

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Prevención y detección del **CONSUMO DE SUSTANCIAS INHALABLES** en Adolescentes en el Primer Nivel de Atención

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SS-639-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica. En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que formen parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Deberá ser citado como: **Prevención y detección del consumo de inhalables en adolescentes en el primer nivel de atención.** México: Secretaría de Salud; 27/Junio/2013.

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

CIE-10: F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles

GPC: Prevención y detección del consumo de inhalables en adolescentes en el primer nivel de atención

COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES

Coordinadores:

Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Doctorado en Psicología Salud, Maestría en Psicología General Experimental con Residencia en Psicología en Atención Primaria	Comisión Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Integración y Seguimiento de Programas Nacionales
Mtra. Ana Karina Suaste Herrera	Maestría en Psicología con Residencia en Neuropsicología	Comisión Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica

Autores:

Dr. Daniel Crail Meléndez	Maestría en Ciencias Médicas	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	Médico Adscrito	
Dra. Christian Lizette Frías Soria	Maestría en Ciencias en Neurofarmacología y Terapéutica Experimental	Centros de Integración Juvenil, A.C	Técnico Normativo "A" del Departamento de Consulta Externa	
Mtra. Aldegunda González Aguilar	Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México	Jefa de Unidad Departamental de Gestión y Fortalecimiento	
Mtra. Nadia Robles Soto	Maestría en Psicología con Residencia en Adicciones	Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones	Subdirectora de Apoyo y Coordinación Regional	
Mtra. Ana Karina Suaste Herrera	Maestría en Psicología con Residencia en Neuropsicología	Comisión Nacional contra las Adicciones	Asesora Técnica	
Dra. Eryka del Carmen Urdapilleta Herrera	Doctorado en Psicología de la Salud	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Psicóloga clínica adscrita al Departamento de Investigación en Tabaquismo	
Dr. Roberto Karam Araujo	Posgrado de Cirugía General Ortopédica y Artroscópica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular de la División de Promoción de la Salud	Vicepresidente de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos
Dr. Edén Cristian Sánchez Rosas	Maestría en Ciencias Médicas	Instituto Nacional de Psiquiatría	Médico Adscrito	Asociación Psiquiátrica Mexicana Sociedad Española de Patología Dual

Dra. María Teresa Oviedo Gómez	Doctorado en Psicología Salud, Maestría en Psicología General Experimental con Residencia en Psicología en Atención Primaria	Comisión Nacional contra las Adicciones	Subdirectora de Integración y Seguimiento de Programas Nacionales	
Dr. José Arturo Ortiz Castro	Doctorado en Psicología	Instituto Nacional de Psiquiatría	Investigador en Ciencias Médicas "E"	Asociación Mexicana para el Estudio de las Adicciones, A.C.
Dr. Eduardo Federico Riquelme García	Posgrado en Psiquiatría	Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México	Subdirector de Tratamiento	Asociación Psiquiátrica Mexicana
Validador				
Lic. Héctor Noé Morales Ortiz	Especialidad en Terapia Familiar y de Pareja Licenciatura en Psicología	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Coordinador Nacional de Programas de Salud Mental y Adicciones Dirección Médica del ISSSTE	

ÍNDICE

1. CLASIFICACIÓN	6
2. PREGUNTAS A RESPONDER.....	7
3. ASPECTOS GENERALES.....	8
3.1 Justificación.....	10
3.2 Objetivo.....	12
3.3 Definición.....	14
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	17
4.1 Prevención	18
4.1.1 Universal	18
4.1.2 Selectiva.....	20
4.1.3 Indicada.....	24
4.1.3.1 Consejo Breve.....	27
4.2 Diagnóstico.....	28
4.3 Comorbilidad	29
4.4 Referencia	30
5. ANEXOS.....	32
5.1 Protocolo de Búsqueda.....	32
5.2 Escalas de Gradación	35
5.3 Cédula de Evaluación del Consumo de Sustancias Inhalables.....	38
5.4 Algoritmo de Acción para el Primer Nivel de Atención.....	39
6. GLOSARIO	40
7. BIBLIOGRAFÍA	42
8. AGRADECIMIENTOS	44
9. COMITÉ ACADÉMICO.....	45
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	46
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	47

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: SS-639-13	
Profesionales de la salud	Enfermería, Medicina familiar, Medicina preventiva, Psicología, Psiquiatría
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F 18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles
Categoría de GPC	Primer nivel de atención, Consejería, Evaluación, Diagnóstico y tamizaje, Prevención Primaria
Usuarios potenciales	Enfermeras generales, Enfermeras especializadas, Estudiantes, Médicos especialistas, Médicos generales, Médicos familiares, Organizaciones orientadas a enfermos, Paramédicos, Planificadores de servicios de salud, Proveedores de servicios de salud, Proveedores de atención en farmacodependencia, Psicólogos o profesionistas de la conducta no médicos, Técnicos en enfermería, Trabajadores sociales
Tipo de organización desarrolladora	Dependencia del Gobierno Federal, Dependencia de Gobierno Estatal: Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México, Dependencias de la Secretaría de Salud: Comisión Nacional contra las Adicciones; Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Dependencia del IMSS, Organizaciones No Gubernamentales sin fines de lucro: Centros de Integración Juvenil, A.C
Población blanco	Adolescente 13 a 18 años de edad
Fuente de financiamiento / Patrocinador	Gobierno Federal, Mixto: Organismos públicos y de la sociedad civil
Intervenciones y actividades consideradas	Evaluación y pruebas psicológicas Otra psicoterapia y asesoramiento Asesoramiento sobre toxicomanía Otro asesoramiento Remitir (al paciente) hacia rehabilitación psicológica Remitir al paciente hacia psicoterapia Remitir al paciente hacia la rehabilitación de toxicomanía Remitir al paciente hacia rehabilitación profesional
Impacto esperado en salud	Evitar el inicio en el consumo de sustancias inhalables, favorecer el diagnóstico temprano y reducir los daños en la salud ocasionados por el consumo, así como realizar la oportuna y adecuada referencia de casos
Metodología ¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados y/o estudios de cohorte publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionaran las fuentes con mayor puntaje obtenido, en la evaluación de su metodología, las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 18 Guías seleccionadas: 2 Revisiones sistemáticas: 2 Ensayos controlados aleatorizados: 0 Otras fuentes seleccionadas: 14
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Lic. Beatriz Ayala Robles, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Validación de la guía: Lic. Héctor Noé Morales Ortiz, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
Registro	SS-639-13
Actualización	Fecha de publicación: 27/Junio/2013. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine, o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación

¹ PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA SE PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Qué acciones de prevención del consumo de inhalables deben realizarse en población adolescente?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo y protección asociados al consumo de inhalables en población adolescente?
3. ¿Cómo se realiza la detección temprana en adolescentes con consumo de inhalables?
4. ¿En qué consiste la consejería breve en adolescentes con consumo de inhalables?
5. ¿Cuáles son los criterios para llevar a cabo la referencia de adolescentes con consumo de inhalables?
6. ¿Cuál es la principal comorbilidad psiquiátrica en adolescentes con consumo de inhalables?
7. ¿Cuáles son los principales daños a la salud en adolescentes con consumo de inhalables?

3. ASPECTOS GENERALES

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) recomiendan procedimientos basados en evidencia científica apoyadas en las mejores prácticas clínicas.

Para el desarrollo de esta GPC se revisó la evidencia científica disponible hasta el momento, y se consideró la opinión del grupo de expertos que la elaboró. La propuesta de esta guía es otorgar elementos para la prevención y detección temprana del consumo de sustancias inhalables en adolescentes. Su empleo es un requisito necesario en la red nacional de servicios de salud.

Esta GPC está dirigida a los integrantes del equipo clínico de salud, particularmente del primer nivel de atención, dada su relevante participación en los procesos para la promoción de la salud, la prevención y detección oportuna de problemas de salud, y en su potencial para llevar a cabo acciones para la prevención y diagnóstico oportuno del consumo de sustancias inhalables en población adolescente. Para la adecuada comprensión y manejo de esta Guía es necesario señalar que si bien en la literatura se emplean de manera indistinta los términos “inhalantes”, “disolventes”, “solventes volátiles” y “sustancias inhalables” (Dell, 2011), en esta GPC se ha decidido utilizar el término “sustancias inhalables”, por ser el que mejor define el uso de este tipo de sustancias.

Del mismo modo, se ha determinado clasificar como “abuso” a cualquier ocasión de consumo de estas sustancias, ya que se desvía su utilización respecto de los fines para los que han sido diseñadas. En este sentido, el abuso de sustancias inhalables por adolescentes constituye un problema prioritario hacia donde es necesario dirigir las acciones de prevención.

Para la prevención y detección del consumo de sustancias inhalables en el primer nivel de atención, se deberá privilegiar la evaluación de los factores de riesgo en adolescentes. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) ha señalado que la edad de inicio de la adolescencia ha descendido 3 años en los últimos dos siglos, por lo que aunado a que en México se ha observado que el consumo de sustancias inhalables se presenta en grupos de edad cada vez más jóvenes, esta guía de práctica clínica será aplicable para la evaluación de factores de riesgo en adolescentes de 10 años de edad en adelante.

Si bien el abuso de sustancias inhalables representa grandes riesgos para la salud de las personas en general, en la población adolescente este problema adquiere una mayor gravedad. La adolescencia es una etapa del desarrollo que, por su propia naturaleza, representa un factor de riesgo que vuelve a los muchachos en un grupo particularmente vulnerable ante el consumo de sustancias inhalables, ya que el organismo de una persona joven que se expone a las sustancias inhalables todavía está en crecimiento, su sistema nervioso central (SNC) aún no ha completado su proceso de maduración, y por lo tanto, su exposición, ya sea accidental, esporádica o continua, invariablemente afectará de manera irreversible (entre muchas otras cosas) el desarrollo de sus funciones mentales superiores; por ejemplo: la función ejecutiva, la capacidad para evaluar las situaciones, la toma de decisiones y el control de los impulsos (NIDA, 2008).

Adicionalmente, existen otros determinantes que pueden favorecer que los adolescentes se inicien en el consumo de sustancias inhalables; por ejemplo, su amplia disponibilidad debido a la ausencia de

restricciones para la venta de estos productos a menores y al bajo costo que tienen, en general. En el ámbito psicosocial, otras condiciones de riesgo pueden ser los estados depresivos característicos de la adolescencia, los estados de ansiedad, la dificultad para el control de impulsos, la curiosidad por experimentar nuevas sensaciones o la manifestación de conductas agresivas.

Respecto a la dinámica familiar, se pueden señalar: dificultades para la comunicación entre sus miembros, confusión de roles e interacciones disfuncionales, entre otras; mientras que en el ámbito escolar se pueden señalar el bajo rendimiento escolar, la deserción y el *bullying*. Otros riesgos sociales que también influyen son la inseguridad y la violencia, el desempleo y desventajas socioeconómicas, que posicionan al adolescente en un riesgo muy alto, no sólo para iniciarse en el consumo de sustancias inhalables sino también para progresar hacia la dependencia (ENA, 2008).

Por todo lo anterior, es responsabilidad del clínico prestar mayor atención a la ocurrencia de ciertos eventos en la vida de los jóvenes, tales como: el divorcio de los padres, un cambio de escuela o del lugar de residencia, la muerte de algún familiar, amigo o conocido, la participación del adolescente en actividades temerarias o su presencia en ambientes donde existe una mayor disponibilidad de conseguir sustancias inhalables, así como la presión de compañeros o pares que ya abusan de ellas.

La intervención temprana desde el primer nivel de atención permitirá reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, tales como: el autocontrol, el desarrollo de habilidades sociales y relaciones positivas, la vigilancia y el apoyo de los padres, entre otros (NIDA, 2008). Ante la detección del consumo de sustancias inhalables, se considerará la pertinencia de referir al adolescente a la red nacional de servicios especializados constituida por los Centros de Atención Primaria en Adicciones “Nueva Vida”, los Centros de Integración Juvenil, A. C., los Centros de Atención Toxicológica y las unidades médicas del segundo o tercer nivel de atención de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como otros centros especializados de atención.

Aunque indudablemente existen desafíos importantes para la implementación de esta guía, es una valiosa aportación a los métodos disponibles para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias inhalables en la población adolescente mexicana.

3.1 JUSTIFICACIÓN

Las sustancias inhalables son productos químicos volátiles presentes en numerosos compuestos de uso doméstico e industrial; son de uso legal, ampliamente utilizadas y relativamente baratas, comparadas con otras sustancias psicoactivas. Éstas han sido clasificadas en cuatro tipos: los solventes (pegamentos y gasolinas), los aerosoles (desodorantes de uso personal y pintura en spray), los gases (extinguidores y combustible para encendedor) y los nitritos (limpiadores de cabezas de video y desodorantes ambientales) (Dell, 2011), y los artículos que las contienen son vendidos en el pequeño comercio sin mayores restricciones, incluso a los menores de edad, porque solamente se vuelven peligrosas si se usan con fines distintos para los cuales han sido fabricadas.

Si bien los fabricantes tienen la obligación de añadir advertencias sobre la toxicidad en la presentación de las sustancias inhalables, con frecuencia los compradores de éstas no toman en cuenta los riesgos que implica la inhalación accidental o premeditada de los mismos. También es frecuente que debido al bajo costo de alguna de sus presentaciones, jóvenes o adolescentes con bajo nivel socioeconómico utilicen deliberadamente estas sustancias inhalables con fines de intoxicación. Asimismo, con regularidad son elegidas como droga de inicio por su bajo costo, ya que los adolescentes, en general, carecen de medios económicos para conseguir drogas más costosas, como el alcohol o el tabaco.

Además, la adolescencia es un grupo de edad particularmente vulnerable ante el consumo de estas sustancias; en principio, por los cambios propios del desarrollo, lo que puede exacerbarse por la combinación con otros factores, tales como: vivir en condición de calle, tener conflictos de adaptación al medio (con la autoridad en casa, escuela y comunidad), tener un nivel socioeconómico bajo, provenir de familias desestructuradas, o bien, residir en unidades especializadas para la atención de adolescentes en conflicto con la ley (Secretaría de Salud, 2011).

La venta de solventes inhalables a menores de edad, en México, no se ha tipificado aún como delito. Tampoco existen campañas preventivas en medios masivos de comunicación que informen a la población general sobre los elevados riesgos para la salud que implican la exposición frecuente y el consumo deliberado de estos productos, lo que, aunado a la variedad en sus presentaciones y a su amplia disponibilidad, hace aún más complejas las tareas de prevención.

En México, el consumo de las sustancias inhalables ha sido documentado desde la década de 1960, a través de estudios y encuestas en población general, escolar y poblaciones vulnerables, así como por sistemas de monitoreo epidemiológico continuo (Villatoro, 2011; Ortiz, 2007). Originalmente, su consumo era más frecuente en subpoblaciones con mayor marginación; sin embargo, ha ido aumentando entre jóvenes que viven con sus familias y acuden a la escuela. Por ejemplo, en 2006 se reportó que 6.7% de los estudiantes de educación media y media superior en el Distrito Federal había consumido sustancias inhalables, lo cual representó un aumento de 2.6% respecto a lo reportado en 1997 (Villatoro, 2009).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones, la prevalencia de consumo de inhalables en población general de 12 a 17 años de edad se ha mantenido en 0.3% de 2008 a 2011. Sin embargo, las regiones Noroccidental y Sur, así como la Ciudad de México, en las que se presentaba un consumo

mínimo, ahora registran prevalencias superiores a 0.5% (ENA, 2011). Considerando la población que acude por primera vez en busca de tratamiento, en 2010 los Centros de Integración Juvenil reportaron que 14.1% lo hizo por consumo de inhalables (3 618 personas) (ENA, 2011). Por su parte, el Sistema de Registro e Información en Drogas (SRID) reportó en 2010 que los inhalables son la segunda sustancia que más se consume en la Ciudad de México, con una prevalencia de uso alguna vez en la vida de 45.5% entre adolescentes de 12 a 14 años de edad, de los cuales 34.3% presenta un patrón de consumo alto (20 días o más al mes) (ENA, 2011).

Entre los inhalables, la sustancia mencionada con mayor frecuencia es el “activo” o “mona”, que es un preparado con alto contenido de tolueno y de muy bajo costo, el cual se impregna en una estopa o se coloca dentro de una bolsa para su inhalación (Lara, 1998). Recientemente, a esta modalidad de sustancia inhalable se le añade un olor a frutas o flores, incluso, trozos de fruta machacada con el fin de hacer aún más atractivo su consumo, lo que desafortunadamente contribuye al aumento de esta práctica ilegal en México.

Es importante considerar que el consumo de sustancias inhalables en edades tempranas es altamente riesgoso y agresivo para la salud del individuo, y fácilmente puede progresar hacia la dependencia. Su composición química altera severamente la función cerebral en áreas críticas para la motivación, la memoria, el aprendizaje y el control del comportamiento. Como resultado, es frecuente que los adolescentes usuarios presenten de manera temprana diversos problemas de salud, familiares, escolares y legales (NIDA, 2008). En adultos con consumo de sustancias inhalables, se ha reportado una mayor prevalencia de trastornos de ánimo (48%), de ansiedad (36%) y de personalidad (45%), comparados con población que no consume (Medina-Mora, 2008; Wu, 2007), por lo que también la comorbilidad psiquiátrica debe ser evaluada y atendida desde la adolescencia.

Finalmente, las acciones preventivas deben orientarse a reducir la probabilidad de que los adolescentes se expongan involuntariamente a sustancias inhalables, así como para evitar los efectos relacionados con su consumo deliberado (ENA, 2008). Debido a la elevada letalidad de las sustancias inhalables (NIDA, 2012), ante la menor sospecha de consumo será necesario enfatizar las acciones de prevención selectiva e indicada.

3.2 OBJETIVO

La Guía de Práctica Clínica **Prevención y Detección del Consumo de Sustancias Inhalables en Adolescentes en el Primer Nivel de Atención** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de la prevención y detección temprana del consumo de inhalables en adolescentes.

Los objetivos específicos de esta guía son:

- Brindar herramientas para la protección de población adolescente sana y población vulnerable
- Otorgar herramientas para la detección temprana de adolescentes que consumen o han consumido sustancias inhalables
- Mostrar los instrumentos clínicos para que el profesional de salud realice el diagnóstico de manera eficaz y oportuna del consumo de sustancias inhalables en adolescentes
- Identificar la principal comorbilidad psiquiátrica de los adolescentes en riesgo de consumir o que se encuentran consumiendo sustancias inhalables
- Mostrar las principales consecuencias en la salud de los adolescentes que consumen sustancias inhalables
- Apoyar al equipo de salud en la toma de decisiones para la referencia adecuada dependiendo de la severidad del consumo y de la comorbilidad psiquiátrica

Con la aplicación generalizada del presente instrumento en los servicios del Sistema Nacional de Salud, se pretende incidir en los siguientes indicadores:

- Realizar la detección temprana y oportuna de los adolescentes que consumen sustancias inhalables
- Disminuir la incidencia del consumo de sustancias inhalables en adolescentes
- Favorecer la atención de los adolescentes en el primer nivel por consumo de sustancias inhalables
- Realizar la referencia oportuna de casos de dependencia a sustancias inhalables

- Aumentar el número de adolescentes que suspenden el consumo de sustancias inhalables
- Detectar, para su posterior atención, las comorbilidades psiquiátricas en los adolescentes que consumen sustancias inhalables
- Reducir las tasas de comorbilidad asociadas al consumo de sustancias inhalables
- Reducir el daño y los costos de la atención por padecimientos y disfunción secundaria al consumo de sustancias inhalables en adolescentes

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención primaria en salud, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Adolescencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad; considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía, entre los 15 a 19 años (UNICEF, 2011).

Consejo breve (intervención breve). Estrategia terapéutica en la cual se ofrece un tratamiento estructurado de corta duración (normalmente, de 5 a 30 minutos) con el fin de ayudar a una persona a suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva y, en ocasiones, también para resolver otros aspectos de su vida. Está dirigida especialmente a los médicos generales y otros profesionales de la atención primaria de la salud. La justificación de la intervención breve reside en la enorme repercusión que tiene en la salud pública el elevado número de profesionales de atención primaria que realizan estas intervenciones de forma sistemática, a pesar de que el porcentaje de personas que modifican su consumo de sustancias tras una única intervención es reducido (OMS, 1994).

Consumo de sustancias inhalables. Inhalación intencional de sustancias volátiles, presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial, con el fin de experimentar sus efectos psicoactivos. Los consumidores más frecuentes de estas sustancias son los adolescentes y los niños de la calle (OMS, 1994). Para efectos de esta Guía de Práctica Clínica, cualquier ocasión de consumo deliberado de sustancias inhalables será considerada abuso.

Consumo perjudicial. Se entiende como el consumo de sustancias psicoactivas que afecta a la salud física y mental, por ejemplo: daño en las vías respiratorias, alteraciones en la memoria y la atención (CIE-10, 2003). Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos, que afectan no sólo al individuo sino a terceros y a su entorno. En el DSM-IV el término consumo perjudicial es equivalente al de abuso.

Intoxicación aguda. Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas; por ejemplo: agresividad, beligerancia, letargo, alteración psicomotriz, euforia, alteración del juicio, mareo, debilidad muscular, estupor o coma (OMS, 1994).

Prevención. Es el conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir, regular o eliminar el consumo no terapéutico de sustancias psicoactivas, como riesgo sanitario, así como sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales (SSA, 2009).

Programas de desarrollo juvenil. Actividades supervisadas y organizadas, orientadas al esparcimiento y desarrollo de los jóvenes a través de la capacitación, el deporte, la cultura o recreación (cursos de entrenamiento, unidades deportivas, casas de la cultura, parques nacionales) (CBCPG, 2011).

Síndrome de abstinencia. La CIE-10 lo define como un conjunto de síntomas que se presentan cuando hay una suspensión absoluta o relativa de una determinada sustancia psicoactiva, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y

la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos refieran que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia. Los síntomas pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos, el diagnóstico de síndrome de abstinencia sólo se hará si su gravedad lo requiere.

Síndrome de dependencia. La CIE-10 lo define como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, incluso más que conductas que en el pasado fueron de mayor importancia para la persona. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicoactivas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes. El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los 12 meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo y controlar la cantidad consumida
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia)
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consume la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios

Según el DSM IV puede existir dependencia fisiológica (cuando existe síndrome de tolerancia y abstinencia) y dependencia no fisiológica (cuando no existe evidencia de tolerancia o abstinencia, y la dependencia se caracteriza por un patrón de uso compulsivo).

Sustancias inhalables (también conocidas como inhalantes, sustancias volátiles, solventes y disolventes). Son sustancias que se transforman en vapor a temperatura ambiente, que se inhalan

para obtener efectos psicoactivos. Son los disolventes orgánicos presentes en numerosos productos de uso doméstico e industrial (pegamento, aerosoles, pinturas, disolventes industriales, quitaesmaltes, gasolina y líquidos de limpieza) y los nitritos alifáticos, como el nitrito de amilo. Algunas sustancias son directamente tóxicas para el hígado, el riñón o el corazón y algunas producen neuropatía periférica o degeneración cerebral progresiva (OMS, 1994). Se clasifican en cuatro categorías:

- a) Disolventes volátiles: líquidos que se vaporizan a temperatura ambiente. Se encuentran en una variedad de productos económicos que se pueden obtener fácilmente y que son de uso común doméstico e industrial (diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quita-grasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y marcadores con punta de fieltro)
- b) Aerosoles: rociadores que contienen propulsores y disolventes; incluyen las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes, fijadores de pelo y rociadores de aceite vegetal para cocinar
- c) Gases: incluyen las anestésias de uso médico, así como los gases que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases anestésicos de uso médico incluyen al éter, el cloroformo, el halotano y el óxido nitroso, comúnmente conocido como "gas hilarante". Otros productos caseros y comerciales que contienen gases son los encendedores de butano, los tanques de gas propano y los refrigerantes
- d) Nitritos. Se consideran una clase especial de sustancias inhalables. A diferencia de la mayoría de las demás sustancias inhalables que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos principalmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Asimismo, mientras que las demás sustancias inhalables se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual, a saber: el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamílico (amilo) y el nitrito isobutílico (butilo), comúnmente conocidos como "*poppers*" ("reventadores") o "*snappers*" ("crujidores") (NIDA, 2011)

Para fines de la presente guía y evitar confusión sobre los términos, se utilizará el término sustancias inhalables.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas en las guías y demás documentos seleccionados corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de evidencias y recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la Escala del National Health and Medical Research (NHMRC) Council y del National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:

EVIDENCIA	
RECOMENDACIÓN	
PUNTO DE BUENA PRÁCTICA	

4.1 PREVENCIÓN**4.1.1 UNIVERSAL**

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La educación para la salud sobre el uso de sustancias inhalables, incluye: • Programas de educación para toda la comunidad • Programas dirigidos a jóvenes en riesgo de uso de sustancias inhalables • Programas para usuarios de sustancias inhalables Se puede recurrir a: medios de comunicación, boletines, programas de radio, periódicos o carteles; así como a promotores, terapia, programas escolares y talleres de educación entre pares.	A NHMRC NHMRC, 2011
	La educación entre pares cuenta con la ventaja de que los jóvenes son empáticos con otros, pueden comunicarse sin prejuicios y promover conductas saludables; asimismo, pueden alcanzar a usuarios que no han sido identificados por otros medios.	A NHMRC NHMRC, 2011
	Las intervenciones dirigidas a mejorar la dinámica familiar o erradicar las conductas familiares disfuncionales han demostrado tener un impacto positivo directo para abandonar el consumo de inhalables.	2++ NICE MacLean S, 2012
	La psicoeducación y el conocimiento sobre los riesgos del uso de drogas se relacionan con un menor consumo.	2+ NICE Ramírez JR, 2004
	Entre los motivos que refieren los consumidores para el abuso de sustancias inhalables están: contender con emociones desagradables, como enojo y tristeza, o enfrentar circunstancias laborales adversas.	2+ NICE Perron BE, 2009

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se debe examinar el contexto social en el que ocurre el uso de inhalables y las situaciones que hacen susceptibles a los adolescentes. Conociendo los contextos en los que se consumen las sustancias, se pueden dirigir los esfuerzos de la prevención con más efectividad.	II NICE <i>Vaughn MG, 2007</i>
	Los programas de desarrollo juvenil deben ofrecer actividades recreativas que sean lo suficientemente atractivas para proporcionar una mejor alternativa frente al consumo de sustancias inhalables y estar disponibles en períodos en los cuales es probable que se aumente el consumo (vacaciones o fines de semana) para ayudar a prevenirlo, aunque es poco probable que atraiga a consumidores crónicos.	4 NICE <i>D' Abbs P, 2008</i>
	Los métodos preventivos deben reducir la tolerancia social del abuso de sustancias inhalables, deben ser integrales y basados en la comunidad.	4 NICE <i>Baydala L, 2010</i>
	A escala internacional, tres acciones desalientan el consumo de sustancias volátiles: • Sustitución de componentes nocivos o psicoactivos de los productos inhalables • Disminución de la concentración del componente • Advertencias sanitarias en el empaque de los productos que contengan sustancias inhalables	4 NICE <i>D' Abss P, 2008</i>
	En caso de que el servicio de salud esté ubicado dentro de una población vulnerable, se debe explorar el consumo de inhalables, aunque el motivo de consulta sea otro.	Punto de Buena Práctica

4.1 PREVENCIÓN**4.1.2. SELECTIVA**

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El consumo de sustancias inhalables es mayor en personas con: • Pobre desempeño académico • En situación de pobreza o marginación social • Enfermedades mentales, disfunción familiar, antecedentes familiares de criminalidad o alcoholismo, ausencia de alguna figura parental o con historia de abuso físico o sexual	2+ NICE <i>Perron BE, 2009</i>
	Las principales consecuencias médicas después de un episodio único de consumo de sustancias inhalables de larga duración pueden ser severas; éstas incluyen asfixia, sofocación, choque y muerte súbita durante la inhalación.	II NICE <i>Crano WD, 2008</i>
	Los sujetos con una menor habilidad para adquirir diferentes elementos culturales (aculturación) son más vulnerables al consumo de sustancias inhalables.	II NICE <i>Crano WD, 2008</i>
	Cuando la severidad de la psicopatología condiciona problemas de conducta, dificultades para afrontar situaciones adversas y altera la capacidad resolutive, se aumenta el riesgo de consumo entre los adolescentes, dado que son más susceptibles a las influencias sociales.	II NICE <i>Vaughn MG, 2007</i>
	Las razones comúnmente asociadas al consumo de inhalables son: curiosidad, influencia de pares y para sustituir el consumo de otra sustancia.	III NICE <i>Verma R, 2011</i>
	El uso de sustancias inhalables es prevalente en comunidades rurales o aisladas y con altos índices de desempleo, pobreza y violencia.	4 NICE <i>Baydala L, 2010</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	La familia, pares, maestros, consejeros y otros deben estar alerta sobre los signos del consumo de sustancias inhalables, para orientar o referir a niños y jóvenes que se encuentren en riesgo.	4 NICE Baydala L, 2010
	Algunos signos y síntomas relacionados con el consumo de sustancias inhalables son: poca higiene, pérdida de peso, fatiga, sangrado nasal, conjuntivitis, debilidad muscular, náusea, apatía, escaso apetito y problemas gastrointestinales, cambios en la asistencia a la escuela o cambios psicológicos/psiquiátricos.	4 NICE Baydala L, 2010
	Los profesionales de la salud deben conocer los puntos clave en relación con el consumo de sustancias inhalables, incluyendo los siguientes: • Epidemiología y tendencias • Sus signos y síntomas • Efectos psicoactivos • Daños a la salud • Técnicas de evaluación • Fuentes locales de prevención, intervención y tratamiento	4 NICE Baydala L, 2010
	Algunos factores que influyen en el consumo de sustancias inhalables son: que se usan para inhibir la sensación de apetito (efecto anorexígeno), para mitigar el dolor físico o emocional, rebelarse contra la autoridad familiar o institucional, o bien, para establecer una identidad opositora.	4 NICE D' Abbs P, 2008
	El consumo de sustancias inhalables se relaciona también con escaso apoyo familiar o ambientes familiares disfuncionales, desempeño escolar pobre, baja autoestima, riesgo suicida, condiciones psiquiátricas, abuso de otras sustancias y abuso de sustancias en la familia o pares.	4 NICE Baydala L, 2010
	Los pacientes que han consumido sustancias inhalables pueden presentar: sensación de mareo, irritabilidad, somnolencia, pérdida de apetito, cefalea, fotofobia o tos. La mayoría de los síntomas son inespecíficos y pueden confundirse con otros	IV NICE Anderson CE, 2003

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	síndromes.	
	Otros signos del uso reciente de inhalables son: enrojecimiento conjuntival, rinorrea o apariencia aturrida.	IV NICE <i>Anderson CE, 2003</i>
	Es recomendable promover mensajes positivos sobre los beneficios de mantener un estilo de vida saludable, libre de consumo. La prevención en usuarios de sustancias inhalables es poco efectiva si se basa en estrategias que generan miedo acerca del consumo.	D NICE <i>D' Abbs P, 2008</i>
	Se debe proporcionar información preventiva a quienes están en riesgo de consumo, a sus familias y a sus pares, la cual debe incluir: • Efectos adversos para la salud • Medidas de prevención ante la exposición a sustancias inhalables • Primeros auxilios básicos para el manejo de la intoxicación, por ejemplo: dejar a la persona descansar en un lugar tranquilo y seguro, con aire fresco; mantenerlo despierto.	PP NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Es recomendable que la evaluación del consumo de sustancias inhalables se realice en la lengua materna del individuo o, en su caso, facilitar que un intérprete esté presente.	PP NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Para la detección del consumo de sustancias inhalables, así como de síntomas de abstinencia, se recomienda que el personal de salud utilice la Cédula de Evaluación del Consumo de Inhalables (Anexo 5.3.).	Punto de Buena Práctica

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	En caso de que al aplicar la Cédula de Evaluación del Consumo de Inhalables (Anexo 5.3.) se detecte el consumo de otras sustancias psicoactivas, se recomienda aplicar los instrumentos de tamizaje incluidos en la GPC "Prevención, detección e intervención de las adicciones en atención primaria de salud. Adolescentes y adultos" SSA-023-08.	Punto de Buena Práctica

4.1 PREVENCIÓN

4.1.3 INDICADA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El uso crónico de sustancias inhalables como el tolueno se ha asociado con deterioro de capacidades cognitivas e intelectuales: velocidad de procesamiento de la información, coordinación psicomotora, atención, aprendizaje y memoria, habilidades ejecutivas, <i>insight</i> y juicio.	2++ NICE <i>Yücel M, 2008</i>
	El consumo de sustancias inhalables a edades tempranas se ha asociado con incremento en el riesgo de desarrollar, en el corto plazo, trastornos mentales y del comportamiento, así como dependencia.	2+ NICE <i>Perron BE, 2009</i>
	La cohesión familiar y el monitoreo parental, acompañado de información sobre los riesgos para la salud por el uso de sustancias psicoactivas, han sido asociados con disminución del consumo de sustancias inhalables.	2+ NICE <i>Ramírez JR, 2004</i>
	Las relaciones terapéuticas basadas en la confianza y sin enjuiciamientos, con jóvenes que consumen sustancias inhalables, son precursoras de intervenciones exitosas.	4 NICE <i>D' Abbs P, 2008</i>
	A diferencia del consumo de otras sustancias psicoactivas, el enfoque de reducción de riesgo es controversial, debido a que está orientado a disminuir el riesgo de consecuencias adversas ante la dificultad de abandonar el consumo.	4 NICE <i>D' Abbs P, 2008</i>
	Los signos del consumo de sustancias inhalables son más sutiles que los de otras sustancias psicoactivas, porque los efectos se experimentan de manera inmediata y desaparecen rápidamente. Los usuarios crónicos pueden presentar signos físicos claros, por ejemplo: • Olor en el aliento que puede durar horas	4 NICE <i>Baydala L, 2010</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	• Manchas de pintura u olor en la piel o ropa • Resequedad periodontal o infecciones • Quemaduras faciales, nasales, orales o esofaríngicas • Edema en labios, faringe y tráquea • Manifestación de daño neuropsicológico (confusión, mal humor o irritabilidad) • Toxicidad pulmonar (asma, enfisema y disnea)	
	El uso crónico de inhalables causa toxicidad a varios órganos, principalmente el cerebro, pero también daños al corazón, pulmones, riñón, hígado y médula ósea; por ejemplo, el daño respiratorio está frecuentemente asociado al uso de tolueno.	IV NICE <i>Anderson CE, 2003</i>
	A todas las personas que han consumido sustancias inhalables en forma crónica, se les debe ofrecer información sobre los efectos dañinos a corto y largo plazo del consumo, así como de los beneficios a la salud y sociales que conlleva el abandono del consumo.	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Las guías publicadas para hacer intervenciones con usuarios de inhalables establecen la pertinencia de usar técnicas de consejería, como: entrevista motivacional, estrategias de autocontrol, prevención de recaídas y establecimiento de metas y desarrollo de habilidades que favorezcan el manejo de emociones, toma de decisiones y comunicación.	D NICE <i>D' Abbs P, 2008</i>
	Acciones prioritarias en caso de intoxicación aguda: a) Llamar a los servicios de urgencias si la persona presenta los siguientes signos: • Ansiedad y agitación • Si actúa o habla de manera extraña • Pérdida de conciencia abrupta o gradual • Cambios de coloración en rostro, labios o en las puntas de los dedos (palidez, coloración azul o negra)	PP NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	• Cambios de temperatura corporal (escalofrío o sudoración excesiva) • Convulsiones b) Monitoreo de la persona intoxicada al menos durante 6 horas, hasta asegurar su recuperación.	
	Los programas y actividades deben ser apropiados a las necesidades específicas de los participantes, tomando en cuenta diferentes grupos de edad, género y situación de vulnerabilidad (mujeres embarazadas, población rural o indígena y personas con discapacidad intelectual).	PP NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Se deben desarrollar programas intensivos durante períodos en los que aumenta el consumo de sustancias volátiles, como vacaciones, fines de semana y en horario nocturno.	PP NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Con el fin de extender la atención durante períodos de vacaciones, fines de semana y horario nocturno, se sugiere difundir el uso del Centro de Orientación Telefónica en Adicciones: 01 800 911 2000, para recibir información, orientación o instrucciones en caso de urgencias.	Punto de Buena Práctica

4.1 PREVENCIÓN**4.1.3. INDICADA****4.1.3.1 CONSEJO BREVE**

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El consejo breve en usuarios de sustancias inhalables debe estar enfocado en motivar el abandono y disminuir el riesgo por el consumo; esta acción puede tomar de 5 minutos a 2 horas y debe ser individual.	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	El consejo breve debe incluir información clara basada en hechos sobre los riesgos a la salud por el consumo de sustancias inhalables y los beneficios del abandono del consumo.	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	El consejo breve puede ser proporcionado por personal de salud que cuente con conocimientos específicos, habilidades y experiencia, además de una adecuada supervisión clínica.	PP NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Los programas de educación para la salud dirigidos a jóvenes con diferentes niveles de experiencia de consumo de sustancias inhalables deben adaptarse a la comunidad. Los educadores deben: • Centrarse en el consumo de sustancias inhalables que ocurre en esa comunidad • Hacer énfasis en los efectos adversos para la salud • Evitar dar nuevas ideas sobre consumo de otras sustancias inhalables	PP NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Antes de realizar una intervención, es necesario que el proveedor de servicios de salud identifique las necesidades emocionales con las que llega el usuario, con el fin de promover su confianza y participación.	Punto de Buena Práctica

4.2 DIAGNÓSTICO

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	El diagnóstico de abuso de sustancias inhalables se basa en una historia clínica cuidadosa, así como en la exploración física completa.	IV NICE <i>Anderson CE, 2003</i>
	Con el uso frecuente se puede desarrollar tolerancia a los inhalables. Los síntomas del síndrome de abstinencia -aunque se presenta con poca frecuencia- son: alteraciones del sueño, irritabilidad, inquietud, diaforesis, náusea, vómito, taquicardia y, en ocasiones, delirios o alucinaciones. La abstinencia puede durar 1 mes o más y la tasa de recaída es alta.	IV NICE <i>Anderson CE, 2003</i>
	La evaluación inicial debe realizarse para todo tipo de usuarios de sustancias inhalables.	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	En usuarios de sustancias inhalables, además de la historia clínica, se puede incluir: evaluación cognitiva, evaluaciones psiquiátricas, evaluaciones de riesgo de violencia o autolesión, y estudios de laboratorio y gabinete.	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	En todos los casos con reporte de consumo de sustancias inhalables por adolescentes, se recomienda utilizar la Cédula de Evaluación del Consumo de Inhalables (Anexo 5.3).	Punto de Buena Práctica

4.3 COMORBILIDAD

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los jóvenes con abuso o dependencia a sustancias inhalables presentan mayor índice de depresión, ansiedad y riesgo suicida, en comparación con los no usuarios.	2+ NICE <i>Perron, 2009</i>
	Las personas que consumen sustancias inhalables tienen una alta prevalencia de trastornos afectivos, ansiedad, trastornos de personalidad y de conducta antisocial. Reportan también altos índices de suicidio.	3 NICE <i>Wu LT, 2007</i>
	Entre las personas que consumen sustancias inhalables y tienen comorbilidad con otros trastornos, quienes desarrollan fobia social o fobia específica presentan dichos trastornos antes de iniciar el consumo; todos los demás trastornos afectivos y de ansiedad suelen desarrollarse después de haber iniciado el consumo.	3 NICE <i>Wu LT, 2007</i>

4.4 REFERENCIA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se deberá recomendar a los consumidores de sustancias inhalables que participen en programas de desarrollo juvenil: campamentos, actividades deportivas y recreativas, culturales y de capacitación.	EBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Las personas que se encuentran en estado de intoxicación aguda o que además presentan problemas de salud mental, deberán ser referidas para su adecuada atención.	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	En el caso de mujeres embarazadas que utilizan inhalables se debe motivar para iniciar/mantener el contacto con los servicios de atención prenatal durante todo el embarazo. Asimismo, deberán ser referidas al servicio de maternidad apropiado, para su evaluación y cuidados posnatales.	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Se sugiere canalizar a terapia psicológica a todos los usuarios de sustancias inhalables (ocasionales o crónicos), en combinación con una más de estas alternativas: • Consejería centrada en el usuario • Consejería familiar • Terapia cognitivo-conductual • Entrevista motivacional • Terapia narrativa • Terapia grupal • Tutoría entre pares • Comunidad terapéutica	CBR NHMRC <i>NHMRC, 2011</i>
	Para el tratamiento del consumo de sustancias inhalables en adolescentes, se recomienda referir al usuario a las unidades especializadas de los Centros de Integración Juvenil, A. C., a los Centros de Atención Toxicológica y otros centros especializados de atención.	Punto de Buena Práctica

	El personal de salud que requiera hacer una referencia hacia los centros de tratamiento para el consumo de sustancias inhalables, puede llamar al Centro de Orientación Telefónica en Adicciones 01 800 911 2000, para conocer la disponibilidad de estos servicios en su localidad.	Punto de Buena Práctica
---	---	---------------------------------------

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

La búsqueda sistemática de información se enfocó a documentos obtenidos sobre el tema **prevención y detección de consumo de inhalables en adolescentes en el primer nivel de atención**. La búsqueda se realizó en las bases de datos: PubMed, PsycINFO, SciVerse (Elsevier), MHMRC, TripDatabase, Department of Health and Ageing.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en idioma **inglés y español**
- Publicados durante los últimos 5 años*

*Este criterio se extendió a los 10 últimos años cuando alguna combinación de términos no arrojó resultados.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

Estrategia de búsqueda:

La estrategia de búsqueda consistió de dos etapas que se enfocaron en la recuperación de Guías de Práctica Clínica.

Primera Etapa

Realizamos una búsqueda en PubMed utilizando los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) traducidos al idioma inglés. Los términos utilizados fueron; *Substance-Related Disorders, Prescription Drug Misuse, Inhalant Abuse con los subtemas diagnosis y prevention and control*.

La estrategia de búsqueda fue:

("Substance-Related Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders/prevention and control"[Mesh]) OR ("Prescription Drug Misuse/diagnosis"[Mesh] OR "Prescription Drug Misuse/prevention and control"[Mesh]) OR ("Inhalant Abuse/diagnosis"[Mesh] OR "Inhalant Abuse/prevention and control"[Mesh]) AND "Inhalant"[Ti] AND (("2007/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND (Spanish[lang] OR English[lang]) AND "adolescent"[MeSH Terms])

No se utilizó ninguno de los límites para el tipo de documentos. Asimismo se utilizó el término "Inhalant" en el campo título para afianzar la estrategia. Los resultados obtenidos fueron 18, de los cuales se utilizaron 11.

Algoritmo de búsqueda

1. Substance-Related Disorders[MeSH Terms]
2. Prescription Drug Misuse[MeSH Terms]
3. Inhalant Abuse[MeSH Terms]
4. #1 AND #2 AND #3
5. Diagnosis[Subheading]
6. prevention and control[Subheading]
7. #5 OR #6
8. #4 AND #7
9. "Inhalant"[Ti]
10. #8 AND #9
11. "2007/01/01"[PDAT] : "2012/12/31"[PDAT]
12. #10 AND #11
13. "humans"[MeSH Terms]
14. #12 AND #13
15. Spanish[lang]
16. English[lang])
17. #15 OR #16
18. #4 AND #17
19. "adolescent"[MeSH Terms])
20. #18 AND #19
21. (#1 AND #2 AND #3) AND (#5 OR #6) AND #9 AND #11 AND #13 AND (#15 OR #16) AND #19

Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en las otras bases de datos mencionadas, incluyéndose sólo los artículos que no arrojó la primera etapa.

Base de Datos	Términos usados en la búsqueda	Resultado	Incluidos
Department of Health and Ageing Australia	Inhalant abuse, inhalant	1 (Guía de práctica clínica)	1
Elsevier	Inhalant abuse, inhalant dependence	48	4
MHMRC	Inhalant, volatile substance	1 (Guía de práctica clínica)	1
TripDatabase	Adolescent Inhalant abuse	33	1

En la segunda etapa se obtuvieron un total de **83** referencias publicadas en los últimos 10 años, de las cuales se incluyeron **7**, entre ellas dos guías de práctica clínica.

Por lo tanto, se utilizaron **18** documentos de las diferentes estrategias de búsqueda. Además se utilizaron capítulos, normas y sitios Web.

5. ANEXOS

5.2 ESCALAS DE GRADACIÓN

ESCALA NATIONAL HEALTH AND MEDICAL RESEARCH COUNCIL (NHMRC)

ABREVIACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA

A	CUERPO DE EVIDENCIA CONFIABLE PARA UNA GUÍA PRÁCTICA
B	CUERPO DE EVIDENCIA CONFIABLE PARA UNA GUÍA PRÁCTICA EN LA MAYORÍA DE LAS SITUACIONES
C	CUERPO DE EVIDENCIA QUE PROVEE SOPORTE A LAS RECOMENDACIONES PERO CUYA APLICACIÓN DEBE SER CUIDADOSA
D	CUERPO DE EVIDENCIA DÉBIL Y SU RECOMENDACIÓN DEBE SER APLICADA CON PRECAUCIÓN

ABREVIACIÓN DE LOS TIPOS DE RECOMENDACIÓN

EBR	EVIDENCE-BASED RECOMMENDATION. RECOMENDACIÓN FORMULADA DESPUÉS DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE EVIDENCIA INDICANDO LAS REFERENCIAS QUE LA SOPORTAN
CBR	CONSENSUS-BASED RECOMMENDATION. RECOMENDACIÓN FORMULADA EN AUSENCIA DE UNA EVIDENCIA DE CALIDAD, DESPUÉS DE UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA EN LA QUE NO SE IDENTIFICÓ EVIDENCIA ADMISIBLE SOBRE LA CUESTIÓN CLÍNICA
pp	PRACTICE POINT. RECOMENDACIÓN SOBRE UN TEMA QUE ESTÁ FUERA DE LA ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y QUE REGULARMENTE ES HECHA POR EL GRUPO DE EXPERTOS

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE)

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

1++	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON MUY BAJO RIESGO DE SESGOS
1+	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON BAJO RIESGO DE SESGOS
1-	METAANÁLISIS DE GRAN CALIDAD, REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS O ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS CON ALTO RIESGO DE SESGOS
2++	REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ALTA CALIDAD DE ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES, O ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES DE ALTA CALIDAD, CON MUY BAJO RIESGO DE CONFUSIÓN, SESGOS O AZAR Y UNA ALTA PROBABILIDAD DE QUE LA RELACIÓN SEA CAUSAL
2+	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES BIEN REALIZADOS, CON BAJO RIESGO DE CONFUSIÓN, SESGOS O AZAR Y UNA MODERADA PROBABILIDAD DE QUE LA RELACIÓN SEA CAUSAL
2-	ESTUDIOS DE COHORTE O DE CASOS Y CONTROLES CON ALTO RIESGO DE SESGO
3	ESTUDIOS NO ANALÍTICOS, COMO INFORME DE CASOS Y SERIES DE CASOS
4	OPINIÓN DE EXPERTOS

GRADOS DE RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN

A	- AL MENOS UN META-ANÁLISIS, O UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CATEGORIZADOS COMO 1++, QUE SEA DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA, O - UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA, O UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, O UN VOLUMEN DE EVIDENCIA CON ESTUDIOS CATEGORIZADOS COMO 1+, QUE SEA DIRECTAMENTE APLICABLE A LA POBLACIÓN DIANA Y DEMUESTRE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS - EVIDENCIA A PARTIR DE LA APRECIACIÓN DEL NICE
B	- UN VOLUMEN DE EVIDENCIA QUE INCLUYA ESTUDIOS CALIFICADOS DE 2++, QUE SEAN DIRECTAMENTE APLICABLES A LA POBLACIÓN OBJETO Y QUE DEMUESTREN GLOBALMENTE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS, O - EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 1++ O 1+
C	- UN VOLUMEN DE EVIDENCIA QUE INCLUYA ESTUDIOS CALIFICADOS DE 2+, QUE SEAN DIRECTAMENTE APLICABLES A LA POBLACIÓN OBJETO Y QUE DEMUESTREN GLOBALMENTE CONSISTENCIA DE LOS RESULTADOS, O - EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 2++
D	- EVIDENCIA NIVEL 3 O 4, O - EXTRAPOLACIÓN DE ESTUDIOS CALIFICADOS COMO 2+, O - CONSENSO FORMAL
D (PBP)	UN PUNTO DE BUENA PRÁCTICA (PBP) ES UNA RECOMENDACIÓN PARA LA MEJOR PRÁCTICA BASADO EN LA EXPERIENCIA DEL GRUPO QUE ELABORA LA GUÍA
IP	RECOMENDACIÓN A PARTIR DEL MANUAL PARA PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN DE NICE

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO

IA	REVISIÓN SISTEMÁTICA (CON HOMOGENEIDAD)* DE ESTUDIOS DE NIVEL 1 [†]
IB	ESTUDIOS DE NIVEL 1 [†]
II	ESTUDIOS DE NIVEL 2 [‡] REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS DE NIVEL 2
III	ESTUDIOS DE NIVEL 3 [§] REVISIONES SISTEMÁTICAS DE ESTUDIOS DE NIVEL 3
IV	CONSENSO, INFORMES DE COMITÉS DE EXPERTOS U OPINIONES Y EXPERIENCIA CLÍNICA SIN VALORACIÓN CRÍTICA EXPLÍCITA; O CON BASE EN LA PSICOLOGÍA, DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN O 'PRINCIPIOS BÁSICOS'

*HOMOGENEIDAD: SIGNIFICA QUE NO HAY VARIACIONES, O SON PEQUEÑAS, EN LA DIRECCIÓN Y GRADO DE LOS RESULTADOS ENTRE LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES QUE INCLUYE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

[†] ESTUDIOS DE NIVEL 1: UTILIZAN UNA COMPARACIÓN CIEGA DE LA PRUEBA CON UN ESTÁNDAR DE REFERENCIA VALIDADO (GOLD STANDARD) Y EN UNA MUESTRA DE PACIENTES QUE REFLEJA A LA POBLACIÓN A QUIEN SE APLICARÍA LA PRUEBA

[‡] ESTUDIOS NIVEL 2: PRESENTAN UNA SOLA DE ESTAS CARACTERÍSTICAS

1) POBLACIÓN REDUCIDA (LA MUESTRA NO REFLEJA LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A LA QUE SE LE VA A APLICAR LA PRUEBA)

2) UTILIZAN UN ESTÁNDAR DE REFERENCIA POBRE (DEFINIDO COMO AQUEL DONDE LA 'PRUEBA' ES INCLUIDA EN LA 'REFERENCIA', O AQUEL EN QUE LAS 'PRUEBAS' AFECTAN A LA 'REFERENCIA')

3) LA COMPARACIÓN ENTRE LA PRUEBA Y LA REFERENCIA NO ESTÁ CEGADA

4) ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

[§] ESTUDIOS DE NIVEL 3: PRESENTAN AL MENOS DOS O TRES DE LAS CARACTERÍSTICAS SEÑALADAS ANTERIORMENTE

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

A	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA Ia o Ib
B	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA II
C	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA III
D	ESTUDIOS CON NIVEL DE EVIDENCIA IV

5. ANEXOS

5.3 CÉDULA DE EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

INHALABLES

Instrucciones: marque el número que corresponda a la respuesta que indique el adolescente. Al terminar la evaluación, sume el puntaje y consulte la intervención que amerita según el total obtenido.

Datos sociodemográficos

Nombre:			
Sexo:		Edad:	
Escolaridad:			

Preguntas		SÍ	NO	¿Cuáles?
1	¿Alguna vez en la vida has consumido inhalables? ("mona", "chemo", "mamila", activo, cemento, thinner, "popper" o algún otro)	1	0	
2	¿A qué edad iniciaste el consumo de inhalables?	A los _____ años		
3	En el último año, ¿has consumido sustancias inhalables? ("mona", "chemo", "mamila", activo, cemento, thinner, "popper" o algún otro)	1	0	
4	En el último mes, ¿has consumido sustancias inhalables? ("mona", "chemo", "mamila", activo, cemento, thinner, "popper" o algún otro)	1	0	

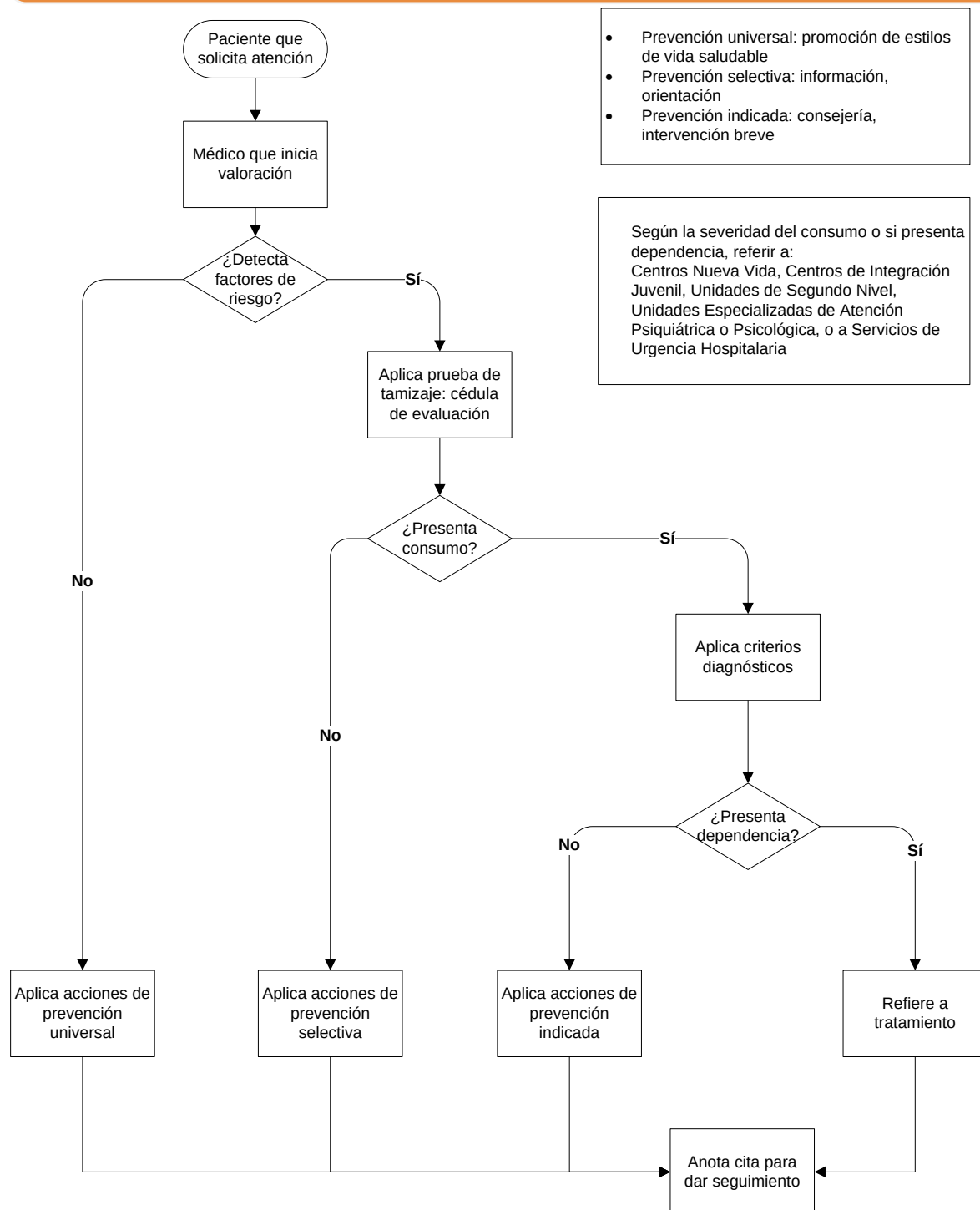
5. De las sustancias que acabas de mencionar: (copiar de pregunta 4)		6. Con qué frecuencia consumiste:					7. Qué cantidad consumiste de:				
		1 a 2 días	3 a 5 días	6 a 10 días	Más de 11	No especifica	1	2	3	Más de 4	No especifica
a)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

	SÍ	NO
8. Desde que iniciaste el consumo de inhalables, ¿has tenido que aumentar la cantidad que consumes, o combinarlos con otras sustancias para sentir los mismos efectos?	1	0
9. Cuando pasas algún tiempo sin haber inhalado, ¿notas cambios en tu estado de ánimo? (irritabilidad u enojo)	1	0
10. Cuando pasas algún tiempo sin haber inhalado, ¿has presentado dolor de cabeza, sudoración, náusea, vómito o taquicardia?	1	0
11. ¿Te han hospitalizado por uso de sustancias inhalables?	1	0
12. ¿Alguna persona te ha sugerido que dejes de consumir?	1	0
13. ¿Has considerado acudir a tratamiento?	1	0
14. Además de los inhalables, ¿consumes alguna otra droga? ¿Cuál? _____	1	0

PUNTAJE TOTAL (sume todos los puntos obtenidos de las preguntas 1 a la 14):		
De acuerdo con el total obtenido, se recomienda realizar las siguientes acciones:		
- de 1 a 3 respuestas afirmativas: brindar Consejo Breve - de 4 respuestas afirmativas en adelante: canalización a Tratamiento Especializado en Adicciones		
Fuente: Autores de la presente Guía de Práctica Clínica		

5. ANEXOS

5.4 ALGORITMO DE ACCIÓN PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



6. GLOSARIO

Aculturación: proceso en el cual una persona, o un grupo, adquiere una nueva cultura (o aspectos de la misma), generalmente a expensas de su cultura propia.

Adicción o dependencia: estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones, que comprenden un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Capacitación: para efectos de esta guía hace referencia al desarrollo de habilidades y capacidades con la finalidad de contribuir al desarrollo de los jóvenes en el desempeño de una actividad.

Consejo breve: intervención cuyo objetivo es que el usuario adopte un cambio voluntario en relación con su consumo de sustancias. Principalmente dirigida a usuarios con uso experimental o abuso.

Comorbilidad: término general que se refiere a la coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de un trastorno psiquiátrico en la misma persona.

Detección oportuna: estrategia de prevención que tiene como propósito identificar el consumo de drogas en una fase inicial, con el fin de aplicar medidas terapéuticas de carácter médico, psicológico y social de manera oportuna.

Diagnóstico: determinación de una enfermedad mediante el análisis de los síntomas.

Sustancia psicoactiva: se refiere a cualquier sustancia que, al ser consumida, altera la bioquímica y procesos fisiológicos del sistema nervioso central.

Educación para la salud: comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Pretende crear espacios y convertirse en un instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables, incorporando conductas favorables a su salud.

Factor de protección: influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún peligro que predispone a un resultado no adaptativo o a una enfermedad. Los factores de protección pueden disminuir el riesgo de consumo de drogas.

Factor de riesgo: cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas, que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de enfermedad. Los factores de riesgo pueden aumentar las posibilidades de que una persona abuse de las sustancias psicoactivas.

Prevención indicada: es la intervención que se dirige a grupos de población con sospecha de consumo y usuarios experimentales, o de quienes exhiben factores de alto riesgo que incrementan la posibilidad de desarrollar consumo perjudicial o la adicción.

Prevención selectiva: se enfoca en desarrollar intervenciones para grupos de riesgo específico, por ejemplo: hijos de alcohólicos, reclusos, menores infractores, víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje o de conducta, entre otros. Estos grupos se asocian al consumo de drogas, ya que se han identificado factores biológicos, psicológicos y ambientales que sustentan la vulnerabilidad. Asimismo, coadyuva en la atención a grupos específicos de niños en situación de calle, indígenas y adultos mayores, entre otros.

Prevención universal: está dirigida a la población en general y se lleva a cabo mediante la promoción de la salud, para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y para las formas de prevención.

Programa: intervención estructurada diseñada para cambiar las condiciones sociales, físicas, económicas o políticas en un área geográfica definida o en una población determinada. En el área de prevención generalmente se refiere al conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de los recursos disponibles y tiene por objetivo la reducción de los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Recaída: el reingreso al consumo de una(s) sustancia(s), después de haber disminuido o limitado su uso; ello a menudo suele reinstalar los síntomas de la dependencia.

Reducción del daño: es una estrategia de salud pública que busca disminuir los daños asociados con el consumo de drogas. Se utiliza especialmente para referirse a las políticas o programas que intentan reducir los daños sin afectar necesariamente al consumo de drogas subyacente.

Referencia (contrarreferencia): es el procedimiento administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-reingreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Relación terapéutica: vínculo que se establece entre el terapeuta y el paciente. Carl Rogers establece como elementos necesarios en el terapeuta la aceptación, la empatía y la autenticidad.

Tamizaje: se refiere a la aplicación de cuestionarios de valoración breve que han asegurado su confiabilidad y validez y que sirven al profesional de la salud para detectar de manera temprana a personas vulnerables de entre otras que no lo son; es decir, que están en riesgo de consumir sustancias adictivas, o bien, aquellas personas que ya las están empezando a consumir o que están en riesgo de desarrollar problemas más serios (abuso o dependencia).

Unidad de primer nivel de atención: en México aplica a las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud, cuyas actividades se desarrollan bajo un modelo de gestión del primer nivel de atención, que implica el funcionamiento de una oferta de servicios tipo ambulatoria, brindando atención integral en forma oportuna y accesible a la población residente en un territorio geográfico delimitado.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson CE, Loomis GA. *Recognition and prevention of inhalant abuse*. Am Fam Physician 2003;68(5):869-74.
2. Baydala L; Canadian Paediatric Society, First Nations, Inuit and Métis Health Committee. *Inhalant abuse*. Paediatr Child Health 2010;15(7):443-8.
3. CIE-10. *Capítulo V: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. Organización Mundial de la Salud, 2003.
4. Crano WD, Gilbert C, Eusebio MA, Siegel JT. *Enhancing prediction of inhalant abuse risk in samples of early adolescents: A secondary analysis*. Addict Behav 2008;33:895-905.
5. D'Abbs P, MacLean S. *Volatile substance misuse: A review of interventions*. Department of Health and Ageing Australia, 2008.
6. Dell CA, Gust SW, MacLean S. *Global Issues in Volatile Substance Misuse*. Subst Use Misuse 2011; 46:1-7
7. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Adicciones 2008*. México: Secretaría de Salud; 2008. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2011*. Nueva York (NY): UNICEF; Febrero 2011. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc2011/>
9. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas*. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, et al. México, DF: INPRF; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
10. Lara MA, Romero M, Dalla C, Stern R, Molina K. *Percepción que tiene una comunidad sobre el uso de solventes inhalables*. Salud Ment 1998;21(2):19-28.
11. Lara MA, Medina-Mora ME, Romero M, Domínguez M. *Un estudio cualitativo sobre el consumo de disolventes inhalables en estudiantes*. Psiquiatria Publica 1998;10(6):399-407.
12. MacLean S, Cameron J, Harney A, Lee NK. *Psychosocial therapeutic interventions for volatile substance use: a systematic review*. Addiction 2012;107:278-88.
13. Martin SC, McCafrey DF, Klein DJ, Ellickson PI. *Recanting of life-time inhalant use: how big a problem and what to make of it*. Addiction 2009;104(8):1373-81.
14. Medina-Mora ME, Real T. *Epidemiology of inhalant use*. Curr Opin Psychiatry 2008;21:247-51.
15. National Health and Medical Research Council. *Consensus Based Clinical Practice Guideline for the Management of Volatile Substance Use in Australia*. Melbourne National Health and Medical Research Council, 2011.
16. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Abuso de inhalantes*. Serie de reportes de Investigación. Estados Unidos de América, 2011.
17. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *DrugFacts: Los inhalantes*. Octubre 2012. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/los-inhalantes>
18. National Institute of Drug Abuse. *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. NIDA, Publicación NIH 2008, No. 08-5605 (S).

19. Organización Mundial de la Salud. *Glosario de términos de alcohol y drogas*, 1994. España, Ministerio de Sanidad y Consumo.
20. Ortiz A, Martínez R, Meza D. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. *Resultados de la Aplicación de la Cédula: "Informe Individual sobre Consumo de Drogas"*. Tendencias en el área metropolitana No. 43, Noviembre de 2007. Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
21. Perron BE, Howard MO, Maitra S, Vaughn MG. *Prevalence, timing, and predictors of transitions from inhalant use to inhalant use disorders*. Drug Alcohol Depend 2009;100:277-84.
22. Ramírez JR, Crano WD, Quist R, Burgoon M, Alvaro EM, Grandpre J. *Acculturation, familism, parental monitoring, and knowledge as predictors of marijuana and inhalant use in adolescents*. Psychol Addict Behav 2004;18:3-11.
23. Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México, DF: Diario Oficial de la Federación, 21 de agosto de 2009.
24. Secretaría de Salud. *Perfil epidemiológico de la población adolescente México, 2010*. México, junio de 2011.
25. Vaughn MG, Perron BE, Howard MO. *Variations in social contexts and their effect on adolescent inhalant use: A latent profile investigation*. Drug Alcohol Depend 2007;91:129-33.
26. Villatoro JA, Cruz SL, Ortiz A, Medina-Mora ME. *Volatile Substance Misuse in Mexico: Correlates and Trends*. Substance Use Misuse 2011;46:40-45.
27. Villatoro J, Gutiérrez M, Quiroz N, Moreno M, Gaytán L, Gaytán F, et al. *Encuesta de estudiantes de la ciudad de México 2006, prevalencias y evolución del consumo de drogas*. Salud Ment 2009;32:287-97.
28. Verma R, Balhara YP, Deshpande SN. *Inhalant abuse: a study from a tertiary care de-addiction clinic*. East Asian Arch Psychiatry 2011;21(4):157-63.
29. Wu LT, Howard MO, Pilowsky DJ. *Substance use disorders among inhalant users: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions*. Addict Behav 2008;33(7):968-73.
30. Wu LT, Howard MO. *Psychiatric disorders in inhalant users: results from The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Drug Alcohol Depend 2007;88:146-155.
31. Yücel M, Takagi M, Walterfang M, Lubman DI. *Toluene misuse and long-term harms: a systematic review of the neuropsychological and neuroimaging literature*. Neurosci Biobehav Rev 2008;32(5):910-26.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la **Comisión Nacional contra las Adicciones**, del **Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones**, de los **Centros de Integración Juvenil, A. C.**, del **Instituto Mexicano del Seguro Social**, del **Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas**, del **Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz**, del **Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez**, así como del **Instituto para la Atención y Prevención de Adicciones de la Ciudad de México**, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Grupo Trabajo que desarrolló la presente Guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el **Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud**.

Asimismo, se agradece a las autoridades de la **Coordinación Nacional de Programas de Salud Mental y Adicciones de la Dirección Médica del ISSSTE**, por su valiosa colaboración en el proceso de validación de esta guía.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud / CENETEC

M. en A. María Luisa González Rétiz	<i>Directora General</i>
Dr. David Leonardo Hernández Santillán	<i>Director de Integración de GPC</i>
Dra. Selene Martínez Aldana	<i>Subdirectora de GPC</i>
Dra. Violeta Estrada Espino	<i>Departamento de Validación y Normatividad de GPC</i>
Dr. Jesús Ojino Sosa García	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dr. Luis Agüero y Reyes	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dr. Héctor González Jácome	<i>Coordinador de guías de medicina interna</i>
Dra. Jovita Lorraine Cárdenas Hernández	<i>Coordinadora de guías de gineco-obstetricia</i>
Dr. Arturo Ramírez Rivera	<i>Coordinador de guías de pediatría</i>
Dr. Eric Romero Arredondo	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Dr. Joan Erick Gómez Miranda	<i>Coordinador de guías de cirugía</i>
Lic. Enrique Juárez Sánchez	<i>Investigación Documental</i>
Dra. Ana María Corrales Estrada	<i>Apoyo a los centros desarrolladores institucionales</i>
Dra. Magda Luz Atrián Salazar	<i>Revisión Editorial</i>
Dr. Pedro Nieves Hernández	<i>Subdirector para la gestión de GPC</i>
Dra. Maricela Sánchez Zúñiga	<i>Departamento de Apoyo Científico para GPC</i>
Lic. Juan Ulises San Miguel Medina	<i>Departamento de Coordinación de Centros de Desarrollo de GPC</i>
Dra. Gilda Morales Peña	<i>Coordinación de avances sectoriales</i>

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial

Secretaría de Salud
Dra. Mercedes Juan López
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. José Antonio González Anaya
Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales de los Trabajadores del Estado**
Lic. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia**
Lic. Laura Vargas Carrillo
Titular del Organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos
Dr. Emilio Ricardo Lozoya Austin
Director General

Secretaría de Marina Armada de México
Almirante Vidal Francisco Soberón Sanz
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional
General Salvador Cienfuegos Zepeda
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio del Centro Desarrollador

Comisión Nacional contra las Adicciones

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Lic. José Manuel Castrejón Vacio
Director General de Programas en Adicciones

Dr. Raúl Martín del Campo Sánchez
**Director de Coordinación de Programas contra las
Adicciones**

Dra. Ma. Teresa Oviedo Gómez
**Subdirectora de Integración y Seguimiento de los
Programas Nacionales**

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dr. Luis Rubén Fontes	Presidente
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud	
Dr. Pablo Kuri Morales	Titular
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos	Titular
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	
Dr. Gabriel Jaime O'Shea Cuevas	Titular
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	
Dr. Alfonso Petersen Farah	Titular
Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	
Dr. Leobardo Carlos Ruíz Pérez	Titular
Secretario del Consejo de Salubridad General	
Dr. Pedro Rizo Ríos	Titular
Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	
Contraalmirante SSN, M.C. Pediatra Rafael Ortega Sánchez	Titular
Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina Armada de México	
Dr. Javier Dávila Torres	Titular
Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	
Dr. José Rafael Castillo Arriaga	Titular
Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Dr. Rodolfo Rojas Rubí	Titular
Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	
Lic. Mariela Amalia Padilla Hernández	Titular
Directora General de Integración del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. Ricardo Camacho Sanciprian	
Director General de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	
Dr. José Meljem Moctezuma	Titular
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	
Dr. José Ignacio Santos Preciado	Titular
Director General de Calidad y Educación en Salud	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
Director General de Evaluación del Desempeño	
Lic. Juan Carlos Reyes Oropeza	Titular
Director General de Información en Salud	
M en A María Luisa González Rétiz	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular 2013-2014
Dr. Agustín Lara Esqueda	
Secretario de Salud y Bienestar Social y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Colima	
M.C. M.F. M.A. Rafael Humberto Alpuche Delgado	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo	
Dr. Ernesto Echeverría Aispuro	Titular 2013-2014
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud de Sinaloa	
Dr. Enrique Ruelas Barajas	Titular
Presidente de la Academia Nacional de Medicina	
Dr. Alejandro Reyes Fuentes	Titular
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	
Dr. Eduardo González Pier	Asesor Permanente
Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	
Dr. Víctor Manuel García Acosta	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.	
Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.	
Ing. Ernesto Dieck Assad	Asesor Permanente
Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	
Dr. Sigfrido Rangel Frausto	Asesor Permanente
Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	
Dra. Mercedes Macías Parra	Invitada
Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	