvold WH. A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. *Health Educ Q* 1988; 15(3):317-34.

Soole DW, Mazerolle Lorraine, Rombouts Sacha. School-based drug prevention programs: A review of what works. [References]. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*. Vol.41(2), Aug 2008, Pp. 259-286. 2008.

Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention*. Vol.18(1), Fal 1997, Pp. 71-128.: *The Journal of Primary Prevention* 1997.

### **RS excluidas del overview – Revisiones para las que no se ha podido conseguir una traducción**

Haug S, Sannemann J, Meyer C, John U. [Internet and mobile phone interventions to decrease alcohol consumption and to support smoking cessation in adolescents: a review]. *Gesundheitswesen* 2012; 74(3):160-77.

Korczak D, Steinhäuser G, Dietl M. Prevention of alcohol misuse among children, youths and young adults. *GMS Health Technol Assess* 2011; 7:Doc04.

von Sydow Kirsten, Schindler Andreas, Behr Stefan, Schweitzer-Rothers Jochen, Retzlaff Rudiger. The efficacy of systemic therapy for substance use disorders in adult and adolescent index patients. [German]. [References]. *Sucht: Zeitschrift Fur Wissenschaft Und Praxis*. Vol.56(1), Feb 2010, Pp. 21-42. 2010.

### **RS excluidas del overview – Comentarios editoriales a otros estudios**

Bernstein E, Bernstein J. Preventing alcohol misuse among adolescents. *Annals of Emergency Medicine*. 45 (4) (Pp 430-432), 2005. Date of Publication: Apr 2005. 2005.

Scholten R.J.P.M., Renders C.M. Interventions aimed at the social drinking norm to reduce alcohol abuse among students. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*. 154 (11) (Pp 523), 2010. Date of Publication: 20 Mar 2010. 2010.

Walling A.D. Which treatments are effective for reducing adolescent alcohol abuse?. *American Family Physician*. 82 (5) (Pp 532-534), 2010. Date of Publication: September 1, 2010. 2010.

### **Referencias a las GPC incluidas**

Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, Kinlan J, McClellan J, Stock S, Ptakowski KK; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(6):609-21.

Committee on Substance Abuse, Kokotailo PK. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. *Pediatrics*. 2010;125(5):1078-87.

National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Australian NHMRC, February 2009

National Institute for Health and Clinical Excellence. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. NICE public health guidance 7, November 2007.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-Use Disorders. The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. NICE Clinical Guidance 115, 2007.

SOCIDROGALCOHOL. Alcoholismo. Guías Clínicas SOCIDROGALCOHOL, Marzo 2007

### **Referencias a las GPC excluidas**

British Association for Psychopharmacology; Lingford-Hughes AR, Welch S, Nutt DJ. Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. Br J Psychopharmacol. 2004;18(3):293-335.

Department of Health, Sir Liam Donaldson. Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People. London: Department of Health, December 2009.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Promoting children's social and emotional wellbeing in primary education. NICE public health guidance 12, March 2008

National Institute for Health and Clinical Excellence. Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education. NICE public health guidance 20, September 2009

National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. NICE public health guidance 24, June 2010

National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders. Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. NICE clinical guideline 100, June 2010.

National Treatment Agency for Substance Misuse. Young people's specialist substance misuse treatment needs assessment guidance 2010/11. London: National Health Service, 2009.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. SIGN clinical guideline 74, September 2003

World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP). Genève: World Health Organization, 2010.

### **Otras referencias**

AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [Versión electrónica]. [accedido el 10.01.2012] en [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org) .

The AGREE Collaboration. Writing Group: Cluzeau FA, Burgers JS, Brouwers M, Grol R, Mäkelä M, Littlejohns P, Grimshaw J, Hunt C. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. Qual Saf Health Care. 2003;12(1):8-23.

Alonso-Coello P, Irfan A, Solà I, Gich I, Delgado-Noguera M, Rigau D, Tort S, Bonfill X, Burgers J, Schunemann H. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. Qual Saf Health Care. 2010;19(6):e58.

American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the

- pediatrician in prevention and management of substance abuse. *Pediatrics*. 1998;101(1 Pt 1):125-8.
- Autrique M, Vanderplasschen W, Broekaert E, Sabbe B. Practitioners' attitudes concerning evidence-based guidelines in Belgian substance abuse treatment. *Eur Addict Res*. 2009;15(1):47-55
- Barajas-Nava L, Solà I, Delgado-Noguera M, Gich I, Villagran CO, Bonfill X, Alonso-Coello P. Quality assessment of clinical practice guidelines in perioperative care: a systematic appraisal. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(6):e50.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Hanna SE, Makarski J; AGREE Next Steps Consortium. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *CMAJ*. 2010;182(10):1045-52.
- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, Kinlan J, McClellan J, Stock S, Ptakowski KK; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(6):609-21
- Cleary M, Walter G, Hunt GE, Clancy R, Horsfall J. Promoting dual diagnosis awareness in everyday clinical practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46(12):43-9.
- EMCDDA. 2008 Annual report: the state of the drugs problem in Europe. 2008
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, et al.: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004 , 8:iii-iv
- Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2006/01.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, for the GRADE Working Group. Rating quality of evidence and strength of recommendations GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-926.
- Kelleher S, Cotter P. A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *Int Emerg Nurs*. 2009;17(1):3-14.
- Kulig JW; American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics*. 2005;115(3):816-21.
- Merkx MJ, Schippers GM, Koeter MJ, Vuijk PJ, Oudejans S, de Vries CC, van den Brink W. Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care: feasibility of matching guidelines in routine practice in Dutch treatment centres. *Addiction*. 2007;102(3):466-74.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2005-2006. Diciembre 2006.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 2008. Junio 2009.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people. NICE public health intervention guidance 4. 2007
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. NICE public health intervention guidance 7. 2007

National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking. NICE public health intervention guidance 24. 2010

The National Treatment Agency for Substance Misuse. Assessing Young People for Substance Misuse. NHS NTA. 2007

Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2009 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. 2009

Perepletchikova F, Krystal JH, Kaufman J. Practitioner review: adolescent alcohol use disorders: assessment and treatment issues. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Nov;49(11):1131-54.

Quaglio G, Pattaro C, Gerra G, Mezzelani P, Montanari L, Jarlais DC, Lugoboni F. Buprenorphine in maintenance treatment: experience among Italian physicians in drug addiction centers. *Am J Addict*. 2010;19(3):222-30.

Rieckmann T, Fuller BE, Saedi GA, McCarty D. Adoption of practice guidelines and assessment tools in substance abuse treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2010 Mar 26;5:4

Shea BJ, Hamel C, Wells GA, Bouter LM, Kristjansson E, Grimshaw J, Henry DA, Boers M. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol*. 2009;62(10):1013-20.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 100. A handbook for patient and carer representatives. SIGN clinical guideline 100, September 2008.

Steiner H, Remsing L; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):126-41.

Turner T, Misso M, Harris C, Green S. Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches. *Implement Sci*. 2008;3:45.

van den Bosch WJ. [The practice guideline 'Problematic alcohol consumption' (second revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of general practice]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2006;150(46):2523-4..

Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*. 2004;99 Suppl 2:93-105.

Willenbring ML, Kivlahan D, Kenny M, Grillo M, Hagedorn H, Postier A. Beliefs about evidence-based practices in addiction treatment: a survey of Veterans Administration program leaders. *J Subst Abuse Treat*. 2004;26(2):79-85.



## Anexo I.- Estrategias de búsqueda

### Estrategias de búsqueda diseñadas para la identificación de guías de práctica clínica

Fuente – fecha	Términos	Resultados	Referencias incluidas	Referencias excluidas
<p>NHS Evidence - National Library of Guidelines 08.10.2010</p>	<p>alcohol*</p>	<p>54 records 10 included</p>	<p><b>mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings</b> (2010 WHO mhGAP)  <b>NICE CG100 – Alcohol-use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications</b> (2010 NICE CG100)  <b>NICE PH24 – Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking</b> (2010 NICE PH24)  <b>NICE PH20 – Promoting young people’s social and emotional wellbeing in secondary education</b> (2010 NICE PH20)  <b>NICE PH12 – Promoting young people’s social and emotional wellbeing in primary education</b> (2008 NICE PH12)  <b>NICE PH7 – Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people</b> (2007 NICE PH7)  <b>DoH – Guidance on the consumption of alcohol by children and young people</b> (2009 DoH Alcohol)  <b>National Treatment Agency for Substance Misuse - Young people’s specialist substance misuse treatment: needs assessment good practice guidance</b> (NTASM 2009)  <b>British Association for Psychopharmacology - Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and co-morbidity : recommendations from the British Association for Psychopharmacology</b> (BrAPsychoPharm 2004; look for updates)  <b>SIGN - The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care</b> (2003 SIGN 74)</p>	<p><b>CKS Alcohol - problem drinking</b> (no access)  <b>CKS PTSD</b> (out of scope)  <b>CKS Poisoning or overdose</b> (out of scope)  <b>CKS Epilepsy</b> (out of scope)  <b>CKS Benzodiazepine and z-drug withdrawal</b> (out of scope)  <b>NICE CG103 – Dementia</b> (adult patients)  <b>NICE – Cardiovascular prevention</b> (out of scope)  <b>NICE – Substance misuse and TB: guidance for those affected</b> (out of scope)  <b>NICE – Drug misuse: opioid detoxification</b> (out of scope)  <b>NICE – Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment</b> (out of scope)  <b>NICE – Behaviour change at population, community and individual levels</b> (out of scope)  <b>NICE – Commissioning Guide: Needle and syringe programmes</b> (out of scope)  <b>NICE – Photorefractive (laser) surgery for the correction of refractive error</b> (out of scope)  <b>NICE – Guidance on cancer services: improving outcomes in head and neck cancers - the manual</b> (out of scope)  <b>NICE – Selective internal radiation therapy for colorectal metastases in the liver</b> (out of scope)  <b>NICE – Non-surgical reduction of the myocardial septum</b> (out of scope)  <b>NICE – Continuous positive airway pressure for the treatment of obstructive sleep apnoea/ hypopnoea syndrome</b> (out of scope)  <b>BNF for Children - Local preparations for anal and rectal disorders</b> (out of scope)  <b>SIGN Management of diabetes</b> (out of scope)  <b>SIGN Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease</b> (out of scope)  <b>Royal College of Midwives – Alcohol and pregnancy (guidance paper)</b> (out of scope)  <b>AASLD – Alcoholic liver disease</b> (out of scope)</p>

				<p><b>AASLD – Primary biliary cirrhosis</b> (out of scope)</p> <p><b>Royal College of Psycht - Roles and responsibilities of doctors in the provision of treatment for drug and alcohol misusers</b> (adult patients)</p> <p><b>Royal College of Surgeons of England – Reducing alcohol misuse in trauma and other surgical patients: position statement</b> (adult patients)</p> <p><b>Department for Children, Schools and Families – Joint guidance on development of local protocols between Drug and Alcohol Treatment Services and Local Safeguarding and Family Services</b> (adult patients)</p> <p><b>ESPEN guidelines on parenteral nutrition</b> (out of scope)</p> <p><b>ESPEN guidelines on enteral nutrition</b> (out of scope)</p> <p><b>NHS Qual Improv Scotland The provision of alcohol-based products to improve compliance with hand hygiene</b> (out of scope)</p> <p><b>EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures : report of an EFNS task force</b> (out of scope)</p> <p><b>BCS – JBS2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice</b> (out of scope)</p> <p><b>DoH – Delivering better oral health: an evidence-based toolkit for prevention - second edition</b> (out of scope)</p> <p><b>DoH – Dual diagnosis in mental health inpatient and day hospital settings</b> (out of scope)</p> <p><b>DoH – Mental Health Policy Implementation Guide: dual diagnosis good practice guidance</b> (out of scope)</p> <p><b>RCOG – Alcohol consumption and the outcomes of pregnancy</b> (special population)</p> <p><b>USDeptVAff – Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the Department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and the National Hepatitis C Program</b> (out of scope)</p> <p><b>EASL clinical practice guidelines: management of cholestatic liver diseases</b> (out of scope)</p> <p><b>Supporting and involving carers: a guide for commissioners and providers</b> (out of scope)</p> <p><b>Substance misuse and TB: guidance for those affected</b> (out of scope)</p> <p><b>Overdose and poisoning in adults</b> (out of scope)</p> <p><b>Overdose and poisoning in children</b> (out of scope)</p> <p><b>Fatty liver disease: when to suspect it? what to do about it?</b></p>
--	--	--	--	--



				<p>(out of scope)</p> <p><b>Detection, prevention and treatment of delirium in critically ill patients</b> (out of scope)</p> <p><b>American Gastroenterological Association Institute medical position statement on the use of gastrointestinal medications in pregnancy</b> (out of scope)</p> <p><b>Fetal alcohol spectrum disorders - a guide for healthcare professionals</b> (out of scope)</p>
<p>NHS Evidence - National Library of Guidelines</p> <p>08.10.2010</p>	<p>drink*</p>	<p>8 records</p> <p>0 included</p>		<p><b>CKS Alcohol - problem drinking</b> (no access)</p> <p><b>NICE PH24 – Alcohol-use disorders: preventing the development of hazardous and harmful drinking</b> (duplicate)</p> <p><b>DoH – Guidance on the consumption of alcohol by children and young people</b> (duplicate)</p> <p><b>NICE PH7 – Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people</b> (duplicate)</p> <p><b>BCS – JBS2: Joint British Societies' guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice</b> (duplicate)</p> <p><b>Drinking water safety: guidance to health and water professionals</b> (out of scope)</p> <p><b>ELDSnet – European guidelines for control and prevention of travel associated Legionnaires' Disease</b> (out of scope)</p> <p><b>SIGN - The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care</b> (duplicate)</p>

## Guidelines.gov (23.04.2012)

Keyword: alcohol\* OR drink\*

Age of Target Population: Adolescent (13 to 18 years)

Guideline Category: Rehabilitation, Management, Prevention

225 results

### Seleccionadas

Alcohol-use disorders. Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. 2011 Feb. NGC:008761

National Collaborating Centre for Mental Health - National Government Agency

Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people.

2007 Nov. NGC:006203

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) - National Government Agency

## socidrogalcohol

<http://www.socidrogalcohol.org> (23.04.2012)

### Seleccionada

Guía Clínica: Alcoholismo

## MEDLINE (PubMed; 23.04.2012)

#3	"Alcohol-Related Disorders"[MAJR]	66557
#4	alcohol*[ti]	96336
#5	drink*[ti]	22192
#6	((#3) OR #4) OR #5	129720
#7	young*[tiab]	397968
#8	adolescen*[tiab]	147138
#9	children*[ti]	363805
#10	((#7) OR #8) OR #9	827193
#11	(#6) AND #10	9117
#13	practice guideline[pt] OR guidelines[ti] OR recommendation*[ti]	64670
#14	(#11) AND #13	26

## Estrategias de búsqueda diseñadas para la identificación de RS para el overview

### The Cochrane Library (2012, march issue)

#1	MeSH descriptor Alcohol Drinking explode all trees	2046
#2	MeSH descriptor Alcohol-Induced Disorders explode all trees	542
#3	alcohol*.ti,ab	9508
#4	drink*.ti,ab	5001
#5	drunk*.ti,ab	193
#6	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5)	12460
#7	(teenage* OR youth* OR adolescent*).ti,ab	8211
#8	early adult*.ti,ab	3638
#9	young adult*.ti,ab	6171
#10	MeSH descriptor Adolescent explode all trees	68477
#11	MeSH descriptor Child explode all trees	1
#12	MeSH descriptor Students explode all trees	1731
#13	(#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12)	79220
#14	(#6 AND #13)	2196

### MEDLINE (PubMed; 2012/03/17)

#3	( "Alcohols/administration and dosage"[Mesh] OR "Alcohols/adverse effects"[Mesh] )	83428
#4	Alcohol Drinking[MeSh]	44575
#5	Alcohol Abuse[MeSh]	62840
#6	alcohol*[tiab]	207334
#7	drink*[tiab]	82821
#8	drunk*[tiab]	3013
#9	(((((#3) OR #4) OR #5) OR #6) OR #7) OR #8	353713
#10	teenage*[tiab] OR youth*[tiab] OR adolescent*[tiab]	161607
#11	early adult*[tiab]	3560
#12	young adult*[tiab]	47911
#13	Adolescent[MeSH]	1444467
#14	Child[MeSH]	1414253
#15	Students[MeSH]	68654
#16	(((((#10) OR #11) OR #12) OR #13) OR #14) OR #15	2289444
#17	systematic review[tiab] OR Meta-Analysis[pt] OR Meta-Analysis as Topic[mh] OR Meta-Analysis*[tiab] OR "Cochrane Database Syst Rev"[Journal: __jrid21711]	80767
#18	(#9) AND #16	54018
#19	(#17) AND #18	348

### EMBASE (OVID <1974 to 2012 March 16>; 2012/03/17)

1	Drinking Behavior/	(29529)
2	Alcoholism/	(88943)
3	exp alcohol abuse/	(17781)
4	exp Alcohol Drinking/	(29529)
5	drink\$.ti,ab.	(101650)
6	drunk\$.ti,ab.	(3806)
7	alcohol.ti,ab.	(193031)
8	alcohol*.ti.	(119331)
9	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8	(332184)
10	adolescenc\$.ti,ab.	(176934)
11	teenage\$.ti,ab.	(16292)

12	(young adj3 people).ti,ab.	(17703)
13	(early adj3 adult\$).ti,ab.	(7120)
14	(young adj3 adult\$).ti,ab.	(63473)
15	youth\$.ti,ab.	(37134)
16	exp adolescent/ or exp child/ or exp students/ or exp youth/	(2216439)
17	10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16	(2309805)
18	9 and 17	(41457)
19	"Systematic Review"/ or Meta Analysis/ or systematic review.mp. or Meta-Analys\$.mp. or Cochrane.mp.	(127103)
20	18 and 19	(312)

### **PyscINFO(OVID <1806 to March Week 2 2012>; 2012/03/17)**

1	alcohol\$.ti,ab.	(84588)
2	drink\$.ti,ab.	(33038)
3	drunk\$.ti,ab.	(2510)
4	exp sobriety/ or exp alcohol withdrawal/ or exp alcohol intoxication/ or exp alcoholism/ or exp binge drinking/ or exp driving under the influence/ or exp alcohol abuse/ or exp alcohol rehabilitation/ or exp alcohol drinking patterns/	(52063)
5	1 or 2 or 3 or 4	(99252)
6	adolescen\$.ti,ab.	(142150)
7	teenage\$.ti,ab.	(8595)
8	(young adj3 people).ti,ab.	(14161)
9	(early adj3 adult\$).ti,ab.	(3877)
10	(young adj3 adult\$).ti,ab.	(25739)
11	youth\$.ti,ab.	(49964)
12	child/ or exp infant/ or exp students/ or exp youth/	(164590)
13	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	(356755)
14	5 and 13	(17643)
15	systematic review.mp. or exp Meta Analysis/ or Meta Analys\$.mp. or cochrane.mp.	(18523)
16	14 and 15	(81)

### **Project CORK (2012/03/17)**

(drink\* OR drunk\* OR alcohol\*) AND (adolescen\* OR teenage\* OR young people OR early adult\* OR young adult\* OR youth\*) AND (systematic review OR meta-analys\*) 45

## ANEXO II. CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS INCLUIDAS – Intervenciones dirigidas a prevenir el consumo intensivo de alcohol

### General

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Jackson 2012  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> 2010  <b>Estudios incluidos:</b> 13 ECA y ECC</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas a reducir las conductas de riesgo (consumo de drogas (alcohol, tabaco y drogas ilegales) y conductas sexuales) y en adolescentes y jóvenes.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>                      Adolescentes y jóvenes (entre 11 y 25 años)  <b>Criterios exclusión:</b>                      Poblaciones con alto riesgo de conductas de riesgo</p>	<p><b>Intervención</b>                      Programas de prevención universal (no dirigidos a ningún grupo específico)                      Duración mínima de 6 meses  <b>Control</b>                      No especificado                      Se excluyeron estudios sobre prevención secundaria y aquellos dirigidos a poblaciones con alto riesgo de conductas de riesgo</p>	<p>Consumo de drogas                      Prácticas sexuales (sexo con penetración, uso de preservativo, número de parejas sexuales, embarazo, infecciones de transmisión sexual)</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (publicaciones en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Jackson C, Geddes R, Haw S, Frank J. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. <i>Addiction</i>. 2012;107(4):733-47.</p>					

## Intervenciones escolares

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Foxcroft 2011a  <b>Diseño:</b> RS Cochrane  <b>Año de búsqueda:</b> 2010  <b>Estudios incluidos:</b> 53 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de los programas de prevención universales de consumo de alcohol dirigidos a adolescentes menores de 18 años dirigidos a las escuelas y centros educativos.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>            Adolescentes menores de 18 años escolarizados  <b>Criterios exclusión:</b>            No especificados</p>	<p><b>Intervención</b>            Programas de prevención universal (no dirigidos a ningún grupo específico) de carácter psicosocial (dirigidas a promover habilidades sociales o psicológicas) o educativo (dirigidas a sensibilizar sobre los riesgos del consumo y abuso del alcohol) dirigido a escuelas  <b>Control</b>            Intervenciones estándares o programas incluidos en el curriculum habitual de las escuelas</p>	<p><b>Principal</b>            Consumo de alcohol            Frecuencia en el uso            Consumo intensivo de alcohol            Borracheras  <b>Secundario</b>            Edad de inicio de consumo            Edad de inicio de borracheras</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> Sí  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. Art. No.: CD009113. DOI: 10.1002/14651858.CD009113.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<p><b>ID:</b> Foxcroft 2011b  <b>Diseño:</b> RS Cochrane  <b>Año de búsqueda:</b> 2010  <b>Estudios incluidos:</b> 20 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de los programas de prevención multi-componente de consumo de alcohol dirigidos a adolescentes menores de 18 años dirigidos a las escuelas y centros educativos.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Adolescentes menores de 18 años escolarizados  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificados</p>	<p><b>Intervención</b>  Programas de prevención multi-componente (dirigidos a promover la prevención en varios ámbitos de interés, como la escuela y los hogares) de carácter psicosocial (dirigidas a promover habilidades sociales o psicológicas) o educativo (dirigidas a sensibilizar sobre los riesgos del consumo y abuso del alcohol) dirigido a escuelas.  <b>Control</b>  Intervenciones estándares o programas incluidos en el curriculum habitual de las escuelas</p>	<p><b>Principal</b>  Consumo de alcohol  Frecuencia en el uso  Consumo abusivo de alcohol  Borracheras  <b>Secundario</b>  Edad de inicio de consumo  Edad de inicio de borracheras</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> Sí  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD009307. DOI: 10.1002/14651858.CD009307.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Thomas 2011  <b>Diseño:</b> RS Cochrane  <b>Año de búsqueda:</b> 2011  <b>Estudios incluidos:</b> 4 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de los programas de tutoría en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Adolescentes entre los 13 y 19 años  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificados</p>	<p><b>Intervención</b>  Programas de tutoría con el objetivo de disuadir del consumo de alcohol. Un programa de tutoría es aquel en el que se establece una relación de apoyo, guía o asistencia con una persona, basada en la experiencia compartida, sin que exista la posibilidad de provecho o lucro por parte del mentor.  <b>Control</b>  Intervenciones estándares de apoyo</p>	<p><b>Principal*</b>  Abstinencia  Consumo de alcohol  Reducción de consumo  Cese en el consumo  (*todos los desenlaces de interés se describieron como principales)</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> Sí  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD007381. DOI: 10.1002/14651858.CD007381.pub2.</p>					



<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<b>ID:</b> White 1998 <b>Diseño:</b> RS con MA <b>Año de búsqueda:</b> 1995 <b>Estudios incluidos:</b> 71 (ECA y ECC)	Evaluar la eficacia de los programas de prevención en general de consumo de drogas dirigidos a adolescentes y jóvenes.	<b>Criterios inclusión:</b> Adolescentes y jóvenes entre los 8 y 25 años <b>Criterios exclusión:</b> No especificados	<b>Intervención</b> Programas psico-educativos de prevención en general (basados en centros escolares, o individualizadas) <b>Control</b> Intervenciones estándar	No especificados en los métodos (consumo de alcohol)	<b>AMSTAR 1:</b> Sí <b>AMSTAR 2:</b> Parcial <b>AMSTAR 3:</b> Sí <b>AMSTAR 4:</b> Sí <b>AMSTAR 5:</b> Sí <b>AMSTAR 6:</b> Sí <b>AMSTAR 7:</b> Sí <b>AMSTAR 8:</b> Sí <b>AMSTAR 9:</b> Sí <b>AMSTAR 10:</b> Sí <b>AMSTAR 11:</b> Sí
<b>Referencia:</b> White D, Pitts M. Educating young people about drugs: a systematic review. <i>Addiction</i> . 1998;93(10):1475-87.					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<p><b>ID:</b> Faggiano 2005  <b>Diseño:</b> RS Cochrane  <b>Año de búsqueda:</b> 2004  <b>Estudios incluidos:</b> 32 (29 ECA, 3 estudios observacionales controlados)</p>	<p>Evaluar la eficacia de las intervenciones escolares en la prevención primaria del consumo de drogas y en la mejora del conocimiento, la promoción de habilidades y la promoción del cambio</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Estudiantes de centros de primaria y secundaria  <b>Criterios exclusión:</b>  Estudios dirigidos a evaluar la eficacia de estas intervenciones en poblaciones especiales</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones educativas dirigidas a los centros escolares que tuvieran definidos unos objetivos educativos, una modalidad docente (activa o pasiva), un perfil docente (tutor habitual de los alumnos, docentes externos, o perfiles similares a los de los alumnos).  <b>Control</b>  Intervenciones curriculares o educativas que no cumplieran con los criterios anteriores</p>	<p>Conocimientos sobre drogas  Actitudes ante las drogas  Habilidades sociales  Consumo de drogas en el entorno del alumno  Intención de consumo  Consumo de drogas  Cambios en el comportamiento</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> Sí  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Lemstra 2010  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> 2007  <b>Estudios incluidos:</b> 6 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de los programas de prevención educativos del consumo de alcohol y/o marihuana en adolescentes.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Adolescentes entre los 10 y 15 años  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificados</p>	<p><b>Intervención</b>  Programas educativos de prevención en centros educativos dirigidos al conocimiento de las drogas y a la promoción de habilidades sociales.  <b>Control</b>  Intervenciones estándar</p>	<p>Consumo de alcohol o marihuana</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Parcial  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés, sin mostrar términos de búsqueda)  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, Neudorf C, Warren L, Kershaw T, Scott C. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. <i>Addiction Research and Theory</i> 2010; 18(1): 84-96.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<p><b>ID:</b> Fernández 2002  <b>Diseño:</b> Overview de MA  <b>Año de búsqueda:</b> 1999  <b>Estudios incluidos:</b> 5 MA</p>	<p>Describir el impacto de los programas escolares de prevención de tabaco, alcohol y cannabis, y las características de las intervenciones más efectivas.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b> Estudiantes universitarios.  <b>Criterios exclusión:</b> No especificados</p>	<p><b>Intervención</b> Programas de prevención de tabaco, alcohol y cannabis en el ámbito escolar.  <b>Control</b> Intervenciones dirigidas a la detección del consumo del alcohol u otras intervenciones educativas o psicológicas.</p>	<p>Consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis)  Información  Actitudes  Habilidades  Autoestima</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> No  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> No  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> No  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> N/A  <b>AMSTAR 11:</b> No</p>
<p><b>Referencia:</b> Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de <b>prevención</b> del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? Rev Esp Salud Publica. 2002;76(3):175-87.</p>					

## Intervenciones Familiares

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Foxcroft 2011c  <b>Diseño:</b> RS Cochrane  <b>Año de búsqueda:</b> 2010  <b>Estudios incluidos:</b> 12 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de los programas de prevención familiares de consumo de alcohol dirigidos a adolescentes menores de 18 años.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>            Adolescentes menores de 18 años escolarizados  <b>Criterios exclusión:</b>            No especificados</p>	<p><b>Intervención</b>            Programas de prevención familiares de carácter psicosocial (dirigidas a promover habilidades sociales o psicológicas a través de la socialización o influencia parental) o educativo (dirigidas a sensibilizar a los padres sobre los riesgos del consumo y abuso del alcohol y así influir en el comportamiento de los hijos).  <b>Control</b>            Intervenciones estándares o no intervención</p>	<p><b>Principal</b>            Consumo de alcohol            Frecuencia en el uso            Consumo abusivo de alcohol            Borracheras  <b>Secundario</b>            Edad de inicio de consumo            Edad de inicio de borracheras</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> Sí  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 9. Art. No.: CD009308. DOI: 10.1002/14651858.CD009308.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<p><b>ID:</b> Petrie 2007  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2003  <b>Estudios incluidos:</b> 20 (17 ECA, 3 estudios de antes y después controlados)</p>	<p>Evaluar la eficacia de los programas de prevención parentales de consumo de drogas dirigidos a adolescentes menores de 18 años.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Adolescentes menores de 18 años  <b>Criterios exclusión:</b>  Estudios en consumidores de drogas (tabaco, alcohol, drogas ilegales), o sobre padres con un problema de consumo de drogas.</p>	<p><b>Intervención</b>  Programas de prevención parentales (dirigidos a padres) de carácter psicosocial o educativo, con posibilidad de ser multi-componentes (desarrollados en diversos ámbitos).  <b>Control</b>  Intervenciones estándares o no intervención</p>	<p>Consumo de drogas (tabaco, alcohol, drogas ilegales)  Intención de consumo de drogas  Conductas de riesgo</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children &lt;18: a systematic review. Health Educ Res. 2007;22(2):177-91.</p>					

## Intervenciones en medios de comunicación

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Nuñez-Smith 2010  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2008  <b>Estudios incluidos:</b> 37 estudios transversales y longitudinales</p>	<p>Evaluar la promoción del alcohol en medios de comunicación en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales de jóvenes y adolescentes.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Hombres y mujeres menores de 21 años.  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificados</p>	<p><b>Exposición</b>  Estudios en los que se evaluara la la promoción del alcohol en diferentes medios de comunicación (televisión, radio, Internet, videojuegos y otros medios de comunicación).  Se excluyeron estudios en los que se evaluaran anuncios en la prensa, publicidad y servicios públicos, o aquellos estudios de intervención sobre el impacto de reducir la difusión en medios de comunicación de contenidos para promover el uso de drogas, o aquellos centrados en una sola estrategia de comunicación.</p>	<p>Consumo de drogas</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés, después de 1980)  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Nuñez-Smith M, Wolf E, Huang HM, Chen PG, Lee L, Emanuel EJ, Gross CP. Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. <i>Subst Abus.</i> 2010;31(3):174-92.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Anderson 2010  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2008  <b>Estudios incluidos:</b> 13 estudios longitudinales</p>	<p>Evaluar la promoción del alcohol en medios de comunicación mediante anuncios en el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Hombres y mujeres menores de 18 años (hasta los 21 años en los estudios estadounidenses, edad legal para el inicio de consumo de alcohol).  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificados</p>	<p><b>Exposición</b>  Estudios en los que se evaluara la promoción del alcohol en diferentes medios de comunicación mediante anuncios (televisión, radio, Internet, videojuegos y otros medios de comunicación).</p>	<p>Consumo de drogas</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> No  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> No  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> No</p>
<p><b>Referencia:</b> Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. 2009;44(3):229-43.</p>					



<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<b>ID:</b> Smith 2009 <b>Diseño:</b> RS <b>Año de búsqueda:</b> 2006 <b>Estudios incluidos:</b> 7 estudios longitudinales	Evaluar el impacto de la promoción del alcohol mediante campañas publicitarias y anuncios en el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes.	<b>Criterios inclusión:</b> Jóvenes de ambos sexos, en edad escolar o universitaria. <b>Criterios exclusión:</b> No especificados	<b>Exposición</b> Estudios en los que se evaluara la promoción del alcohol mediante campañas publicitarias o anuncios.	Consumo de alcohol Frecuencia del consumo Uso de tipos específicos de alcohol Uso de marcas específicas de alcohol	<b>AMSTAR 1:</b> No <b>AMSTAR 2:</b> No <b>AMSTAR 3:</b> Sí <b>AMSTAR 4:</b> Sí <b>AMSTAR 5:</b> Sí <b>AMSTAR 6:</b> Sí <b>AMSTAR 7:</b> Sí <b>AMSTAR 8:</b> Sí <b>AMSTAR 9:</b> N/A <b>AMSTAR 10:</b> No <b>AMSTAR 11:</b> Sí
<b>Referencia:</b> Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. BMC Public Health. 2009;9:51.					

### ANEXO III. CARACTERÍSTICAS DE LAS REVISIONES SISTEMÁTICAS INCLUIDAS – Intervenciones dirigidas a abordar el abuso de alcohol

#### General

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<b>ID:</b> Tripodi 2010 <b>Diseño:</b> RS con MA <b>Año de búsqueda:</b> 2008 <b>Estudios incluidos:</b> 16 ECA	Evaluar la eficacia de intervenciones dirigidas a reducir el uso de alcohol en adolescentes.	<b>Criterios inclusión:</b> Adolescentes entre los 12 y 19 años de edad. <b>Criterios exclusión:</b> No especificados	<b>Intervención</b> Intervenciones dirigidas a reducir el consumo de alcohol (excluyendo estudios de prevención), primordialmente conductuales o psicoeducativas. <b>Control</b> No intervención o lista de espera	Abstinencia Frecuencia de consumo Cantidad de alcohol consumido al mes o el año tras finalizar el tratamiento	<b>AMSTAR 1:</b> Sí <b>AMSTAR 2:</b> Sí <b>AMSTAR 3:</b> Sí <b>AMSTAR 4:</b> Sí <b>AMSTAR 5:</b> No <b>AMSTAR 6:</b> Sí <b>AMSTAR 7:</b> Sí <b>AMSTAR 8:</b> Sí <b>AMSTAR 9:</b> Sí <b>AMSTAR 10:</b> No <b>AMSTAR 11:</b> Sí
<b>Referencia:</b> 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.					

## Intervenciones en centros educativos

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Moreira 2009  <b>Diseño:</b> RS Cochrane  <b>Año de búsqueda:</b> 2008  <b>Estudios incluidos:</b> 22 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones basadas en la información sobre normativas en el consumo inadecuado de alcohol en estudiantes universitarios.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b> Estudiantes universitarios.  <b>Criterios exclusión:</b> No especificados</p>	<p><b>Intervención</b> Intervenciones basadas en la información sobre normativas sociales en las que se pretende evitar la percepción equivocada de los jóvenes sobre el consumo de alcohol por su percepción de normalidad o poco peligro a partir de lo que se observa en su entorno. Las intervenciones podían ser individualizadas con un carácter universal dirigidas a todos los universitarios, dirigidas a grupos específicos (como estudiantes de primer año), o campañas de difusión de normativas a través de diferentes medios (Internet, boletines de la universidad, etc)</p> <p><b>Control</b> Intervenciones dirigidas a la detección del consumo del alcohol u otras intervenciones educativas o psicológicas.</p>	<p><b>Principal</b> Consumo de alcohol  <b>Secundario</b> Criminalidad Conductas de riesgo Lesiones atribuibles al consumo de alcohol Consumo de drogas ilegales</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> Sí  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD006748. DOI: 10.1002/14651858.CD006748.pub2.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<b>ID:</b> Fletcher 2008 <b>Diseño:</b> RS <b>Año de búsqueda:</b> 2006 <b>Estudios incluidos:</b> 4 ECA y 18 estudios longitudinales	Evaluar la eficacia de intervenciones escolares en el consumo de drogas y los factores que pueden contribuir en mayor medida a su impacto.	<b>Criterios inclusión:</b> Adolescentes entre los 11 y los 16 años.  <b>Criterios exclusión:</b> No especificados	<b>Intervención</b> Intervenciones escolares que implicaran un cambio en la organización de la escuela, sus políticas, prácticas o procedimientos, cultura, o ámbito, dirigidas a reducir el consumo de drogas. No se incluyeron intervenciones individuales.  <b>Control</b> No especificado	<b>Principal</b> Consumo de drogas	<b>AMSTAR 1:</b> No <b>AMSTAR 2:</b> Sí <b>AMSTAR 3:</b> Sí <b>AMSTAR 4:</b> Sí <b>AMSTAR 5:</b> No <b>AMSTAR 6:</b> Sí <b>AMSTAR 7:</b> Sí <b>AMSTAR 8:</b> No <b>AMSTAR 9:</b> N/A <b>AMSTAR 10:</b> No <b>AMSTAR 11:</b> Sí
<b>Referencia:</b> Fletcher A, Bonell C, Hargreaves J. School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. J Adolesc Health. 2008;42(3):209-20.					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<p><b>ID:</b> Elder 2005  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> 2002  <b>Estudios incluidos:</b> 9 ECA y estudios observacionales controlados</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones en centros educativos para reducir la conducción de riesgo derivada de este consumo.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  No especificado, jóvenes en edad universitaria.  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificados</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones en centros educativos dirigidas a reducir la conducción de riesgo derivada del consumo de alcohol en forma de programas de información en las aulas, programas en los que se involucraba a personas próximas a los alumnos, o programas de normativas.  <b>Control</b>  No especificado.</p>	<p><b>Principal</b>  Conducción bajo los efectos del alcohol  Viajes acompañado de un conductor bajo los efectos del alcohol  Accidentes de tráfico</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Elder RW, Nichols JL, Shults RA, Sleet DA, Barrios LC, Compton R; Task Force on Community Preventive Services. Effectiveness of school-based programs for reducing drinking and driving and riding with drinking drivers: a systematic review. Am J Prev Med. 2005;28(5 Suppl):288-304.</p>					

## Intervenciones conductuales

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Jensen 2011  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> no se especifica  <b>Estudios incluidos:</b> 21 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de la entrevista motivacional para modificar la conducta en adolescentes con un problema de abuso de sustancias.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>            Adolescentes, o parejas de adolescentes y padres o tutores  <b>Criterios exclusión:</b>            Estudios con padres o tutores solos</p>	<p><b>Intervención</b>            Entrevista motivacional en cualquier modalidad, sola o conjuntamente con otras intervenciones.  <b>Control</b>            No especificado</p>	<p>Cambio en la conducta relacionada con el consumo de sustancias</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés, sin fecha de búsqueda)  <b>AMSTAR 4:</b> No (motivo de exclusión)  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> No  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> No</p>
<p><b>Referencia:</b> Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2011;79(4):433-40.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<b>ID:</b> Grenard 2006 <b>Diseño:</b> RS <b>Año de búsqueda:</b> 2005 <b>Estudios incluidos:</b> 17 ECA y ECC	Evaluar la eficacia de la entrevista motivacional para modificar la conducta en adolescentes y jóvenes con un problema de abuso de sustancias.	<b>Criterios inclusión:</b> Adolescentes (entre 13 y 18 años), y jóvenes (entre 19 y 25 años). <b>Criterios exclusión:</b> No especificado	<b>Intervención</b> Entrevista motivacional. <b>Control</b> No especificado	No especificado	<b>AMSTAR 1:</b> No <b>AMSTAR 2:</b> No <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés) <b>AMSTAR 4:</b> Sí <b>AMSTAR 5:</b> No <b>AMSTAR 6:</b> Sí <b>AMSTAR 7:</b> No <b>AMSTAR 8:</b> No <b>AMSTAR 9:</b> N/A <b>AMSTAR 10:</b> No <b>AMSTAR 11:</b> No
<b>Referencia:</b> Grenard JL, Ames SL, Pentz MA, Sussman S. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. Int J Adolesc Med Health. 2006;18(1):53-67.					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Riper 2009  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> 2008  <b>Estudios incluidos:</b> 14 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones breves individuales de feedback para reducir el consumo de alcohol.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  No especificado, población general.  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificado</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones individuales de feedback en el que el propio paciente modifica su propia conducta a partir de información del propio sujeto (diarios de consumo, análisis de concentración de alcohol en sangre, etc). La intervención no debía estar incluida en ningún programa terapéutico y debía ser breve (no superior a los 15 minutos)  <b>Control</b>  No especificado.</p>	<p><b>Principal</b>  Cantidad de alcohol consumido  Frecuencia de consumo de alcohol</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Riper H, van Straten A, Keuken M, Smit F, Schippers G, Cuijpers P. Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. Am J Prev Med. 2009;36(3):247-55.</p>					



DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Jepson 2010  <b>Diseño:</b> Overview de revisiones  <b>Año de búsqueda:</b> 2008  <b>Estudios incluidos:</b> 103 RS</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones conductuales dirigidas a reducir conductas poco saludables o a promocionar otras saludables: promoción de comida sana o ejercicio físico, tabaquismo, consumo de alcohol, consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  No especificado, población general.  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificado</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones dirigidas a prevenir o retrasar la aparición de la conducta poco saludable, o dirigidas a cambiar conductas ya establecidas en los participantes de los estudios.  En el caso de las revisiones sobre el consumo de alcohol se incluyeron intervenciones conductuales o educativas, campañas publicitarias, o reducción de la conducción insegura.  Se excluyeron intervenciones dirigidas al tratamiento de la dependencia a las drogas. También se excluyeron intervenciones dirigidas a la detección de conductas poco saludables, intervenciones psiquiátricas, intervenciones con un objetivo clínico o farmacológico, o medidas de prevención secundaria o terciaria.  <b>Control</b>  No especificado</p>	<p><i>Para las revisiones sobre consumo de alcohol:</i>  Cambio en el consumo de alcohol  Reducción del consumo de alcohol  Reducción de la conducción insegura  Promoción del consumo moderado de alcohol</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> No  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. BMC Public Health. 2010;10:538.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Scott-Sheldon 2009 – Carey 2007</p> <p><b>Diseño:</b> RS con MA</p> <p><b>Año de búsqueda:</b> 2007</p> <p><b>Estudios incluidos:</b> 62 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de las intervenciones individuales dirigidas a reducir el consumo de alcohol en universitarios.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b> Adolescentes en edad universitaria</p> <p><b>Criterios exclusión:</b> No especificado</p>	<p><b>Intervención</b> Intervenciones individuales de carácter conductual o psico-educativas dirigidas a reducir el consumo de alcohol.</p> <p><b>Control</b> No especificado</p>	<p>Consumo de alcohol en un periodo de tiempo en concreto (semana, mes)</p> <p>Consumo de alcohol en un momento en concreto (fin de semana, celebración)</p> <p>Consumo de alcohol en un día</p> <p>Consumo máximo de alcohol en una ocasión</p> <p>Frecuencia de consumo intensivo de alcohol (<i>binge</i> 5UBE V, 4UBE M)</p> <p>Frecuencia de días en los que se bebe</p> <p>Problemas derivados del consumo de alcohol</p> <p>UBE: unidades de bebida estándar</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No</p> <p><b>AMSTAR 2:</b> Sí</p> <p><b>AMSTAR 3:</b> Sí</p> <p><b>AMSTAR 4:</b> Sí</p> <p><b>AMSTAR 5:</b> No</p> <p><b>AMSTAR 6:</b> Sí</p> <p><b>AMSTAR 7:</b> No</p> <p><b>AMSTAR 8:</b> No</p> <p><b>AMSTAR 9:</b> Sí</p> <p><b>AMSTAR 10:</b> No</p> <p><b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Scott-Sheldon LAJ, Demartini KS, Carey KB, Carey Michael P. Alcohol interventions for college students improves antecedents of behavioral change: Results from a meta-analysis of 34 randomized controlled trials. <i>Journal of Social and Clinical Psychology</i>. 2009;28(7):799-823</p> <p>Carey KB, Scott-Sheldon LA, Carey MP, DeMartini KS. Individual-level interventions to reduce college student drinking: a meta-analytic review. <i>Addict Behav</i>. 2007;32(11):2469-94.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Tait 2003  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2002  <b>Estudios incluidos:</b> 11 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de las intervenciones breves para reducir el consumo de drogas en adolescentes</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Adolescentes menores de 20 años  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificado</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones breves con un máximo de 4 sesiones (con posibilidad de incluir materiales de apoyo como manuales, folletos, videos y otros materiales educativos). Se incluyeron ensayos sobre entrevista motivacional e intervenciones breves de detección y/o intervención en universitarios.  Se excluyeron estudios basados en intervenciones sobre la organización de centros escolares.  <b>Control</b>  Atención habitual (<i>sic</i>)</p>	<p>Cambio en la conducta relacionada con el consumo de sustancias   Se excluyeron los estudios sobre conocimientos y actitudes</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> No  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> No  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Tait RJ, Hulse GK. A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. Drug Alcohol Rev. 2003;22(3):337-46.</p>					

### Intervenciones conductuales – Tecnologías de la información y la comunicación

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> White 2010  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2009  <b>Estudios incluidos:</b> 17 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de las intervenciones online en el abordaje de personas con un problema de abuso de alcohol.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>            No especificado, aunque se incluyen estudios en población general  <b>Criterios exclusión:</b>            No especificado</p>	<p><b>Intervención</b>            Intervenciones a la que se debía acceder vía Internet dirigidas a moderar o interrumpir el consumo de alcohol.  <b>Control</b>            No especificado</p>	<p><b>Principal</b>            Número de unidades de bebida estándar (equivalentes a 10gr de alcohol) consumidas</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> No  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> No  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> White A, Kavanagh D, Stallman H, Klein B, Kay-Lambkin F, Proudfoot J, Drennan J, Connor J, Baker A, Hines E, Young R. Online alcohol interventions: a systematic review. J Med Internet Res. 2010;12(5):e62.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<p><b>ID:</b> Tait 2010  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> 2009  <b>Estudios incluidos:</b> 14 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de las intervenciones online en el abordaje de personas con un problema de consumo de alcohol.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Adolescentes y jóvenes hasta los 25 años  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificado</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones a la que se debía acceder vía Internet dirigidas a moderar o interrumpir el consumo de alcohol.  <b>Control</b>  Al menos uno de los brazos del ensayo debía no recibir ningún tratamiento.</p>	<p><b>Principal</b>  Consumo de alcohol</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> No  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> No  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> No  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Tait RJ, Christensen H. Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. Med J Aust. 2010;192(11 Suppl):S15-21.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Khadjesari 2010  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> 2008  <b>Estudios incluidos:</b> 24 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones computarizadas para reducir el consumo de alcohol en población adulta.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Personas de ambos sexos de 18 años o mayores* que consumieran cualquier cantidad de alcohol.</p> <p><b>Criterios exclusión:</b>  No especificado</p> <p>*Aunque en los objetivos y los criterios de la revisión se menciona el término adulto, la gran mayoría de estudios incluyen poblaciones con una media de edad entre los 18 y 21 años.</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones conductuales, en el sentido que estuvieran dirigidas a conseguir un cambio positivo en el consumo de alcohol, que se presentaran en un soporte electrónico, informatizado o multimedia. Las intervenciones debían ser independientes (no guiadas) y ejecutables desde un ordenador.</p> <p><b>Control</b>  Intervenciones activas de evaluación del alcohol consumido, información sobre sus riesgos, materiales educativos, o breves</p>	<p><b>Principal</b>  Consumo de alcohol (en gramos) medio por semana  Episodios de consumo intensivo (<i>binge</i>) por semana</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Sí  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Khadjesari Z, Murray E, Hewitt C, Hartley S, Godfrey C. Can stand-alone computer-based interventions reduce alcohol consumption? A systematic review. <i>Addiction</i>. 2011;106(2):267-82.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<p><b>ID:</b> Rooke 2010  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> 2009  <b>Estudios incluidos:</b> 34 ECA</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones computarizadas para reducir el consumo de alcohol y tabaco.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  No especificados, aunque se realizó una extracción de datos para pacientes adolescentes (en edad escolar), jóvenes adultos (en edad universitaria), y adultos (mayores de 30 años).  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificado</p>	<p><b>Intervención</b>  Intervenciones conductuales, en el sentido que estuvieran dirigidas a conseguir un cambio positivo en el consumo de alcohol o tabaco, que se presentaran en un soporte electrónico, informatizado o multimedia. Las intervenciones debían ser independientes (no guiadas) y ejecutables desde un ordenador.  <b>Control</b>  Se excluyeron estudios que compararan intervenciones computerizadas entre sí.</p>	<p>Abstinencia  Cambio en el consumo de alcohol</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Parcial  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Rooke S, Thorsteinsson E, Karpin A, Copeland J, Allsop D. Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. <i>Addiction</i>. 2010 Aug;105(8):1381-90.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Carey 2010  <b>Diseño:</b> RS con MA  <b>Año de búsqueda:</b> no especificado  <b>Estudios incluidos:</b> 35 ECA y ECC</p>	<p>Evaluar la eficacia de intervenciones computarizadas para reducir el consumo de alcohol en población universitaria.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b> Estudiantes de pregrado.  <b>Criterios exclusión:</b> No especificado</p>	<p><b>Intervención</b> Intervenciones conductuales, en el sentido que estuvieran dirigidas a conseguir un cambio positivo en el consumo de alcohol, que se presentaran en un soporte electrónico, informatizado o multimedia.  <b>Control</b> No especificado.</p>	<p><b>Principal</b>  Cantidad de alcohol consumido  Cantidad de alcohol consumido en una ocasión determinada (en 24 horas o en un fin de semana)  Consumo máximo de alcohol en una ocasión determinada  Frecuencia de consumo intensivo de alcohol (<i>binge</i> 5UBE V, 4UBE M)   UBE: unidades de bebida estándar</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (no se especifica fecha de búsqueda)  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> Parcial  <b>AMSTAR 6:</b> Parcial  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> Sí  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Carey KB, Scott-Sheldon LA, Elliott JC, Bolles JR, Carey MP. Computer-delivered interventions to reduce college student drinking: a meta-analysis. <i>Addiction</i>. 2009;104(11):1807-19.</p>					



## Intervenciones Familiares

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Ryan 2010  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2009  <b>Estudios incluidos:</b> 77 estudios longitudinales</p>	<p>Evaluar el impacto de una serie de factores y estrategias parentales en el consumo de alcohol de los adolescentes.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>                      Adolescentes entre los 8 y 17 años.  <b>Criterios exclusión:</b>                      No especificados</p>	<p><b>Exposición</b>                      Estudios en los que se evaluara el impacto de estrategias parentales (variables modificables por los miembros de la familia) en el consumo de alcohol: observación del consumo de alcohol en los padres, facilitación del acceso al alcohol, comunicación e información sobre el alcohol, disciplina y normas de la relación entre padres e hijos, apoyo parental y participación en la vida de los adolescentes.</p>	<p>Consumo de alcohol                      Edad de inicio del consumo                      Problemas derivados del alcohol                      Abuso de alcohol en la edad adulta</p> <p>Se excluyeron los estudios en los que se evaluaba el consumo de varias sustancias.</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> No  <b>AMSTAR 7:</b> No  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Ryan SM, Jorm AF, Lubman DI. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Aust N Z J Psychiatry. 2010;44(9):774-83.</p>					

<b>DISEÑO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PACIENTES</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>	<b>DESENLACES</b>	<b>AMSTAR</b>
<b>ID:</b> Smit 2008 <b>Diseño:</b> RS con MA <b>Año de búsqueda:</b> 2006 <b>Estudios incluidos:</b> 9 ECA	Evaluar la eficacia de los programas de intervención familiares en el consumo de alcohol en los adolescentes.	<b>Criterios inclusión:</b> Adolescentes menores de 16 años  <b>Criterios exclusión:</b> Estudios dirigidos a grupos de riesgo	<b>Intervención</b> Programas de intervención familiares en los que al menos se implicaba activamente a los padres en la mitad del programa.  <b>Control</b> No descrito	Inicio del consumo de alcohol Consumo de alcohol durante el último mes Frecuencia en el uso	<b>AMSTAR 1:</b> No <b>AMSTAR 2:</b> Sí <b>AMSTAR 3:</b> Sí <b>AMSTAR 4:</b> Sí <b>AMSTAR 5:</b> No <b>AMSTAR 6:</b> Sí <b>AMSTAR 7:</b> No <b>AMSTAR 8:</b> No <b>AMSTAR 9:</b> Sí <b>AMSTAR 10:</b> Sí <b>AMSTAR 11:</b> Sí
<b>Referencia:</b> 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(3):195-206					

## Políticas sanitarias

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Bryden 2012  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2010  <b>Estudios incluidos:</b> 26 estudios transversales y longitudinales</p>	<p>Evaluar la disponibilidad y la promoción del alcohol en el consumo de alcohol de la población.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  Hombres y mujeres de cualquier edad.  Los estudios se incluyeron si la unidad de análisis era la comunidad en la que los participantes en los estudios recibían la exposición.  <b>Criterios exclusión:</b>  Estudios en los que la unidad de análisis fueran individuos o en los que sólo se evaluaran aspectos parentales o genéticos, o el impacto de políticas sanitarias (p.ej. sobre las tasas)</p>	<p><b>Exposición</b>  Estudios en los que se evaluara la disponibilidad de alcohol (tiendas, bares, distancia a locales, disponibilidad de los vendedores a vender alcohol a los menores, porcentaje de adolescentes que habían comprado alcohol en comercios y políticas locales de licencia como horarios de venta) o la promoción del alcohol en diferentes medios (anuncios de comercios, medidas de prevención primaria como carteles divulgativos).  Se incluyeron estudios de intervención cuando estuvieron centrados en las unidades de análisis de interés, a excepción de cuando se centraron en su impacto sobre el cambio individual.</p>	<p>Consumo de alcohol  Frecuencia en el uso  Cantidad de alcohol consumido  Consumo de riesgo</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> No  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> Sí  <b>AMSTAR 4:</b> Sí  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> Sí  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Bryden A, Roberts B, McKee M, Petticrew M. A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. Health Place. 2012;18(2):349-57.</p>					

DISEÑO	OBJETIVO	PACIENTES	INTERVENCIÓN	DESENLACES	AMSTAR
<p><b>ID:</b> Elder 2010  <b>Diseño:</b> RS  <b>Año de búsqueda:</b> 2005  <b>Estudios incluidos:</b> 78</p>	<p>Evaluar la eficacia de las políticas de tasas sobre el alcohol para reducir el consumo excesivo de alcohol y sus riesgos derivados.</p>	<p><b>Criterios inclusión:</b>  No especificado, población general.  <b>Criterios exclusión:</b>  No especificados</p>	<p><b>Intervención</b>  Cambio en una política de tasas o precios sobre el alcohol.   change in alcohol tax policy or the relationship between alcohol taxes or prices and outcomes of interest.</p>	<p>Consumo de alcohol excesivo (consumo intensivo de alcohol (<i>binge</i>: 5UBE V, 4UBE M), consumo excesivo (14UBE semana V, 7UBE semana M), o consumo por debajo de la edad legal).  Consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol.   UBE: unidades de bebida estándar</p>	<p><b>AMSTAR 1:</b> Sí  <b>AMSTAR 2:</b> Sí  <b>AMSTAR 3:</b> No (estudios en inglés)  <b>AMSTAR 4:</b> No  <b>AMSTAR 5:</b> No  <b>AMSTAR 6:</b> Sí  <b>AMSTAR 7:</b> Sí  <b>AMSTAR 8:</b> No  <b>AMSTAR 9:</b> N/A  <b>AMSTAR 10:</b> No  <b>AMSTAR 11:</b> Sí</p>
<p><b>Referencia:</b> Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK, Toomey TL, Fielding JE; Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. Am J Prev Med. 2010;38(2):217-29.</p>					

#### Anexo IV. Razones de exclusión de estudios en el overview

ID	Razón de exclusión
Anderson 2009	No se ajusta a los objetivos del overview Artículo de discusión sobre la prohibición de las campañas publicitarias del alcohol
Baliunas 2010	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación del consumo abusivo de alcohol y la incidencia de VIH
Ballesteros 2004	No se ajusta a los objetivos del overview Metanálisis sobre la magnitud del efecto de las intervenciones breves en atención primaria para consumidores de alcohol de riesgo entre hombres y mujeres
Barnett 2005	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones basadas en la información sobre normativas en el consumo inadecuado de alcohol en estudiantes universitarios. Ensayos clínicos incluidos en otras revisiones sistemáticas (Moreira 2009)
Bergen 2007	No se ajusta a los objetivos del overview Evalúa el impacto de los cambios genéticos en el desarrollo de fenotipos comportamentales
Berner 2007	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre el rendimiento diagnóstico del instrumento AUDIT
Bernstein 2005	Comentario editorial a ensayo clínico sobre la prevención del consumo de alcohol en adolescentes
Bertholet 2005	No se ajusta a los objetivos del overview Metanálisis sobre intervenciones breves en atención primaria para reducir el consumo de alcohol, sin datos desagregados para jóvenes o adolescentes
Birckmayer 1999	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación entre las políticas edad mínima para el consumo de alcohol y suicidio
Blicharz-Wladysiuk 2006	No se ajusta a los objetivos del overview Evalúa la incidencia del abuso de sustancias en adolescentes y jóvenes con un TDAH
Black 1998	Revisión narrativa Metanálisis sobre la eficacia del programa de prevención parental
Boden 2011	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación entre el abuso del alcohol y la depresión
Boekeloo 2007	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre los abordajes que facilitan la información sobre el consumo de alcohol a adolescentes por parte de médicos de familia
Borsari 2003	No se ajusta a los objetivos del overview Metanálisis sobre los aspectos que influyen en la percepción de las normas dirigidas a la restricción de consumir alcohol en el ámbito universitario
Borsari 2009	Revisión narrativa Metanálisis para comprobar la correspondencia entre las medidas autorreportadas de consumo de alcohol y las reportadas por compañeros

ID	Razón de exclusión
Brenner 2003	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre factores de riesgo, culturales y actitudes de los jóvenes ante el suicidio
Brown 2007	Revisión narrativa Metanálisis de estudios sobre intervenciones de prevención del consumo de alcohol en áreas rurales, a partir de la taxonomía inicial de Tobler
Bruvold 1990	Revisión narrativa Revisión de factores que pueden afectar o sesgar la validez de las medidas de resultado autoreportadas en jóvenes y adolescentes sobre el consumo de sustancias
Bukstein 2004	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la tipología de desenlaces de interés en la investigación sobre el tratamiento del abuso de alcohol en adolescentes
Burns 2010	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre los instrumentos de detección del abuso de alcohol en mujeres embarazadas
Calabria 2011	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión metodológica sobre las características de los estudios sobre intervenciones fuera del contexto escolar o educativo para jóvenes con problemas de alcohol
Clark 2004	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la historia natural del abuso de alcohol en adolescentes
Colby 2004	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión de aspectos metodológicos en el campo de la investigación del tratamiento del abuso de alcohol en adolescentes
Colucci 2007	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre factores de riesgo, culturales y actitudes de los jóvenes ante el suicidio
Cook 2005	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación del consumo abusivo de alcohol y la incidencia de infecciones de transmisión sexual
Birckmayer 1999	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación entre las políticas edad mínima para el consumo de alcohol y suicidio
Crome 2005	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre el abuso de sustancias en adolescentes y su comorbilidad psiquiátrica
Charach 2011	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación del TDAH durante la infancia y el abuso de sustancias durante la adolescencia
Chun 2012	Revisión narrativa Revisión de intervenciones dirigidas al consumo de alcohol en adolescentes
Elder 2004	Revisión obsoleta Comentario editorial a una revisión sistemática de intervenciones en centros educativos para reducir la conducción de riesgo (Elder 2005)

ID	Razón de exclusión
Elmqvist 1995	Revisión narrativa Revisión de las características de los programas dirigidos a los padres y tutores para prevenir el uso de alcohol y otras sustancias
Esposito-Smythers 2004	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación entre consumo de alcohol y suicidio en adolescentes
Faggiano 2008	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones educativas para prevenir el uso de drogas. Ensayos clínicos incluidos en otras revisiones sistemáticas (Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b, Thomas 2011)
Ferri 2004	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones para prevenir el uso de drogas. Ensayos clínicos incluidos en otras revisiones sistemáticas (Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b, Thomas 2011)
Foxcroft 1991	No se ajusta a los objetivos del overview Metanálisis sobre el impacto de los factores de socialización familiares y el consumo de alcohol en los adolescentes
Foxcroft 1997	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones para prevenir el uso de alcohol en adolescentes, con objetivos metodológicos
Foxcroft 2003	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones para prevenir el uso de drogas. Ensayos clínicos incluidos en otras revisiones sistemáticas (Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b, Thomas 2011)
Foxcroft 2002	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones para prevenir el uso de drogas. Ensayos clínicos incluidos en otras revisiones sistemáticas (Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b)
Galaif 2007	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación entre depresión, consumo de alcohol y suicidio entre los jóvenes
Gottfredson 2003	No se ajusta a los objetivos del overview Metanálisis sobre los aspectos que influyen en la eficacia de los programas de prevención del consumo de alcohol escolares
Haug 2012	Estudio en alemán, no se ha podido conseguir una traducción Revisión sistemática de intervenciones online o a través de telefonía móvil para reducir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes
Kaner 2007	No incluye pacientes adolescentes y/o jóvenes Revisión Cochrane sobre intervenciones breves en atención primaria
Korczak 2011	Datos insuficientes Informe de evaluación de tecnologías sobre la prevención del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes. No se han podido conseguir los datos completos de este informe para su evaluación.
Liddle 2004	Revisión narrativa Revisión sobre psicoterapia familiar en el tratamiento de adolescentes y jóvenes consumidores de alcohol y drogas
Lilja 2003	Revisión narrativa Revisión sobre programas de prevención de consumo de drogas dirigidos a adolescentes

ID	Razón de exclusión
McCambridge 2011	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre las consecuencias en la edad adulta del consumo abusivo de alcohol durante la adolescencia
Macgowan 2010	Revisión narrativa Revisión de intervenciones conductuales dirigidas al consumo de drogas en adolescentes
Minozzi 1997	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones educativas para prevenir el uso de alcohol en adolescentes
Newton 2011	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre los instrumentos de detección del abuso de alcohol en unidades de urgencias
de Pavia 2009	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la influencia de los estilos y prácticas parentales de socialización en el consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes
Poikolainen 1999	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones breves en atención primaria para consumidores de alcohol de riesgo.
Purshouse 2010	No se ajusta a los objetivos del overview Estudio de simulación epidemiológica sobre el impacto de políticas sanitarias de tasas y precios sobre el alcohol en diferentes perfiles de consumidores
Roizen 2010	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre un programa de reforzamiento comunitario ( <i>community reinforcement and family training – CRAFT</i> ) centrado en población adulta
Rundall 1998	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones educativas para prevenir el uso de alcohol y tabaco en adolescentes
Saitz 2010	No incluye pacientes adolescentes y/o jóvenes Revisión sobre la eficacia de la detección y las intervenciones breves en atención primaria, enfocada a los pacientes con dependencia o consumo abusivo de alcohol.
Scholten 2010	Comentario crítico a una revisión sistemática Cochrane
Soole 2008	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones escolares y educativas para prevenir el uso de drogas. Ensayos clínicos incluidos en otras revisiones sistemáticas (Foxcroft 2011a, Foxcroft 2011b)
Stolle 2009	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión narrativa sobre el impacto sobre la salud del consumo intensivo de alcohol durante la adolescencia y juventud
Thatcher 2006	Revisión narrativa Revisión general sobre el consumo de alcohol en adolescentes
Tobler 1997	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones para prevenir el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes
Chun 2012	Revisión narrativa Revisión de intervenciones dirigidas al consumo de alcohol en adolescentes



ID	Razón de exclusión
Vendrame 2011	Revisión narrativa Revisión de estudios sobre las restricciones publicitarias de productos alcohólicos en los medios de comunicación y su impacto sobre el consumo de alcohol entre los adolescentes
von Sydow 2010	Estudio en alemán, no se ha podido conseguir una traducción Revisión sistemática de psicoterapia sistémica para el abordaje de problemas de consumo de sustancias
Walling 2010	Comentario crítico a una revisión sistemática
West 2004	Revisión narrativa Metanálisis sobre la eficacia del programa Project DARE para la prevención del consumo de drogas entre adolescentes y jóvenes
White 1999	Revisión obsoleta Revisión sistemática de intervenciones para prevenir o reducir el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes
Wilcox 2004	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre la asociación entre consumo de alcohol y suicidio
Wood 2006	No se ajusta a los objetivos del overview Revisión sobre aspectos metodológicos de los estudios de intervenciones escolares
Zisseron 2007	Revisión narrativa Revisión de intervenciones breves implantadas sin contacto directo con el usuario dirigidas a universitarios