



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



**World Health
Organization**



Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas

Segunda edición actualizada

Agradecimientos

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) desean agradecer a las personas y organizaciones enumeradas a continuación por su invaluable contribución al proceso de publicación de estas Normas.

Al Gobierno de Noruega, por creer en el proyecto y apoyarlo, así como al Gobierno de la República de Corea por proporcionar recursos complementarios.

A la Sra. Nandi Siegfried, consultora de la UNODC y la OMS; científica especialista principal del Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica; y profesora asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica), por haber asesorado sobre la metodología orientadora, y por haber prestado un continuo asesoramiento metodológico y mucho aliento a lo largo del proceso de elaboración.

A la Sra. Hannah Heikkila, en primer lugar, como Oficial de Programa de la UNODC por coordinar el proceso de elaboración, incluida la reunión del grupo de expertos celebrada en junio de 2017, y luego como consultora de la UNODC, por evaluar la bibliografía y realizar la extracción de datos.

A la Sra. Elena Gomes de Matos y al Sr. Ludwig Kraus, consultores de la UNODC, por la búsqueda y selección de la evidencia científica.

A la Sra. Shima Shakory-Bakhtiar, pasante de la UNODC, por la búsqueda y selección de las pruebas científicas.

Al personal y a los consultores de la OMS, incluidos los miembros del grupo de gestión de la UNODC y la OMS para la revisión de las *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas*, por su ayuda en el desarrollo de la metodología de la segunda edición, y el proceso continuo de revisión y finalización del documento: Sra. Valentina Baltag, Sra. Faten Ben Abdel Aziz, Dr. Dzmity Krupchanka, Sra. Susan Norris y Dr. Vladimir Poznyak.

A los miembros del grupo de expertos que actualizó las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas*, por haber aportado la evidencia científica y brindado el asesoramiento técnico pertinentes, entre ellos (por orden alfabético):

Sra. Monique Acho Apie, *Côte d'Ivoire*; Sr. Martin Agwogie, Nigeria; Sr. Bashir Ahmad Fazly, Afganistán; Sr. Gnagne Laurent Armand Akely, *Côte d'Ivoire*; Sr. Luis Alfonso, Organización Panamericana de la Salud; Sr. Osama Alibrahim, Arabia Saudita; Sr. Mohammed Alzahrani, Arabia Saudita; Sr. Faysal Alzakri, Arabia Saudita; Sr. Atul Ambekar, India; Sr. Apinun Aramrattana, Tailandia; Sra. Audronė Astrauskienė, Lituania; Sra. Inga Bankauskiene, Lituania; Sr. Laurent Begue, Francia; Sr. Toussaint Bioplou, *Côte d'Ivoire*; Sr. Herbert Blah, *Côte d'Ivoire*; Sra. Kirsty Blenkins, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte; Sr. Guilherme Borges, México; Sra. Helena Vélez Botero, Colombia; Sr. Jean Claude Bouabre, *Côte d'Ivoire*; Sra. Angelina Brotherhood, Austria; Sr. Konan Denis Brou, *Côte d'Ivoire*; Sr. Gregor Burkhart, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías; Sra. Rachel Calam, Reino Unido; Sr. Eglis Chacón Camero, Venezuela (República Bolivariana de); Sra. Patricia Conrod, Canadá; Sr. Oumar Coulibaly, *Côte d'Ivoire*; Sr. William Crano, Estados Unidos de América; Sra. Bethany Deeds, Estados Unidos de América; Sr. Nagazanga Dembele, Malí; Sr. Konan Martin Diby, *Côte d'Ivoire*; Sr. Fulgence Dieket, *Côte d'Ivoire*; Sr. Ken Douglas, Trinidad y Tobago; Sr. Aziz El Bouri, Marruecos; Sr. Roberto Enríquez, Ecuador; Sra. María José Escobar, Ecuador; Sra. Evgenija Fadeeva, Federación Rusa; Sr. Fabrizio Faggiano, Italia; Sra. Jenny Fagua, Colombia; Sra. Verónica Felipe, Plan Colombo para el Desarrollo Económico y Social Cooperativo en Asia y el Pacífico; Sra. Ana Lucia Ferraz Amstalden, Brasil; Sra. Valentina Forastieri, Organización Internacional del Trabajo; Sr. David Foxcroft, Reino Unido; Sra. Maria Friedrich, Alemania; Sra. Nikoleta Georgala, Grecia; Sra.

Lilian Ghandour, Líbano; Sra. Sheila Giardini Murta, Brasil; Sra. Mairelisa González, Guatemala; Sra. Aleksandrivna Grigoreva, Federación Rusa; Sr. Víctor Manuel Guisa Cruz, México; Sra. Nadine Harker, Sudáfrica; Sr. Mehedi Hasa, Bangladesh; Sr. Diané Hassane, *Côte d'Ivoire*; Sra. Rebekah Hersch, Estados Unidos; Sra. Alexandra Hill, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD); Sr. Hla Htay, Myanmar; Sr. Ahmad Khalid Humayuni, Afganistán; Sra. Jadranka Ivandić Zimić, Croacia; Sr. Johan Jongbloet, Bélgica; Sr. Brou Kadja, *Côte d'Ivoire*; Sra. Valda Karnickaite, Lituania; Sr. Anand Katoch, India; Sr. Shep Kellam, Estados Unidos; Sra. Susan Atieno Maua Khan, Kenia; Sr. Mathew Kiefer, Lions Quest; Sr. Trésor Koffi, *Côte d'Ivoire*; Sr. Tamás Koós, Hungría; Sr. Matej Kosir, Eslovenia; Sr. Serge Kouakou, *Côte d'Ivoire*; Sr. Yap Ronsard Odonkor Kouma, *Côte d'Ivoire*; Sra. Annick Patricia Kouame, *Côte d'Ivoire*; Sra. Valentina Kranzelic, Croacia; Sr. Mamadou Krouma, *Côte d'Ivoire*; Sra. Karol Kumpfer, Estados Unidos; Sra. Marie-Leonard Lebry, *Côte d'Ivoire*; Sr. Jeff Lee, Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias; Sr. Youngfeng Liu, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; Sra. Jacqueline Lloyd, Estados Unidos; Sr. Artur Malczewski, Polonia; Sr. Gegham Manukyan, Armenia; Sr. Alejandro Marín, Colombia; Sr. Efrén Martínez, Colombia; Sra. María José Martínez Ruiz, México; Sra. Hasmik Martirosyan, Armenia; Sra. Samra Mazhar, Pakistán; Sr. Jorge Mc Douall, Colombia; Sra. Ghazala Meenai, India; Sra. Juliana Mejía Trujillo, Colombia; Sr. Jiang Meng, China; Sra. Carine Mutatayi, Francia; Sra. Nanda Myo Aung Wan, Myanmar; Sr. Badou Roger N'guessan, *Côte d'Ivoire*; Sr. Joseph Nii Oroe Doodoo, Ghana; Sr. Mahamadou O Maiga, Malí; Sr. Michael O'Toole, Reino Unido; Sr. Isidor Obot, Nigeria; Sra. Jane Marie Ongolo, Unión Africana; Sra. Camila Patiño, Colombia; Sr. Zachary Patterson, Canadá; Sr. Augusto Pérez, Colombia; Sr. Elyvenson Plaza, Filipinas; Sr. Radu Pop, Rumania; Mr. Bushra Razaq, Pakistán; Sra. Gladys Rosales, Filipinas; Sra. Ingeborg Rossow, Noruega; Sr. Achilleas Roussos, Grecia; Sr. Bosco Rowland, Australia; Sr. Fernando Salazar, Perú; Sra. Teresa Salvador, Unión Europea; Sra. Teresa Salvador-Llivina, Programa de Cooperación Birregional EU-LAC sobre políticas de drogas (COPOLAD); Sra. Daniela R. Schneider, Brasil; Sr. Orlando Scoppetta, Colombia; Sra. Orit Shaphiro, Israel; Sr. Abdul Rahman Ahmed Jassem Shweyter, Baréin; Sra. Nandi Siegfried, Sudáfrica; Sr. Oumar Silue, *Côte d'Ivoire*; Sra. Zili Sloboda, Estados Unidos; Sr. Raul António Soares de Melo, Portugal; Sra. Triin Sökk, Estonia; Sr. Richard Spoth, Reino Unido; Sra. Karin Streiman, Estonia; Sra. Carla Suárez Jurado, Ecuador; Sr. Harry Sumnall, Reino Unido; Sr. Abdelhamid Syambouli, Marruecos; Sra. Sanela Talic, Eslovenia; Sra. Lacina Tall, *Côte d'Ivoire*; Sra. Sue Thau, Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América; Sr. Myint Thein, Myanmar; Sr. Diego Tipán, Ecuador; Sra. Rokia Top Toure, *Côte d'Ivoire*; Sr. Francis Kofi Torkornoo, Ghana; Sr. John Toumborou, Australia; Sra. Sandra Valantiejiene, Lituania; Sr. Peer Van Der Kreeft, Bélgica; Sra. Zila van der Meer Sanchez, Brasil; Sra. Evelyn Yang, Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América; Sr. Veliyev Yusup, Turkmenistán; y Sra. Kristina Zardeckaite-Matulaitiene, Lituania.

Al personal de la Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de la UNODC, en particular a la Sra. Elizabeth Mattfeld y al Sr. Wadih Maalouf, por sus valiosos aportes, su asesoramiento y su apoyo bajo la orientación y el liderazgo generales del Dr. Gilberto Gerra, Jefe de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas, y otros funcionarios en las oficinas de la UNODC, por facilitar el contacto con gobiernos y expertos de todo el mundo.

A la Sra. Heeyoung Park, experta asociada, por participar en la selección, evaluar la bibliografía, sintetizar los datos y redactar partes del documento.

A la Sra. Asma Fakhri, Oficial de Programas de la Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, por coordinar el proceso, evaluar la documentación, participar en la síntesis de datos y redactar partes del documento.

A la Sra. Giovanna Campello, Oficial a cargo de la Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, por la gestión del proceso, la redacción de partes del documento y la finalización del mismo.

Contenido

| | <i>Pág.</i> |
|--|-------------|
| Introducción | 8 |
| I. Intervenciones y políticas de prevención del uso de drogas | 16 |
| A. Período de lactancia y primera infancia | 16 |
| B. Infancia Media | 19 |
| C. Adolescencia Temprana | 24 |
| D. Adolescencia y adultez | 31 |
| II. Cuestiones de prevención que requieren una mayor investigación | 40 |
| III. Características de un sistema de prevención eficaz | 43 |
| A. Serie de intervenciones y políticas basadas en la evidencia | 43 |
| B. Marco regulatorio y políticas de respaldo | 43 |
| C. Una base sólida de investigación y evidencia científica | 45 |
| D. Diferentes sectores involucrados a distintos niveles | 47 |
| E. Infraestructura sólida para el sistema de entrega | 48 |
| F. Sostenibilidad | 48 |

Introducción

En 2013 se publicó la primera edición de las Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas, en la que se resume la evidencia sobre la prevención del uso de drogas a nivel mundial con el fin de identificar estrategias eficaces que garanticen que los niños, niñas y jóvenes, especialmente aquellos marginados y de bajos recursos, crezcan y lleguen a la edad adulta y a la vejez sanos y seguros.

Los Estados Miembros y otros actores a nivel nacional e internacional reconocieron el valor de esta herramienta, y las *Normas Internacionales* fueron, en varias ocasiones, reconocidas como una base útil para mejorar el alcance y la calidad de la prevención basada en la evidencia. Además, en 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas asumieron una serie de compromisos de gran alcance a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que deben alcanzarse para 2030 y, en la meta 3.5 de dichos objetivos, se comprometieron a fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias. La celebración del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas en abril de 2016 marcó una nueva era para abordar el uso de drogas y los trastornos por su consumo mediante un enfoque sistémico equilibrado y centrado en la salud.

En el contexto de este renovado interés en la salud y el bienestar de las personas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se complacen en unir fuerzas y presentar esta segunda edición actualizada. Al igual que la primera, la segunda edición actualizada de las *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas* resume la evidencia científica disponible en la actualidad, al ofrecer una reseña de las revisiones sistemáticas recientes, y describe las intervenciones y políticas que han demostrado mejorar los resultados en la prevención del uso de drogas. Además, las *Normas Internacionales* identifican los principales componentes y características de un sistema nacional de prevención eficaz. Este trabajo se basa en, reconoce y complementa la labor de muchas otras organizaciones, como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, el Centro Canadiense sobre Uso de Sustancias y Adicciones, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), el Plan Colombo para el Desarrollo Económico y Social Cooperativo en Asia y el Pacífico, y el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, que han elaborado otras normas y directrices sobre diversos aspectos de la prevención del consumo de drogas.

Esperamos que las *Normas Internacionales* sirvan de guía a los formuladores de políticas y a otros actores nacionales en todo el mundo para desarrollar programas, políticas y sistemas que constituyan una inversión verdaderamente eficaz para el futuro de los niños y niñas, los jóvenes, las familias y las comunidades.

La prevención consiste en el desarrollo sano y seguro de los niños

Si bien el enfoque principal de estas *Normas Internacionales* es la prevención del uso de drogas, su enfoque es holístico y tiene en cuenta el uso de otras sustancias psicoactivas. Con respecto a la terminología utilizada en las *Normas Internacionales*, el lector debe tener en cuenta que "uso de drogas" se utiliza para referirse al consumo de sustancias psicoactivas fuera del marco del uso legítimo con fines médicos o científicos, de acuerdo con los tres tratados de fiscalización internacional de drogas¹. "Uso de sustancias" se utiliza para referirse al consumo de sustancias psicoactivas independientemente de su estado de sustancia controlada o no, incluido el uso peligroso y perjudicial de las mismas. Además del uso de drogas, se incluye también el consumo de tabaco, alcohol, inhalantes y nuevas sustancias psicoactivas (las denominadas "*legal highs*" o "drogas inteligentes").

¹ Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, enmendada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

A los efectos de este documento, consideramos que el objetivo principal de la prevención del uso de sustancias psicoactivas es: ayudar a las personas - especialmente, pero no únicamente, a los jóvenes- a evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas o, si ya han iniciado su uso, a evitar el desarrollo de trastornos derivados de dicho consumo (uso nocivo o dependencia).

Sin embargo, el objetivo general de la prevención del uso de sustancias es mucho más amplio. Se trata de garantizar el desarrollo sano y seguro de los niños, niñas y jóvenes para que puedan desplegar sus talentos y su potencial y convertirse en miembros activos de su comunidad y de la sociedad. Una prevención eficaz contribuye de forma significativa al compromiso positivo de los niños, niñas, jóvenes y adultos con sus familias y en sus escuelas, lugares de trabajo y comunidades.

En los últimos 20 años se han producido grandes avances en materia de prevención. Como resultado, los profesionales del sector y los formuladores de políticas lograron una mayor comprensión sobre las causas que llevan a los individuos a un estado de vulnerabilidad y, por ende, a iniciarse en el consumo de sustancias: tanto los factores individuales como aquellos derivados del entorno. También existe una mayor comprensión sobre la progresión hacia los trastornos.

La falta de conocimiento sobre las sustancias y las consecuencias de su consumo son algunos de los principales factores que aumentan la vulnerabilidad de un individuo. Otros factores de vulnerabilidad importantes son la predisposición genética, los rasgos de la personalidad (por ejemplo, la impulsividad, la búsqueda de sensaciones), la presencia de trastornos mentales y de la conducta, el abandono y el maltrato familiar, el escaso vínculo con la escuela y la comunidad, las normas sociales y los entornos que favorecen el consumo de sustancias (incluida la influencia de los medios de comunicación), y el hecho de haber crecido en una comunidad marginada y desfavorecida. Por el contrario, el bienestar psicológico y emocional, la competencia personal y social, un fuerte vínculo con padres afectuosos y responsables, el vínculo con escuelas y comunidades bien organizadas y con suficientes recursos son factores que contribuyen a que los jóvenes sean menos vulnerables al uso de sustancias y a otros comportamientos de riesgo.

Algunos factores que hacen que los jóvenes sean vulnerables (o, por el contrario, resilientes) a iniciarse en el consumo de sustancias están estrechamente relacionados con un grupo etario específico. La crianza y el vínculo con la escuela son factores de vulnerabilidad y resiliencia que han sido identificados como especialmente influyentes en las etapas de la infancia, la niñez y la primera adolescencia. En el caso de los grupos de mayor edad, la escuela, el lugar de trabajo, los lugares de entretenimiento y los medios de comunicación son ámbitos que pueden contribuir a que los jóvenes sean más o menos vulnerables al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo.

Huelga decir que los jóvenes marginados pertenecientes a comunidades de bajos recursos, con escaso o ningún tipo de apoyo familiar y un acceso limitado a la educación, corren un riesgo especial. En esta misma situación se encuentran los niños, individuos y comunidades que sufren las consecuencias de la guerra o de los desastres naturales.

Es importante hacer hincapié en que los factores de vulnerabilidad mencionados anteriormente escapan, en gran medida, al control del individuo (¡nadie elige ser abandonado por sus padres!) y están relacionados con muchos comportamientos de riesgo y condiciones de salud asociadas, como el abandono escolar, la agresividad, la delincuencia, la violencia, el comportamiento sexual riesgoso, la depresión o el suicidio. Por lo tanto, no debería sorprender que muchas intervenciones y políticas de prevención del uso de drogas también prevengan otros comportamientos de riesgo.

Prevención del uso de sustancias psicoactivas

En el caso de las drogas controladas, la prevención es uno de los principales componentes de un sistema centrado en la salud para hacer frente al uso no médico de dichas sustancias, según lo dispuesto en los tres tratados de fiscalización internacional de drogas. Las presentes *Normas Internacionales* se centran en la prevención del inicio en el consumo de drogas, así como también en la prevención de una transición hacia los trastornos por dicho consumo. Las Normas no abordan las intervenciones de prevención secundaria y terciaria, como el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y la prevención de las consecuencias sanitarias y sociales del uso de drogas y de los trastornos derivados de ello, como así tampoco abordan los esfuerzos que hacen las fuerzas del orden para el control de las drogas.

Ninguna intervención, política o sistema de prevención puede ser desarrollado o implementado de forma aislada. Para ser eficaces, los sistemas de prevención nacionales y locales deben integrarse en un sistema más amplio, equilibrado y centrado en la salud que dé respuesta a los consumidores de drogas e incluya a las fuerzas del orden y una reducción en la oferta, el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de drogas y la reducción de los riesgos asociados a ello (por ejemplo, para prevenir el VIH y las sobredosis). El objetivo general y principal de este sistema equilibrado y centrado en la salud sería garantizar la disponibilidad de las drogas controladas para los fines médicos y científicos y, al mismo tiempo, evitar el desvío y su uso no médico.

Si bien el enfoque principal de las *Normas Internacionales* es la prevención del uso de drogas controladas en virtud de los tres tratados de fiscalización internacional de drogas (incluido también el uso no médico de fármacos que se venden con receta médica), estas *Normas* se basan en la evidencia y las lecciones aprendidas a partir del estudio de la prevención del uso de otras sustancias psicoactivas, como el tabaco, el alcohol y los inhalantes. Además, el consumo de sustancias psicoactivas no controladas tiene un importante impacto negativo en la salud de la población. De hecho, el consumo de tabaco y alcohol provoca más daño que el atribuido al consumo de drogas controladas. Los inhalantes son extremadamente tóxicos y tienen consecuencias devastadoras para el desarrollo y el funcionamiento psicosocial, lo que pone de manifiesto la necesidad urgente de realizar esfuerzos para prevenir el inicio de dicho consumo. Asimismo, en el caso de niños y adolescentes, el cerebro todavía está en desarrollo, y cuanto antes empiecen a utilizar cualquier sustancia psicoactiva, más probabilidades tendrán de desarrollar trastornos por consumo de sustancias más adelante. Por último, pero no por ello menos importante, la dependencia de la nicotina y los trastornos por consumo de alcohol se asocian con mucha frecuencia al consumo de drogas y a los trastornos derivados de ello.

Ciencia de la prevención

Gracias a la ciencia de la prevención también conocemos lo que es y no es eficaz para prevenir el consumo de sustancias. El objetivo de la presente publicación es organizar los hallazgos de estos años de investigación en un formato que mejore la capacidad de los formuladores de políticas para basar sus decisiones en la evidencia y la ciencia. Lamentablemente, muchas de las limitaciones de la investigación científica que se identificaron en la primera edición de las *Normas Internacionales* siguen existiendo en la actualidad.

La mayor parte de la investigación científica se origina en un grupo de países de ingresos altos de América del Norte, Europa y Oceanía. Hay pocos estudios en otros entornos culturales o en países de ingresos bajos y medios. Además, la mayoría son estudios de "eficacia" y analizan el impacto de las intervenciones en entornos controlados, reducidos y con buenos recursos. Hay muy pocos estudios que hayan investigado la eficacia de las intervenciones en entornos "reales". Además, sólo hay

un número limitado de estudios que hayan calculado si las intervenciones y las opciones de políticas de prevención son beneficiosas o efectivas en función de los costos (en lugar de simplemente eficaces o efectivas). Por último, son pocos los estudios que presentan datos desglosados por sexo.

Otro desafío es la indicación de que el número de estudios es demasiado bajo para poder identificar de forma concluyente los "ingredientes activos", es decir, el o los componentes que son realmente necesarios para que las intervenciones o las políticas sean eficaces o efectivas, incluso en lo que respecta a la aplicación de las estrategias e intervenciones. (¿Quién las aplica mejor? ¿Qué cualidades y formación son necesarias? ¿Qué métodos hay que emplear? etc.)

Finalmente, como en todas las ciencias médicas, sociales y de la conducta, el sesgo de la publicación supone un problema en la investigación sobre prevención. Es más probable que se publiquen los estudios que informan sobre nuevos hallazgos positivos que los que informan sobre resultados negativos. Esto significa que nuestro análisis corre el riesgo de sobrestimar la eficacia y la efectividad de las intervenciones y políticas de prevención del uso de sustancias.

Existe una gran y urgente necesidad de apoyar y fomentar la investigación en el terreno de la prevención del uso de sustancias a nivel mundial. Es fundamental apoyar los esfuerzos de investigación en materia de prevención en los países de ingresos bajos y medios, aunque los sistemas nacionales de prevención de todos los países deberían invertir significativamente en la evaluación rigurosa de sus programas y políticas para contribuir a la base de conocimientos mundial.

¿Qué se puede hacer mientras tanto? Los formuladores de políticas ¿deben esperar a que se corrijan las deficiencias antes de poner en marcha iniciativas de prevención? ¿Qué se puede hacer para prevenir el consumo de drogas y otras sustancias psicoactivas, y para garantizar que niños y jóvenes crezcan sanos y seguros?

Las lagunas en las ciencias nos deberían alertar, pero no frenar la acción. Un enfoque en materia de prevención que haya demostrado su eficacia en una determinada parte del mundo es probablemente un mejor candidato al éxito que uno creado a nivel local y basándose únicamente en la buena voluntad y las conjeturas. Esto es especialmente cierto en el caso de las intervenciones y políticas que abordan las vulnerabilidades que se encuentran en muchas o en todas las culturas (por ejemplo, abandono por parte de los padres). Asimismo, los enfoques que ya han fracasado o han tenido efectos adversos en algunos países son los principales candidatos al fracaso en otros. Los profesionales de la prevención, los formuladores de políticas y los miembros de la comunidad que se involucran en la prevención de las drogas tienen la responsabilidad de tener en cuenta estas lecciones.

Sin embargo, tenemos un indicio de cuál es la dirección correcta ya que, si utilizamos estos conocimientos y los ampliamos mediante más evaluaciones e investigaciones, podremos fomentar el desarrollo de sistemas nacionales de prevención basados en la evidencia científica y que ayuden a niños, jóvenes y adultos de diferentes entornos a llevar estilos de vida positivos, saludables y seguros.

Las Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas

La presente publicación describe las intervenciones y políticas que, según la evidencia científica, son eficaces o efectivas para prevenir el uso de sustancias y que podrían servir de base para un sistema nacional de prevención del consumo de sustancias eficaz y centrado en la salud.

En aras de la simplicidad, a lo largo de este documento, los esfuerzos para prevenir el uso de drogas se denominan "intervenciones" o "políticas". Una "intervención" se refiere a un conjunto de actividades específicas, como un programa, que se lleva a cabo en un entorno específico, más allá de las actividades que normalmente se realizan en ese entorno (por ejemplo, sesiones de educación para la prevención del

uso de drogas en las escuelas). Las mismas actividades también pueden llevarse a cabo como parte del funcionamiento normal de la escuela (por ejemplo, sesiones de educación para la prevención del uso de drogas como parte de un plan de estudios tradicional de promoción de la salud). Es habitual que la evidencia sobre la mayoría de las intervenciones haya surgido de la evaluación de "programas" específicos, de los cuales puede haber muchos por cada intervención. Por ejemplo, hay muchos programas cuyo objetivo es prevenir el uso de drogas mediante la mejora de las habilidades de crianza (por ejemplo, el programa *Strengthening Families*, el programa *Triple P-Positive Parenting* y el programa *Incredible Years*). Se trata de distintos programas que llevan a cabo la misma intervención (habilidades de crianza/formación en habilidades para la vida en familia). Una "política" se refiere a un enfoque regulador, ya sea en un entorno específico o para la población en general. Algunos ejemplos son las políticas sobre el consumo de sustancias en las escuelas o en el lugar de trabajo, o las restricciones o prohibiciones generales en relación con la publicidad de tabaco o alcohol. Por último, en aras de la brevedad, estas *Normas Internacionales* suelen utilizar el término "estrategias" para referirse tanto a las intervenciones como a las políticas. Es decir, una estrategia puede ser tanto una intervención como una política.

Las *Normas Internacionales* también indican cómo debe aplicarse cada estrategia y señalan las características comunes que se relacionan con la eficacia y/o la efectividad. Finalmente, la presente publicación analiza de qué manera las intervenciones y las políticas deben encajar en los sistemas nacionales de prevención a fin de que apoyen y sostengan su desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación sobre la base de datos y evidencias.

1. El proceso de actualización de las Normas Internacionales

La UNODC y la OMS elaboraron y publicaron las *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas* con la ayuda de un grupo de representantes a nivel mundial constituido por 143 investigadores, formuladores de políticas, profesionales y representantes de organizaciones no gubernamentales e internacionales de 47 países. Muchos de los miembros de ese grupo de expertos fueron designados por los Estados Miembros, ya que todos ellos habían sido invitados a participar en el proceso. Además, algunos integrantes de ese grupo habían sido identificados por la UNODC debido a sus investigaciones y actividades en el ámbito de la prevención del uso de drogas.

Se solicitó a todos los miembros del grupo de expertos que realizaran aportes con respecto a la metodología empleada en la actualización de las *Normas Internacionales* y sobre estudios que, en cualquier idioma, pudieran ser de interés. Además, en junio de 2017, algunos de los miembros más activos del grupo de expertos se reunieron en Viena para acordar la metodología para la revisión de las *Normas Internacionales*. Dicha metodología fue ultimada de forma conjunta por la UNODC y la OMS y puede consultarse en el Apéndice II, titulado "Protocolo de reseña de revisiones sistemáticas sobre intervenciones de prevención del consumo de drogas para la segunda edición actualizada de las *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas*".

La evidencia que constituye el núcleo de esta actualización se identificó mediante una reseña de las revisiones sistemáticas publicadas entre junio de 2012 y enero de 2018 centradas en los resultados primarios de la prevención del uso de sustancias. Estos resultados se definieron como "inicio del consumo de sustancias", "continuación del consumo de sustancias" y "progresión hacia los trastornos por consumo de sustancias".

El propósito de realizar la reseña fue identificar revisiones sistemáticas de la evidencia que estudian la eficacia o efectividad de las intervenciones y/o políticas con respecto a la prevención del uso de sustancias (resultados primarios de la prevención).

Los resultados secundarios de la prevención (factores mediadores o resultados intermedios) no se incluyeron en la estrategia de búsqueda inicial, pero se tuvieron en cuenta durante la consulta con expertos, la búsqueda manual y la extracción de datos

de las publicaciones identificadas. Otras referencias bibliográficas relacionadas con los resultados secundarios de la prevención se habían identificado gracias al asesoramiento de expertos durante la elaboración de la primera edición de las *Normas Internacionales*.

La búsqueda identificó más de 28.800 artículos que fueron seleccionados y reducidos en número, primero en función del título y luego en función del resumen.

Esto se integró con los estudios identificados por los miembros del grupo de expertos, y mediante búsquedas manuales en las bases de datos de Cochrane y Campbell. Dichas búsquedas manuales tuvieron en cuenta tanto los resultados primarios de la prevención del consumo de sustancias, así como en el caso de las estrategias dirigidas a niños (de 10 años o menos), también los resultados secundarios, es decir, los factores mediadores o los resultados intermedios de la prevención del consumo de sustancias.

Para ser incluidos en el proceso de recolección de datos, los estudios debían ser revisiones sistemáticas de estudios primarios (con o sin metaanálisis), centrados en intervenciones o políticas sobre el uso de sustancias destinadas a lograr resultados en términos de prevención, o, si se dirigían a niños de 10 años o menos, destinados a lograr resultados en términos de factores mediadores relacionados con el consumo de sustancias.

Por lo tanto, se excluyeron los siguientes tipos de documentos: estudios epidemiológicos sobre prevalencia, incidencia, vulnerabilidades y resiliencia relacionados con el uso de sustancias; estudios sobre estrategias de tratamiento o centrados únicamente en la prevención de las consecuencias para la salud y sociales del consumo de drogas y los trastornos relacionados con dicho consumo; estudios primarios; reseñas de las revisiones; y estudios sobre la aplicación general de la prevención y/o los sistemas de prevención.

Tras una primera selección basada tanto en los resúmenes como en el texto completo, se revisaron 392 documentos para determinar su elegibilidad. La lista completa de los 392 documentos figura en el Apéndice I. De ese grupo, 202 estudios se consideraron elegibles y se evaluó su riesgo de sesgo mediante la herramienta de riesgo de sesgo en revisiones sistemáticas (ROBIS)². Sólo se extrajeron datos de las revisiones que tenían un bajo riesgo de sesgo (71 revisiones). El Apéndice I contiene una lista por separado de esas revisiones, y el diagrama de flujo del proceso de revisión se presenta en el Apéndice III.

Asimismo, esas 71 revisiones se integraron con las revisiones de la primera edición de las *Normas Internacionales*, siempre y cuando la búsqueda actual no hubiera identificado un estudio equivalente más reciente. El cuadro de extracción de datos (Apéndice IV, titulado "Resumen de resultados") sintetiza todas las conclusiones de los estudios y sirvió de base para la actualización del resumen de la evidencia en cada estrategia.

El proceso se enriqueció aún más con la utilización de las directrices existentes de la OMS que brindan recomendaciones sobre el uso de diversas intervenciones y políticas en la prevención del uso de sustancias, así como de otros comportamientos de riesgo (por ejemplo, la violencia) o en la promoción del desarrollo saludable de niños y jóvenes. Las directrices existentes de la OMS, cuando se encuentran disponibles, se resumen en cada estrategia a continuación de la sinopsis de la evidencia basada en la extracción de datos.

En cada estrategia, las *Normas Internacionales* enumeran, en la medida de lo posible, las características de las estrategias que se asocian a la eficacia y/o efectividad, o su ausencia. Estas características se identificaron en gran medida mediante el asesoramiento de expertos durante el desarrollo de la primera edición de las *Normas Internacionales* y sólo se han revisado mínimamente, de acuerdo con los comentarios

² Penny Whiting y otros, "ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed", *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 69 (2016).

del grupo de expertos sobre el primer borrador de esta segunda edición actualizada. El último capítulo, dedicado a los sistemas nacionales de prevención, se redactó con el asesoramiento de expertos y se actualizó a partir de sus comentarios.

2. Limitaciones

Al utilizar este documento, es necesario reconocer una serie de limitaciones. En primer lugar, la estrategia general de búsqueda consistió en recopilar evidencia relacionada con el mayor número posible de intervenciones potenciales, en lugar de centrarse en los detalles de cada intervención específica. Por lo tanto, es de prever que la estrategia de búsqueda pueda omitir ciertas fuentes bibliográficas y detalles importantes relacionados con intervenciones concretas, ya que esto requeriría una estrategia de búsqueda más detallada y restringida.

En segundo lugar, la búsqueda bibliográfica se centró únicamente en los resultados primarios (consumo de sustancias) y no revisó de un modo sistemático la evidencia sobre los resultados secundarios (es decir, los factores mediadores de la prevención). Por lo tanto, las *Normas Internacionales* no abordan de forma exhaustiva la cuestión de los factores mediadores de la prevención del consumo de sustancias.

Finalmente, si bien el riesgo de sesgo en la investigación se evaluó a través de ROBIS, no se realizó una clasificación de la evidencia. Del mismo modo, no se realizó ningún análisis de las intervenciones desde perspectivas distintas a la de la eficacia (por ejemplo, análisis de daños y beneficios, efectividad en función de los costos, valores y preferencias, equidad, equilibrio de género, derechos humanos, etc.). Por lo tanto, debido a las limitaciones mencionadas más arriba, las *Normas Internacionales* no contienen recomendaciones formales, aunque sí presentan un resumen de los resultados identificados a través de la reseña de las revisiones sistemáticas y, en la medida de lo posible, ese resumen se apoya en extractos de las directrices internacionales disponibles para abarcar cuestiones adicionales y brindar más detalles.

3. La estructura de las Normas Internacionales

Las presentes *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas* constan de tres capítulos. En el Capítulo I se describen las intervenciones y políticas que han demostrado ser eficaces y/o efectivas para prevenir el uso de drogas y otras sustancias psicoactivas.

Las intervenciones y políticas se agrupan según la edad del grupo objetivo. Cada grupo representa una etapa importante en el desarrollo del ser humano: embarazo, período de lactancia y primera infancia; infancia media; adolescencia temprana; adolescencia y edad adulta.

Cada niño es único y su desarrollo se verá influido por una serie de factores sociales, económicos y culturales. Es por ello que no se han dado los intervalos de edad exactos para estas diferentes etapas del desarrollo. Sin embargo, a efectos de este documento, los siguientes intervalos de edad pueden servir de guía: "período de lactancia y primera infancia" se refiere a los niños en edad preescolar, generalmente de 0 a 5 años de edad; "infancia media" se refiere a los niños en edad escolar primaria, aproximadamente de 6 a 10 años de edad; "adolescencia temprana" se refiere a los años de escuela media o secundaria, de 11 a 14 años de edad; "adolescencia" se refiere a los años de escuela secundaria superior, de 15 a 18 o 19 años de edad; "edad adulta" se refiere a los años posteriores. Aunque este intervalo no se ha utilizado en las *Normas Internacionales* por razones de conveniencia, en muchos estudios también se hace referencia al término "jóvenes adultos" (años de facultad o universidad, de 20 a 25 años de edad).

Algunas intervenciones y políticas son importantes para más de un grupo etario. En tales casos, la descripción de la intervención o política no se repite en la sección correspondiente a cada grupo, sino que se incluye únicamente en aquel que le es más

pertinente, con una referencia a las demás etapas de desarrollo para las que también se dispone de evidencia.

La sección dedicada a cada estrategia incluye, en la medida de lo posible, los siguientes detalles: una breve descripción, la evidencia disponible y las características de las estrategias que parecen estar relacionadas con la eficacia y/o la efectividad o la ausencia de estas características.

Breve descripción. Esta subsección brinda una breve descripción de la intervención o política, sus principales actividades y su base teórica. Además, indica si la estrategia es apropiada para la población en general (prevención universal), o para grupos de población cuyo riesgo es significativamente superior a la media (prevención selectiva), o para individuos que están particularmente en riesgo (prevención indicada, que también incluye a individuos que podrían haber empezado a experimentar y que, por lo tanto, están particularmente en riesgo de desarrollar trastornos). Asimismo, las *Normas Internacionales* indican si la estrategia incluye componentes del ambiente, desarrollo y/o de la información.

Evidencia disponible. Se trata de la parte más importante de las *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas*. Esta subsección describe cuál es la evidencia disponible y los resultados reportados en ella. En primer lugar, se informa sobre los efectos en los resultados primarios (uso de sustancias) y, posteriormente y por separado, sobre los efectos en los resultados secundarios de la prevención (es decir, factores mediadores/resultados intermedios de la prevención). Siempre que esté disponible, se incluye la magnitud de los efectos, tal y como figura en los estudios originales, así como los efectos con respecto a los distintos grupos objetivo y la sostenibilidad de esos efectos. Además, se facilita la fuente geográfica de la evidencia para que los formuladores de políticas y los directores de programas de prevención indiquen en qué región ha sido eficaz una determinada estrategia. Por último, si se conoce, se indica la eficacia en función de los costos de determinada estrategia. Esta parte del texto se basa en los estudios incluidos en la extracción de datos o tomados de la edición anterior. En un segundo recuadro se ofrecen, siempre que se encuentren disponibles, las directrices de la OMS sobre la eficacia de las estrategias en relación con el uso de sustancias u otros resultados para la salud, tal como se presentan en las directrices publicadas por la OMS.

Características vinculadas a la eficacia y/o efectividad, o a la ausencia de estas características. Las *Normas Internacionales* también indican qué características han sido consideradas por el grupo de expertos como aquellas vinculadas a la eficacia y/o efectividad, o, en su caso, a la ineficacia o incluso a los efectos adversos. Estas indicaciones no deben interpretarse como una relación de causa y efecto. Como ya se ha señalado, no hay pruebas suficientes que permitan ese tipo de análisis. La intención es más bien sugerir el camino que probablemente aporte más posibilidades de éxito según la investigación colectiva y la experiencia práctica del grupo de expertos. Todas las estrategias deben emprenderse en un entorno de investigación, aplicando protocolos con comprobada eficacia para prevenir el uso de drogas y abordar los factores de vulnerabilidad y resiliencia.

El Capítulo II realiza una breve descripción de las cuestiones de prevención sobre las que es especialmente necesario continuar con la investigación. Esto incluye intervenciones y políticas para las que no se ha encontrado evidencia, problemas emergentes de uso de sustancias y grupos especialmente vulnerables. En la medida de lo posible, se ofrecerá un breve análisis de las estrategias posibles.

Por último, en el Capítulo III, se describen los posibles componentes de un sistema nacional de prevención eficaz, a partir de intervenciones y políticas basadas en la evidencia y orientadas al desarrollo sano y seguro de niños y jóvenes. Este es otro ámbito en el que urge seguir investigando ya que, tradicionalmente, las investigaciones se han centrado en la eficacia de intervenciones y políticas aisladas. Como ya se ha mencionado, la redacción del tercer capítulo se ha beneficiado de la experiencia y el consenso del grupo de expertos.

I. Intervenciones y políticas de prevención del uso de drogas

A. Período de Lactancia y primera infancia

Las primeras interacciones de los niños ocurren en el seno familiar, antes de llegar a la edad escolar. Los niños pueden desarrollar vulnerabilidades a través de la interacción con padres o cuidadores que no cumplen con su rol en la crianza, carecen de habilidades parentales y/o sufren otras dificultades asociadas a una mala salud o a dificultades financieras o de otro tipo (en especial, en un entorno social o económicamente marginado o en un entorno familiar disfuncional). Entre otros factores, la ingesta de alcohol, nicotina o drogas durante el embarazo afecta negativamente al desarrollo de embriones y fetos.

Tales circunstancias pueden impedir que el niño alcance competencias de desarrollo significativas y colocarlo en un estado de vulnerabilidad y en riesgo de sufrir trastornos de la conducta en otras etapas de su vida. Los objetivos clave del desarrollo en la primera infancia son el desarrollo de un vínculo seguro con los cuidadores, de habilidades lingüísticas propias de la edad y de funciones cognitivas ejecutivas como la autorregulación y las actitudes y habilidades prosociales. La mejor manera de adquirir dichas funciones y habilidades es en el contexto de una familia y sociedad que brinden su apoyo.

1. Visitas prenatales y durante la lactancia

Breve descripción

En los programas de visitas prenatales o durante la lactancia, una enfermera o trabajadora social formada, visita a las futuras madres y a las madres recientes para impartirles habilidades de crianza y brindarle apoyo a la hora de afrontar una serie de cuestiones (de salud, de vivienda, laborales, legales, etc.). Es habitual que estos programas no estén dirigidos a todas las mujeres sino sólo a grupos específicos que viven en circunstancias particularmente difíciles (una estrategia selectiva con un objetivo de desarrollo).

Evidencia disponible

No se identificaron nuevos hallazgos en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

En la primera edición de las *Normas Internacionales*, una revisión y un ensayo controlado aleatorio habían reportado hallazgos en relación con esta intervención.³

En cuanto a los resultados primarios, según el ensayo controlado aleatorio, estos programas pueden prevenir el consumo de sustancias en etapas posteriores de la vida, y pueden ser efectivos en función de los costos ya que permiten un ahorro en los futuros gastos médicos y de bienestar social.

Además, una revisión informó de hallazgos con respecto a algunos resultados secundarios como, por ejemplo, que los niños que participaban en el programa eran menos propensos a declarar trastornos de internalización y obtenían mejores resultados en las pruebas de rendimiento en lectura y matemáticas. Las madres que participaron en el programa también manifestaron un menor deterioro de sus funciones derivado del consumo de alcohol y otras drogas. Los datos proceden de los Estados Unidos de América.

³ Turnbull (2012), con Kitzman (2010) y Olds (2010) informando sobre el mismo ensayo.

La OMS también recomienda los programas de visitas prenatales y durante la lactancia para prevenir el maltrato infantil.⁴

Características de los programas de visita prenatales y durante la lactancia asociados a la eficacia y/o efectividad según la consulta con expertos:

- ✓ Se implementan a través de personal de salud capacitado.
- ✓ Se realizan visitas periódicas hasta que el niño cumple los dos años: en un principio, cada dos semanas, luego cada mes, y con menos frecuencia hacia el final del período.
- ✓ Ofrecen habilidades básicas de crianza.
- ✓ Brindan apoyo a las madres para afrontar una serie de cuestiones socioeconómicas (de salud, de vivienda, laborales, legales, etc.).

2. Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas

Breve descripción

El embarazo y la maternidad son periodos de cambios grandes y, a veces, estresantes que pueden hacer que las mujeres se muestren receptivas a tratar su consumo de sustancias y los trastornos que de ello se derivan.

El consumo de alcohol y drogas durante el embarazo plantea riesgos potenciales para la salud de las mujeres embarazadas y sus bebés, incluso en ausencia de trastornos por consumo de sustancias. Por lo tanto, todas las mujeres embarazadas deben ser advertidas de los riesgos potenciales para su salud y la de sus bebés. Dado que el uso de sustancias psicoactivas durante el embarazo es peligroso para la madre y el futuro hijo/a, la gestión del uso de sustancias y el tratamiento de las mujeres embarazadas con trastornos por dicho consumo pueden y deben ofrecerse de forma prioritaria y deben seguir directrices clínicas rigurosas basadas en la evidencia científica. Se trata de una estrategia indicada con un objetivo de desarrollo.

Evidencia disponible

No se identificaron nuevos hallazgos en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

En la primera edición de las *Normas Internacionales*, dos revisiones habían reportado hallazgos en relación con esta intervención.⁵

Ninguna reseña reportó hallazgos con respecto a los resultados primarios.

En cuanto a los resultados secundarios, ofrecer a las embarazadas un tratamiento integrado basado en la evidencia puede repercutir de forma positiva en el desarrollo infantil, el funcionamiento emocional y conductual del niño y las habilidades de crianza.

No queda claro el plazo para la sostenibilidad de estos resultados ni el origen de las pruebas.

Las directrices de la OMS incluyen las siguientes recomendaciones sobre el consumo de sustancias durante el embarazo:

Consumo de tabaco

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS), *INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas* (Ginebra, 2016).

⁵ Niccols (2012a) y Niccols (2012b)

Los profesionales de la salud deben consultar a todas las embarazadas sobre su consumo de tabaco (anterior y actual) y su exposición al humo ajeno lo antes posible durante el embarazo y en cada visita de atención prenatal.⁶

Consumo de sustancias

Los profesionales de la salud deben consultar a todas las embarazadas sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (anterior y actual) lo antes posible durante el embarazo y en cada visita de atención prenatal.

Los profesionales de la salud deben ofrecer una breve intervención para todas las mujeres embarazadas que consuman alcohol o drogas.

Los profesionales de la salud que atienden a mujeres embarazadas o en período de posparto con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias deben ofrecer una evaluación exhaustiva y una atención personalizada.

Los profesionales de la salud deben aconsejar lo antes posible a las mujeres embarazadas con dependencia del alcohol o de las drogas que cesen el consumo y ofrecerles o derivarlas a servicios de desintoxicación bajo supervisión médica, cuando esto sea necesario y aplicable.

Para obtener recomendaciones más detalladas sobre el manejo de situaciones clínicas particulares en el embarazo (por ejemplo, dependencia de opiáceos, dependencia de benzodiazepinas, etc.), consulte las Directrices de la OMS para la identificación y el tratamiento del consumo de sustancias y de los trastornos por consumo de sustancias durante el embarazo (*WHO Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*).⁷

3. Educación en la primera infancia

Breve descripción

Los programas de educación durante la primera infancia favorecen el desarrollo social y cognitivo de los niños en edad preescolar (2-5 años) pertenecientes a comunidades desfavorecidas. Se trata, por lo tanto, de una intervención selectiva con contenido orientado al desarrollo.

Evidencia disponible

No se identificaron nuevos hallazgos en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

En la primera edición de las *Normas Internacionales*, dos reseñas habían informado hallazgos con respecto a esta intervención.⁸

Según estos estudios, ofrecer servicios de educación infantil a los niños que crecen en comunidades desfavorecidas puede reducir el consumo de cannabis a los 18 años, así como también el consumo de tabaco y otras drogas (resultados primarios).

En cuanto a los resultados secundarios, la educación temprana puede prevenir otros comportamientos de riesgo y favorecer la salud mental, la inclusión social y el éxito académico.

Todos estos datos provienen de los Estados Unidos de América.

Según la consulta con expertos, las características que se consideran asociadas a la eficacia o la efectividad son las siguientes:

⁶ OMS, Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y la gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo (Ginebra, 2013)

⁷ OMS, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (Ginebra, 2014).

⁸ D'Onise (2010) y Jones (2006).

- ✓ Mejoran las capacidades cognitivas, sociales y lingüísticas de los niños.
- ✓ Se imparten en sesiones diarias.
- ✓ Los imparten profesores calificados
- ✓ Ofrecen apoyo a las familias en otras cuestiones socioeconómicas.

B. Infancia media

Durante la infancia media, los niños pasan cada vez más tiempo lejos de la familia, sobre todo en la escuela y con compañeros de la misma edad. Aunque la familia continúa siendo el principal agente de socialización, se amplía el papel que juegan la guardería, la escuela y los grupos de pares. Algunos factores, como las normas de la comunidad, la cultura escolar y la calidad de la educación, adquieren cada vez más importancia de cara a un desarrollo emocional, cognitivo y social seguro y saludable. El papel de las habilidades sociales y las conductas prosociales adquiere mayor importancia durante la infancia y se convierte en un factor de protección clave, que influye también en la medida en que el niño en edad escolar se desenvuelve en la escuela y se relaciona con sus compañeros.

Entre los principales objetivos de desarrollo en la infancia media se encuentran el desarrollo continuo de las capacidades lingüísticas y numéricas propias de la edad, así como el control de los impulsos y el autocontrol. También a esta edad comienza el desarrollo del comportamiento orientado a objetivos, junto con la toma de decisiones y la capacidad para resolver problemas. Las enfermedades mentales que aparecen durante este periodo (como los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de la conducta) también pueden impedir el desarrollo de un vínculo sano con la escuela, el juego colaborativo con los compañeros, el aprendizaje adaptativo y la autorregulación. Con frecuencia, en esta etapa, los niños nacidos en familias disfuncionales comienzan a relacionarse con compañeros que presentan comportamientos potencialmente nocivos, con lo que se exponen ellos mismos a un mayor riesgo.

1. Programas para generar habilidades de crianza

Breve descripción

De manera muy sencilla, los programas de habilidades para la crianza ayudan a los progenitores a ser mejores padres. Un estilo de crianza afectuoso, en el que padres y madres establecen normas de comportamiento aceptables, vigilan de cerca el ocio y las amistades, ayudan a adquirir habilidades personales y sociales y son modelos de conducta, es uno de los factores de protección más poderosos contra el consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo. Estos programas también pueden dirigirse a los padres y madres de jóvenes que transitan la adolescencia temprana. Si bien las reseñas realizadas abarcan en gran medida todos los grupos etarios, y dado que los principios son muy similares, las intervenciones sólo se analizan en esta sección. Estas intervenciones pueden aplicarse a nivel universal o selectivo y son, en gran medida, un tipo de intervención orientado al desarrollo.

Evidencia disponible

Cinco reseñas informaron hallazgos con respecto a esta intervención, de las cuales cuatro son de la nueva reseña de revisiones sistemáticas.⁹

Con respecto a los resultados primarios, estos estudios informan que los programas universales basados en la familia pueden prevenir el consumo de tabaco, alcohol, drogas y sustancias en los jóvenes, siendo la magnitud del efecto generalmente persistente a mediano y largo plazo (más de 12 meses).

⁹ Mejia (2012), Thomas et al. (2016), Foxcroft and Tsertsvadze (2012), Allen et al. (2016) y Kuntsche (2016).

Los programas más intensivos impartidos por un facilitador calificado parecen ser más eficaces en comparación con las sesiones individuales o los programas virtuales. Asimismo, también resultaron eficaces las intervenciones específicas de género dirigidas a madres e hijas.

La evidencia resumida anteriormente procede de estudios sobre intervenciones de prevención basadas en la familia llevadas a cabo en África, Asia, Oriente Medio, Europa, Australia y Norteamérica.

La OMS también recomienda programas de habilidades para la crianza con el fin de apoyar el desarrollo positivo, prevenir la violencia juvenil, gestionar los trastornos de la conducta en niños y adolescentes y prevenir el maltrato infantil.^{10 11}

Para mejorar los resultados del desarrollo infantil, se recomiendan también intervenciones de crianza que promuevan las interacciones madre-hijo, preferiblemente realizadas dentro de programas de salud materno-infantil en curso para niños mal alimentados, niños que se enferman con frecuencia y otros grupos de riesgo.¹²

Además, se recomienda ofrecer intervenciones para mejorar las habilidades de crianza de las madres, además de un tratamiento eficaz y apoyo psicosocial a aquellas que padezcan depresión o cualquier otra afección mental, neurológica o por consumo de sustancias, con el fin de mejorar los resultados del desarrollo infantil.¹³

Por último, debe proporcionarse formación a los cuidadores para el manejo de niños y adolescentes con trastornos del desarrollo, que abarque las discapacidades intelectuales y los trastornos generalizados del desarrollo (incluido el autismo).¹⁴

Características de los programas de habilidades para la crianza que se consideran asociados a la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Mejoran el vínculo familiar, es decir, el apego entre madres, padres e hijos.
- ✓ Apoyan a los padres y madres enseñándoles cómo desempeñar un papel más activo en la vida de sus hijos, por ejemplo, supervisando sus actividades y amistades, y participando en su aprendizaje y educación.
- ✓ Enseñan a los padres y madres cómo aplicar una disciplina positiva y adecuada para el desarrollo.
- ✓ Les enseñan a ser un modelo a seguir para sus hijos.
- ✓ Se organizan de manera que resulte fácil y atractivo para los padres y madres participar (por ejemplo, fuera del horario de oficina, con comidas incluidas, guardería, transporte, una pequeña recompensa por completar las sesiones, etc.).
- ✓ Suelen incluir una serie de sesiones (normalmente unas 10 sesiones, o más en el caso del trabajo con padres y madres de comunidades marginadas o desfavorecidas o cuando uno o ambos progenitores se encuentren en tratamiento por trastornos por consumo de sustancias).
- ✓ Suelen incluir actividades para los padres/madres, niños/as y toda la familia.
- ✓ Los imparten personas capacitadas, en muchos casos sin ninguna otra cualificación formal.

¹⁰ OMS, Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países. (Ginebra, 2017).

¹¹ OMS, INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas (2016)

¹² OMS, "Maternal mental health interventions to improve child development: evidence profile" (2012).

¹³ Ibid

¹⁴ Ibid

Características de los programas de habilidades para la crianza que se consideran asociados con la falta de eficacia y/o efectividad o con efectos adversos según la consulta a expertos:

- X** Socavan la autoridad de los padres.
- X** Sólo brindan información sobre drogas a los padres/madres para que éstos, a su vez, puedan hablar sobre el tema con sus hijos.
- X** Son impartidos por personal con escasa formación.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias, Currículo de Prevención Universal, Serie para Coordinadores, Módulo 4: Intervenciones de prevención en el ámbito familiar
- UNODC, *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes* (Viena, 2010).
- Canadian Centre on Substance Abuse, *Strengthening Our Skills: Canadian Guidelines for Youth Substance Abuse Prevention Family Skills Programs* (Ottawa, 2011).
- UNODC, *Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention*, (United Nations publications, Sales No. E.09.XI.8).
- OMS, *Mental Health Gap Action Programme, Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings*.

2. Educación en habilidades personales y sociales.

Descripción

En los programas sobre habilidades personales y sociales, profesores capacitados involucran a los niños en actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar una serie de habilidades personales y sociales. Estos programas suelen impartirse a todos los niños a través de una serie de sesiones estructuradas (es decir, se trata de una intervención universal). Los programas ofrecen la oportunidad de aprender habilidades para poder hacer frente a situaciones complejas de la vida cotidiana de forma segura y saludable. Favorecen el desarrollo de competencias sociales generales, incluido el bienestar mental y emocional. Estos programas comprenden principalmente componentes de desarrollo. Es decir, normalmente no incluyen contenido sobre sustancias específicas, ya que en la mayoría de las comunidades los niños de esta edad no se han iniciado en el uso. Esto no ocurre en todas partes, y los programas dirigidos a niños que han estado expuestos a sustancias (por ejemplo, inhalantes) a esta edad tan temprana podrían, si lo desean, remitirse a las orientaciones específicas sobre sustancias incluidas para la "Educación preventiva basada en la competencia y la influencia social" en la sección sobre "Adolescencia temprana", más adelante.

Evidencia disponible

Siete revisiones informaron hallazgos con respecto a esta intervención, cuatro de las cuales provienen de la nueva reseña.¹⁵

Con respecto a los resultados primarios, según estos estudios, apoyar el desarrollo de habilidades personales y sociales en el aula puede prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas, en particular, en un período de seguimiento más largo (más de un año). Las estrategias centradas únicamente en la resiliencia solo resultaron eficaces en relación al consumo de drogas.

¹⁵ Hodder et al. (2017), Salvo et al. (2012), McLellan y Perera (2013), McLellan y Perera (2015), Schröer-Günther (2011) y Skara (2003).

La mayor parte de la evidencia se origina en América del Norte, Europa y Australia, con algunos estudios en Asia y África.

Los establecimientos de salud no especializados deben fomentar y colaborar con los programas escolares de educación para la vida cotidiana, si ello fuese factible, para promover la salud mental en niños y adolescentes.¹⁶

Características de los programas de educación en habilidades personales y sociales que se consideran asociados con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Mejoran una serie de habilidades personales y sociales.
- ✓ Se imparten a través de una serie de sesiones estructuradas, a menudo con sesiones de refuerzo durante varios años.
- ✓ Se imparten a través de profesores o facilitadores capacitados.
- ✓ Las sesiones son principalmente interactivas.

Características de los programas de educación en habilidades personales y sociales que se consideran asociados con la falta de eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✗ Estrategias que aplican métodos no interactivos y utilizan las conferencias como principal método de presentación.
- ✗ Aquellos que brindan información sobre sustancias específicas, e incluyen cuestiones como la aparición del miedo.
- ✗ Los que se centran solo en la construcción de la autoestima y en la educación emocional.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), UNODC y OMS, Buenas políticas y prácticas en educación para la salud: Cuadernillo 10 – Respuestas del sector de la educación al consumo de alcohol, tabaco y drogas (París, 2017).
- Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias, Currículo de Prevención Universal, Serie para Coordinadores, Módulo 5: Intervenciones de prevención en el ámbito escolar
- Organización de los Estados Americanos, CICAD, “Directrices hemisféricas de la CICAD en prevención escolar” (Washington, DC, 2005).
- Centro Canadiense de lucha contra el Abuso de Sustancias, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).
- OMS, Programa de acción para superar las brechas en salud mental, “*Evidence-based recommendations for management of child and adolescent mental disorders in non-specialized health settings*”.

3. Programas destinados a la mejora del ambiente en las aulas.

Breve descripción

Los programas destinados a la mejora del ambiente en las aulas fortalecen las habilidades de gestión de los maestros y ayudan a los niños a socializar en su papel de estudiantes, al tiempo que reducen los comportamientos agresivos y disruptivos a una edad temprana. Los maestros

¹⁶ OMS, Programa de acción para superar las brechas en salud mental de la OMS, “Técnicas de cambio de comportamiento para promover la salud mental: perfil de evidencia (2012).

suelen recibir apoyo mediante la implementación de una serie de procedimientos no didácticos en el aula en el día a día y con todos los estudiantes, a fin de enseñar comportamientos prosociales, así como prevenir y reducir los comportamientos inadecuados. Estos programas facilitan el aprendizaje tanto académico como socioemocional. Además, son universales, ya que se dirigen a toda la clase con un componente orientado al desarrollo.

Evidencia disponible

No se identificaron nuevos hallazgos en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

En la primera edición, una reseña informó hallazgos con respecto a esta intervención.¹⁷

La reseña no informó hallazgos en cuanto a los resultados primarios.

En relación con los resultados secundarios, este estudio sostiene que las prácticas de gestión de los docentes disminuyen significativamente las conductas problemáticas en el aula, con fuertes efectos positivos sobre las conductas disruptivas y agresivas, y un fortalecimiento de la conducta prosocial y el rendimiento académico de los niños. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no está claro.

Toda la evidencia mencionada anteriormente procede de los Estados Unidos y Europa.

Características de los programas destinados a la mejora del ambiente en las aulas que se consideran asociados con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Suelen impartirse durante los primeros años escolares.
- ✓ Incluyen estrategias para responder a los comportamientos inapropiados.
- ✓ Cuentan con estrategias para reconocer el comportamiento apropiado.
- ✓ Incluyen una devolución (*feedback*) sobre las expectativas.
- ✓ Cuentan con la participación activa de los estudiantes.

4. Políticas para retener a los niños en las escuelas

Breve descripción

La asistencia a la escuela, el vínculo con ella y la adquisición de competencias lingüísticas y numéricas propias de la edad son factores de protección importantes para prevenir el consumo de sustancias entre los niños de esta edad. En los países de ingresos bajos y medios se han aplicado diversas políticas para apoyar la asistencia de los niños a la escuela y mejorar sus resultados educativos.

Evidencia disponible

No se identificaron nuevos hallazgos en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

En la primera edición de las *Normas Internacionales*, dos reseñas¹⁸ informaron hallazgos con respecto a las siguientes políticas: construcción de nuevas escuelas, nutrición en las escuelas e incentivos económicos de diversa naturaleza para las familias.

Los estudios no informaron hallazgos con respecto a los resultados primarios.

En cuanto a los resultados secundarios, los estudios indican que estas políticas mejoran la asistencia de los niños a la escuela, así como sus habilidades lingüísticas y numéricas. El simple suministro de dinero en efectivo a las familias no parece producir resultados significativos, mientras que las transferencias condicionadas sí lo hacen. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no está claro.

¹⁷ Oliver (2011).

¹⁸ Lucas (2008) y Petrosino (2012).

Toda esta evidencia procede de países de ingresos medios y bajos.

La OMS también recomienda incentivos económicos condicionados para mantener a los niños en las escuelas como una estrategia para prevenir la violencia juvenil.¹⁹

5. Cómo abordar los trastornos de salud mental

Breve descripción

Los trastornos emocionales (por ejemplo, la ansiedad y la depresión) y los trastornos conductuales (por ejemplo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de la conducta) se asocian con un mayor riesgo de consumo de sustancias a medida que se avanza en la adolescencia y en etapas posteriores de la vida. Tanto en la infancia como en la adolescencia, ayudar a niños, adolescentes y padres/madres a abordar los trastornos emocionales y de conducta lo antes posible resulta una estrategia importante de prevención.

Evidencia disponible

No se identificaron estudios ni en la nueva reseña de revisiones sistemáticas ni en la primera edición de las *Normas Internacionales*.

Para apoyar a los niños y adolescentes (así como a sus cuidadores) y tratar este tipo de trastornos lo antes posible, la OMS recomienda lo siguiente:²⁰

- Intervenciones conductuales en niños y adolescentes para el tratamiento de trastornos de la conducta.
- Intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual, la psicoterapia interpersonal para niños y adolescentes con trastornos emocionales y la capacitación para cuidadores.
- Educación/capacitación de los padres/madres antes de comenzar a administrar medicamentos a un niño al que se le haya diagnosticado un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, con intervenciones iniciales que incluyan terapia cognitivo-conductual y capacitación en habilidades sociales, si es factible.
- Las intervenciones farmacológicas solo se ofrecen en entornos especializados.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- ✓ Guía de intervención y manuales de capacitación del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) de la OMS (OMS, 2016).

C. Adolescencia temprana

La adolescencia es un período de desarrollo en el que los jóvenes están expuestos a nuevas ideas y comportamientos a través de una mayor vinculación con personas y organizaciones más allá de las experimentadas en la infancia. Es un momento para “poner a prueba” los roles y responsabilidades de los adultos. También es un momento en el que la “plasticidad” y maleabilidad del cerebro adolescente sugiere que, al igual que en la infancia, este período

¹⁹ OMS, *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (AA-HA!)*.

²⁰ OMS, Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada (Ginebra, 2016).

de desarrollo es un momento en el que las intervenciones pueden reforzar o alterar experiencias anteriores.

El deseo de los jóvenes adolescentes de asumir el rol de adulto y una mayor independencia en un momento en que se están produciendo cambios significativos en el cerebro también crea una potencial vulnerabilidad para tomar malas decisiones y para adoptar comportamientos potencialmente dañinos, como conductas sexuales de riesgo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, conductas de riesgo al volante y consumo de drogas.

El consumo de sustancias (u otros comportamientos potencialmente nocivos) de los compañeros, así como el rechazo por parte de éstos, influyen considerablemente en la conducta, aunque la influencia de los padres/madres continúa siendo significativa. Las actitudes saludables y las creencias normativas sociales relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas son también factores importantes de protección contra el consumo de drogas. Buenas habilidades sociales y una salud mental y emocional resiliente continúan siendo factores clave de protección a lo largo de la adolescencia.

Nota: Las intervenciones en relación con las habilidades de crianza se pueden implementar en la infancia media y la adolescencia temprana. Los estudios identificados a través de la investigación no desglosan los resultados por edad. Por lo tanto, en lugar de repetir aquí la sección sobre programas de habilidades de crianza, en el apartado “Adolescencia temprana”, se remite al lector a la sección anterior. Lo mismo se aplica a la estrategia para “Abordar los trastornos de salud mental”, que se analiza en “Infancia intermedia”, más arriba. Del mismo modo, muchas de las intervenciones y políticas relevantes para los adolescentes mayores pueden prevenir el consumo de sustancias en la adolescencia temprana. Por razones de conveniencia, esas intervenciones y políticas, a saber, políticas sobre alcohol y tabaco, campañas en los medios de comunicación, intervenciones breves e iniciativas comunitarias de componentes múltiples, se analizan en la siguiente sección, sobre la adolescencia y la edad adulta.

1. Educación preventiva basada en la competencia e influencia social

Breve descripción

En los programas de prevención basados en habilidades, maestros capacitados involucran a los niños en actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar una variedad de habilidades personales y sociales (competencia social). Estos programas se centran en fomentar el rechazo a las sustancias y a los compañeros que les ofrecen las drogas, lo que permite a los jóvenes contrarrestar las presiones sociales para consumir sustancias y, en general, hacer frente a situaciones desafiantes de la vida de una manera saludable.

Además, brindan la oportunidad de debatir, de un modo adecuado según la edad, las diferentes normas sociales, actitudes y expectativas positivas y negativas asociadas al consumo de sustancias, incluidas las consecuencias de dicho consumo. También tienen como objetivo cambiar las creencias normativas sobre el uso de sustancias abordando la prevalencia típica y la aceptabilidad social del uso de sustancias entre pares (influencia social).

Evidencia disponible

Veintidós (22) revisiones informaron resultados para este tipo de intervención, 15 de las cuales pertenecen a la nueva reseña.²¹

Con respecto a los resultados primarios, estos estudios hallaron que determinados programas basados en una combinación de competencia social e influencia social previenen

²¹ Ashton et al. (2015), Champion (2013), de Kleijn et al. (2015), Espada et al. (2015), Faggiano et al. (2014), Foxcroft y Tsertsvadze (2012), Hale et al. (2014), Hodder et al. (2017), Jackson (2012), Jones (2006), Kezelman y Howe (2013), Lee et al. (2016), MacArthur et al. (2015), McLellan y Perera (2013), McLellan y Perera (2015), Pan (2009), Roe (2005), Salvo et al. (2012), Schröer-Günther (2011) y West (2004).

el consumo de tabaco, alcohol y drogas (los efectos preventivos son reducidos pero consistentes entre los estudios, también a largo plazo -más de 12 meses-).

Una revisión de los programas escolares para la prevención del tabaquismo dirigido específicamente a las niñas concluyó que no había evidencia de que dichos programas tuvieran un efecto significativo en la prevención del tabaquismo entre las adolescentes, con algunas indicaciones prometedoras para programas específicos de género y programas impartidos en los medios de comunicación junto a las campañas.

Los programas dirigidos a los factores de protección relacionados con la resiliencia individual y ambiental en el entorno escolar resultaron eficaces para prevenir el consumo de drogas, pero no el consumo de tabaco o alcohol. Por otra parte, los programas basados únicamente en el suministro de información, así como el programa DARE (*Drug Abuse Resistance Education*), no resultaron eficaces.

Se informó que la participación de pares en el dictado de programas relacionados con todas las sustancias resultó efectiva, con la advertencia de que se debe tener cuidado de no utilizar este método para grupos de alto riesgo, ya que existe el peligro de efectos adversos (por ejemplo, un aumento del consumo de sustancias). En general, se informó que impartir estos programas por computadora no tiene un efecto significativo para todas las sustancias.

En este contexto, hay indicios de que los programas dirigidos a adolescentes jóvenes podrían prevenir mejor el consumo de sustancias que los programas dirigidos a niños más pequeños o de mayor edad. La mayor parte de la evidencia es para programas universales, pero hay indicios de que la educación universal basada en competencias puede ser preventiva también entre grupos de alto riesgo, incluidos los jóvenes con trastornos mentales.

Si bien la mayor parte de la evidencia procede de América del Norte, Europa y Australia, se realizaron algunos estudios en Asia y África.

La OMS también recomienda programas que incluyen un componente de aprendizaje social y emocional para prevenir la violencia juvenil.²²

Características de los programas de educación preventiva basados en la competencia e influencia social que se consideran asociados a la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Utilizan métodos interactivos.
- ✓ Se imparten a través de una serie de sesiones estructuradas (normalmente de 10 a 15 sesiones), que tienen lugar una vez a la semana y, a menudo, con sesiones de refuerzo durante varios años.
- ✓ Los imparte un facilitador capacitado junto a pares también capacitados.
- ✓ Brindan la oportunidad de practicar y aprender una amplia gama de habilidades personales y sociales, en particular, habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y resistencia, especialmente en relación con el consumo de sustancias.
- ✓ Cambian la percepción de los riesgos asociados al consumo de sustancias, haciendo hincapié en las consecuencias inmediatas.
- ✓ Disipan conceptos erróneos sobre el carácter normativo y las expectativas vinculadas al consumo de sustancias.

Características de dichos programas que se consideran asociados con la falta de eficacia y/o efectividad o con efectos adversos según la consulta a expertos:

²² OMS, Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (*AA-HA!*).

- ✗ Utilizan métodos no interactivos, como las conferencias, como principal estrategia de transmisión.
- ✗ Se basan en gran medida en la mera transmisión de información, en particular para provocar miedo.
- ✗ Se basan en sesiones de diálogo no estructuradas.
- ✗ Se centran únicamente en la construcción de la autoestima y la educación emocional.
- ✗ Abordan únicamente la toma de decisiones o valores éticos y morales.
- ✗ Recurren a antiguos consumidores de drogas para dar testimonio de su experiencia personal.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- UNESCO, UNODC y OMS, Buenas políticas y prácticas en educación para la salud: Cuadernillo 10– Respuestas del sector de la educación al consumo de alcohol, tabaco y drogas (París, 2017).
- Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias, Currículo Universal de Prevención, Serie para Coordinadores, Módulo 5: Intervenciones de prevención en el ámbito escolar.
- Organización de los Estados Americanos, CICAD, “Directrices hemisféricas de la CICAD en prevención escolar” (Washington, DC, 2005).
- Centro Canadiense de lucha contra el Abuso de Sustancias, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).

2. Políticas escolares sobre el uso de sustancias

Breve descripción

Las políticas escolares sobre el uso de sustancias prohíben su consumo en las instalaciones escolares o durante las funciones y actividades escolares. Estas políticas también establecen mecanismos transparentes y no punitivos para abordar los incidentes derivados del consumo, transformándolo en una oportunidad educativa y de promoción de la salud. Estas intervenciones y políticas son universales, e incluyen componentes específicos tales como la detección, las intervenciones breves y la derivación. A menudo se implementan junto con otras intervenciones de prevención, como la educación basada en habilidades y/o políticas escolares para promover el vínculo con la escuela y/o apoyar las habilidades de crianza y la participación de padres/madres.

Evidencia disponible

Cuatro revisiones informaron hallazgos para estas intervenciones, tres de las cuales pertenecen a la nueva reseña. Tres de las revisiones estudiaron las políticas sobre tabaco en las escuelas,²³ y una analizó las intervenciones en entornos de educación terciaria (facultades y universidades).

Con respecto a los resultados primarios, las tres reseñas sobre políticas de tabaquismo, incluida una sobre incentivos escolares para la prevención del tabaquismo, informaron resultados diferentes, con pocos estudios en esas reseñas que informaran evidencia sobre la efectividad, y donde más de la mitad no informaron evidencia sobre los efectos. Los estudios que proporcionaron hallazgos encontraron una menor probabilidad de consumo de tabaco en las escuelas en las que estaba prohibido fumar, y una mayor probabilidad en las escuelas con actitudes más liberales. Hubo algunas pruebas de que la formalidad de la política (p. ej., una política escrita) y su aplicación tuvieron un impacto adicional en el hábito de fumar.

En facultades y universidades, algunas intervenciones ambientales, campañas de marketing sobre normas sociales e intervenciones cognitivas-conductuales o basadas en habilidades podrían tener beneficios con respecto a la prevención del uso nocivo del alcohol, con una evidencia más fuerte relacionada con intervenciones motivacionales breves e intervenciones normativas personalizadas (tanto intervenciones virtuales como presenciales).

Aunque la mayor parte de la evidencia se origina en América del Norte, Europa y Australia/Nueva Zelanda, también hay evidencia que se origina en Asia.

Características de las políticas escolares sobre el uso de sustancias que se consideran asociadas con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Apoyan el funcionamiento normal de la escuela, no lo interrumpen.
- ✓ Las políticas se elaboran con la participación de todas las partes interesadas (estudiantes, profesores, personal y padres/madres).
- ✓ Especifican claramente las sustancias involucradas, así como los lugares (instalaciones escolares) y/u ocasiones (funciones escolares) a los que se aplica la política.
- ✓ Se aplican a todas las personas presentes en la escuela (estudiantes, profesores, personal, visitantes, etc.) y a todas las sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas).
- ✓ Abordan las infracciones de las políticas mediante sanciones positivas al proporcionar o remitir a asesoramiento, tratamiento y otros servicios psicosociales y de atención de la salud, en lugar de castigar.
- ✓ Hacen cumplir lo indicado con coherencia y prontitud, incluido el refuerzo positivo para el cumplimiento de las políticas.

Características de dichas políticas que se consideran asociadas con la falta de eficacia y/o efectividad o con efectos adversos según la consulta a expertos:

- ✗ Realización de pruebas aleatorias de drogas.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- UNESCO, UNODC y OMS, Buenas políticas y prácticas en educación para la salud: Cuadernillo 10 – Respuestas del sector de la educación al consumo de alcohol, tabaco y drogas (París, 2017).

²³ Coppo et al. (2014), Galanti et al. (2014), Hefler et al. (2017) y Reavley (2010).

- Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias, Currículo Universal de Prevención, Serie para Coordinadores, Módulo 5: Intervenciones de prevención en el ámbito escolar.
- Organización de los Estados Americanos, CICAD, “Directrices hemisféricas de la CICAD en prevención escolar” (Washington, DC, 2005).
- Centro Canadiense de lucha contra el Abuso de Sustancias, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).

3. Programas escolares para mejorar el apego a la escuela

Breve descripción

Los programas escolares para mejorar el apego a la escuela apoyan la participación de los alumnos, su vinculación positiva y su compromiso con la escuela. Estas intervenciones y políticas son universales y a menudo se implementan junto con otras intervenciones de prevención, como la educación basada en competencias, las políticas escolares sobre el consumo de sustancias y/o el apoyo a las habilidades de crianza y la participación de madres y padres.

Evidencia disponible

Dos revisiones informaron hallazgos para esta intervención, uno de los cuales pertenece a la nueva reseña.²⁴

Con respecto a los resultados primarios, un estudio informó que estas estrategias contribuyen a prevenir el consumo de todas las sustancias, mientras que otro estudio informó resultados solo para el consumo de drogas y ningún resultado significativo para el tabaco y el alcohol.

Aunque la mayor parte de la evidencia proviene de América del Norte, Europa y Australia/Nueva Zelanda, también hay evidencia proveniente de Asia.

Características de los programas escolares para mejorar el vínculo con la escuela que se consideran asociados con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Apoyan un espíritu escolar positivo y el compromiso con la escuela.
- ✓ Alientan la participación de los estudiantes.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- UNESCO, UNODC y OMS, Buenas políticas y prácticas en educación para la salud: Cuadernillo 10 – Respuestas del sector de la educación al consumo de alcohol, tabaco y drogas (París, 2017).
- Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias, Currículo Universal de Prevención, Serie para Coordinadores, Módulo 5: Intervenciones de prevención en el ámbito escolar.
- Organización de los Estados Americanos, CICAD, “Directrices hemisféricas de la CICAD en prevención escolar” (Washington, DC, 2005).
- Centro Canadiense de lucha contra el Abuso de Sustancias, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention* (Ottawa, 2010).

4. Cómo se abordan las vulnerabilidades psicológicas individuales

Breve descripción

²⁴ Fletcher (2008) y Hodder et al. (2017).

Algunos rasgos de personalidad, como la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la sensibilidad a la ansiedad o los sentimientos de desesperanza, se asocian a un mayor riesgo de consumo de sustancias. Los programas de prevención indicados ayudan a los adolescentes en situación de riesgo a lidiar de manera constructiva con las emociones derivadas de su personalidad en lugar de usar estrategias negativas de afrontamiento, incluido el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Por lo tanto, comprenden principalmente componentes de desarrollo.

Evidencia disponible

No se identificaron nuevas revisiones en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

En la primera edición de las *Normas Internacionales*, dos ensayos controlados aleatorios informaron del efecto de esta intervención en la adolescencia temprana y la adolescencia, mientras que una revisión informó del efecto de esta intervención en²⁵ la infancia media.²⁶

Con respecto a los resultados primarios, según estos estudios, los programas que tratan las vulnerabilidades psicológicas individuales pueden reducir las tasas de consumo de alcohol y de exceso en dicho consumo en un período de seguimiento de dos años.

En cuanto a los resultados secundarios, este tipo de intervención puede influir en los factores mediadores individuales que afectan al consumo de sustancias en etapas posteriores de la vida como, por ejemplo, el autocontrol.

Toda la evidencia se origina en Europa y América del Norte.

Características de los programas que abordan las vulnerabilidades psicológicas individuales que se consideran asociadas con la eficacia y/o la efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Los imparten profesionales capacitados (por ejemplo, psicólogos o maestros).
- ✓ Se han sido identificados rasgos de personalidad específicos en los participantes sobre la base de instrumentos validados.
- ✓ Los programas se organizan de forma que se evite cualquier posible estigmatización.
- ✓ Brindan a los participantes, habilidades sobre cómo afrontar positivamente las emociones derivadas de su personalidad.
- ✓ Constan de una serie corta de sesiones (2-5 sesiones).

5. Tutoría

Breve descripción

La tutoría “natural” se refiere a las relaciones e interacciones entre niños/adolescentes y adultos ajenos a la familia, como maestros, instructores y líderes comunitarios. Se ha comprobado que la tutoría reduce las tasas de consumo de sustancias y de violencia. Los programas de tutoría ponen en contacto a jóvenes, especialmente a aquellos marginados (prevención selectiva), con adultos que se comprometen a organizar actividades y pasar parte de su tiempo libre con el joven de forma periódica.

Evidencia disponible

Una revisión sistemática informó hallazgos con respecto a esta intervención.²⁷

En cuanto a los resultados primarios, este estudio aportó alguna evidencia acerca de los efectos de la tutoría en la prevención del consumo de alcohol y drogas entre los jóvenes.

²⁵ Conrod (2008), Conrod (2010), Conrod (2011), Conrod (2013) y O'Leary-Barrett (2010) informan sobre el mismo ensayo.

²⁶ Piquero (2010).

²⁷ Tomás et al. (2013)

La evidencia proviene de los Estados Unidos y Europa.

La OMS recomienda la tutoría como una de las intervenciones identificadas como intervenciones basadas en la evidencia para prevenir la violencia juvenil.²⁸

Características de los programas de tutoría que se consideran asociados con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos:

- ✓ Brindan capacitación adecuada y apoyo a los mentores.
- ✓ Se basan en un programa de actividades muy estructurado.

D. Adolescencia y adultez

A medida que los adolescentes crecen, adquieren mayor relevancia las intervenciones realizadas en entornos distintos del familiar y escolar, como el lugar de trabajo, el sector de la salud, los lugares de entretenimiento y la comunidad.

Nota: La evidencia resumida de las intervenciones y políticas para jóvenes adolescentes que se impartirán en las escuelas (es decir, educación preventiva, abordaje de las vulnerabilidades individuales, políticas escolares sobre el uso de sustancias), así como la tutoría, reportan efectividad también para los adolescentes mayores, sin que haya un desglose de los datos por grupos etarios. Estas intervenciones no se tratarán con mayor detalle en la presente sección.

1. Intervención breve

Breve descripción

Las intervenciones breves consisten en sesiones individuales de asesoramiento que pueden incluir sesiones de seguimiento o información adicional para llevar a casa. Dichas sesiones pueden ser impartidas por diversos trabajadores sociales y de la salud a personas que podrían estar en situación de riesgo debido a su consumo de sustancias, pero que no necesariamente buscarían tratamiento. En primer lugar, las sesiones identifican si existe un problema de consumo de sustancias y brindan un asesoramiento básico apropiado de forma inmediata y/o derivación para un tratamiento adicional. Las sesiones están estructuradas y suelen durar entre 5 y 15 minutos.

Las intervenciones breves generalmente se brindan en el sistema de atención primaria o en los servicios de urgencia, pero también han demostrado su eficacia en el marco de programas en la escuela y en el lugar de trabajo, así como también cuando se brindan de forma virtual.

Las sesiones de intervención breve suelen emplear técnicas de entrevista motivacional, que es una intervención psicosocial en la que se analiza el consumo de sustancias de una persona y se apoya al paciente para que tome decisiones y establezca objetivos con respecto a su consumo de sustancias. En este caso, la intervención breve se realiza normalmente en el transcurso de hasta cuatro sesiones que pueden durar hasta una hora, aunque generalmente son sesiones de menor duración.

Evidencia disponible

Cuarenta y ocho (48) revisiones informaron hallazgos en relación con esta intervención,²⁹ 38 de los cuales pertenecen a la nueva reseña.

²⁸ OMS, Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (AA-HA!).

²⁹ Ashton et al. (2015), Baker et al. (2012), Bertholet (2005), Carey et al. (2012), Carey et al. (2016), Carney (2012), Carney et al. (2014), Christakis (2003), Davis et al. (2017), Dedert et al.

Con respecto a los resultados primarios, estos estudios muestran que las intervenciones breves y las entrevistas motivacionales pueden reducir significativamente el consumo de sustancias. Estas pruebas del efecto se encontraron en relación con diferentes sustancias (tabaco, alcohol y drogas) y diferentes grupos etarios (adolescentes y adultos), y se informó que el efecto era limitado y no persistía más allá de los 6-12 meses.

También se informó la reducción del consumo excesivo de alcohol entre las personas con trastornos psicóticos. Asimismo, se reportaron indicios de reducción en el consumo de alcohol y/o en los patrones de consumo dañinos entre los jóvenes que asistían a la universidad como entre los que no lo hacían.

Dentro del ámbito escolar, un estudio concluyó que había evidencia de calidad limitada que demostraba que las intervenciones escolares breves eran más efectivas para reducir el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas) que una simple evaluación, y eran similares en cuanto al suministro de información. Otros estudios informaron cierta efectividad con respecto al consumo de cannabis y resultados afines con respecto al tabaco y al alcohol.

Se informó que las intervenciones virtuales tuvieron efectos limitados que no se mantuvieron a largo plazo (más de 12 meses) para el alcohol, con menos evidencia disponible con respecto a las intervenciones dirigidas al consumo de tabaco y cannabis. Una revisión informó la efectividad de las intervenciones realizadas por teléfono. El efecto fue aún mayor en las intervenciones presenciales.

Una revisión que estudió la implementación de programas en contextos de emergencia señaló que la integración de los resultados se vio obstaculizada por la heterogeneidad de los estudios, tanto en adolescentes como en adultos, y sobre alcohol y drogas. Se notó la efectividad, incluso para las mujeres y para los pacientes que califican para el tratamiento.

Sin embargo, las intervenciones centradas en el consumo de alcohol dirigidas principalmente a adolescentes y adultos jóvenes produjeron evidencia limitada respecto del consumo de tabaco. Se informó que la evidencia de las intervenciones relacionadas con el cannabis era escasa y no concluyente. Las intervenciones breves y las entrevistas motivacionales benefician tanto a los adolescentes como a los adultos. Sin embargo, el impacto a largo plazo en la reducción del consumo de alcohol fue menos claro. También se informó la reducción del consumo excesivo de alcohol entre las personas con trastornos psicóticos.

La OMS recomienda la detección y las intervenciones breves para identificar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en entornos de atención no especializados, excepto en zonas de baja prevalencia de consumo de alcohol donde la detección de todos los pacientes puede no ser rentable, pero las intervenciones breves aún pueden ser apropiadas para los individuos identificados como bebedores. La detección del consumo riesgoso y perjudicial de alcohol debe realizarse a través de un instrumento validado que pueda incorporarse fácilmente a la práctica clínica habitual (p. ej., el Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) y la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)). En entornos en los que la detección no es factible o asequible, los médicos deben explorar el consumo de alcohol de sus pacientes cuando sea relevante. Los pacientes con un consumo de riesgo y perjudicial de alcohol deben recibir una intervención breve. Ésta debe consistir en una sola sesión de 5 a 30 minutos de duración, que incluya una devolución (*feedback*) y asesoramientos individualizados sobre

(2014), Dedert et al. (2015), Diestelkamp et al. (2016), Donoghue et al. (2014), Dotson et al. (2015), Dunn (2001), Elzerbi et al. (2015), Elzerbi et al. (2017), Foxcroft et al. (2015), Foxcroft et al. (2016), Gulliver et al. (2015), Hennessy y Tanner-Smith (2015), Hennessy et al. (2015), Jensen (2011), Jiang y Gao (2017), Kaner (2007), Kazemi et al. (2013), Landy et al. (2016), Leeman et al. (2015), McGinnes et al. (2016), Merz et al. (2015), Moreira (2009), Newton et al. (2013), Oosterveen et al. (2017), Park y Drake (2015), Peirson et al. (2016), Reavley (2010), Riper (2009), Riper et al. (2014), Scott-Sheldon et al. (2014), Scott-Sheldon et al. (2016), Smedslund (2011), Smedslund et al. (2017), Tait (2003), Tait et al. (2013), Vasilaki (2006), Watson et al. (2013), Wood et al. (2014) y Young et al. (2014).

la reducción o el cese del consumo de alcohol y la oferta de seguimiento. Los pacientes que en el proceso de detección sean identificados como dependientes del alcohol deben ser tratados de acuerdo con las recomendaciones existentes de la OMS.³⁰

La OMS recomienda ofrecer una intervención breve a las personas que consumen cannabis y psicoestimulantes cuando se detectan en entornos de atención no especializados (lo que comprende una única sesión de 5 a 30 minutos de duración, que incorpora una devolución o *feedback* y asesoramientos individualizados sobre cómo reducir o detener el consumo de cannabis/psicoestimulantes, y el ofrecimiento de seguimiento). Además, la OMS recomienda que las personas con problemas continuos relacionados con el consumo de cannabis o drogas psicoestimulantes que no respondan a intervenciones breves deben ser derivadas a un especialista para su evaluación.³¹

La OMS ha desarrollado el paquete ASSIST de pruebas de detección para facilitar el proceso y las intervenciones breves para todo tipo de sustancias psicoactivas, incluidos el alcohol, el tabaco y las drogas psicoactivas. Se ha demostrado la eficacia de las intervenciones para adultos, y es necesario seguir trabajando para establecer la eficacia de las intervenciones con ASSIST entre los adolescentes.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- AUDIT: Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol — directrices para su uso en atención primaria, 2ª ed., documento OMS/MSD/MSB/01.6a.
- Intervención breve: para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria, documento OMS/MSD/MSB/01.6b.
- *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): manual para uso en la atención primaria* (OMS, 2010).
- Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: manual para uso en la atención primaria (OMS, 2010).
- OMS, *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada — Versión 2.0* (Ginebra, 2016).

2. Programas de prevención en el ámbito laboral

Breve descripción

Gran parte del consumo de sustancias ocurre entre los adultos que trabajan. Los trastornos por dichos consumos exponen a los empleados a riesgos para la salud y dificultades en sus relaciones con compañeros de trabajo, amigos y familiares, además de exponerlos a riesgos de seguridad en el ámbito laboral. Los adultos jóvenes corren un riesgo especialmente elevado, ya que se ha comprobado que la tensión laboral aumenta significativamente el riesgo de que los adultos jóvenes que consumen drogas desarrollen trastornos por consumo de sustancias. Los empleadores también asumen un costo significativo como consecuencia de dicho uso de sustancias. Los empleados con problemas de consumo de sustancias tienen mayores tasas de ausentismo y menor productividad, son más propensos a causar accidentes y tienen mayores costos de atención médica y tasas de rotación. Además, los empleadores tienen el deber de proporcionar y mantener un ámbito laboral seguro y saludable de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables.³² Los programas de prevención en el

³⁰ OMS, *Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias*.

³¹ OMS, “*Brief psychosocial interventions: evidence profile*” (2012).

³² Organización Internacional del Trabajo, *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT* (Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1996).

ámbito laboral suelen tener varios componentes, incluidos elementos y políticas de prevención, así como asesoramiento y derivación a tratamiento.

Evidencia disponible

Cuatro revisiones informaron hallazgos con respecto a este tipo de intervención,³³ dos de ellos provienen de la nueva reseña.

Con respecto a los resultados primarios, según estos estudios, la prevención en el ámbito laboral puede prevenir el consumo de alcohol, con una posible variación en el efecto según el género, ya que un estudio informó un efecto positivo en la reducción del consumo de alcohol entre las mujeres, pero no entre los hombres. Una de las reseñas expresó no haber encontrado ningún efecto sobre la prevención del consumo de tabaco.

Además, con respecto a las conductas relacionadas con la salud, otra reseña indicó que las intervenciones en el ámbito laboral pueden tener un efecto positivo en la condición física. El período para la sostenibilidad de estos resultados no está claro.

La mayor parte de la evidencia proviene de América del Norte y Europa, con algunas investigaciones emergentes en Australia y Asia.

Características de los programas de prevención en el ámbito laboral que se consideran asociados con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos :

- ✓ Se elaboran con la participación de todas las partes interesadas (empleadores, directivos y empleados).
- ✓ Garantizan la confidencialidad a los empleados.
- ✓ Se basan en una política sobre el uso de sustancias en el ámbito laboral que ha sido desarrollada por todas las partes interesadas y no tiene carácter punitivo.
- ✓ Brindan una intervención breve (incluso a través de internet), así como asesoramiento, derivación a tratamiento y servicios para la reintegración de aquellos empleados que los necesiten.
- ✓ Incluyen un claro componente de comunicación.
- ✓ Están integrados en otros programas relacionados con la salud o el bienestar (p. ej., para la prevención de enfermedades cardiovasculares).
- ✓ Incluyen cursos de manejo del estrés.
- ✓ Capacitan a directivos, empleados y trabajadores de la salud en el desempeño de sus funciones en el marco del programa.
- ✓ Incluyen pruebas de detección de alcohol y drogas únicamente como parte de un programa integral con las características descritas en los puntos anteriores.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias, Currículo Universal de Prevención, Serie para Coordinadores, Módulo 6: Intervenciones de prevención en el ámbito laboral
- Paquete de formación de SOLVE: Integrando la promoción de salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, Programa sobre seguridad y salud en el trabajo y el medio ambiente (SAFEWORK), 2012).
- Organización de los Estados Americanos, CICAD, “Directrices hemisféricas de la CICAD en prevención laboral” (2009).

³³ Kazemi et al. (2013), Chan y Perry (2012), Thomas (2008) y Webb (2009).

- UNODC, en cooperación con la Organización Internacional del Trabajo, directrices sobre programas de prevención en el ámbito laboral (próximamente).

3. Políticas antitabaco

Breve descripción

Se trata de una serie de políticas destinadas a la población en general para reducir, por un lado, la disponibilidad y el acceso al tabaco y, por el otro, el tabaquismo.

Evidencia disponible

Cuatro revisiones informaron sobre hallazgos relativos a políticas de este tipo, una de las cuales procede de la nueva reseña. Esto respalda aún más las directrices de la OMS³⁴ que se ofrecen a continuación, especialmente en lo que respecta a las políticas en entornos laborales.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco establece directrices claras basadas en la evidencia con respecto a las estrategias para reducir la demanda de tabaco. Entre ellas figuran las medidas relativas a los precios y los impuestos, que son un medio eficaz e importante para reducir el consumo de tabaco en diversos segmentos de la población, en particular entre los jóvenes. Además, también se describen en detalle las medidas para la protección contra la exposición al humo del tabaco, ya que la evidencia científica ha establecido de forma inequívoca que la exposición al humo del tabaco causa muerte, enfermedad y discapacidad. Finalmente, las normas adicionales se refieren al contenido de los productos de tabaco, la información relativa a dichos productos y su empaquetado y etiquetado, la educación, la comunicación, la capacitación y la concientización del público, y la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Con respecto a esto último, el Convenio señala que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos del tabaco.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- ✓ Informes y recursos de la Iniciativa de la OMS Liberarse del Tabaco.

4. Políticas relativas al alcohol

Breve descripción

Se trata de una serie de políticas e intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol, definido como el consumo que provoca consecuencias sociales y de salud perjudiciales para el bebedor, las personas que lo rodean y la sociedad en general, y para reducir los patrones de consumo asociados a un mayor riesgo de resultados de salud adversos.

Evidencia disponible

No se identificaron novedades en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

La estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol de 2010³⁵ resume directrices claras basadas en la evidencia con respecto a las intervenciones y políticas para reducir el uso nocivo del alcohol, agrupándolas en 10 áreas objetivo. Además del liderazgo, la toma de conciencia y el compromiso de proteger a la población, se requieren respuestas en el sector de la salud, a saber, la detección y la intervención breve en la atención primaria de la salud y otros entornos, incluida la atención a mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil. Otra área de acción tiene que ver con la movilización y el empoderamiento de las

³⁴ Frazer et al. (2016), Lovato (2011), Stead (2005), Thomas (2008).

³⁵ OMS, "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol" (Ginebra, 2010).

comunidades para evitar la venta de alcohol a menores de edad y otros grupos de riesgo y para desarrollar entornos y eventos libres de alcohol. Las políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol deben complementarse con campañas de concientización e información cuidadosamente planificadas, de alta intensidad y bien ejecutadas. Otra área crucial de la política es la regulación de la disponibilidad de alcohol a través de medidas tales como el establecimiento de un sistema de licencias para la venta al por menor, o monopolios gubernamentales orientados a la salud pública, la regulación del número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol dentro y fuera de un establecimiento, la regulación de los días y horas de venta al por menor, la regulación de los modos de venta al por menor de alcohol, la regulación de la venta al por menor en determinados lugares o durante acontecimientos especiales, el establecimiento de una edad mínima adecuada para la compra o el consumo de bebidas alcohólicas, y la adopción de políticas para evitar la venta a personas bajo los efectos del alcohol y reducir el impacto de la comercialización. Es particularmente importante proteger a los jóvenes del contenido del marketing del alcohol, especialmente en países de ingresos bajos y medios donde actualmente existe una baja prevalencia de consumo de alcohol entre los adolescentes y a los que ahora se apunta como nuevos mercados. Además, una de las intervenciones más eficaces para reducir el consumo nocivo de alcohol es aumentar el precio de las bebidas alcohólicas mediante un sistema impositivo eficaz y eficiente que vaya acompañado de una recaudación y una aplicación adecuadas de los impuestos. Las políticas complementarias incluyen la reducción de los daños causados por la intoxicación y el consumo de alcohol sin afectar necesariamente el consumo de alcohol preexistente, sobre todo en lo que respecta a la conducción, y la promulgación de políticas de gestión relacionadas con el servicio responsable de suministro de bebidas en las instalaciones y la capacitación del personal en los sectores pertinentes sobre cómo prevenir, identificar y manejar a las personas en estado de ebriedad y con conductas agresivas. Otros ámbitos de actuación son la reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol producido de manera informal, y el monitoreo y la vigilancia.

La OMS también recomienda estas políticas para prevenir las lesiones no intencionadas (lesiones causadas por accidentes de tránsito) entre los adolescentes, la violencia juvenil y sexual y otras formas de violencia de género³⁶, así como el maltrato infantil³⁷.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- OMS, “Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol” (Ginebra, 2010).

5. Iniciativas comunitarias de componentes múltiples

Breve descripción

A nivel comunitario, la movilización para crear alianzas, grupos de trabajo, coaliciones, grupos de acción, etc., reúne a diferentes actores de una determinada comunidad para abordar el uso de sustancias. Algunas alianzas comunitarias son espontáneas. Sin embargo, la existencia de alianzas comunitarias a gran escala es normalmente el producto de un programa especial que brinda apoyo financiero y técnico a las comunidades para llevar a cabo y mantener en el tiempo intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia. Las iniciativas comunitarias suelen tener varios componentes y actuar en distintos entornos (por ejemplo, escuelas, familias, medios de comunicación, fuerzas del orden).

Evidencia disponible

No se identificaron nuevas revisiones en la nueva reseña de revisiones sistemáticas.

En la primera edición, 13 reseñas informaron hallazgos con respecto a esta intervención.³⁸

³⁶ OMS, *Acción Acelerada Global para la Salud de los Adolescentes (AA-HA!)*.

³⁷ OMS, INSPIRE. *Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas*

³⁸ Bühler (2008), Carson (2011), Carson (2012), Foxcroft (2011), Gates (2006), Jackson (2012),

En relación con los resultados primarios, según estos estudios, las iniciativas comunitarias de componentes múltiples pueden prevenir el consumo de drogas, alcohol y tabaco.

Aunque la mayor parte de la evidencia mencionada más arriba proviene de los Estados Unidos, Canadá, Europa y Australia, algunos estudios sobre iniciativas comunitarias de componentes múltiples en particular referidas al tabaco, provienen de Asia.

Una de las áreas de acción identificadas como eficaces por la Estrategia Mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol es la movilización de las comunidades para evitar la venta y el consumo de alcohol a menores, y para desarrollar y apoyar entornos libres de alcohol, especialmente para los jóvenes y otros grupos de riesgo.

Características de las iniciativas comunitarias de componentes múltiples que se consideran asociadas con la eficacia y/o la efectividad según la consulta a expertos :

- ✓ Apoyan la aplicación de las políticas sobre tabaco y alcohol a nivel local.
- ✓ Trabajan en diversos entornos comunitarios (familias y escuelas, lugares de trabajo, centros de entretenimiento, etc.)
- ✓ Involucran a las universidades en el apoyo a la implementación de programas basados en la evidencia y su seguimiento y evaluación.
- ✓ Brindan capacitación y recursos adecuados a las comunidades.
- ✓ Las iniciativas se sostienen en el mediano plazo (por ejemplo, más de un año).

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- Centro Canadiense de lucha contra el Abuso de Sustancias, *Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention*

6. Campañas en los medios de comunicación

Breve descripción

Las campañas en los medios de comunicación son a menudo la primera y/o única intervención realizada por los formuladores de políticas preocupados por prevenir el uso de drogas entre la población, ya que éstas son muy visibles y tienen el potencial de llegar a un gran número de personas con relativa facilidad.

Evidencia disponible

Seis revisiones informaron hallazgos para este tipo de intervención, cinco de ellas procedentes de la nueva reseña.³⁹

Con respecto a los resultados primarios, estos estudios informaron hallazgos contradictorios con respecto a la efectividad en la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, con la excepción de las campañas que se focalizan exclusivamente en el tabaco, en combinación con otros componentes de prevención.

La evidencia mencionada proviene de América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Europa.

Características de las campañas en los medios de comunicación que se consideran asociadas con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos :

Jones (2006), Müller-Riemenschneider (2008), Roe (2005), Schröer-Günther (2011), Skara (2003), Spoth (2008a) y Spoth (2008b).

³⁹ Allara et al. (2015), Carson et al. (2017), Ferri et al. (2013), Gould et al. (2013), Guillaumier et al. (2012) y Hopkins (2001).

- ✓ Identifican con precisión el público destinatario de la campaña.
- ✓ Se basan en fundamentos teóricos sólidos.
- ✓ Los mensajes empleados se diseñan a partir de una profunda investigación formativa.
- ✓ Se vinculan fuertemente con otros programas de prevención de drogas existentes en el hogar, la escuela y la comunidad.
- ✓ Consiguen una adecuada exposición frente al público objetivo durante un largo tiempo.
- ✓ Se evalúan sistemáticamente.
- ✓ Están dirigidas a madres y padres, aunque esto parece tener un efecto independiente también en los niños.
- ✓ Tienen como objetivo cambiar las normas culturales sobre el consumo de sustancias, educar sobre las consecuencias de dicho consumo y/o sugerir estrategias sobre cómo negarse al uso de sustancias.

Características de las campañas en los medios de comunicación que se consideran asociadas con la falta de eficacia y/o efectividad o con efectos adversos según la consulta a expertos:

- ✗ Deben evitarse las campañas mal diseñadas o con pocos recursos, ya que pueden empeorar la situación al hacer que el público objetivo se resista a o rechace otras intervenciones y políticas.

7. Lugares de entretenimiento

Breve descripción

Entre los lugares de entretenimiento se incluyen bares, discotecas y restaurantes, así como espacios al aire libre o especiales donde pueden realizarse eventos multitudinarios. Estos lugares pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud y el bienestar de los ciudadanos, ya que brindan espacios de encuentro social y contribuyen a la economía local, aunque al mismo tiempo se identifican como entornos de alto riesgo para muchos comportamientos peligrosos, como el consumo de alcohol y drogas, la conducción bajo los efectos de las drogas y la agresión.

La mayoría de los programas de prevención centrados en lugares de entretenimiento tienen múltiples componentes, que incluyen diferentes combinaciones entre los siguientes: capacitación del personal y los directivos respecto de la manera en que deben manejarse con clientes ebrios; cambios en las leyes y políticas, por ejemplo, con respecto a servir alcohol a menores o personas en estado de ebriedad, o con respecto a conducir bajo la influencia del alcohol y/o las drogas; aplicación con gran visibilidad de las leyes y políticas existentes; comunicación para crear conciencia y aceptación del programa y cambiar actitudes y normas; y ofrecer tratamiento a los directivos y al personal.

Evidencia disponible

Tres revisiones informaron resultados con respecto a intervenciones de este tipo,⁴⁰ una de las cuales pertenece a la nueva reseña.

Con respecto a los resultados primarios, según estos estudios, la capacitación del personal, las intervenciones de políticas y su ejecución informaron algunos indicios de efectos sobre la intoxicación, el consumo riesgoso de alcohol y los daños derivados del consumo de alcohol, incluso en el contexto de acontecimientos deportivos.

Toda la evidencia proviene de América del Norte, Europa y Australia.

⁴⁰ Bolier (2011), Brennan (2011) y Kingsland et al. (2016).

Características de los programas que se centran en lugares de entretenimiento que se consideran asociados con la eficacia y/o efectividad según la consulta a expertos :

- ✓ El personal y la gerencia reciben capacitación sobre el servicio y manejo responsable de clientes intoxicados.
- ✓ A través de los programas se brinda asesoramiento y tratamiento para el personal y la gerencia.
- ✓ Incluyen un fuerte componente de comunicación para dar a conocer el programa y fomentar su aceptación.
- ✓ Incluyen la participación activa de los sectores policial, sanitario y social.
- ✓ Hacen cumplir las leyes y políticas vigentes sobre el uso de sustancias en los distintos lugares y en la comunidad.

Directrices y herramientas existentes para obtener más información

- UNODC, *amphetamine-type stimulants prevention guide for policy makers*.
- CICAD, “Insights for a drugged driving policy”, *documento de la quincuagésima segunda sesión ordinaria*.

II. Cuestiones de prevención que requieren una mayor investigación

1. Actividades extracurriculares, deportes y otras actividades estructuradas de ocio

En muchos países y comunidades es habitual organizar deportes y otras actividades de ocio libres de drogas o sustancias como una forma de brindar a los adolescentes actividades prosociales y saludables, evitando que adopten comportamientos de riesgo, entre ellos el consumo de drogas.

La reseña realizada para esta segunda edición actualizada de las *Normas Internacionales* halló un estudio sobre las actividades de educación informal para el desarrollo positivo de los jóvenes que, a su vez, informó sobre la ausencia de efectos o sobre resultados no concluyentes.

La revisión de la literatura realizada para la primera edición de las *Normas Internacionales* había identificado tres revisiones que prácticamente no informaban sobre ningún estudio que evaluara el impacto de la organización de eventos deportivos en el consumo de sustancias o en los factores mediadores entre los niños. Por su parte, la nueva revisión no identificó nuevos estudios. De hecho, la participación en deportes *per se* no siempre se asocia con tasas más bajas de consumo de sustancias, pero si se ha relacionado con tasas más altas de tabaquismo y consumo excesivo de alcohol.

La revisión de la evidencia que sirvió de base a las directrices de la OMS sobre la prevención de la violencia juvenil concluyó que las actividades extracurriculares y otras actividades de ocio estructuradas que incluyeron capacitación en habilidades sociales han reducido la delincuencia, el consumo de alcohol y drogas y el abandono escolar. Parte de la evidencia provino de países de ingresos bajos y medios, pero la mayoría de los estudios no contaba con diseños de investigación suficientemente sólidos.⁴¹

También se ha informado que los programas extracurriculares suelen estar destinados a jóvenes de entornos socioeconómicos desfavorecidos o a jóvenes con problemas de conducta, y varios estudios han señalado que reunir a jóvenes de alto riesgo puede tener efectos adversos. Por otro lado, existen ejemplos de programas en los que el entrenamiento deportivo se utiliza como escenario para impartir educación en habilidades personales y sociales, como por ejemplo el programa “*Line Up Live Up*”, que la UNODC está probando actualmente en África y América Latina

En general, los formuladores de políticas deben actuar con la máxima cautela si deciden implementar este tipo de intervención e incluir un fuerte componente de investigación para evaluar su impacto.

2. Prevención del uso no médico de fármacos que se venden bajo receta médica

El consumo con fines no médicos de medicamentos que se venden bajo receta médica y controlados en virtud de los tratados de fiscalización internacional de drogas es un problema cada vez mayor en muchos países, al igual que el uso con fines no médicos de ciertos medicamentos de venta libre. En algunos países, este desafío solo es superado por el consumo de cannabis. La demanda de tratamiento por el uso no médico de medicamentos recetados es mayor en América del Norte, pero hay informes de una demanda significativa de tratamiento en Europa, África, el sur de Asia y América Latina. Según el país y la sustancia, algunos grupos más vulnerables (como jóvenes, mujeres, adultos mayores, profesionales de la salud, así como niños de la calle y civiles y fuerzas armadas en situaciones posteriores a un conflicto) parecen

⁴¹ OMS, *La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia* (Ginebra, 2015); *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (AA-HA!)*.

estar especialmente expuestos. Además, las consecuencias sociales y para la salud del uso no médico de medicamentos de venta bajo receta pueden ser tan graves como las de otras drogas controladas.

La reseña realizada para esta segunda edición actualizada de las *Normas Internacionales* no identificó ninguna revisión sistemática específica con respecto a la prevención del uso no médico de medicamentos recetados. Sin embargo, la mayoría de las estrategias que han resultado eficaces para prevenir el consumo de sustancias tienen fuertes componentes de desarrollo y, como tales, sus efectos no son específicos respecto de alguna sustancia en particular y, de hecho, pueden influir en varios comportamientos de riesgo. Como tal, hay evidencia emergente de que las intervenciones universales basadas en la evidencia en las escuelas, con las familias y en las comunidades son también efectivas para prevenir el uso no médico de medicamentos que se venden bajo receta médica.⁴²

La obtención de medicamentos con receta se produce a través del “*double doctoring*” (tratar de obtener la misma receta de dos médicos diferentes), del fraude, del robo y de Internet, así como a través de familiares y amigos. Por lo tanto, además de estas intervenciones, puede parecer razonable suponer que todas estas fuentes presentan oportunidades para la prevención. Existen algunos indicios de que proporcionar directrices y asesoramiento autorizado a los médicos, así como restringir y supervisar las prescripciones y crear registros, cambiará su conducta al momento de prescribir y limitará el acceso a esos medicamentos únicamente a los pacientes que los necesiten. Dada la gran influencia de los padres/madres en los jóvenes, y dado que muchos individuos afirman que obtienen las sustancias de la familia, dirigirse a los padres/madres para crear conciencia sobre la necesidad de utilizar medicamentos con receta solo bajo supervisión médica, tanto para ellos como para sus hijos, podría ser una estrategia prometedora. Otra medida prometedora sería adoptar medidas prácticas en la comunidad para deshacerse de forma segura de los medicamentos con receta caducados o que ya no utiliza el destinatario previsto. Por último, es posible que los profesionales de la salud deban recibir formación continua sobre cómo prevenir, reconocer y tratar el consumo no médico de medicamentos de venta bajo receta y sus consecuencias.⁴³

Se pueden encontrar algunas indicaciones adicionales sobre posibles intervenciones y políticas para prevenir el uso no médico de medicamentos de venta bajo receta en el documento de debate de la UNODC titulado *The Non-Medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* y en la publicación de la CICAD titulada “Guía para prevenir el abuso de medicamentos de prescripción”.⁴⁴

3. Intervenciones y políticas dirigidas a niños y jóvenes en situación de riesgo

La reseña realizada para esta segunda edición actualizada de las *Normas Internacionales* no identificó ninguna revisión sistemática con respecto a la prevención del consumo de sustancias entre niños y jóvenes en riesgo, a pesar de la evidencia que indica que a menudo están expuestos a las drogas a una edad muy temprana. Este grupo incluye, por ejemplo, a niños y jóvenes no escolarizados, niños en situación de calle, niños soldados y ex niños soldados, niños y jóvenes de poblaciones desplazadas o en situación de posconflicto, y niños y jóvenes en hogares de acogida, orfanatos y en el sistema de justicia juvenil.

4. Prevención del uso de nuevas sustancias psicoactivas no controladas por los Convenios

⁴² Spoth et al. (2017), Spoth et al. (2016) y Spoth et al. (2013).

⁴³ De la versión preliminar de “The surgeon general's call to action to prevent prescription drug abuse among youth: the dangers of improper use of controlled medications” (2014) (inédito) y UNODC, *The Non-Medical Use of Prescription Drugs: Policy Direction Issues* (Viena, 2011).

⁴⁴ CICAD/doc.1976/12.

Muchos países han experimentado un aumento reciente en el uso de nuevas sustancias psicoactivas que no están controladas por los tratados de fiscalización internacional de drogas (las llamadas “*legal highs*” o “drogas inteligentes”).⁴⁵ La reseña realizada para esta segunda edición actualizada de las *Normas Internacionales* no identificó ninguna revisión sistemática con respecto a la prevención del uso de estas sustancias. Sin embargo, como en el caso del uso no médico de medicamentos con receta, la mayoría de las estrategias de prevención basadas en la evidencia científica no son específicas para cada sustancia. Esto es especialmente cierto en el caso de las estrategias que abordan las vulnerabilidades en las primeras etapas de la vida o que refuerzan las habilidades de afrontamiento positivas que ayudan a las personas a no recurrir a habilidades de afrontamiento negativas, incluido el consumo de sustancias. Por lo tanto, parece razonable considerar que tales estrategias también podrían ser eficaces para prevenir el uso de estas nuevas sustancias psicoactivas. Sin embargo, ese es otro ámbito en el que parece necesaria una investigación rigurosa.

5. La influencia de los medios de comunicación

La exposición a los medios de comunicación tiene una profunda incidencia en el desarrollo psicosocial de los jóvenes. En particular, la cultura popular (por ejemplo, las celebridades, el cine, la música) puede incidir fuertemente en el inicio de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco. Varios mecanismos podrían explicar esta incidencia, incluido el deseo de adquirir los rasgos que hacen especiales a las celebridades o la difusión de ciertos comportamientos a través de las redes sociales. Debido al contexto único de neurodesarrollo de los jóvenes, éstos son particularmente susceptibles a la influencia de la cultura popular y sus acciones no son simplemente el resultado de una falta de conocimiento en materia de salud. Aunque este tema no se aborda en el presente documento, valdría la pena seguir investigando para examinar la cuestión en mayor detalle. Además, y con referencia a la sección correspondiente del capítulo anterior, cabe señalar que la evidencia disponible sobre la efectividad de las campañas en los medios masivos es extremadamente limitada. En este contexto, es imperativo realizar más investigaciones sobre la eficacia de las campañas en los medios de comunicación.

⁴⁵ *Informe Mundial sobre las Drogas 2017* (Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta S.17.XI.6).

III. Características de un sistema de prevención eficaz

Un sistema nacional de prevención del consumo de drogas eficaz ofrece una serie integrada de intervenciones y políticas basadas en la evidencia científica, que se llevan a cabo en múltiples entornos y se dirigen a las edades y niveles de riesgo pertinentes. Esto no debería sorprender, dada la compleja interacción de factores que hacen que los niños, jóvenes y adultos sean vulnerables al consumo de sustancias y a otros comportamientos de riesgo. No es posible abordar estas vulnerabilidades mediante la implementación de una única intervención de prevención, que a menudo es aislada y limitada en su marco temporal y en su alcance. El objetivo general aquí es apoyar el desarrollo sano y seguro de las personas. Podría decirse que un sistema de prevención eficaz comprendería estrategias con una combinación de componentes ambientales y de desarrollo, y un componente menor centrado en la información.

Para llevar a cabo una serie integrada de intervenciones y políticas, un sistema exige bases estructurales sólidas, que se describen brevemente en esta sección e incluyen:

- ✓ Una política de apoyo y un marco legal.
- ✓ Evidencia científica e investigación.
- ✓ Coordinación de los múltiples sectores y niveles involucrados (nacional, subnacional y municipal/local).
- ✓ Capacitación de formuladores de políticas y profesionales.
- ✓ Compromiso de brindar los recursos adecuados y mantener el sistema a largo plazo.

A. Serie de intervenciones y políticas basadas en la evidencia

La sección anterior realizó una revisión integral de las intervenciones y políticas que han resultado eficaces o efectivas en la prevención del consumo de sustancias. Las estrategias difieren en cuatro áreas principales: la edad del grupo objetivo, el nivel de riesgo del grupo objetivo, el entorno en el que se aplica la estrategia y el enfoque de la acción (ambiental, de desarrollo, de información). Un sistema eficaz ofrece una variedad de intervenciones y políticas basadas en la evidencia para:

- ✓ Apoyar a los niños y jóvenes a lo largo de su desarrollo y, en particular, en los periodos de transición críticos donde son más vulnerables, por ejemplo, la infancia y la primera infancia y en la transición entre la niñez y la adolescencia.
- ✓ Dirigirse a la población en general (prevención universal), pero también apoyar a grupos (prevención selectiva) e individuos (prevención indicada) que se encuentran especialmente en riesgo.
- ✓ Abordar los factores individuales y ambientales de vulnerabilidad y resiliencia.
- ✓ Llegar a la población en múltiples entornos (p. ej., familias, escuelas, comunidades, lugares de trabajo).

B. Marco regulatorio y políticas de respaldo

Ningún programa o política puede existir en el vacío. Como se señaló en la introducción, la prevención del consumo de drogas no es más que uno de los componentes fundamentales de un sistema centrado en la salud que busca garantizar que las drogas estén disponibles para fines médicos y de investigación, evitando al mismo tiempo su desvío y consumo, y que otras sustancias psicoactivas no repercutan en los costos de la salud. En este sentido, un sistema nacional eficaz se encontraría:

- ✓ Inserto en un sistema de fiscalización de drogas integral y centrado en la salud cuyo objetivo es garantizar la disponibilidad de drogas para fines médicos y de investigación, mientras se previene el desvío y el consumo de drogas, lo que incluye la reducción de la oferta, así como el tratamiento, la atención y la rehabilitación de la drogodependencia y la prevención de las consecuencias sociales y de salud derivadas del consumo de drogas (p. ej., VIH/SIDA, hepatitis C, sobredosis de drogas, conducción bajo los efectos de las drogas).
- ✓ Basado en la comprensión de que los trastornos por uso de drogas son condiciones de salud que se desarrollan como resultado de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos y psicológicos con el entorno y que esos trastornos necesitan ser tratados y no castigados.
- ✓ Vinculado a una estrategia nacional de salud pública para el desarrollo sano y seguro de niños, jóvenes y adultos, que incluya la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y la atención a los mismos, así como la prevención de otras conductas nocivas o de riesgo.

Además, existen importantes características sociales que tienen un gran impacto en la implementación y efectividad de la prevención basada en la evidencia, como el grado de desigualdad, el capital social y las normas sociales con respecto al uso de sustancias psicoactivas.

Por otra parte, la ejecución de programas por parte de organismos gubernamentales y no gubernamentales puede verse muy favorecida si recibe el mandato y el apoyo a escala nacional de una normativa adecuada, que incluya los siguientes elementos:

- ✓ Normas nacionales, incluidos los estándares de calidad, para las intervenciones y políticas de prevención del consumo de drogas. Además de las *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas*, un consorcio de instituciones de investigación y práctica en Europa elaboró los *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas*, además de desarrollar un conjunto de herramientas útiles, incluso para los formuladores de políticas que desean financiar estrategias de prevención de calidad (*Toolkit 1*), profesionales que desean realizar una autoevaluación con miras a la mejora (*Toolkit 2*) y grupos nacionales que desean adaptar rigurosamente los estándares europeos (*Toolkit 4*), además de proporcionar materiales de formación (*Toolkit 3*). El conjunto de Normas Canadienses para la Prevención del Abuso de Sustancias en Jóvenes del Centro Canadiense sobre Uso de Sustancias y Adicciones es también un ejemplo importante.
- ✓ Se sugiere que, en la medida de lo posible, las normas nacionales exijan que solo se apliquen estrategias basadas en la evidencia. Una forma de apoyar esto es crear un registro de estrategias basadas en la evidencia o hacer referencia a registros existentes como los *Blueprints for Healthy Youth Development* y los desarrollados en muchos países europeos, por ejemplo, el registro de prevención de Xchange, que es un registro europeo unificado que el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías está probando y poniendo a disposición.
- ✓ Estándares profesionales nacionales para formuladores de políticas y profesionales de la prevención de drogas, posiblemente dentro de un sistema de acreditación. Un sistema de acreditación también apoyaría la profesionalización de este campo y la creación de organizaciones de profesionales, de forma similar a lo que se ha hecho en el rubro de tratamiento de los trastornos por uso de drogas. Una experiencia piloto mundial que puede brindar un apoyo útil es la Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias.
- ✓ Una política que exija a las escuelas la aplicación de programas y políticas de prevención del uso de sustancias basados en la evidencia en el contexto de la educación personal/social y la promoción de la salud, que incluya normas sobre cómo hacerlo.

- ✓ Una política que exija a los empresarios la implementación de políticas o programas de prevención del uso de sustancias en el ámbito laboral, incluidas las normas sobre cómo hacerlo.
- ✓ Una política que exija que los servicios de salud, sociales y educativos apoyen a las familias para fomentar el desarrollo físico, cognitivo y emocional de sus hijos.

C. Una base sólida de investigación y evidencia científica

Un sistema nacional de prevención del consumo de drogas eficaz debe basarse en la evidencia científica y respaldar los esfuerzos de investigación para contribuir a la base empírica. Hay dos dimensiones en esto. En primer lugar, las intervenciones y políticas deben elegirse sobre la base de una comprensión precisa de cuál es realmente la situación. Este enfoque sistémico incluirá la identificación de la población más vulnerable o de aquella que se inicia en el consumo de sustancias psicoactivas, una posible razón por la cual las personas se inician en este consumo y qué intervenciones y políticas responden mejor a esta situación. En segundo lugar, es necesario evaluar rigurosamente la eficacia y, siempre que sea posible, la eficacia en función de los costos de las intervenciones y políticas implementadas. Los resultados de esta evaluación rigurosa permitirán a los responsables de la toma de decisiones conocer el impacto en los resultados como, por ejemplo, menos personas que se inician en el consumo de drogas, e informar y ampliar la base de conocimientos relacionados con las intervenciones de prevención. También es importante que la investigación y sus conclusiones sean, en la medida de lo posible, revisadas por expertos, publicadas y debatidas.

1. Planificación basada en la evidencia

En lo que respecta a la primera dimensión de un sistema nacional eficaz, debe existir un sistema de información que proporcione los conocimientos necesarios sobre la situación, así como oportunidades para utilizar este conocimiento en la planificación. A fin de abordar esta dimensión, un sistema nacional de prevención eficaz incluiría:

- ✓ Un sistema de información que recopile y monitoree en forma periódica la información sobre:
 - Prevalencia: ¿qué porcentaje de personas (desglosadas por edad, sexo y otras características importantes) consumen qué sustancia(s)? ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad? ¿Cuáles son las consecuencias sanitarias y sociales?
 - Inicio del consumo de drogas: ¿a qué edad se inician las personas (especialmente los jóvenes) en el consumo de drogas y/u otras sustancias?
 - Vulnerabilidades: ¿por qué las personas, especialmente los jóvenes, se inician en el consumo de drogas y/u otras sustancias? ¿Cuál es la situación de los niños con respecto a los factores cuya relación con el consumo de sustancias se conoce (p. ej., crianza deficiente, falta de apego a la escuela, violencia y abusos, etc.)?
- ✓ Un mecanismo formal para introducir en forma periódica los datos generados por el sistema de información en un proceso de planificación sistémica que, a su vez, tenga en cuenta lo siguiente:
 - Estrategias necesarias: ¿qué intervenciones y políticas basadas en la evidencia han sido efectivas para abordar la situación identificada?
 - Disponibilidad y alcance de las estrategias existentes: ¿cuáles de estas intervenciones y políticas se implementan en la actualidad? ¿A qué porcentaje de la población que las necesita llegan estas intervenciones y políticas?
 - Calidad de las estrategias existentes: ¿las intervenciones y políticas vigentes se basan en la evidencia científica? (Esto se refiere tanto a la comprensión

científica de las vulnerabilidades abordadas como a la adaptación sistemática de los programas basados en la evidencia existentes).

- Eficacia de las estrategias existentes: ¿se han evaluado las estrategias (véase más adelante)? y, de ser así, ¿cuáles son los resultados? ¿Qué nos dicen los datos generados por el sistema de información sobre la eficacia del sistema de prevención en su conjunto?
- Infraestructura y recursos disponibles que podrían utilizarse como parte del sistema nacional de prevención: ¿qué instituciones implementan o deberían implementar la prevención? ¿La financiación está centralizada o descentralizada? ¿Cómo se asigna la financiación?
- ¿Cuáles son las diferencias entre las estrategias necesarias y la disponibilidad, cobertura, calidad y eficacia de las estrategias, infraestructuras y recursos sistémicos existentes?

2. Investigación y planificación

La segunda dimensión de un sistema nacional efectivo está relacionada con la evaluación de programas y políticas de prevención específicos. Como se ha señalado, las estrategias basadas en la evidencia identificadas en la sección anterior pueden no ser necesariamente apropiadas para el objetivo, el nivel de recursos o el entorno cultural, aunque en muchos casos lo serán. Puede haber otros programas o políticas que aborden estas cuestiones con más éxito. Es fundamental que los programas y políticas seleccionados:

- ✓ Se basen en una comprensión científica de las vulnerabilidades abordadas. En otras palabras, y a modo de ejemplo, es muy conveniente que se elaboren programas y políticas para abordar un factor o situación de riesgo que se haya comprobado que está relacionado con una mayor iniciación (o una iniciación más temprana o una mayor prevalencia del consumo de sustancias) sobre la base de la investigación científica y de una evaluación de las necesidades y no simplemente de los sentimientos de un individuo, sin importar cuán bien intencionado y preocupado esté.
- ✓ Incluyan un componente científico de monitoreo y evaluación con el fin de determinar si estas intervenciones producen el resultado deseado. Esto implica una estrecha colaboración con instituciones académicas y de investigación (incluidas, entre otras, las universidades), así como el uso de diseños experimentales o cuasi experimentales. En el campo de la medicina, normalmente no se usaría ninguna intervención a menos que la investigación científica hubiera determinado que es efectiva y segura. Lo mismo debería ocurrir con las intervenciones de prevención del consumo drogas.

Cabe señalar que, en las *Normas Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas*, se pretendía ofrecer una indicación de la efectividad, o al menos de la eficacia, de varios tipos de intervenciones y políticas, sin hacer referencia a programas específicos basados en la evidencia. Sin embargo, la evidencia se origina en la evaluación de programas específicos, y esto significa que nunca se puede asumir que una estrategia que es “básicamente similar” a una basada en la evidencia sea igual de efectiva. Por ejemplo, si bien puede haber evidencia de “programas de visitas prenatales y durante la infancia” en general, algunos programas particulares de ese tipo son bastante eficaces, mientras que otros han demostrado ser ineficaces, aunque puedan tener algunas de las características que se consideran asociadas a la eficacia y/o la efectividad. Esta es otra razón por la que la evaluación es crucial.

El Centro Canadiense sobre Uso de Sustancias y Adicciones ha desarrollado herramientas útiles para apoyar el monitoreo y la evaluación de la prevención, mientras que la UNODC desarrolló un programa de capacitación para formuladores de políticas sobre el apoyo a una cultura de evaluación de la prevención. Finalmente,

el Módulo 3 de la Serie para Coordinadores del Currículo Universal de Prevención está enteramente dedicado al monitoreo y la evaluación.

También en el caso de la implementación de un programa basado en la evidencia, el monitoreo y la evaluación continúan siendo extremadamente importantes en el contexto de una cuidadosa adaptación del programa. En este caso, se sugiere incluir:

- ✓ Un proceso cuidadoso y sistemático de adaptación que no toque los componentes centrales del programa, al tiempo que lo haga más aceptable para el nuevo contexto socioeconómico/cultural. Idealmente, esto se llevaría a cabo con el apoyo de los desarrolladores del programa. En este contexto, la Guía de UNODC sobre capacitación en el desarrollo de aptitudes para la familia contiene un capítulo dedicado exclusivamente a la adaptación, mientras que el *Toolkit 4* de la *Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas* ofrece un proceso cuidadoso y detallado para los actores nacionales que deseen adaptar y adoptar dichos estándares, y que sería sumamente útil también en este sentido.
- ✓ Un componente científico de monitoreo y evaluación para evaluar si el programa es realmente efectivo en el nuevo contexto socioeconómico/cultural. Si bien sería preferible un componente de control (y posiblemente aleatorio), particularmente en la etapa de prueba piloto, una recopilación previa y posterior de datos en comparación con el estudio original ya daría un buen indicio de si el programa funciona o no en el nuevo contexto. Una ventaja adicional de los programas basados en la evidencia es que todos los instrumentos de monitoreo y evaluación ya se encuentran disponibles.

D. Diferentes sectores involucrados en distintos niveles

Los sistemas nacionales de prevención del consumo de drogas tienen como objetivo garantizar que los niños, jóvenes y adultos tengan la oportunidad de llevar estilos de vida sanos y seguros en diversos entornos. Por lo tanto, los sectores nacionales que deben participar en la ejecución de intervenciones y políticas de prevención sistémica son muchos y requieren de la coordinación y una definición clara de las funciones.

Por lo tanto, un sistema nacional de prevención de consumo de drogas involucraría a los sectores nacionales pertinentes (por ejemplo, educación, salud, bienestar social, juventud, trabajo, fuerzas del orden) en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de sus componentes:

- ✓ Niveles integrados de implementación consistente: nacional (federal), subnacional (estatal/regional/distrital), municipal y local.
- ✓ El espectro completo de actores clave. Esto podría incluir, entre otros, la administración nacional y subnacional, las agencias de prestación de servicios gubernamentales municipales o locales, las organizaciones no gubernamentales, los residentes y los dirigentes comunitarios, las comunidades y los líderes religiosos, las universidades y otras instituciones de investigación, además del sector privado, según corresponda.
- ✓ Funciones y responsabilidades estructuradas y bien definidas para todos los actores. La asociación y colaboración de varios actores que trabajan juntos y asumen la responsabilidad de los distintos elementos del desarrollo y la aplicación de las políticas tiene un gran valor.
- ✓ Un mecanismo claro para brindar a los responsables de la toma de decisiones (ya sea centralizados o descentralizados) una sólida asistencia técnica que les sirva de guía en la aplicación de políticas e intervenciones basadas en la evidencia.
- ✓ Una agencia líder que coordine con eficacia.

No existe una única forma de organizar la aplicación de estrategias de prevención basadas en la evidencia. Por ejemplo, no es necesario que adopten la forma de

programas, sino que pueden integrarse en el trabajo diario de instituciones y servicios como la escuela, el empleo juvenil y los servicios sociales y de salud. En este caso, las estrategias se planifican, gestionan y coordinan de forma centralizada, mientras que la implementación depende de una coordinación local multiprofesional. Otros ejemplos posibles de cómo podrían interactuar los distintos niveles son los siguientes:

- ✓ Los formuladores de políticas a nivel nacional coordinan el desarrollo de las políticas nacionales, establecen las normas de calidad y apoyan la infraestructura para su implementación a través de una financiación adecuada para la ejecución de estrategias y la capacitación de los actores.
- ✓ Los formuladores de políticas y/o organismos a nivel local llevan a cabo intervenciones y políticas, aportan datos al sistema de información y mejoran activamente sus conocimientos y habilidades.
- ✓ Las organizaciones no gubernamentales, los residentes y los dirigentes comunitarios (que podrían incluir comunidades y líderes religiosos) se movilizan para cambiar o aceptar las políticas, incidiendo en las normas de la comunidad, brindando intervenciones y políticas basadas en la evidencia. Cabe señalar que la movilización comunitaria ha demostrado ser un mecanismo eficaz y participativo para llevar a cabo estrategias basadas la evidencia.
- ✓ Universidades e instituciones de investigación que analizan datos para promover una mejor comprensión de la situación del consumo de sustancias y para monitorear y evaluar políticas nacionales, analizando intervenciones y políticas específicas.
- ✓ El sector privado apoya en forma activa la prevención en el ámbito laboral y contribuye, según corresponda, a intervenciones innovadoras y basadas en la evidencia.

E. Infraestructura sólida para el sistema de entrega

Para ser eficaces, las intervenciones y las políticas deben contar con los recursos adecuados:

- ✓ Los organismos que llevan a cabo intervenciones y políticas necesitan una financiación adecuada.
- ✓ Los profesionales que llevan adelante intervenciones y políticas deben recibir capacitación adecuada de manera continua. Se desarrolló la Serie para Coordinadores del Currículo Universal de Prevención que se puso a prueba a nivel mundial y, además, se está llevando a cabo una adaptación europea denominada *UPC-Adapt*. Comprende nueve cursos que proporcionan una base y una visión completa de la práctica basada en la evidencia. En la actualidad se está desarrollando una segunda serie para implementadores.
- ✓ Los formuladores de políticas en los distintos niveles de planificación y desarrollo de las intervenciones y de la aplicación de políticas deben recibir capacitación adecuada y continua.
- ✓ La asistencia técnica debe prestarse de manera constante para apoyar la implementación y la mejora continua en la calidad.
- ✓ Las instituciones académicas y de investigación deben contar con una financiación adecuada, mediante el apoyo al monitoreo y la evaluación científica como parte de la implementación de la prevención.

F. Sostenibilidad

La prevención del consumo de drogas es efectivo y eficaz en función de los costos pero, como ocurre con todas las políticas, es necesaria una inversión visible a mediano

y largo plazo para aprovechar su potencial. En este sentido, a continuación, se exponen formas de sostener la acción de los componentes mencionados:

- ✓ Un mecanismo para la revisión y ajuste del sistema nacional de prevención a intervalos regulares.
- ✓ Ejecución de intervenciones y políticas basadas en la evidencia, planificadas y dotadas de recursos para que se mantengan vigentes al menos en el mediano plazo.
- ✓ Recogida periódica de datos a través del sistema de información, incluido la devolución (*feedback*) en el proceso de planificación/revisión.
- ✓ Apoyo continuo a la investigación para la evaluación rigurosa de las intervenciones y políticas.
- ✓ Apoyo continuo a la formación de los profesionales y formuladores de políticas involucrados en la planificación, aplicación, seguimiento y evaluación de estrategias de prevención del consumo de drogas.

Figura. Representación esquemática de un sistema nacional de prevención del consumo de drogas

