



UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime



World Health Organization

VERSIÓN PREVIA A LA EDICIÓN Y A LA PUBLICACIÓN



International Standards on Drug Use Prevention

Second updated edition



Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas

Segunda edición actualizada

VERSIÓN PREVIA A LA EDICIÓN Y A LA PUBLICACIÓN

Traducción no oficial facilitada por Alicia Ballabriga y Luisa Merchán voluntarias de Naciones Unidas. Octubre de 2018. <https://www.unv.org/>

Agradecimientos

UNODC y OMS desean expresar su agradecimiento a las siguientes personas y organizaciones por su valiosa contribución al proceso de publicación de los presentes Estándares:

Al Gobierno de Noruega por creer en el proyecto y apoyarlo, así como al Gobierno de Corea del Sur, por facilitar recursos complementarios.

A la Sra. Nandi Siegfried, consultora de UNODC y OMS; Científica Especialista, Jefe del Consejo de Investigaciones Médicas de Sudáfrica; Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo (Sudáfrica), por su asesoramiento sobre la orientación metodológica, por su continua orientación en este ámbito y por habernos dado tanto ánimo en todo el proceso de elaboración de estos Estándares.

A la Sra. Hannah Heikkila, en primer lugar, como Oficial de Programas de UNODC, por coordinar el proceso de elaboración de los Estándares, lo cual incluyó la reunión de expertos celebrada en el mes de junio de 2017 y, en segundo lugar, por evaluar la bibliografía y realizar la extracción de los datos como consultora de UNODC.

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

A la Sra. Shima Shakory-Bakhtiar, pasante de UNODC, por su colaboración en la búsqueda y selección de la evidencia científica.

Al personal y a los consultores de OMS, incluidos los miembros del Grupo Directivo de UNODC y OMS, por su labor en la revisión de los Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas, por la ayuda prestada en la elaboración de la metodología de la segunda edición, por el proceso de revisión en curso y por ultimar el documento: Sra. Valentina Baltag, Sra. Faten Ben Abdel Aziz, Dr. Dzmitry Krupchanka, Sra. Susan Norris, Dr. Vladimir Poznyak.

A los miembros del Grupo de Expertos de Los Estándares de Prevención por aportar pruebas científicas pertinentes y por su asesoría técnica; concretamente deseamos expresar nuestro agradecimiento a las siguientes personas (por orden alfabético):

Sra. Monique Acho Apie, Côte d'Ivoire; Sr. Martin Agwogie, Nigeria; Sr. Bashir Ahmad Fazly, República Islámica del Afganistán; Sr. Gnagne Laurent Armand Akely, Côte d'Ivoire; Sr. Luis Alfonso, PAHO; Sr. Osama Albrahim, 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; Sr. Guilherme Borges, México; Sra. Helena Velez Botero, Colombia; Sr. Jean Claude Bouabre, Côte d'Ivoire; Sra. Angelina Brotherhood, Austria; Sr. Konan Denis Brou, Côte d'Ivoire; Sr. Gregor Burkhart, EMCDDA; Sra. Rachel Calam, Reino Unido; Sr. Eglis Chacón Camero, Venezuela; Sra. Patricia Conrod, Canadá; Sr. Oumar Coulibaly, Côte d'Ivoire; Sr. William Crano, Estados Unidos; Sra. Bethany Deeds, Estados Unidos; Sr. Nagazanga Dembele, Malí; Sr. Konan Martin Diby, Côte d'Ivoire; Sr. Fulgence Dieket, Côte d'Ivoire; Sr. Ken Douglas, Trinidad y Tabago; Sr. Aziz El Bouri, Marruecos; Sr. Roberto Enríquez, Ecuador; Sra. María José Escobar, Ecuador; Sra. Evgenija Fadeeva, Rusia; Sra. Eugenia Fadeeva, Rusia; Sr. Fabrizio Faggiano, Italia; Sra. Jenny Fagua, Colombia; Sra. Veronica Felipe, Plan de Colombo; Sra. Ana Lucia Ferraz Amstalden, Brasil; Sra. Valentina Forastieri, OIT; Sr. David Foxcroft, Reino Unido; Sra. Maria

Friedrich, Alemania; Sra. Nikoleta Georgala, Grecia; Sra. Lilian Ghandour, Líbano; Sra. Sheila Giardini Murta, Brasil; Sra. Mairelisa Gonzalez, Guatemala; Sra. Aleksandrivna Grigoreva, Rusia; Sr. Victor 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, CICAD; Sr. Hla Htay, Myanmar; Sr. Ahmad Khalid Humayuni, República Islámica del 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, Kenya; 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; Sra. Annick Patricia Kouame, Côte d'Ivoire; Sr. Yap Ronsard Odonkor Kouma, 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, ISSUP; Sr. Youngfeng Liu, UNESCO; Sra. Jacqueline Lloyd, Estados Unidos; Sr. Artur Malczewski, Polonia; Sr. Gegham Manukyan, Armenia; Sr. Alejandro Marín, Colombia; Sr. Efrén Martínez, Colombia; Sra. Maria Jose Martinez Ruiz, México; Sra. Hasmik Martirosyan, Armenia; Sra. Samra Mazhar, Pakistán; Sr. Jorge Mc Douall, Colombia; Ms Ghazala Meenai, India; Sra. Juliana Mejia 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, Rumanía; Sr. 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, UE; Sra. Teresa Salvador-Llivina, COPOLAD; Sra. Daniela R. Schneider, Brasil; Sr. Orlando Scoppetta, Colombia; Sra. Orit Shaphiro, Israel; Sr. Abdul Rahman Ahmed Jassem Shweyter, Bahrein; Sra. Nandi Siegfried, Sudáfrica; Sr. Oumar Silue, Côte d'Ivoire; Sra. Zili Sloboda, Estados Unidos de América; 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, CADCA; Sr. Myint Thein, Myanmar; Sr. Diego Tipán, Ecuador; Sra. Rokia Top Toure, Côte d'Ivoire; Sr. Francis Kofi Torkornoo, Ghana; Sr. John Touborou, Australia; Sra. Sandra Valantiejene, Lituania; Sr. Peer Van Der Kreeft, Bélgica; Sra. Zila van der Meer Sanchez, Brasil; Sra. Evelyn Yang, CADCA; Sr. Veliyev Yusup, Turkmenistán; Sra. Kristina Zardeckaite-Matulaitiene, Lituania.

Al personal de la Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, y especialmente a la Sra. Elizabeth Mattfeld y el Sr. Wadih Maalouf, por sus sustantivos aportes, asesoramiento y apoyo, bajo la orientación general y la dirección del Dr. Gilberto Gerra, Jefe de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas; y a otros miembros del personal de UNODC en las oficinas de campo por facilitar contactos con gobiernos y expertos a nivel mundial.

A la Sra. Heeyoung Park, Experta Asociada, por participar en la selección y evaluación de la bibliografía, síntesis de los datos y la redacción de 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 bibliografía, participar en la síntesis de los datos y redactar partes del documento.

A la Sra. Giovanna Campello, Oficial Encargada de la Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, por gestionar el proceso, redactar partes del documento y finalizarlo.

Tabla de contenido

Introducción	7
1. Hablar de prevención es hablar del desarrollo saludable y seguro de los niños	8
2. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.....	10
3. La ciencia de la prevención	11
4. Las Normas Internacionales	12
<i>El proceso de actualización de las Normas Internacionales</i>	13
<i>Limitaciones</i>	15
<i>El documento</i>	15
I. Intervenciones y políticas de prevención del uso de drogas	18
1. Lactancia y primera infancia	18
<i>Visitas prenatales y durante la lactancia</i>	18
<i>Intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas</i>	20
<i>Educación en la primera infancia</i>	21
2. Infancia media	23
<i>Programas sobre aptitudes parentales</i>	23
<i>Educación en aptitudes personales y sociales</i>	24
<i>Programas de mejoramiento del entorno escolar</i>	26
<i>Políticas para evitar el abandono escolar</i>	27
<i>Hacer frente a los trastornos de salud mental</i>	28
3. Adolescencia temprana	29
<i>Educación en materia de prevención basada en la competencia y la influencia sociales</i>	30
<i>Políticas escolares para prevenir el consumo de sustancias</i>	32
<i>Programas escolares para reforzar el apego a la escuela</i>	34
<i>Abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales</i>	35
<i>Programas de mentores</i>	36

4.	Adolescencia y edad adulta	38
	<i>Intervención breve</i>	38
	<i>Programas de prevención en el lugar de trabajo</i>	41
	<i>Políticas sobre el tabaco</i>	43
	<i>Políticas sobre el alcohol</i>	44
	<i>Iniciativas comunitarias de múltiples componentes</i>	45
	<i>Campañas en los medios de comunicación</i>	47
	<i>Lugares de ocio</i>	48
II.	Cuestiones en materia de prevención que requieren una investigación más exhaustiva	50
	<i>Actividades extraescolares, deportes y otras actividades recreativas estructuradas</i>	50
	<i>Prevención del uso no terapéutico de los medicamentos de venta con receta</i>	51
	<i>Intervenciones y políticas dirigidas a niños y jóvenes especialmente vulnerables</i>	52
	<i>Prevención del consumo de nuevas sustancias psicoactivas no fiscalizadas con arreglo a los tratados</i>	52
	<i>La influencia de los medios de comunicación</i>	53
III.	Características de los sistemas de prevención efectivos	54
1.	Variedad de intervenciones y políticas basadas en datos empíricos.....	54
2.	Marco normativo y regulatorio de apoyo	55
3.	Una base sólida para la investigación y las pruebas científicas	57
	<i>Planificación basada en datos empíricos</i>	57
	<i>Investigación y planificación</i>	58
4.	Diferentes sectores involucrados a diversos niveles	61
5.	Fuerte infraestructura del sistema de aplicación	62
6.	Sostenibilidad	63
	<i>Figura 1 – Representación esquemática de un sistema nacional de prevención del consumo de drogas</i>	64

Introducción

La primera edición de los presentes Estándares se publicó en 2013 y en ella se resumían la evidencia disponible a escala mundial en el campo de la prevención del uso de drogas, con miras a identificar estrategias eficaces, garantizar que los niños y los jóvenes, especialmente los más pobres y marginados, crezcan y permanezcan sanos y seguros hasta la edad adulta y la vejez.

Los Estados Miembros y otras partes interesadas nacionales e internacionales han reconocido el valor de estos Estándares como un punto de partida para mejorar la cobertura y la calidad de la prevención basada en la evidencia.¹ Así mismo, en 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas asumieron una serie de compromisos amplios en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que deben lograrse antes del año 2030. Específicamente con la meta 3.5 que busca fortalecer la prevención y el tratamiento del uso indebido de sustancias adictivas. En el mes de abril de 2016, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas anunció una nueva era en la que el uso de drogas y los trastornos relacionados a su consumo se abordarán con un enfoque sistémico equilibrado y centrado en la salud.

En el contexto de este nuevo enfoque basado en la salud y el bienestar de las personas, UNODC y OMS se complacen en unir sus fuerzas para presentar esta segunda edición actualizada. Como en el caso de la primera edición, los Estándares constituyen un resumen de la evidencia científica actualmente disponible, a partir de revisiones sistemáticas recientes, además describen las intervenciones y las políticas que han demostrado su eficacia para mejorar los resultados de la prevención del uso de drogas. De igual forma, los Estándares identifican los principales componentes y características de un sistema eficaz de prevención nacional. Este trabajo se basa, reconoce y es complementario al trabajo de muchas otras organizaciones (por ejemplo, OEDT, CCSA, CICAD, CP, NIDA2) que han desarrollado otras normas y directrices sobre diversos aspectos de la prevención del uso de drogas.

Esperamos que los presentes Estándares sigan orientando a tomadores de decisiones de política pública y a otras partes interesadas nacionales en todo el mundo para el desarrollo de programas, políticas y sistemas que constituyan una inversión realmente eficaz en el futuro de los niños, los jóvenes, las familias y las comunidades.

¹ Declaración Ministerial Conjunta sobre el examen de mitad de período de la aplicación, por los Estados Miembros, de la Declaración Política y Plan de Acción; Resolución 57/3 de la Comisión de Estupefacientes relativa a la promoción de la prevención del abuso de drogas basada en la evidencia científica como inversión en el bienestar de los niños, los adolescentes, los jóvenes, las familias y las comunidades; Resolución 58/3 de la Comisión de Estupefacientes relativa a la promoción de la protección de los niños y los jóvenes, con especial referencia a la compra y venta ilícitas de sustancias sometidas a fiscalización internacional o nacional y de nuevas sustancias psicoactivas por Internet; Resolución 58/7 de la Comisión de Estupefacientes relativa al fortalecimiento de la cooperación con la comunidad científica, incluidos los círculos académicos, y promoción de las investigaciones científicas sobre las políticas de reducción de la demanda y la oferta de drogas a fin de hallar soluciones efectivas para diversos aspectos del problema mundial de las drogas; Resolución 59/6 de la Comisión de Estupefacientes relativa a la promoción de estrategias y políticas de prevención; documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de 2016 sobre el problema mundial de las drogas.

1. Hablar de prevención es hablar del desarrollo saludable y seguro de los niños

Si bien los Estándares se ocupan principalmente de la prevención del uso de drogas, el enfoque del documento es holístico, dado que también tiene en consideración el consumo de otras sustancias psicoactivas. En lo referente a la terminología utilizada en los Estándares, el lector debe tener en cuenta que la expresión “uso de drogas” se refiere al consumo de sustancias psicoactivas fuera del uso legal con fines terapéuticos o científicos en el marco de los tres tratados internacionales en este ámbito². La expresión “consumo de sustancias” se refiere al consumo de sustancias psicoactivas, esté o no su situación controlada, incluida la utilización peligrosa y nociva de dichas sustancias. Además del uso de drogas, esta expresión engloba el consumo de tabaco, alcohol, sustancias inhalables y nuevas sustancias psicoactivas (denominadas “euforizantes legales” o “drogas inteligentes”).

Para el propósito del presente documento hemos considerado el siguiente objetivo primario de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas: ayudar a las personas, especialmente, aunque no exclusivamente a las más jóvenes, a evitar o retrasar el inicio en el consumo de sustancias psicoactivas o, en el caso de que ya hayan comenzado a consumirlas, evitar el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias (uso o dependencia de sustancias nocivas).

Sin embargo, el propósito general de la prevención del consumo de sustancias es mucho más amplio: es el desarrollo sano y seguro de los niños y los jóvenes para que aprovechen sus talentos y su potencial y se conviertan en miembros capaces de contribuir a su comunidad y a la sociedad en general. Una prevención eficaz favorece significativamente la participación positiva de los niños, los jóvenes y los adultos en sus familias, escuelas, comunidades y lugares de trabajo.

La ciencia de la prevención ha registrado grandes progresos en los últimos 20 años, lo que ha permitido a los profesionales en este campo y a los encargados de la adopción de políticas adquirir una mayor comprensión de los factores que hacen que una persona sea vulnerable a iniciar el consumo de sustancias, tanto a nivel individual como en su entorno, y también a comprender mejor la evolución hacia los trastornos por consumo de sustancias.

La falta de conocimiento sobre las sustancias y las consecuencias de su uso es uno de los principales factores que aumentan la vulnerabilidad de las personas. Otros factores importantes de vulnerabilidad son: la predisposición genética, los rasgos de la personalidad (por ejemplo, impulsividad o búsqueda de sensaciones), los trastornos de salud mental o de comportamiento, el abandono y los abusos en el seno de la familia, la falta de vínculo a la escuela y a la comunidad, las normas y entornos sociales que propician el consumo de sustancias (incluida la influencia de los medios de comunicación) y el hecho de crecer en comunidades marginadas o desfavorecidas. Por el contrario, el bienestar psicológico y emocional, las competencias personales y sociales, un fuerte vínculo a padres afectuosos, a las escuelas y comunidades bien organizadas y dotadas de los recursos necesarios, son

² Convención Única sobre Estupeficientes de 1961 modificada por el Protocolo de 1972; Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 [Single Convention on Narcotic Drugs of 1961 as amended by the 1972 Protocol; Convention](#) y Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupeficientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988. [Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988.](#)

todos factores que contribuyen a que las personas sean menos vulnerables al consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo.

Algunos de los factores que hacen a las personas vulnerables (o, por el contrario, resilientes) a la iniciación en el consumo de sustancias varían según la edad. Los patrones de crianza y vínculo a la escuela son algunos de los factores de vulnerabilidad y resiliencia que se han detectado durante la época prenatal, la infancia y la adolescencia temprana. A edades más tardías, las escuelas, los lugares de trabajo, los lugares de esparcimiento y los medios de comunicación son todos entornos que pueden contribuir a hacer a las personas más o menos vulnerables al uso de drogas y a otros comportamientos de riesgo.

Sobra decir que los jóvenes marginados que viven en comunidades pobres, que apenas cuentan con apoyo familiar y que tienen un acceso limitado a la escuela, se encuentran especialmente en situación de riesgo, al igual que los niños, las personas y las comunidades víctimas de la guerra o los desastres naturales.

Es importante destacar que los factores de vulnerabilidad mencionados anteriormente están, en gran medida, fuera del control de la persona (nadie elige tener unos padres negligentes) y están asociados a muchos comportamientos de riesgo y a los problemas de salud que de ellos se derivan, como el abandono escolar, la agresividad, la delincuencia, la violencia, las conductas sexuales arriesgadas, la depresión y el suicidio. Por tanto, no debería sorprendernos que muchas de las intervenciones y políticas de prevención del uso de drogas también aborden otros comportamientos de riesgo.

2. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas

En el caso de las drogas sujetas a fiscalización, la prevención es uno de los principales componentes de todo sistema centrado en la salud que pretenda evitar el consumo de estas sustancias con fines no terapéuticos, en línea con lo dispuesto en las tres Convenciones internacionales. El presente documento se centra en la prevención del inicio del uso de drogas y la evolución a trastornos por uso de drogas. Estos Estándares no abordan las intervenciones de prevención secundaria y terciaria, como el tratamiento de los trastornos por el consumo de drogas y la prevención de las consecuencias para la salud y sociales de dicho uso, ni tampoco abordan las medidas adoptadas para asegurar el cumplimiento de la ley en el control de drogas.

Cabe destacar que ninguna intervención, política o sistema eficaz de prevención puede desarrollarse o implementarse por sí solo o de forma aislada. Para que resulte eficaz, todo sistema de prevención local o nacional deberá integrarse en el contexto de un sistema de prevención más amplio y equilibrado centrado en la salud, que englobe, entre otras cosas, medidas destinadas a aplicar la ley, la reducción de la oferta, el tratamiento de trastornos relacionados con el uso de drogas y la reducción del riesgo asociado a este (por ejemplo, medidas que tengan por objeto prevenir el VIH o las sobredosis). El objetivo principal y general de un sistema como este, centrado en la salud y equilibrado, sería garantizar la disponibilidad de drogas fiscalizadas para utilizarlas con fines terapéuticos o científicos, al tiempo que se evita su desviación hacia otros fines y su uso con fines no terapéuticos.

Si bien los Estándares se ocupan principalmente de la prevención del uso de las drogas fiscalizadas, en línea a lo dispuesto en las tres Convenciones internacionales (incluido también el uso no médico de medicamentos de venta con prescripción médica), este documento se basa en la evidencia y las lecciones acumuladas en el campo de la prevención de otras sustancias psicoactivas, como el tabaco, el alcohol y los inhalables. Además, el consumo de sustancias psicoactivas no controladas tiene efectos negativos significativos en la salud de la población. De hecho, la carga de morbilidad provocada por el consumo de tabaco y alcohol es más elevada que la carga de morbilidad atribuible al uso de drogas fiscalizadas. Las sustancias inhalables son extremadamente tóxicas, tienen consecuencias devastadoras para el desarrollo y el funcionamiento psicosocial y requieren urgentemente la adopción de medidas para prevenir el inicio de su uso. En el caso de los niños y los adolescentes, cuyo cerebro está todavía en fase de desarrollo, cuanto antes empiecen a consumir cualquier sustancia psicoactiva más probabilidades hay de que presenten trastornos relacionados con el uso de drogas en una etapa posterior de su vida. Por último, aunque no menos importante, la dependencia de la nicotina y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol suelen asociarse con el uso de drogas y los trastornos por consumo de drogas.

3. La ciencia de la prevención

Gracias a la ciencia de la prevención también sabemos mucho sobre lo que es efectivo para prevenir el uso de sustancias y lo que no. El propósito de este documento es organizar las conclusiones de los estudios realizados durante todos estos años de investigación en un formato que mejore la capacidad de los encargados de la adopción de políticas para tomar decisiones basadas en la evidencia y en la ciencia. Cabe señalar que, lamentablemente, muchas de las limitaciones en los conocimientos científicos que se detectaron durante la primera edición de los Estándares siguen existiendo.

La mayoría del conocimiento científico se genera en un grupo de países de ingresos altos, situados en América del Norte, Europa y Oceanía. Son escasos los estudios realizados en otros entornos culturales o en los países de ingresos bajos o medios y la mayoría de ellos son estudios de “eficacia” que examinan los efectos de las intervenciones en entornos pequeños, controlados y dotados de los recursos necesarios. Muy pocos estudios han investigado la eficacia de las intervenciones en entornos “de la vida real”. Por otra parte, solo un número limitado de estudios han calculado si las intervenciones y las opciones de políticas de prevención son beneficiosas o eficaces en función de los costos (no solo eficaces o efectivas). Por último, son pocos los estudios que proporcionan datos desglosados por sexo.

Otro de los desafíos, lo constituye la escasez de estudios que identifican los “ingredientes activos”, es decir, el componente o los componentes que son realmente necesarios para que la intervención o la política sea eficaz o efectiva, también en lo referente a la aplicación de las estrategias y las intervenciones (por ejemplo, ¿quién las aplica mejor? ¿qué calidades y qué capacitación se necesitan? ¿qué métodos deben emplearse?).

Finalmente, al igual que en todas las ciencias médicas, sociales y del comportamiento, el sesgo plantea un problema en el ámbito de la investigación sobre la prevención. Es más probable que se publiquen los estudios que reportan conclusiones positivas que los estudios que reportan conclusiones negativas. Por tanto, en nuestro análisis corremos el riesgo de sobreestimar la eficacia y la efectividad de las intervenciones y políticas de prevención del consumo de sustancias.

Es una necesidad imperiosa y urgente fomentar la investigación en el campo de la prevención del consumo de sustancias a escala mundial. Es fundamental que se apoyen las actividades de investigación en los países de ingresos bajos y medianos, aunque, en todos los países, los sistemas nacionales de prevención deben invertir significativamente en la evaluación rigurosa de sus programas y políticas, a fin de contribuir a la base mundial de conocimiento.

¿Qué se puede hacer mientras tanto? ¿Deben esperar los responsables de la adopción de políticas a que se subsanen las deficiencias en la implementación de las iniciativas de prevención? ¿Qué se puede hacer ahora para prevenir el uso de drogas y otras sustancias psicoactivas y garantizar que los niños y los jóvenes crezcan sanos y seguros?

Las deficiencias en la ciencia deben inducirnos a actuar con cautela, pero no deben disuadirnos de actuar. Un enfoque de la prevención que haya demostrado su eficacia en una determinada región del mundo probablemente tendrá más éxito que otro que se haya elaborado a nivel local únicamente sobre la base de la buena voluntad y las conjeturas. Esto es especialmente cierto en el caso de las intervenciones y políticas que abordan las vulnerabilidades que se dan en todas las culturas (por ejemplo, el abandono de los padres). Además, los enfoques que han fracasado o que incluso han producido efectos adversos en algunos países probablemente fracasarán en otros. Los profesionales de la prevención, los responsables de la adopción de políticas y los miembros de las comunidades que participan en la prevención del uso de drogas deben tener en cuenta todas esas lecciones.

Lo que tenemos es una indicación del camino correcto y, si utilizamos este conocimiento y lo complementamos con nuevas evaluaciones e investigaciones, podremos promover el desarrollo de sistemas de prevención nacionales basados en la evidencia que apoyarán a los niños, los jóvenes y los adultos en distintos entornos para que puedan tener estilos de vida positivos, sanos y seguros.

4. Los Estándares Internacionales

En el presente documento se describen las intervenciones y políticas que, de acuerdo con la evidencia científica, han demostrado su eficacia o efectividad para prevenir el consumo de sustancias y que podrían constituir la base de un sistema nacional de prevención eficaz, centrado en la salud.

En todo el documento y a efectos de simplificación hemos utilizado los términos “intervenciones” o “políticas” para referirnos a los esfuerzos de prevención del uso de drogas en general. Una intervención consiste en un grupo de actividades de un determinado tipo. Por ejemplo, podría ser un programa impartido en un entorno concreto aparte de las actividades normales que se realizan en dicho entorno (p. ej., sesiones de educación sobre la prevención del uso de drogas impartidas en las escuelas). No obstante, las mismas actividades podrían realizarse también dentro del funcionamiento normal de la escuela (p. ej., se podrían incluir sesiones de educación sobre la prevención del uso de drogas en el programa escolar normal de promoción de la salud). Normalmente, la evidencia sobre la mayoría de las intervenciones se han obtenido de la evaluación de los “programas” específicos, de los cuales puede haber varios en cada intervención. Por ejemplo, hay muchos programas que tienen por objeto prevenir el uso de drogas mediante la mejora de las habilidades de crianza (“Strengthening Families Programme” (Programa Familias Fuertes), “Triple-P” o “Incredible Years” (Los años increíbles) son algunos ejemplos). Se trata de programas diferentes que ofrecen la misma intervención (capacitación sobre aptitudes parentales o familiares). El término “política” se refiere a un enfoque regulador aplicable a un determinado entorno o a 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 prohibiciones o restricciones amplias de la publicidad sobre el tabaco o el alcohol. Por último, a efectos de brevedad y variación, en los Estándares se utiliza algunas veces el término “estrategias” referido tanto a las intervenciones

como a las políticas (es decir, una estrategia puede ser una intervención o una política).

Los Estándares también dan indicaciones sobre la manera en la que debe aplicarse cada una de las estrategias, describiendo las características comunes que se consideran relacionadas con la eficacia o la efectividad. Por último, en el documento se explica cómo las intervenciones y las políticas deben integrarse en el contexto de sistemas de prevención nacional que apoye y fundamente su elaboración, aplicación, supervisión y evaluación sobre la base de pruebas y evidencia.

El proceso de actualización de los Estándares Internacionales

Este documento ha sido elaborado y publicado por UNODC y OMS con la ayuda de un grupo representativo a escala mundial constituido por 143 investigadores, responsables de la adopción de políticas, profesionales y representantes de organizaciones no gubernamentales y organizaciones internacionales de 47 países. La mayoría de los miembros de este “Grupo de Expertos” fueron designados por los Estados Miembros, dado que todos ellos habían sido invitados a participar en el proceso. Además, algunos de ellos fueron identificados en parte por UNODC por sus investigaciones y actividades en el campo de la prevención del consumo de drogas.

Se pidió a todos los miembros del Grupo que hicieran aportes a la metodología para actualizar los Estándares y que indicaran los estudios que podrían resultar interesantes, en cualquier idioma. Además, varios de los miembros del Grupo que habían participado más activamente, se reunieron en junio de 2017 en Viena (Austria) para acordar la metodología de revisión de los Estándares. Posteriormente, UNODC y OMS ultimaron conjuntamente la metodología, que se adjunta como Apéndice II “Protocol for the overview of systematic reviews on interventions to prevent drug use for the second updated edition of the International Standards on Drug Use Prevention” (Protocolo para la supervisión de las revisiones sistemáticas de las intervenciones para prevenir el uso de drogas, con miras a la segunda edición actualizada de los Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas).

La evidencia en la que se basa la presente actualización se identificó mediante un compendio de revisiones sistemáticas publicadas entre los meses de junio de 2012 y enero de 2018, centrados en los resultados primarios de la prevención del consumo de sustancias. Los resultados primarios de la prevención se refieren al “inicio en el consumo de sustancias”, la “permanencia en dicho consumo” y la “evolución hacia trastornos relacionados con el uso de drogas”.

El propósito de la investigación era encontrar revisiones sistemáticas de la evidencia que analiza la eficacia o efectividad de las intervenciones o las políticas en lo referente a la prevención del consumo de sustancias (resultados primarios de la prevención).

Los resultados secundarios de la prevención (factores coadyuvantes o resultados intermedios) no se incluyeron en la estrategia inicial de búsqueda, sino que se tuvieron en cuenta en las consultas a expertos, realizándose una búsqueda manual y extrayendo los datos de la bibliografía encontrada. Durante la elaboración de la primera edición de los Estándares se identificaron, con el asesoramiento de expertos,

otras referencias a la bibliografía que resultaban pertinentes para conocer los resultados secundarios de la prevención.

En la búsqueda se encontraron más de 28.800 elementos que se sometieron a un proceso de selección y cuyo número se redujo primero en función del título y después en función de la sinopsis.

Estos elementos se integraron con los estudios identificados por los miembros del Grupo de Expertos, así como mediante búsquedas manuales en las bases de datos Cochrane y Campbell. En estas búsquedas manuales se tuvieron en cuenta tanto los resultados primarios de la prevención del consumo de sustancias como, en el caso de las estrategias destinadas a los niños (menores de 10 años), los resultados secundarios, es decir, los factores coadyuvantes o los resultados intermedios de la prevención del consumo de sustancias.

Los estudios que se incluirían en el proceso de extracción de datos tenían que ser revisiones sistemáticas de los estudios principales (con o sin meta análisis) centrados en las intervenciones o políticas de prevención del consumo de sustancias que tuvieran como finalidad lograr resultados en este ámbito o, si se dirigían a los niños menores de 10 años, que tuvieran por objeto lograr resultados en términos de factores coadyuvantes relacionados con el uso de sustancias.

Por lo tanto, se excluyeron los siguientes trabajos: estudios epidemiológicos en los que se examinaba la prevalencia, la incidencia, las vulnerabilidades y la resiliencia asociadas al consumo de sustancias; estudios sobre estrategias de tratamiento o centrados solo en la prevención de las consecuencias sociales y para la salud del uso de drogas y los trastornos relacionados con su uso; estudios primarios; exámenes de exámenes; y estudios sobre la prevención en general o sobre los sistemas de prevención.

Después de una primera selección basada en las sinopsis y en el texto completo, se examinaron de nuevo 392 estudios para ver si cumplían los criterios. En el Apéndice I, figura la lista completa de los 392 trabajos. De ellos, 202 estudios cumplían los criterios y fueron evaluados para descartar el riesgo de sesgo utilizando la herramienta ROBIS de evaluación del riesgo de sesgo en estudios no aleatorios³. Solo se extrajeron datos de los estudios examinados en los que se detectó un bajo riesgo de sesgo (71 estudios). En el Apéndice I, figura una lista de dichos trabajos, y el diagrama de flujo del proceso de examen se puede encontrar en el Apéndice III.

Además, estos 71 estudios se integraron con los examinados en la primera edición de los Estándares, siempre que en la búsqueda actual no se hubiera identificado ningún estudio equivalente más reciente. El cuadro de extracción de datos (“Apéndice IV: Resumen de resultados”) contenía todas las conclusiones incluidas en los estudios y sirvió de base para actualizar el resumen de la evidencia correspondiente a cada estrategia.

El proceso se enriqueció aún más con la utilización de las actuales orientaciones de OMS, en las que se formulan recomendaciones sobre el uso de diversas intervenciones y políticas para prevenir el consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo (por ejemplo, la violencia) o para promover el desarrollo

³ Whiting, P., y otros, ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol, 2015.

saludable de niños y jóvenes. Las actuales orientaciones de OMS se resumen para cada estrategia, siguiendo el resumen de la evidencia basada en la extracción de datos.

Para cada estrategia, en los Estándares también se enuncian, en la medida de lo posible, las características de las estrategias que se consideran relacionadas con la eficacia o la efectividad o con la falta de eficacia o efectividad. Dichas características se identificaron en su mayoría con el asesoramiento de expertos durante la elaboración de la primera edición de los Estándares y solo se han introducido pequeñas modificaciones con arreglo a las observaciones formuladas por el Grupo de Expertos sobre el primer proyecto de esta segunda edición actualizada. El último capítulo sobre los sistemas nacionales de prevención también se elaboró con la ayuda de expertos y se ha actualizado sobre la base de las observaciones del Grupo de Expertos.

Limitaciones

Al utilizar el presente documento deben tenerse en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, la estrategia general de búsqueda tenía como finalidad recopilar evidencia relacionada con el mayor número posible de intervenciones, pero no pretendía centrarse en los detalles de cada una de ellas. Por consiguiente, es previsible que la estrategia de búsqueda haya omitido fuentes bibliográficas y detalles importantes relativos a intervenciones específicas, tal como requeriría una estrategia de búsqueda más detallada y concreta.

En segundo lugar, la búsqueda de la bibliografía se centró solo en los resultados primarios (consumo de sustancias) y no se examinaron de manera sistemática la evidencia relativa a los resultados secundarios (es decir, los factores coadyuvantes de la prevención). Por lo tanto, los Estándares no abordan de manera exhaustiva los factores coadyuvantes de la prevención del consumo de sustancias.

Por último, aunque el riesgo de sesgo en la investigación se evaluó con la herramienta ROBIS, no se llevó a cabo una clasificación de la evidencia ni tampoco se realizó un análisis de las intervenciones desde otras perspectivas distintas a la eficacia (por ejemplo, análisis de perjuicios y beneficios, eficacia en función de los costos, valores y preferencias, igualdad, equilibrio de género o derechos humanos, entre otras). Por lo tanto, debido a las limitaciones anteriormente mencionadas, los Estándares no incluyen recomendaciones oficiales. Los Estándares presentan un resumen de los resultados identificados en el compendio de revisiones sistemáticas y, cuando fue posible, dicho resumen se complementó con datos extraídos de las directrices internacionales existentes para abordar cuestiones adicionales y facilitar información más detallada.

El documento

El documento consta de tres capítulos. En el Capítulo I, se describen las intervenciones y políticas que han demostrado su eficacia o efectividad en la prevención del uso de drogas y de otras sustancias psicoactivas.

Las intervenciones y políticas se agrupan según la edad del grupo objetivo, la cual representa una etapa importante de desarrollo en la vida de la persona: embarazo, lactancia y primera infancia; infancia media; adolescencia temprana; adolescencia y edad adulta.

Teniendo en cuenta que cada niño es único y que en su desarrollo influirá un conjunto de factores socioeconómicos y culturales, los rangos correspondientes a las distintas edades no se han definido numéricamente. Sin embargo, como orientación general y a los fines del presente documento, podrían aplicarse las siguientes consideraciones: la etapa de lactancia y primera infancia se refiere a los niños en edad preescolar, la mayoría entre 0 y 5 años de edad; la infancia media se refiere a los niños de la escuela primaria, de entre 6 y 10 años de edad aproximadamente; la adolescencia temprana se refiere a los años de la escuela media o a los primeros años de la escuela secundaria, entre 11 y 14 años; la adolescencia se refiere a los años de la escuela secundaria, entre 15 y 18 o 19 años; la edad adulta se refiere a los años posteriores. Aunque no se ha creído conveniente utilizar este rango, los Estándares a veces también se refieren a la edad adulta joven (años de enseñanza superior, entre 20 y 25 años), ya que esta etapa se utiliza en muchos estudios.

Algunas intervenciones y políticas se aplican a más de un grupo de edad y, en ese caso, la descripción no se repite y las intervenciones y políticas se incluyen en el apartado correspondiente a la edad para la que son más pertinentes, con una referencia a las otras etapas de desarrollo para las que también existen evidencia.

En la sección correspondiente a cada una de las estrategias figura, cuando está disponible, la siguiente información: una breve descripción, la evidencia disponible y las características que se consideran relacionadas con la eficacia o la efectividad o con la falta de eficacia o efectividad.

Breve descripción: En este apartado se describe brevemente la intervención o la política, sus principales actividades y la base teórica en la que se sustenta, y se indica si la estrategia es adecuada para la población en general (prevención universal), para grupos de población que presentan un riesgo muy superior a la media (prevención selectiva) o para personas que se encuentran en especial situación de riesgo (prevención indicada, que está dirigida también a personas que podrían haber empezado a experimentar y que, por tanto, presentan un riesgo especial de evolución hacia trastornos). Además, los Estándares ilustran si la estrategia comprende o no componentes ambientales, de desarrollo o de información.

Evidencia disponible: Estos constituyen la base de los Estándares. El texto describe los estudios disponibles y las conclusiones. En primer lugar, se informa de los efectos en los resultados primarios (consumo de sustancias) y después se notifican por separado los relativos a los resultados secundarios (es decir, factores coadyuvantes o resultados intermedios de la prevención. Cuando se conoce, se indica la magnitud de los efectos, tal como aparece en los estudios originales, así como las diferencias registradas en los distintos grupos destinatarios y la sostenibilidad de los efectos. Se facilita el origen geográfico de la evidencia para indicar a los encargados de la adopción de políticas y a los directores de los programas de prevención si ya se sabe o no que una estrategia es eficaz en diferentes entornos geográficos. Por último, si existe alguna indicación de la eficacia en función de los costos, también se incluye en este apartado. Como se ha

mencionado anteriormente, esta parte del texto se basa en los estudios que se han tenido en cuenta en la extracción de datos o se han tomado de la edición anterior. En un segundo recuadro se ofrece, en su caso, las orientaciones de OMS sobre la eficacia de las estrategias en lo referente al consumo de sustancias o a otros resultados en materia de salud, tal como aparecen en los documentos de orientación publicados por OMS.

Características relacionadas con la eficacia o la efectividad o con la falta de eficacia o efectividad: En el documento figura asimismo una indicación de las características que, según ha constatado el Grupo de Expertos, guardan relación con los resultados positivos o, en su caso, con los resultados nulos o negativos en lo relacionado con la eficacia o la efectividad. Estas indicaciones no implican una relación de causa y efecto, ya que, como se ha señalado anteriormente, no existe evidencia suficiente para realizar este tipo de análisis. En lugar de ello, lo que se pretende es sugerir cuál es la orientación con mayores posibilidades de éxito según indican las investigaciones colectivas y la experiencia práctica del Grupo de Expertos. Todas las estrategias deben llevarse a cabo en un entorno de investigación, aplicando protocolos que hayan demostrado su eficacia para prevenir el uso de drogas y abordando los factores de vulnerabilidad y resiliencia.

En el Capítulo II, se describe brevemente los asuntos relacionados a la prevención que requieren una investigación más exhaustiva, es decir, las intervenciones y políticas sobre las que no se han encontrado evidencia y también los problemas relacionados con el uso de nuevas sustancias, así como los grupos especialmente vulnerables a su consumo. Cuando es posible, se facilita una breve explicación de las posibles estrategias.

En los capítulos tercero y último, se describen los posibles componentes de un sistema de prevención nacional eficaz basado en intervenciones y políticas respaldadas por la evidencia y cuya finalidad sea el desarrollo sano y seguro de niños y jóvenes. Este es otro ámbito que requiere urgentemente una investigación más exhaustiva, ya que, históricamente, las investigaciones se han centrado más en la eficacia de las intervenciones y políticas individuales. Como se ha indicado anteriormente, la redacción de esta sección fue posible gracias a la experiencia y el consenso del Grupo de Expertos.

I. Intervenciones y políticas de prevención del uso de drogas

1. Lactancia y primera infancia

Las primeras interacciones de los niños se producen en el seno de la familia antes de la etapa de escolarización. Los niños pueden desarrollar vulnerabilidades cuando interactúan con padres o cuidadores que fracasan en su tarea de educadores, carecen de aptitudes parentales o sufren otros problemas asociados al deterioro de la salud o a los problemas económicos o de otro tipo (especialmente en un entorno marginado desde el punto de vista socioeconómico o de un entorno familiar disfuncional). Entre otros factores, el consumo de alcohol, nicotina y drogas durante el embarazo afecta negativamente al desarrollo de los embriones y los fetos.

Tales circunstancias pueden impedir alcanzar importantes competencias en el desarrollo y hacer que un niño sea vulnerable y se encuentre en riesgo de trastornos de comportamiento en una etapa posterior. Los principales objetivos de desarrollo para la primera infancia son el fomento de un vínculo seguro con los cuidadores, la adquisición de habilidades lingüísticas adecuadas a cada edad y las funciones cognitivas ejecutivas, como la autorregulación y las actitudes y competencias sociales activas. La adquisición de estas competencias resultará más fácil en el contexto de una familia y una comunidad que sean propicias.

Visitas prenatales y durante la lactancia

Breve descripción

En el marco de estos programas una enfermera cualificada o un trabajador social visita a las futuras madres y a las madres primerizas para proporcionarles apoyo relacionado con habilidades de crianza y para abordar una serie de asuntos relacionados con la salud, la vivienda, el empleo o formalidades legales. A menudo, estos programas no se dirigen a todas las mujeres sino solo a algunos grupos específicos que viven en circunstancias más difíciles que las de la población en general (estrategia selectiva con un objetivo de desarrollo).

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron revisiones nuevas.

En la primera edición, se encontró un examen y un estudio clínico mediante control aleatorizado que reportaban conclusiones sobre esta intervención⁴.

En lo referente a los resultados primarios de la prevención, según el estudio clínico mediante control aleatorizado, estos programas pueden prevenir el consumo de sustancias en etapas posteriores de la vida y también pueden ser rentables en función de los costos, teniendo en cuenta el ahorro que supondrán en el futuro en concepto de asistencia social y costos médicos.

Además, se encontraron hallazgos que reportaba conclusiones sobre algunos resultados secundarios. Según dichas conclusiones, los niños incluidos en el programa tenían menos probabilidades de presentar trastornos de internalización y más posibilidades de obtener una puntuación más alta en las pruebas de rendimiento en lectura y matemáticas. Entre las madres que participaron en el programa también se dieron menos casos de alteración del rol, debido al consumo de alcohol y otras drogas. La evidencia procede de los Estados Unidos.

OMS recomienda también los programas de visitas prenatales y al lactante para prevenir el maltrato infantil⁵.

Características que se consideran están asociadas a la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Visitas a cargo de personal médico especializado;
- ✓ Visitas periódicas hasta los dos años, al principio cada dos semanas y después todos los meses y con menor frecuencia posteriormente;
- ✓ Capacitación sobre aptitudes parentales básicas;
- ✓ Apoyo a las madres para hacer frente a una serie de asuntos socioeconómicos relacionadas con la salud, la vivienda, el empleo o formalidades legales.

⁴ Turnbull (2012). Kitzman (2010) y Olds (2010) informan sobre el mismo estudio.

⁵ OMS (2016), INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas.

Intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas

Breve descripción

El embarazo y la maternidad son períodos de cambios importantes y en ocasiones estresantes, lo cual puede hacer que las mujeres se vuelvan receptivas para abordar el uso de sustancias y los trastornos relacionados al consumo de sustancias.

El consumo de alcohol y el uso de drogas durante el embarazo plantean posibles riesgos para las mujeres embarazadas y sus hijos, incluso cuando no se producen trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Por consiguiente, debe advertirse a las mujeres embarazadas de estos posibles riesgos para su salud y la de sus hijos. Teniendo en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo es peligroso para la madre y para el futuro niño o la futura niña, puede y debe ofrecerse con carácter prioritario a las mujeres embarazadas que sufran trastornos relacionados con el consumo de sustancias, intervenciones para gestionar dicho consumo y servicios de tratamiento de acuerdo con las directrices clínicas rigurosas basadas en la evidencia científica. Esta es una estrategia indicada con un objetivo de desarrollo.

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron revisiones nuevas.

En la primera edición, dos revisiones informaron hallazgos con respecto a esta intervención⁶.

Ninguna revisión informó hallazgos con respecto a los resultados primarios.

Con respecto a los resultados secundarios, proporcionar un tratamiento integrado basado en la evidencia a las mujeres embarazadas puede tener un impacto positivo en el desarrollo del niño, el funcionamiento emocional y conductual del niño y en las aptitudes parentales de los hijos.

El horizonte temporal para la sostenibilidad de estos resultados y el origen de las pruebas empíricas no están claros.

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

Consumo de tabaco:

Durante el embarazo y en todas las visitas de atención prenatal⁷, los profesionales de la salud deben preguntar, lo antes posible a todas las

⁶ Niccols (2012a) y Niccols (2012b).

⁷ Recomendaciones de OMS sobre la prevención y la gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo.

mujeres embarazadas sobre su consumo de tabaco (en el pasado y actualmente) y su exposición al humo ajeno.

Consumo de sustancias:

Durante el embarazo y en todas las visitas de atención prenatal, los profesionales de la salud deben preguntar, lo antes posible a todas las mujeres embarazadas sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (en el pasado y actualmente).

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

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

Los profesionales de la salud deben aconsejar lo antes posible a las mujeres embarazadas con dependencia al alcohol o a las drogas que cesen su consumo y cuando sea necesario y aplicable ofrecer o remitir a servicios de desintoxicación bajo supervisión médica.

Para recomendaciones más detalladas sobre el manejo de situaciones clínicas particulares durante el embarazo (por ejemplo, dependencia de opioides, dependencia de benzodiazepinas, etc.), se remite al lector a las Directrices de OMS sobre la detección y gestión del consumo de sustancias durante el embarazo y el tratamiento de los trastornos causados por ese consumo (Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy)⁸

Educación en la primera infancia

Breve descripción

Los programas de educación en la primera infancia refuerzan el desarrollo social y cognitivo de los niños en edad preescolar (entre 2 y 5 años) que provienen de comunidades desfavorecidas. Por lo tanto, es una intervención selectiva con un contenido de desarrollo.

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron revisiones nuevas.

⁸ OMS (2014), OMS Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.

En la primera edición, dos revisiones informaron hallazgos con respecto a esta intervención⁹.

Según estos estudios, ofrecer servicios de educación en la primera infancia a los niños que crecen en comunidades desfavorecidas puede reducir el consumo de marihuana a los 18 años y también puede disminuir el consumo de tabaco y otras drogas (resultados primarios).

Con respecto a los resultados secundarios, la educación temprana puede prevenir otras conductas de riesgo y reforzar la salud mental, la inclusión social y mejorar los resultados educativos.

Toda la evidencia proviene de los Estados Unidos.

Características que se consideran están asociadas a la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Mejora las competencias cognitivas, sociales y lingüísticas de los niños;
- ✓ Sesiones diarias;
- ✓ Programas impartidos por profesores debidamente capacitados;
- ✓ Prestación de otros tipos de apoyo socioeconómico a las familias.

⁹ D'Onise, 2010 y Jones 2006.

2. Infancia media

Los niños en la infancia media pasan más tiempo fuera de la familia; están casi siempre en la escuela y con compañeros de su misma edad. Si bien la familia sigue siendo el principal agente de socialización, en esta etapa la guardería, la escuela y los grupos de amigos desempeñan un mayor papel cada vez. En este sentido, factores tales como las normas comunitarias, la cultura escolar y la calidad de la educación se vuelven cada vez más importantes para el desarrollo seguro y saludable desde el punto de vista emocional, cognitivo y social. En la infancia media, las habilidades sociales y las actitudes prosociales adquieren mayor relevancia y se convierten en factores fundamentales de protección que determinan también la manera en la que el niño, cuando alcance la edad escolar, se enfrentará y se vinculará con la escuela y sus compañeros.

Entre los principales objetivos de desarrollo en la infancia media se encuentran el refuerzo continuo de las competencias lingüísticas y los conocimientos de aritmética de acuerdo con la edad, el control de los impulsos y el autocontrol. Comienza el desarrollo del comportamiento orientado al logro de objetivos y la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Los trastornos mentales que se inician durante este período (como la ansiedad, los problemas de déficit de atención con hiperactividad o los trastornos de conducta) pueden impedir el desarrollo de un vínculo sano a la escuela, el juego cooperativo con los compañeros, el aprendizaje adaptativo y la autorregulación. Es en este momento cuando los niños con familias disfuncionales suelen relacionarse con amigos que presentan comportamientos potencialmente nocivos, exponiéndose de esta manera a un mayor riesgo.

Programas sobre aptitudes parentales

Breve descripción

Los programas sobre aptitudes parentales ayudan de manera muy sencilla a los progenitores a ser mejores padres. Un estilo cariñoso de crianza en el que los progenitores establecen normas para inculcar comportamientos aceptables, están al tanto de lo que hacen sus hijos en su tiempo libre y de los amigos que frecuentan, ayudan a sus hijos a adquirir aptitudes personales y sociales y que les sirven de modelos de conducta, son algunos de los factores de protección más eficaces contra el consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo. Estos programas también pueden impartirse para los padres de niños que están en los primeros años de la adolescencia. Dado que casi todas las revisiones abordan conjuntamente todas las edades y da habida cuenta de que los principios son en gran medida similares, las intervenciones solo se explican en este apartado. Dichas intervenciones pueden impartirse con carácter universal o selectivo y son mayoritariamente intervenciones centradas en el desarrollo.

Evidencia disponible

Cinco (5) revisiones informaron hallazgos con respecto a esta intervención, de las cuales cuatro (4) provienen del último compendio¹⁰.

En lo referente a los resultados primarios de la prevención, estos estudios constataron que los programas universales basados en la familia pueden prevenir el consumo de tabaco, alcohol, drogas y sustancias entre los jóvenes, siendo la magnitud de los efectos generalmente persistentes a medio y a largo plazo (más de 12 meses).

Al parecer, los programas más intensivos impartidos por un facilitador debidamente capacitado suelen ser más eficaces que los programas asistidos por ordenador o impartidos en una sola sesión. También resultaron eficaces algunas intervenciones concretas orientadas a las mujeres y dirigidas a las madres y a las hijas.

La evidencia resumida anteriormente proviene de estudios sobre intervenciones en el ámbito de la prevención basadas en la familia, llevadas a cabo en África, Asia, Oriente Medio, Europa, Australia y América del Norte.

OMS también recomienda los programas sobre aptitudes parentales para apoyar el desarrollo positivo, prevenir la violencia entre los jóvenes, gestionar los trastornos de comportamiento en los niños y los adolescentes¹¹ y prevenir el maltrato infantil¹².

Para mejorar los resultados en la esfera del desarrollo infantil también se recomiendan las intervenciones de atención parental que promueven las interacciones entre la madre y el niño, preferentemente en el marco de los programas en curso sobre salud de la madre y el niño para los niños desnutridos, frecuentemente enfermos y otros grupos de niños en riesgo¹³.

Además, se recomienda mejorar las aptitudes parentales de las madres, aparte de ofrecer un tratamiento eficaz y apoyo psicológico a las madres con depresión o con algún otro trastorno mental, neurológico o provocado por el consumo de sustancias¹⁴.

Por último, debe proporcionarse capacitación a los cuidadores para que sepan tratar a los niños y a los adolescentes con trastornos de desarrollo, como discapacidad intelectual u otros problemas que entorpecen el desarrollo (como, por ejemplo, el autismo)¹⁵.

¹⁰ Mejia (2012), Thomas y otros (2016), Foxcroft y Tsertsvadze (2012), Allen y otros (2016), Kuntsche (2016).

¹¹ OMS (2017), Nota orientativa sobre medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes para respaldar la aplicación en los países.

¹² OMS (2016), INSPIRE: siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas.

¹³ OMS (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

¹⁴ OMS (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

¹⁵ OMS (2012), Maternal mental health interventions to improve child development, Evidence profile.

Características que se consideran están asociadas a la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Mejoran los lazos familiares, es decir, el vínculo entre padres e hijos;
- ✓ Apoyan a los padres para que desempeñen un papel más activo en las vidas de sus hijos, por ejemplo, vigilando sus actividades y amistades, y participando en su aprendizaje y su educación;
- ✓ Ayudan a los padres a aplicar una disciplina positiva y adecuada para el desarrollo;
- ✓ Prestan apoyo a los padres para que puedan servir de modelo a sus hijos.
- ✓ Organizan de manera fácil y atractiva la participación de los padres (por ejemplo, reducción de las horas de trabajo, comidas, cuidado de los niños, transporte o un pequeño premio para los que completen las sesiones);
- ✓ Suelen impartirse en varias sesiones (a menudo unas 10 sesiones o más en el caso de padres de comunidades marginadas o desfavorecidas o en el contexto de un programa de tratamiento en el que uno o los dos progenitores sufran trastornos relacionados con el consumo de sustancias);
- ✓ Incluyen normalmente actividades para los padres, para los niños y para toda la familia;
- ✓ Impartidos por personas debidamente capacitadas, en muchos casos sin ningún título oficial.

Características que pueden considerarse relacionadas con la ineficacia o la inefectividad o con efectos adversos con base en la consulta a los expertos

- ✗ Socavar la autoridad de los progenitores;
- ✗ Limitarse a facilitar a los progenitores información sobre drogas para que puedan hablar de ello con sus hijos;
- ✗ A cargo de personal insuficientemente capacitado.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 4: Family-based Prevention Interventions (2015)
- UNODC (2010), “Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes”, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria).
- CCSA (2011), “Strengthening Our Skills: Canadian guidelines for youth

substance use prevention family skills programs”, Canadian Centre on Substance use, Ottawa, ON (Canadá).

- UNODC (2009), Guía para la ejecución de programas de desarrollo de aptitudes de la familia en materia de prevención del uso indebido de sustancias, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria).
- Programa de Acción de OMS para Superar las Brechas en Salud Mental. Recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de los trastornos mentales de los niños y los adolescentes en el nivel de atención de la salud no especializada.

Educación en aptitudes personales y sociales

Descripción

En estos programas, profesores cualificados animan a los niños a tomar parte en actividades interactivas para darles la oportunidad de adquirir y practicar un conjunto de aptitudes personales y sociales. Estos programas suelen estar dirigidos a todos los niños y se imparten en una serie de sesiones estructuradas (es decir, se trata de una intervención universal). Los programas facilitan el desarrollo de las aptitudes necesarias para enfrentarse a situaciones difíciles en la vida diaria de manera segura y saludable y el desarrollo de competencias sociales generales, incluido el bienestar mental y emocional. Estos programas abarcan casi todos los componentes del desarrollo, es decir, no suelen incluir contenidos relativos a sustancias específicas, ya que, en la mayoría de las comunidades, los niños de edad tan temprana no se han iniciado todavía en el consumo de sustancias. Sin embargo, como esto no es así en todas partes, los responsables de los programas dirigidos a los niños que han estado expuestos al consumo de sustancias (por ejemplo, inhalables) a una edad tan temprana, tal vez podrían buscar orientación específica sobre estas sustancias en el apartado “Educación en materia de prevención basada en las aptitudes personales y la influencia social” del capítulo “Adolescencia temprana”.

Evidencia disponible

Siete (7) revisiones reportaron conclusiones sobre esta intervención, cuatro (4) de los cuales proceden del último compendio ¹⁶.

En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, el apoyo al desarrollo de aptitudes personales y sociales en el contexto del aula puede prevenir el consumo de tabaco, alcohol y drogas, especialmente en un seguimiento a más largo plazo (más de un año). La eficacia de las estrategias que se centran solo en la resiliencia se limitó al uso de drogas.

La mayoría de la evidencia procede de América del Norte, Europa y Australia

¹⁶ Hodder y otros (2017), Salvo y otros (2012), McLellan y Perera (2013), McLellan y Perera (2015), Schröder-Günther (2011), Skara (2003).

y también de algunos estudios llevados a cabo en Asia y África.

Cuando sea posible, los centros de atención de salud no especializados deben fomentar la educación práctica para la vida y deben colaborar con las escuelas para su implementación, a fin de promover la salud mental de niños y adolescentes¹⁷.

Características que se consideran están asociadas a la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Mejora un conjunto de aptitudes personales y sociales;
- ✓ Programas impartidos en una serie de sesiones estructuradas, a menudo se ofrecen sesiones de refuerzo durante varios años;
- ✓ Programas impartidos por profesores o facilitadores debidamente capacitados;
- ✓ Las sesiones son fundamentalmente interactivas.

Características que pueden considerarse relacionadas con la ineficacia o la ineffectividad o con resultados adversos con base en la consulta a los expertos

- ✗ Utilizar métodos no interactivos como, por ejemplo, conferencias, como método principal;
- ✗ Facilitar información sobre sustancias específicas y suscitar temores.
- ✗ Centrarse solo en el desarrollo de la autoestima y la educación emocional.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- UNESCO/UNODC/OMS (2016), *Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs*
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- “Hemispheric Guidelines on School Based Prevention”, CICAD.
- “Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention”
- Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental. Recomendaciones basadas en datos empíricos para el tratamiento

¹⁷ OMS (2012), Programa de Acción de OMS para Superar las Brechas en Salud Mental. Behaviour change techniques for promoting mental health, Evidence profile.

de los trastornos mentales de los niños y los adolescentes en centros de atención de salud no especializados.

Programas de mejoramiento del entorno escolar

Breve descripción

Estos programas refuerzan las capacidades de los profesores para el manejo del aula y ayudan a los niños a socializar su papel como estudiantes, al tiempo que reducen los comportamientos agresivos y perturbadores a una edad temprana. Los profesores suelen recibir apoyo para llevar a cabo en el aula una serie de procedimientos no docentes en las prácticas diarias con todos los estudiantes con el objetivo de inculcar comportamientos prosociales y para prevenir y reducir los comportamientos inadecuados. Estos programas facilitan el aprendizaje académico y socioemocional y son universales porque se dirigen a todos los alumnos del aula, y tienen un componente de desarrollo.

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron revisiones nuevas.

En la primera edición se encontró una revisión que reportaba conclusiones sobre esta intervención¹⁸.

La revisión no reportó conclusiones en relación con los resultados primarios.

En lo referente a los resultados secundarios, según este estudio, las prácticas de los profesores en el manejo del aula reducen significativamente los problemas de comportamiento en el aula, incluidos los comportamientos perturbadores y agresivos, refuerzan los comportamientos prosociales y mejoran el rendimiento académico de los niños. El horizonte temporal para la sostenibilidad de estos resultados no es claro.

Toda la evidencia procede de Estados Unidos y de Europa.

Características que se consideran están asociadas a la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Los programas a menudo se imparten durante los primeros años escolares;
- ✓ Incluyen estrategias para responder a los comportamientos inadecuados;
- ✓ Incluyen estrategias para reconocer los comportamientos adecuados;
- ✓ Proporcionan información sobre las expectativas;

¹⁸ Oliver, 2011.

- ✓ Participación activa de los estudiantes.

Políticas para evitar el abandono escolar

Breve descripción

La asistencia a la escuela, el vínculo a la escuela y la adquisición de competencias lingüísticas y conocimientos de aritmética de acuerdo con la edad, son factores importantes de protección para prevenir el consumo de sustancias entre los niños de esta edad. En los países de ingresos bajos y medianos se ha aplicado diversas políticas para promover la asistencia de los niños a la escuela y mejorar sus resultados educativos.

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron revisiones nuevas.

En la primera edición, dos revisiones¹⁹ reportaron conclusiones con respecto a las siguientes políticas: construcción de nuevas escuelas, servicios de nutrición en las escuelas e incentivos económicos de diversa índole a las familias.

Los estudios no reportaron conclusiones sobre los resultados primarios.

En lo referente a los resultados secundarios, según estos estudios, estas políticas aumentan la asistencia de los niños a la escuela y mejoran sus competencias lingüísticas y sus conocimientos de aritmética. La práctica de proporcionar dinero en efectivo a las familias no parece producir resultados significativos por sí sola, mientras que las transferencias condicionadas sí lo hacen. El horizonte temporal para la sostenibilidad de estos resultados no está claro.

Todos estos datos científicos proceden de los países de ingresos bajos y medianos.

OMS también ha recomendado proporcionar incentivos económicos condicionales, como estrategia para prevenir la violencia juvenil²⁰

¹⁹ Lucas (2008) y Petrosino (2012).

²⁰ OMS (2017), Nota orientativa sobre medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes para respaldar la aplicación en los países.

Hacer frente a los trastornos de salud mental

Breve descripción

Los trastornos psíquicos (como ansiedad o depresión) y de comportamiento (por ejemplo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o los trastornos de conducta) se asocian a un mayor riesgo de consumo de sustancias en la adolescencia y en etapas posteriores de la vida. Tanto en la niñez como en la adolescencia, apoyar lo antes posible a los niños, a los adolescentes y a los padres para que puedan hacer frente a los trastornos psíquicos y de comportamiento es una importante estrategia de prevención.

Evidencia disponible

No se identificaron revisiones nuevas en el nuevo compendio ni en la primera edición de los Estándares.

OMS recomienda las siguientes intervenciones para apoyar a niños y adolescentes (y su futuro profesional) y abordar los trastornos cuanto antes²¹:

Intervenciones relacionadas con el comportamiento de los niños y los adolescentes y dirigidas a tratar los trastornos de comportamiento.

Intervenciones psicológicas, como terapia cognitiva-conductual, psicoterapia interpersonal para niños y adolescentes con trastornos psíquicos y capacitación dirigida a los cuidadores.

Cuando a un niño se le haya diagnosticado un trastorno por déficit de atención con hiperactividad, antes de iniciar la medicación debe comenzarse con intervenciones de educación o capacitación. Las intervenciones iniciales deben incluir, cuando sea posible, terapia cognitiva-conductual y capacitación sobre aptitudes sociales.

Ofrecer intervenciones farmacológicas solo en los niveles especializados.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- ✓ Guía de intervención y manuales de capacitación sobre el Programa de Acción de la OMS para Superar las Brechas en Salud Mental (OMS, 2016).

²¹ OMS (2016), Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0. OMS, 2016.

3. Adolescencia temprana

La adolescencia es un período de desarrollo en el que los jóvenes están expuestos a nuevas ideas y comportamientos, a través de un mayor contacto con personas y organizaciones más allá de los experimentados en la infancia. Es una época de “probar” las funciones y responsabilidades de adulto y es, además, un momento en el que, debido a la “plasticidad” y maleabilidad del cerebro del adolescente, al igual que ocurre en la infancia, este período de desarrollo es un momento propicio para que las intervenciones refuercen o modifiquen las experiencias anteriores.

El deseo de asumir funciones de adulto y de una mayor independencia en un momento en el que se producen cambios importantes en el cerebro del adolescente también hace que este período pueda ser propicio para tomar decisiones irreflexivas y adoptar comportamientos potencialmente nocivos, como las conductas sexuales de riesgo, el tabaquismo, el consumo de alcohol, los comportamientos de riesgo al volante y el uso de drogas.

El consumo de sustancias –o el rechazo a consumirlas– (u otros comportamientos potencialmente nocivos) por parte de los compañeros (pares), puede influir de forma importante en el comportamiento, aunque la influencia de los padres sigue siendo significativa. Las actitudes saludables y las creencias sociales en cuanto a las pautas de comportamiento en lo relacionado al consumo de sustancias psicoactivas constituyen asimismo importantes factores de protección contra el uso de drogas. Las aptitudes sociales positivas y una salud mental y emocional resilientes siguen estando entre los principales factores de protección durante la adolescencia.

TÉNGASE EN CUENTA: Las intervenciones destinadas a desarrollar las aptitudes parentales pueden llevarse a cabo en la infancia media y en la adolescencia temprana. Los estudios identificados en la investigación no presentan resultados desglosados por edad, por lo que, en lugar de repetir en este apartado sobre la “Adolescencia temprana” la sección relativa a las aptitudes parentales, remitimos al lector a la sección anterior. Y lo mismo se aplica a la sección “Hacer frente a los trastornos de salud mental”. Del mismo modo, muchas de las intervenciones y políticas que son importantes para los adolescentes más mayores pueden prevenir el consumo de sustancias en la adolescencia temprana, aunque hemos creído conveniente tratarlas solo en la siguiente sección. Esto se aplica a las políticas contra el alcohol y el tabaco, las campañas en los medios de comunicación, las intervenciones breves y las iniciativas comunitarias polifacéticas.

Educación en materia de prevención basada en la competencia y la influencia social

Breve descripción

Durante los programas de prevención basados en el desarrollo de las competencias, profesores cualificados hacen participar a los estudiantes en actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar un conjunto de competencias personales y sociales (competencia social). Estos programas se centran en fomentar la capacidad para rechazar el uso de sustancias y la influencia de los compañeros para que los jóvenes puedan enfrentarse a las presiones sociales que les inducen al consumo de sustancias y, en general, a hacer frente a las situaciones difíciles de un modo saludable.

Además, brindan la oportunidad de explicar, de una forma adecuada para su edad, las diferentes normas sociales, las actitudes y las expectativas positivas y negativas asociadas al consumo de sustancias, y también sus consecuencias. También tienen como finalidad modificar las creencias en cuanto a las pautas de comportamiento en lo relacionado con el consumo de sustancias frente a la prevalencia habitual y la aceptación social de dicho uso entre compañeros (influencia social).

Evidencia disponible

Veintidós (22) revisiones reportaron resultados sobre este tipo de intervención²², quince (15) de los cuales procedían del nuevo compendio.

En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, algunos programas basados en una combinación de competencia e influencia sociales previenen el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas (los efectos preventivos constatados en todos los estudios son pequeños pero uniformes, y también subsisten a largo plazo (más de 12 meses)).

De acuerdo con las conclusiones de una revisión de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco destinados específicamente a las adolescentes, no existe evidencia que confirme que dichos programas tengan un efecto significativo en la prevención del tabaquismo entre las adolescentes, aunque existe alguna indicación prometedora en relación con los programas diferenciados por género y los programas impartidos simultáneamente con campañas en los medios de comunicación.

Según los resultados de la investigación, los programas escolares centrados en los factores de protección individuales y ambientales y relacionados con la resiliencia, resultaron eficaces en la prevención del uso de drogas, pero no del

²² Ashton y otro. (2015), Champion (2013), de Kleijn y otros (2015), Espada y otros (2015), Faggiano y otros (2014), Foxcroft y Tsertsvadze (2012), Hale y otros (2014), Hodder y otros (2017), Jackson (2012), Jones (2006), Kezelman y Howe (2013), Lee y otros (2016), McArthur y otros (2015), McLellan y Perera (2013), McLellan y Perera (2015), Pan (2009), Roe (2005), Salvo y otros (2012), Schröer-Günther (2011), West (2004).

consumo de tabaco o alcohol. Los programas basados solo en el suministro de información, así como el programa para la educación de la resistencia al uso indebido de drogas (Drug Abuse Resistance Education: DARE), no habían resultado eficaces.

Los programas impartidos por compañeros sobre todas las sustancias habían dado resultados positivos, aunque esta opción debe descartarse para los grupos de alto riesgo, ya que existe el riesgo de que se produzcan efectos adversos (por ejemplo, un aumento del consumo de sustancias). Los métodos basados en técnicas de computador suelen producir efectos pequeños para todas las sustancias.

En este contexto, existen indicios de que los programas dirigidos a los adolescentes jóvenes podrían prevenir mejor el consumo de sustancias que los dirigidos a niños más jóvenes o más mayores. La mayoría de los datos empíricos se refieren a programas universales, aunque existen indicios de que la educación universal basada en el desarrollo de competencias puede tener también efectos preventivos entre los grupos de alto riesgo, como los jóvenes que padecen trastornos mentales.

Aunque la mayoría de las pruebas empíricas proceden de América del Norte, Europa y Australia, algunos estudios provienen de Asia y África.

Para prevenir la violencia de los jóvenes, OMS también recomienda los programas que incluyen un componente de aprendizaje social y emocional²³

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Utilizar métodos interactivos;
- ✓ Programas impartidos en una serie de sesiones estructuradas (normalmente entre 10 y 15) una vez a la semana, a menudo ofreciendo sesiones de refuerzo durante varios años;
- ✓ Programas impartidos por un facilitador debidamente capacitado (o incluso por compañeros debidamente capacitados);
- ✓ Brindar la oportunidad de practicar y aprender una gran variedad de competencias personales y sociales, en particular las capacidades para hacer frente a los problemas y adoptar decisiones y la capacidad de resistencia, especialmente en relación con el consumo de sustancias;
- ✓ Reforzar las percepciones de los riesgos asociados al consumo de sustancias, haciendo hincapié en las consecuencias inmediatas;
- ✓ Disipar las falsas ideas sobre la naturaleza normativa y las expectativas vinculadas al consumo de sustancias.

²³ OMS (2017), Nota orientativa sobre medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes para respaldar la aplicación en los países.

Características que pueden considerarse relacionadas con la ineficacia o la ineffectividad o con resultados adversos con base en

la consulta a los expertos

- ✘ Utilizar métodos no interactivos como, por ejemplo, conferencias, como método principal;
- ✘ Facilitar información descontextualizada, y especialmente suscitar temores;
- ✘ Programas impartidos en sesiones de diálogo no estructuradas;
- ✘ Centrarse exclusivamente en el refuerzo de la autoestima y la educación emocional;
- ✘ Abordar solamente cuestiones relacionadas con la toma de decisiones o los valores éticos o morales;
- ✘ Utilizar a ex consumidores de drogas como testimonio.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- UNESCO/UNODC/OMS (2016), “Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs”
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD, “Hemispheric Guidelines on School Based Prevention”
- “Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention”

Políticas escolares para prevenir el consumo de sustancias

Breve descripción

Las políticas escolares sobre el consumo de sustancias prohíben a los estudiantes o al personal en las instalaciones escolares y durante el funcionamiento normal de la escuela y las actividades escolares, utilizar dichas sustancias. Las políticas también crean mecanismos transparentes y no punitivos para abordar los incidentes de uso y transformarlos en una oportunidad educativa y de promoción de la salud. Estas intervenciones y políticas son universales, aunque también pueden incluir componentes selectivos, como pruebas de detección, intervenciones breves y servicios de remisión. A menudo se aplican conjuntamente con otras intervenciones de prevención, como la educación basada en el desarrollo de competencias y las políticas escolares para promover el vínculo a la escuela o reforzar las competencias parentales y la participación de los padres.

Evidencia disponible

Cuatro revisiones reportaron conclusiones sobre estas intervenciones²⁴, tres de los cuales procedían del nuevo compendio. Tres de las revisiones analizaban las políticas sobre el tabaquismo en las escuelas y el otro las intervenciones dirigidas a los estudiantes de educación superior (escuelas superiores y universidades).

En lo referente a los resultados primarios, las tres revisiones de las políticas contra el consumo de tabaco, incluido uno sobre incentivos escolares para prevenir el tabaquismo, notificaron resultados diferentes y fueron escasos los estudios que aportaron evidencia sobre la eficacia de las políticas y más de la mitad no aportaron evidencia sobre los efectos. Los estudios que reportaron conclusiones constataron que la probabilidad de que se consumiera tabaco en las escuelas era menor en los centros en los que se prohibía dicho consumo que en los centros que adoptaban actitudes más liberales. Se encontró alguna evidencia que demostraba que el nivel de formalidad de las políticas (por ejemplo, políticas escritas) y de su aplicación también influyen en los hábitos de fumar.

En las escuelas de educación superior y las universidades, algunas intervenciones ambientales, las campañas de promoción de las normas sociales y las intervenciones basadas en las terapias cognitivas y conductuales y en el desarrollo de competencias podrían resultar beneficiosas para prevenir el consumo nocivo de alcohol, en particular las intervenciones breves basadas en la motivación y las intervenciones normativas personalizadas (tanto a través de una computadora como personalmente).

Aunque la mayoría de los datos empíricos proceden de América del Norte, Europa y Australia, también hay datos empíricos procedentes de Asia.

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Apoyar el funcionamiento escolar y evitar las perturbaciones;
- ✓ Políticas desarrolladas con la participación de todas las partes interesadas (los estudiantes, los profesores, el personal y los padres);
- ✓ Las políticas especifican claramente las sustancias prohibidas, así como los lugares (instalaciones escolares) o las ocasiones (funcionamiento escolar) en los que se aplica la política;
- ✓ La política se aplica a todos en la escuela (estudiantes, profesores, personal y visitantes) y a todas las sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas);

²⁴ Coppo y otros (2014), Galanti y otros (2014), Hefler y otros (2017), Reavley (2010).

- ✓ Abordar las infracciones de las políticas con sanciones positivas, proporcionando servicios de asesoramiento –o remitiendo a dichos servicios–, tratamiento u otros servicios psicosociales y de atención de la salud, en lugar de adoptar medidas punitivas;
- ✓ Aplicar las políticas de manera sistemática y puntual, incluyendo medidas de refuerzo positivo que faciliten el cumplimiento.

Características que pueden considerarse relacionadas con la ineficacia o la ineffectividad o con resultados adversos sobre la base de la consulta a los expertos

- ✗ Inclusión de pruebas aleatorias de detección del uso de drogas.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- UNESCO/UNODC/OMS (2016), “Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs”. Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School- based Prevention Interventions (2015)
- CICAD, “Hemispheric Guidelines on School Based Prevention”
- “Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention”

Programas escolares para reforzar el vínculo con la escuela

Breve descripción

Los programas escolares destinados a reforzar la adherencia a la escuela promueven la participación de los estudiantes, los vínculos positivos y el compromiso con la escuela. Estas intervenciones y políticas son universales y a menudo se aplican conjuntamente con otras intervenciones de prevención, como la educación basada en el desarrollo de competencias o las políticas escolares para prevenir el consumo de sustancias o reforzar y promover las competencias parentales y la participación de los padres.

Evidencia disponible

Dos revisiones reportaron conclusiones sobre esta intervención²⁵, uno de los cuales procedía del nuevo compendio.

En lo referente a los resultados primarios, un estudio constató que estas estrategias contribuyen a prevenir el uso de todas las sustancias, mientras que el otro solamente notificó resultados sobre el uso de drogas y no notificó

²⁵ Fletcher (2008) y Hodder y otros (2017).

resultados significativos sobre el consumo de tabaco y alcohol.

Aunque la mayoría de la evidencia procede de América del Norte, Europa y Australia o Nueva Zelanda, también hay alguna evidencia procedente de Asia.

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Apoyar los valores escolares positivos y el compromiso con la escuela;
- ✓ Apoyar la participación de los estudiantes.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- UNESCO/UNODC/OMS (2016), “Good Policy and Practice in Health Education: Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs”
- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 5: School-based Prevention Interventions (2015)
- CICAD, “Hemispheric Guidelines on School Based Prevention”
- “Canadian Standards for School-based Youth Substance Use Prevention”

Abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales

Breve descripción

Algunos rasgos de personalidad como, por ejemplo, la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la ansiedad o la desesperación se asocian con un mayor riesgo de consumo de sustancias. Estos programas de prevención indicada ayudan a estos adolescentes, que se encuentran en una especial situación de riesgo, a manejar de manera constructiva las emociones asociadas a su personalidad, en lugar de utilizar estrategias negativas de afrontamiento como el consumo peligroso y nocivo de alcohol. Por lo tanto, incluyen en su mayoría componentes de desarrollo.

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron nuevas revisiones.

En la primera edición, dos estudios clínicos mediante control aleatorizado informaban de los efectos de esta intervención en la adolescencia temprana y

la adolescencia²⁶ y un estudio aportó evidencia sobre esta intervención en la infancia media²⁷.

En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, los programas que abordan las vulnerabilidades psicológicas individuales pueden reducir las tasas de consumo de alcohol y las borracheras exprés en un período de seguimiento de dos años.

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

La evidencia procede de Europa y América del Norte.

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Programas impartidos por profesionales debidamente capacitados (por ejemplo, psicólogos o profesores);
- ✓ Con ayuda de instrumentos de eficacia probada, se ha seleccionado a participantes con unos determinados rasgos de personalidad;
- ✓ Los programas se han organizado de forma adecuada para evitar cualquier posibilidad de estigmatización;
- ✓ Proporcionar a los participantes las competencias necesarias para manejar de manera positiva las emociones asociadas a su personalidad;
- ✓ Serie corta de sesiones (entre 2 y 5).

Programas de mentores

Breve descripción

El término “mentores naturales” se refiere a los adultos no pertenecientes a la familia, como profesores, entrenadores y líderes comunitarios, que se relacionan e interaccionan con los niños y los adolescentes. Según los resultados de las investigaciones, estos programas reducen las tasas de violencia y de consumo de sustancias. Estos programas conectan a los jóvenes, especialmente los que se encuentran en una situación de marginalidad (prevención selectiva), con adultos que se comprometen a organizar actividades y a pasar regularmente parte de su tiempo libre con los jóvenes.

²⁶ Conrod (2008), Conrod (2010), Conrod (2011), Conrod (2013) y O'Leary-Barrett (2010) sobre el mismo estudio.

²⁷ Piquero (2010).

Evidencia disponible

Una revisión sistemática reportó conclusiones sobre esta intervención²⁸

En lo referente a los resultados primarios, este estudio aportó evidencia sobre el efecto del programa de mentores en la prevención del consumo de alcohol y drogas entre los jóvenes.

La evidencia procedía de los Estados Unidos de América y de Europa.

OMS recomienda el programa de mentores entre las intervenciones basadas en la evidencia para prevenir la violencia juvenil²⁹.

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad sobre la base de la consulta a los expertos

- ✓ Proporcionar capacitación adecuada y apoyo a los mentores;
- ✓ Basado en un programa de actividades muy estructurado.

²⁸ Thomas y otros (2013).

²⁹ OMS (2017), Nota orientativa sobre medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes para respaldar la aplicación en los países.

4. Adolescencia y edad adulta

A medida que los adolescentes crecen, las intervenciones que se llevan a cabo fuera de los entornos familiares y escolares, por ejemplo, en el lugar de trabajo, en el sector sanitario y en los lugares de ocio, adquieren mayor importancia.

OBSERVACIÓN: El resumen de la evidencia relativa a las intervenciones y políticas destinadas a llevarse a cabo en los colegios en la primera adolescencia (es decir, la educación preventiva, el análisis de las vulnerabilidades individuales, las políticas escolares en materia de consumo de sustancias), así como la orientación, demuestran también su efectividad en los últimos años de la adolescencia, sin desglosar los datos por grupos de edad. En esta sección, no se vuelven a abordar este tipo de intervenciones.

Intervención breve

Breve descripción

La intervención breve consiste en sesiones de asesoramiento personal que pueden incluir sesiones de seguimiento o información adicional útil para el futuro. Pueden impartirlas una variedad de trabajadores sociales o de la salud preparados, orientado a personas que puedan estar en situación de riesgo, debido al consumo de sustancias, aunque no necesariamente busquen tratarse. En las sesiones, se identifica primero si existe un problema de consumo de sustancias y se proporciona un asesoramiento básico adecuado e inmediato, o incluso una derivación para recibir otros tratamientos. Las sesiones son estructuradas y suelen durar entre 5 y 15 minutos.

En general, la intervención breve se lleva a cabo en el sistema de atención primario de salud o en los servicios de urgencias, aunque también se han obtenido resultados positivos cuando se ha incluido en programas escolares o laborales, o se ha proporcionado en línea o a través de medios virtuales.

Las sesiones suelen emplear técnicas de entrevista motivacional. Se trata de una intervención psicosocial en la que se examina el consumo de sustancias de una persona y se ayuda al paciente a tomar decisiones y establecer objetivos al respecto. En este caso, la intervención breve suele proporcionarse en un máximo de cuatro sesiones de hasta una hora, aunque normalmente son más breves.

Evidencia disponible

Las conclusiones de esta intervención se exponen en 48 revisiones³⁰, de las cuales 38 provienen del último compendio.

En lo referente a los resultados primarios, estos estudios muestran que la intervención breve y las entrevistas motivacionales pueden reducir de manera significativa el consumo de sustancias. Esta evidencia del efecto se encontró con respecto a diferentes sustancias (tabaco, alcohol y drogas) y diferentes grupos de edad (adolescentes y adultos); además según se informa, las magnitudes de los efectos son reducidas y no persisten más allá de los 6 o 12 meses.

También se informó sobre la reducción del consumo excesivo de alcohol entre personas con trastornos psicóticos y sobre indicios de reducción del consumo de alcohol o de los hábitos de consumo nocivo entre los jóvenes universitarios y no universitarios.

En el entorno escolar, un estudio concluyó que existen pocas pruebas de calidad que demuestren que las intervenciones breves en los colegios sean más efectivas para reducir el consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas) que las evaluaciones por sí solas, y fueron similares a las sesiones informativas. En otros estudios se muestra cierta efectividad respecto al consumo de cannabis y resultados similares con el tabaco y el alcohol.

Las intervenciones realizadas a través de medios informáticos e internet generaron efectos menores que no se mantienen a largo plazo (más de 12 meses) para el alcohol, y se disponen de menos evidencia en relación con el tabaco y el cannabis. En una revisión, se informa sobre la efectividad de las intervenciones realizadas por vía telefónica. Las magnitudes de los efectos fueron superiores para las intervenciones presenciales.

En la revisión que estudió las intervenciones realizadas en los servicios de urgencias, se observó que la heterogeneidad de los estudios incluidos sobre adolescentes y edad adulta, alcohol y drogas dificultaba la integración de resultados. Se constató efectividad, también para las mujeres y los pacientes aptos para recibir tratamiento.

No obstante, las intervenciones que se centraban en el consumo de alcohol, principalmente por parte de los adolescentes y los adultos, pueden aportar escasa evidencia acerca del consumo de tabaco.

Las pruebas para el cannabis fueron escasas y no concluyentes. Las intervenciones breves y las entrevistas motivacionales benefician de igual

³⁰ 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.* (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), Scot-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), Young *et al.* (2014).

manera a adolescentes y adultos, aunque el efecto a largo plazo en la reducción del consumo de alcohol fue menos evidente. Por otra parte, también se informó sobre la reducción del consumo excesivo de alcohol entre personas con trastornos psicóticos.

OMS recomienda la detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en centros de salud no especializados, excepto en áreas de baja prevalencia de consumo de alcohol, donde la detección de todos los pacientes puede no ser rentable, pero las intervenciones breves pueden ser adecuadas para los consumidores de alcohol identificados. La detección del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol debe realizarse mediante instrumentos que puedan incluirse con facilidad en la práctica clínica habitual (por ejemplo, AUDIT, ASSIST). En aquellos entornos en los que la detección no es factible ni asequible, los médicos deben examinar el consumo de alcohol en sus pacientes cuando sea pertinente. Se debe proporcionar una intervención breve a los pacientes que consumen alcohol de manera peligrosa y nociva.

La intervención breve debe consistir en una única sesión de entre 5 y 30 minutos de duración en la que se proporcionará retroalimentación y orientación personalizada sobre cómo reducir o abandonar el consumo de alcohol, y se ofrecerá la posibilidad de hacer un seguimiento. Se aplicarán las recomendaciones actuales de OMS³¹ a los pacientes cuya dependencia del alcohol se determine durante la detección.

OMS recomienda ofrecer intervenciones breves a los consumidores de cannabis y psicoestimulantes cuando se les detecta en entornos de atención salud no especializada. La intervención breve consistirá en una única sesión de entre 5 y 30 minutos de duración en la que se proporcionará retroalimentación y orientación personalizadas sobre cómo reducir o abandonar el consumo de cannabis o psicoestimulantes, y se ofrecerá la posibilidad de hacer un seguimiento. OMS recomienda además que se considere derivar a una evaluación especializada a las personas con problemas persistentes relacionados con el consumo de cannabis o psicoestimulantes que no respondan a las intervenciones breves³².

OMS ha elaborado la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) para facilitar la detección y las intervenciones breves para todas las sustancias psicoactivas, entre otras, el alcohol, el tabaco y las drogas psicoactivas. La efectividad de las intervenciones se demostró en los adultos, pero es necesario llevar a cabo más investigaciones para establecer la efectividad de las intervenciones que se rigen por ASSIST entre los adolescentes.

³¹ OMS (2016), Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0

³² OMS (2012), Brief psychosocial interventions. Evidence profile.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- AUDIT - Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol: Pautas para su utilización en Atención Primaria, segunda edición. OMS, 2001.
- Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. OMS, 2001.
- La 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.
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 2.0. OMS, 2016.

Programas de prevención en el lugar de trabajo

Breve descripción

La gran mayoría del consumo de sustancias se da entre los adultos trabajadores. Los trastornos relacionados con el abuso de sustancias exponen a los empleados a riesgos para la salud y a dificultades en sus relaciones con los compañeros de trabajo, amigos y familiares, y más concretamente en el entorno laboral, los expone a riesgos de seguridad. Los adultos jóvenes corren un riesgo particularmente alto, ya que se ha detectado que la tensión laboral aumenta significativamente el riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el abuso de sustancias entre los jóvenes adultos que consumen drogas. Para los empleadores, el consumo de sustancias también representa un coste importante, puesto que los empleados con problemas de abuso de sustancias presentan un mayor absentismo laboral, una menor productividad, son más propensos a causar accidentes, tienen mayores gastos en atención sanitaria y elevan las tasas de movimiento de personal. Por otra parte, los empleadores tienen la obligación de ofrecer y mantener un entorno laboral seguro y saludable de acuerdo con la legislación y los reglamentos vigentes³³. Los programas de prevención en el lugar de trabajo suelen contar con varios componentes, entre ellos, elementos y políticas de prevención, además de asesoramiento y derivación para tratamiento.

³³ OIT (1996). 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

Evidencia disponible

En cuatro (4) revisiones se informó sobre las conclusiones relativas a este tipo de intervención³⁴, dos de los cuales proceden del nuevo compendio.

En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, la prevención en el lugar de trabajo puede evitar el consumo de alcohol con una posible variabilidad en los efectos por sexo, puesto que en un estudio se indica un efecto positivo en la reducción del consumo de alcohol entre las mujeres solamente. En una revisión no se hallaron efectos en la prevención del tabaquismo.

Además, respecto a otros hábitos relativos a la salud, en otra revisión se indicó que las intervenciones en el lugar de trabajo pueden tener un efecto positivo en la forma física. El período de sostenibilidad de estos resultados no es claro.

La mayoría de la evidencia procede de América del Norte y Europa, y también de algunas investigaciones llevadas a cabo en Australia y Asia.

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Se desarrollan con la participación de todos los grupos de interés (empleadores, directivos y empleados).
- ✓ Garantizan la confidencialidad a los empleados.
- ✓ Están incluidas y se basan en una política de abuso de sustancias en el lugar de trabajo que han desarrollado todos los grupos de interés y no es punitiva.
- ✓ Proporcionan intervenciones breves (también por internet), asesoramiento, derivación para tratamientos y servicios de reinserción a los empleados que los necesitan.
- ✓ Incluyen un componente de comunicación clara.
- ✓ Se incluyen en otros programas relacionados con la salud y el bienestar (por ejemplo, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares).
- ✓ Incluyen cursos de gestión del estrés.
- ✓ Capacitan a directores, empleados y personal de la salud para que desempeñen sus funciones en el programa.
- ✓ Incluyen pruebas de alcohol y drogas solo como parte de un amplio programa con las características descritas en los puntos anteriores.

³⁴ Kazemi et al. (2013), Chan y Perry (2012), Thomas (2008), Webb (2009).

Directrices e instrumentos para buscar más información

- Universal Prevention Curriculum, Coordinator Series, Course 6: Workplace-based Prevention Interventions (2015).
- OIT (2012), El paquete de formación de SOLVE: Integrando la promoción de salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y Medio Ambiente (SafeWork), Organización Internacional del Trabajo, Ginebra (Suiza).
- CICAD (2009), Lineamientos Hemisféricos en Prevención Laboral CICAD.
- UNODC en cooperación con OIT (*próximamente*), Guidelines on workplace prevention programmes.

Políticas sobre el tabaco

Breve descripción

Un conjunto de políticas dirigidas a la población para reducir la disponibilidad, la accesibilidad y el consumo del tabaco.

Evidencia disponible

En cuatro (4) revisiones se informó sobre las conclusiones de este tipo de políticas³⁵, uno (1) de las cuales procede del nuevo compendio, que sustentan las orientaciones de OMS que se especifican a continuación, concretamente en lo que respecta a las políticas aplicables al entorno laboral.

En el marco de la Convención para el Control del Tabaco de OMS se estipulan orientaciones claras basadas en la evidencia, respecto a las estrategias para reducir la demanda de tabaco. Entre ellas se incluyen medidas relacionadas con los precios e impuestos, un medio efectivo e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan el consumo de tabaco. Además, se detallan medidas para la protección contra la exposición al humo de tabaco, dado que la ciencia ha demostrado de manera inequívoca que la exposición al humo de tabaco es causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Finalmente, se incluyen regulaciones adicionales relacionadas con el contenido de los productos de tabaco; la divulgación de información sobre los productos de tabaco; empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; educación, comunicación, formación y concienciación del público, y publicidad,

³⁵ Frazer *et al.* (2016), Lovato (2011), Stead (2005), Thomas (2008).

promoción y patrocinio del tabaco. En cuanto a este último aspecto, la Convención señala que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco.

Directrices e instrumentos para buscar más información

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

Políticas sobre el alcohol

Breve descripción

Un conjunto de políticas e intervenciones para reducir el uso nocivo del alcohol, definido como el consumo que provoca efectos en la salud y sociales perjudiciales para el consumidor de alcohol, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales.

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron revisiones nuevas.

La Estrategia mundial de OMS³⁶ para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol de 2010, resume orientaciones claras basadas en la evidencia respecto a las intervenciones y políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol, las cuales agrupan en 10 esferas de acción. Además de liderazgo, la conciencia y el compromiso para proteger a la población, se necesitan respuestas en el sector salud, concretamente la detección y las intervenciones breves en la atención primaria en salud y en otros ámbitos, también para las mujeres gestantes y las mujeres en edad fértil. Otra esfera de acción se refiere a la movilización y el empoderamiento de las comunidades para prevenir la venta de alcohol a los menores de edad y a otros grupos en riesgo, y para crear entornos y espacios sin alcohol. Las políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol deben complementarse con campañas de concienciación e información pública cuidadosamente planificadas, de alta intensidad y bien ejecutadas. Otra esfera crucial, es la regulación de la disponibilidad de alcohol, a través de medidas como: un sistema de autorización de la comercialización al por menor o monopolios gubernamentales orientados a la salud pública; regular el número y la ubicación de los puntos de venta de alcohol, situados o no en locales; regular los días y el horario de apertura de los puntos de venta minorista; regular las modalidades de venta de alcohol al por menor; regular la venta al por menor en determinados lugares o durante acontecimientos especiales; establecer

³⁶ OMS (2010), *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* de la OMS

una edad mínima apropiada para comprar o consumir bebidas alcohólicas, y adoptar políticas para impedir la venta a personas ebrias y reducir el impacto del mercadeo.

Resulta especialmente importante proteger a los jóvenes del contenido de la publicidad del alcohol, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, que se proyectan como nuevos mercados y donde los adolescentes presentan actualmente una baja prevalencia del consumo de alcohol. Por otra parte, el aumento del precio de las bebidas alcohólicas aplicando un régimen efectivo y eficiente de imposición tributaria, con los mecanismos requeridos para recaudar impuestos y exigir el cumplimiento de las fiscalidades, es una de las intervenciones más efectivas para reducir el uso nocivo del alcohol. Como políticas complementarias se incluyen la reducción de los daños provocados por la intoxicación etílica y el consumo de alcohol, sin que se vea necesariamente afectado el consumo en sí, especialmente en lo que concierne a la conducción y a la adopción de políticas de gestión relacionadas con el servicio responsable de bebidas alcohólicas en locales y formación del personal de los sectores pertinentes sobre la mejor manera de evitar situaciones de bebedores ebrios y agresivos y de identificar y tratar a tales personas. Las últimas esferas de acción abarcan la reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal, y el seguimiento y vigilancia política es la reglamentación de la disponibilidad de alcohol con la aplicación.

OMS también recomienda estas políticas para evitar las lesiones accidentales (causadas por accidentes de tránsito) entre los adolescentes, la violencia juvenil, la violencia sexual, otras formas de violencia por razón de género³⁷ y el maltrato infantil³⁸.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. OMS, 2010.

Iniciativas comunitarias de múltiples componentes

Breve descripción

A nivel comunitario, las iniciativas de movilización para crear asociaciones, grupos de trabajo, coaliciones, grupos de acción, etc., reúnen a diferentes actores de una comunidad con el fin de abordar el consumo de sustancias.

Algunas asociaciones comunitarias se forman de manera espontánea. No obstante, la existencia de asociaciones comunitarias a gran escala suele ser el resultado de un programa especial que presta a las comunidades ayudas financieras y técnicas para proporcionar políticas e intervenciones de

³⁷ OMS (2017), Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation.

³⁸ OMS (2016), INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas.

prevención basadas en la evidencia y mantenerlas en el tiempo. Normalmente las iniciativas comunitarias están constituidas por múltiples componentes y se interviene en diferentes entornos (por ejemplo, colegios, familias, medios de comunicación, órganos ejecutivos, etc.).

Evidencia disponible

En el nuevo compendio no se identificaron revisiones nuevas.

En la primera edición, se encontraron trece (13) revisiones que presentaban conclusiones sobre esta intervención³⁹.

En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, las iniciativas comunitarias de varios componentes pueden prevenir el consumo de drogas, alcohol y tabaco.

Aunque la mayoría de la evidencia expuesta anteriormente procede de Estados Unidos, Canadá, Europa y Australia, algunos estudios sobre las iniciativas comunitarias de múltiples componentes, en particular sobre el tabaco, provienen de Asia.

En la publicación Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol de OMS, una de las esferas de acción que se identifica como efectiva es la movilización de las comunidades para prevenir la venta y el consumo de alcohol entre los menores de edad, y para crear y apoyar entornos libres de alcohol, especialmente para los jóvenes y otros grupos de riesgo.

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad sobre la base de la consulta a los expertos

- ✓ Facilitan la aplicación de las políticas sobre el tabaco y el alcohol a nivel local.
- ✓ Trabajan en diversos ámbitos comunitarios (familias y colegios, trabajo, lugares de ocio, etc.).
- ✓ Involucran a las universidades para respaldar la implantación de programas de base empírica, su supervisión y evaluación.
- ✓ Ofrecen a las comunidades formación y recursos adecuados.
- ✓ Se mantienen las iniciativas a medio plazo (por ejemplo, más de un año).

Directrices e instrumentos para buscar más información

- CCSA (2010), Community-Based Standards, Canadian Standards for

³⁹ Bühler (2008), Carson (2011), Carson (2012), Foxcroft (2011), Gates (2006), Jackson (2012), Jones (2006), Müller-Riemenschneider (2008), Roe (2005), Schröer-Günther (2011), Skara (2003), Spoth (2008a) y Spoth (2008b).

Campañas en los medios de comunicación

Breve descripción

Las campañas en los medios de comunicación son a menudo la primera o la única intervención que prestan los encargados de la adopción de políticas que velan por la prevención del consumo de drogas entre la población porque son visibles y pueden llegar con relativa facilidad a un gran número de personas.

Evidencia disponible

Seis (6) revisiones informaron hallazgos para este tipo de intervención, de las cuales cinco proceden del nuevo compendio.⁴⁰

En lo referente a los resultados primarios, estos estudios presentaron conclusiones contradictorias sobre los efectos de la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, con la excepción de las campañas antitabaco en combinación con otros componentes preventivos.

Los datos empíricos expuestos proceden de América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Europa.

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Definen con exactitud el grupo al que se destina la campaña.
- ✓ Se fundamentan en una sólida base teórica.
- ✓ Diseñan mensajes a partir de investigaciones formativas sólidas.
- ✓ Conectan firmemente con otros programas existentes de prevención del consumo de drogas en el hogar, el colegio y la comunidad.
- ✓ Logran una exposición adecuada del grupo destinatario durante un período de tiempo prolongado.
- ✓ Se evalúan sistemáticamente.
- ✓ Van dirigidas a los padres, lo que también parece surtir un efecto

⁴⁰ Allara et al. (2015), Carson et al. (2017), Ferri et al. (2013), Gould et al. (2013), Guillaumier et al. (2012), Hopkins (2001).

independiente en los niños.

- ✓ Pretenden modificar las normas culturales en torno al consumo de sustancias, educar sobre las consecuencias de dicho consumo o sugerir estrategias para rechazarlo.

Características que pueden considerarse relacionadas con la ineficacia o ineffectividad con base en la consulta a los expertos

- ✗ Deben evitarse las campañas mediáticas mal ideadas o de escasos recursos porque pueden empeorar la situación haciendo que el grupo destinatario rechace o desprece otras intervenciones y políticas.

Lugares de entretenimiento

Breve descripción

Los lugares de entretenimiento incluyen bares, clubes, restaurantes, así como escenarios al aire libre o especiales donde pueden ocurrir eventos a gran escala. Estos lugares pueden influir de manera positiva y negativa en la salud y el bienestar de los ciudadanos, ya que proporcionan espacios de encuentro social y apoyan la economía local, pero al mismo tiempo, se identifican como entornos de alto riesgo proclives a conductas peligrosas, como el consumo de alcohol y de drogas, la conducción bajo los efectos de las drogas y la agresividad.

La mayoría de los programas de prevención que utilizan los lugares de entretenimiento comprenden múltiples componentes, que incluyen diferentes combinaciones de formación del personal y de los gerentes, así como el manejo de clientes intoxicados; cambios en las leyes y políticas, por ejemplo, en lo que respecta a servir alcohol a menores de edad o a personas ebrias, o a conducir bajo los efectos del alcohol y las drogas; la aplicación visible de las leyes y políticas vigentes; la comunicación para crear conciencia y aceptación del programa y para modificar actitudes y normas, y el ofrecimiento de tratamiento a gerentes y al personal.

Evidencia disponible

Tres (3) revisiones informaron resultados con respecto a este tipo de intervenciones, una (1) de las cuales procede del nuevo compendio⁴¹.

En lo referente a los resultados primarios, según estos estudios, la formación del personal, las intervenciones de políticas y la aplicación de las leyes proporcionaron alguna indicación de los efectos sobre la intoxicación, el consumo de riesgo de alcohol y los daños relacionados con el alcohol, incluso en el contexto de los acontecimientos deportivos.

⁴¹ Bolier (2011), Brennan (2011), Kingsland *et al.* (2016)

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

Características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad con base en la consulta a los expertos

- ✓ Forman al personal y a los gerentes en el suministro responsable y el trato de los clientes ebrios.
- ✓ Proporcionan orientación y tratamiento al personal y los gerentes que lo necesitan.
- ✓ Incluyen un fuerte componente de comunicación para crear conciencia y la aceptación del programa.
- ✓ Incluyen la participación activa de las fuerzas del orden y los sectores sanitarios y sociales.
- ✓ Aplican las leyes y las políticas vigentes en materia de consumo de sustancias en los locales y en la comunidad.

Directrices e instrumentos para buscar más información

- UNODC, ATS prevention guide for policy makers.
- Informe de la CICAD: Consideraciones para una política de conducción bajo los efectos de las drogas.

II. Cuestiones en materia de prevención que requieren una investigación más exhaustiva

Actividades extraescolares, deportes y otras actividades recreativas estructuradas

En muchos países y comunidades, es habitual organizar actividades deportivas y otras actividades de tiempo libre sin drogas o sustancias como una forma de proporcionar a los adolescentes actividades prosociales y saludables, evitando que participen en conductas de riesgo, incluido el consumo de drogas.

En el compendio elaborado para esta segunda edición actualizada de los Estándares se encontró una revisión que estudia las actividades de educación informal destinadas al buen desarrollo de los jóvenes, pero informa que no surten ningún efecto y que los resultados no son concluyentes.

La revisión de literatura realizada para la primera edición de los Estándares identificó tres revisiones que informaron la inexistencia de estudios que evaluaran el impacto de organizar actividades deportivas en el consumo de sustancias ni en los factores mediadores entre los niños. En el nuevo compendio no se identificaron estudios nuevos. De hecho, cabe destacar que la participación en actividades deportivas en sí no siempre está asociada a tasas inferiores de consumo de sustancias, y se ha relacionado con un aumento de las tasas de tabaquismo y de consumo excesivo de alcohol.

En el examen de los datos empíricos en los que se basaron las directrices para la prevención de la violencia juvenil de OMS, se puso de manifiesto que las actividades recreativas que tienen lugar después de la jornada escolar y otras actividades recreativas estructuradas, que incluían la enseñanza de habilidades sociales, han reducido la delincuencia, el consumo de alcohol y de drogas y la deserción escolar. Algunos datos empíricos procedían de países de ingresos bajos y medios, pero la mayoría de los estudios cuentan con diseños de investigación poco rigurosos⁴²

Asimismo, se ha señalado que los programas ofrecidos después de la jornada escolar suelen dirigirse a jóvenes con antecedentes de problemas conductuales o que provienen de familias de estrato socioeconómico bajo, y varios estudios han demostrado que reunir a jóvenes en alto riesgo puede tener efectos adversos. Por otro lado, existen ejemplos de programas en los que se emplea el entrenamiento deportivo como entorno para propiciar la educación sobre habilidades personales y sociales; uno de ellos, Line Up Live Up "Juega, Vive", de UNODC, se encuentra actualmente en fase piloto en África y América Latina.

⁴² OMS (2015), *La prevención de la violencia juvenil*; OMS (2017), *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!) Guidance to Support Country Implementation*.

En general, los encargados de la adopción de políticas deben extremar la precaución al elegir este tipo de intervención y, en caso de aplicarla, deberían incluir un componente de investigación sólido para evaluar los efectos.

Prevención del uso de los medicamentos de venta con prescripción medica

El uso no médico de medicamentos recetados controlados bajo los Convenios es un problema creciente en muchos países, así como el uso no médico de algunos medicamentos que se venden sin receta. Este problema solo es superado por el consumo de cannabis en algunos países. Aunque es más visible en América del Norte, existen informes sobre la existencia de una demanda importante de tratamiento en Europa, África, Asia meridional y América Latina. Dependiendo del país y del tipo de sustancia, algunos grupos más vulnerables (por ejemplo, los jóvenes, las mujeres, los adultos mayores, los profesionales de la salud, además de los niños de la calle, y los civiles y el personal de las fuerzas armadas en situaciones posteriores a un conflicto) parecen correr mayor riesgo. Por otra parte, las consecuencias sociales y para la salud del uso no terapéutico de los medicamentos de venta con receta pueden ser tan graves como las del uso de otras drogas fiscalizadas.

En el compendio elaborado para esta segunda edición actualizada de los Estándares no se identificó ninguna revisión sistemática específica de la prevención del uso no terapéutico de los medicamentos de venta con receta. No obstante, cabe señalar que la mayoría de las estrategias que han resultado efectivas para prevenir el consumo de sustancias cuentan con importantes componentes de desarrollo y, como tales, sus efectos no son específicos de ninguna sustancia en particular. De hecho, pueden repercutir en varios comportamientos de riesgo. Existen nuevas pruebas que demuestran que las intervenciones generales de evidencia aplicadas en los colegios, las familias y las comunidades resultan efectivas para prevenir también el uso no terapéutico de los medicamentos de venta con receta⁴³.

Los fármacos de venta con receta se obtienen por las visitas a varios médicos, fraude, robo e Internet, así como por medio de la familia y los amigos. Por consiguiente, además de estas intervenciones, puede parecer razonable suponer que todas estas fuentes presentan oportunidades de prevención. Según algunos indicios, ofrecer orientación y asesoramiento experto a los médicos, así como restringir y supervisar las recetas, y crear registros cambiará su comportamiento en torno a la prescripción y limitará el acceso de estos medicamentos únicamente a los pacientes que los necesitan. Dada la gran influencia de los padres sobre los jóvenes y que muchas personas afirman que adquieren las sustancias por medio de la familia, centrarse en los padres para sensibilizarlos acerca de la necesidad de tomar medicamentos de venta con receta solo bajo supervisión médica, tanto para sí como para sus hijos, podría ser un enfoque alentador. Como medidas prácticas prometedoras, la comunidad podría desechar con seguridad los medicamentos de venta con receta que han caducado o que el destinatario

⁴³ Spoth *et al.* (2017), Spoth *et al.* (2016), Spoth *et al.* (2013).

previsto ya no consume. Por último, puede ser necesario ofrecer formación continua a los profesionales de la salud acerca de cómo prevenir, reconocer y gestionar el uso no terapéutico de los medicamentos de venta con receta, así como las consecuencias que ello conlleva⁴⁴.

En UNODC (2011), *The non-medical use of prescription drugs, policy direction issues*, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria) y CICAD (2012), *Guía para prevenir el abuso de medicamentos de prescripción*, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Washington D.C. (EE. UU.) puede encontrarse información adicional sobre posibles intervenciones y políticas para prevenir el uso no terapéutico de los medicamentos de venta con receta.

Intervenciones y políticas dirigidas a niños y jóvenes especialmente vulnerables

En el compendio elaborado para esta segunda edición actualizada de los Estándares no se identificó ninguna revisión sistemática específica de la prevención del consumo de sustancias entre los niños y los jóvenes especialmente vulnerables, a pesar de que la evidencia indica que con frecuencia están expuestos a las drogas a una edad muy temprana. Este grupo comprende, por ejemplo, niños y jóvenes no escolarizados; niños de la calle; niños soldados y ex niños soldados; niños y jóvenes de poblaciones desplazadas o en situaciones posteriores a un conflicto; niños y jóvenes en hogares de acogida, orfanatos y en el sistema de justicia de menores.

Prevención del consumo de nuevas sustancias psicoactivas no fiscalizadas con arreglo a los tratados

Muchos países han presenciado el reciente incremento del consumo de nuevas sustancias psicoactivas no fiscalizadas con arreglo a los tratados (denominadas "euforizantes legales" o "drogas inteligentes")⁴⁵. En el compendio elaborado para esta segunda edición actualizada de los Estándares no se identificó ninguna revisión sistemática específica de la prevención de dichas sustancias. No obstante, cabe destacar que, como en el caso del uso no terapéutico de los medicamentos de venta con receta, la mayoría de las estrategias de prevención basada en la evidencia no se centran específicamente en las sustancias. Esto es especialmente cierto para las estrategias que abordan las vulnerabilidades en fases tempranas de la vida o que refuerzan las capacidades positivas para enfrentar situaciones difíciles, con el fin de evitar recurrir a la negatividad y caer, por ejemplo, en el consumo de sustancias. Por consiguiente, parece razonable considerar que este tipo de estrategias también podrían ser efectivas para prevenir el consumo de estas nuevas sustancias psicoactivas. Sin embargo, esta es otra área donde parece necesario llevar a cabo investigaciones rigurosas.

⁴⁴ Extraído 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 (2011), *The non-medical use of prescription drugs, policy direction issues*, Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria).

⁴⁵ UNODC (2017), *World Drug Report*, Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena (Austria).

La influencia de los medios de comunicación

La exposición a los medios de comunicación ejerce una enorme influencia en el desarrollo psicosocial de los jóvenes. Concretamente, la cultura popular (por ejemplo, los famosos, el cine, la música) puede influir de manera considerable en el inicio de comportamientos de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol. Varios mecanismos potenciales podrían explicar esta influencia, como el deseo de adquirir las características que hacen especiales a los famosos o la propagación de comportamientos, a través de las redes sociales. Los jóvenes, debido al contexto de su desarrollo neurológico, son especialmente sensibles a la influencia de la cultura popular, por lo que sus actos no son simples consecuencias del desconocimiento sobre cuestiones de salud. A pesar de que el presente documento no aborda este tema, sería necesario llevar a cabo otras investigaciones para examinar más detenidamente esta cuestión. Además, y con referencia al capítulo anterior, se debe tener en cuenta que la evidencia disponible sobre la efectividad de las campañas de los medios de comunicación es extremadamente limitada. En este contexto, es imprescindible más investigación sobre la efectividad de las campañas de los medios de comunicación.

III. Características de los sistemas de prevención efectivos

Un sistema nacional de prevención de drogas efectivo ofrece un conjunto integrado de intervenciones y políticas basadas en la evidencia científica, que abarcan múltiples entornos y se dirigen a determinadas edades y niveles de riesgo. Esto no debería sorprender dada la compleja interrelación de factores que hacen a los niños, los jóvenes y los adultos vulnerables al consumo de sustancias y a otros comportamientos de riesgo. No es posible abordar estas vulnerabilidades mediante una única intervención preventiva que a menudo se aplica de manera aislada y limitada en el tiempo y el alcance. El objetivo general es contribuir al desarrollo sano y seguro de las personas. Probablemente un sistema de prevención efectivo comprendería estrategias con componentes ambientales y de desarrollo combinados, además de un componente menor centrado en la información.

A fin de ofrecer una variedad integrada de intervenciones y políticas, sería necesario que el sistema contara con fundamentos estructurales sólidos, que se describen brevemente en esta sección e incluyen:

- ✓ Un marco normativo y jurídico de apoyo.
- ✓ Pruebas e investigaciones científicas.
- ✓ Coordinación de los múltiples sectores y niveles implicados (nacional, subnacional y municipal o local).
- ✓ Formación de los responsables políticos y de los profesionales.
- ✓ Compromiso para proporcionar recursos adecuados y mantener el sistema a largo plazo.

1. Variedad de intervenciones y políticas basadas en datos empíricos

En la sección anterior, se ha proporcionado una revisión exhaustiva de las intervenciones y políticas que han demostrado su eficacia o efectividad para prevenir el consumo de sustancias. Las estrategias se diferencian en cuatro ámbitos clave: la edad del grupo destinatario, el nivel de riesgo del grupo destinatario, el entorno en el que se aplica la estrategia y el foco de la actuación (ambiental, de desarrollo, informativo). Los sistemas efectivos ofrecen una variedad de intervenciones y políticas basadas en la evidencia para:

- ✓ Ayudar a los niños y los jóvenes durante su desarrollo y, sobre todo, en los períodos críticos de transición en los que son más vulnerables, por ejemplo, durante los primeros meses de vida y la primera infancia, en la transición de la infancia a la adolescencia.
- ✓ Centrarse en la población en general (prevención universal), además de respaldar a los grupos (prevención selectiva) y a los individuos (prevención indicada) especialmente vulnerables.
- ✓ Abordar los factores individuales y ambientales de la vulnerabilidad y la resistencia.
- ✓ Llegar a la población, a través de múltiples entornos (por ejemplo, las familias, los colegios, las comunidades, el trabajo, etc.).

2. Marco normativo y regulatorio de apoyo

Ningún programa ni ninguna política puede existir en el vacío. Como se señala en la introducción, la prevención del uso de drogas es solo uno de los componentes fundamentales de un sistema centrado en la salud que pretende no solo garantizar la disponibilidad de las sustancias para fines médicos y de investigación, al tiempo que previene la desviación hacia otros fines y el consumo de drogas, sino también que otras sustancias psicoactivas no incidan en la carga sanitaria. En este sentido, un sistema nacional efectivo debería:

- ✓ Incluirse en un sistema de fiscalización de drogas integral y centrado en la salud que garantice la disponibilidad de las sustancias para fines médicos y de investigación, al tiempo que previene la desviación hacia otros fines y el consumo de drogas mediante, por ejemplo, la reducción de la oferta; el tratamiento, la atención y la rehabilitación de drogodependientes, y la prevención de las consecuencias sociales y para la salud del consumo de drogas (por ejemplo, VIH/Sida, hepatitis C, sobredosis, conducir bajo los efectos de alguna sustancia, etc.).
- ✓ Basarse en la consideración de los trastornos relacionados con el consumo de drogas como afecciones que se desarrollan debido a una compleja interacción de factores genéticos, biológicos y psicológicos con el entorno que deben tratarse en vez de penalizarse.
- ✓ Vincularse a una estrategia nacional de salud pública para el desarrollo saludable y seguro de los niños, los jóvenes y los adultos, que incluya la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos causados por el consumo de sustancias, así como la prevención de otros comportamientos poco saludables o de riesgo.

Por otra parte, existen características sociales importantes que tienen una gran repercusión en la aplicación y la efectividad de la prevención basada en datos empíricos, como el grado de desigualdad, el capital social y las normas

sociales relativas al consumo de sustancias psicoactivas.

Asimismo, los organismos gubernamentales y no gubernamentales pueden mejorar considerablemente la ejecución de los programas si lo estipula y lo respalda la normativa oportuna a nivel nacional, por ejemplo:

- ✓ Normas nacionales, como las normas de calidad, para las intervenciones y políticas de prevención del consumo de drogas; además de estas normas, un consorcio de instituciones de investigación y práctica desarrolló en Europa los Estándares europeos de calidad en prevención de drogas que incluyen una serie de herramientas útiles, entre ellas: las destinadas al responsable político que quiere financiar estrategias de prevención de calidad (herramienta 1), al profesional que quiere llevar a cabo una autoevaluación con miras a introducir mejoras (herramienta 2) y a los grupos nacionales que quieren adaptar con rigor los Estándares europeos (herramienta 4); también se aportan materiales de formación (herramienta 3); otro ejemplo importante es el conjunto de normas del Centro Canadiense de Lucha contra las Toxicomanías.
- ✓ Se sugiere que, en la medida de lo posible, las normas nacionales impongan un requisito de implementación de estrategias basadas únicamente en la evidencia; una forma de respaldar esto es crear un registro de estrategias basadas en evidencia o hacer referencia a registros existentes como "Blueprints for Healthy Youth Development" y los desarrollados en muchos países europeos, con "Xchange", un registro europeo unificado que se está probando actualmente y disponible en MCDDA.
- ✓ Estándares profesionales nacionales para los responsables de políticas y los especialistas que se ocupan de la prevención del consumo de drogas, posiblemente dentro de un sistema de acreditación; un sistema de acreditación también respaldaría la profesionalización en este ámbito y la creación de organizaciones profesionales, como ya ocurre en el ámbito del tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas; en este sentido, una experiencia piloto mundial que puede prestar un apoyo útil es la International Society of Substance Use Professionals (ISSUP).
- ✓ Una política que exija a los colegios aplicar programas y políticas basada en la evidencia relacionada con la prevención del consumo de sustancias en el contexto de la promoción y la educación de la salud o personal y social, lo que incluye estándares sobre la forma de hacerlo.
- ✓ Una política que exija a los empleadores aplicar políticas y programas de prevención del consumo de sustancias en el lugar de trabajo, lo que incluye normas sobre la forma de hacerlo.
- ✓ Una política que exija a los servicios de salud, sociales y educativos ayudar a las familias a fomentar el desarrollo físico, cognitivo y emocional de sus hijos.

3. Una base sólida para la investigación y las pruebas científicas

Un sistema nacional de prevención del consumo de drogas efectivo debe basarse en pruebas científicas y apoyar la investigación para contribuir a las bases de información. Este enfoque presenta dos dimensiones. Por una parte, las intervenciones y políticas deben elegirse sobre la base de una comprensión clara de cuál es la verdadera situación. Este enfoque sistémico incluirá la identificación de la población más vulnerable o que se inicia en el consumo de sustancias psicoactivas; los posibles motivos por los que inicia el consumo, y cuáles son las intervenciones y políticas más acertadas para resolver esta situación. Por otra parte, es necesario evaluar rigurosamente la efectividad y, siempre que sea posible, la rentabilidad de las intervenciones y políticas adoptadas a fin de que los responsables políticos puedan conocer los efectos en los resultados, como la disminución de las tasas de iniciación en el consumo de drogas, y completar y ampliar la base de conocimientos relacionada con las intervenciones de prevención. Asimismo, resulta importante que tanto esta investigación como sus conclusiones sean revisadas por especialistas, se publiquen y se analicen en la medida de lo posible.

Planificación basada en la evidencia

Por lo que respecta a la primera dimensión, debe disponerse de un sistema de información para ofrecer el entendimiento necesario de la situación, así como oportunidades en las que se puedan emplear estos conocimientos para la planificación. Con el fin de abordar esta dimensión, un sistema de prevención nacional efectivo incluiría:

- ✓ Un sistema de información que, con periodicidad, recogiera y supervisara la siguiente información:
 - Prevalencia: ¿Qué porcentajes de población (por edad, sexo y otras características pertinentes) consumen qué sustancias? ¿Con qué frecuencia y cuánto? ¿Cuáles son las consecuencias sociales y para la salud?
 - Inicio del consumo de drogas: ¿A qué edad (en particular los jóvenes) se empieza a consumir drogas y otras sustancias?
 - Vulnerabilidades: ¿Por qué las personas, en particular los jóvenes, empiezan a consumir drogas u otras sustancias? ¿Cuál es la situación de los niños por lo que respecta a los factores relacionados con el consumo de sustancias (por ejemplo, el mal ejercicio de la paternidad, el poco apego al colegio, la violencia y el abuso, etc.)?
- ✓ Un mecanismo formal para incorporar periódicamente los datos que generara el sistema de información a un proceso de planificación

sistémico que, a su vez, considerara:

- Las estrategias necesarias: ¿Qué intervenciones y políticas basadas en datos empíricos han sido efectivas para abordar la situación identificada?
- La disponibilidad y el alcance de las estrategias existentes: ¿Cuáles de estas intervenciones y políticas se están aplicando actualmente? ¿Qué porcentaje de la población que necesita estas intervenciones y políticas tiene acceso a ellas?
- La calidad de las estrategias existentes: ¿Las intervenciones y políticas que se están aplicando se basan en pruebas científicas (es decir, el conocimiento científico de las vulnerabilidades abordadas o la adaptación sistemática de los programas de base empírica existentes)?
- La efectividad de las estrategias existentes: ¿Se han evaluado las estrategias (véase a continuación)? En caso afirmativo, ¿cuáles son los resultados? ¿Qué indican los datos generados por el sistema de información con respecto a la efectividad del sistema de prevención en su conjunto?
- Las infraestructuras y los recursos disponibles que podrían destinarse al sistema nacional de prevención: ¿Qué instituciones aplican o deberían aplicar la prevención? ¿La financiación es centralizada o descentralizada? ¿Cómo se asigna la financiación?
- ¿Cuáles son las brechas entre las estrategias necesarias y la disponibilidad, el alcance, la calidad y la efectividad de las estrategias sistémicas, la infraestructura y los recursos existentes?

Investigación y planificación

La segunda dimensión se refiere a la evaluación de determinados programas y políticas de prevención. Como se ha señalado, las estrategias basadas en la evidencia que se han identificado en la sección anterior no son necesariamente apropiadas para los destinatarios, el nivel de recursos o el contexto cultural, aunque lo pueden ser en muchos casos. Puede haber otros programas o políticas que respondan a estos problemas con mejores resultados. Es imperativo que las políticas y los programas seleccionados cumplan con los siguientes requisitos:

- ✓ Se basen en el conocimiento científico de las vulnerabilidades que se abordan. En otras palabras, y como ejemplo, es muy conveniente que los programas y políticas se creen con miras a hacer frente a una situación o factor de riesgo cuya relación con un incremento de las tasas de inicio (o un inicio prematuro o una mayor prevalencia del consumo de sustancias) se haya demostrado a partir de la *investigación científica y una evaluación de las necesidades*, y no de las impresiones de una persona, por muy bien intencionadas y comprometidas que sean.

- ✓ Incluir un componente de supervisión y evaluación científicas para evaluar si estas intervenciones alcanzan el resultado deseado. Esto implica una estrecha colaboración con las instituciones académicas y de investigación (lo que incluye, entre otras, a las universidades), además del empleo de un diseño experimental o cuasiexperimental. En el ámbito de la medicina, normalmente no se aplicarían intervenciones, excepto cuando las investigaciones científicas hubieran determinado su efectividad y seguridad. Lo mismo debe suceder con las intervenciones de prevención del consumo de drogas.

Cabe señalar que el propósito de los Estándares era ofrecer una indicación de la efectividad, o por lo menos de la eficacia, de los tipos de intervenciones y políticas, sin hacer referencia a ningún programa basado en la evidencia en concreto. No obstante, la evidencia surge de la evaluación de programas determinados, lo que implica que nunca debe darse por sentado que una estrategia "prácticamente similar" a otra basada en la evidencia produzca los mismos resultados positivos. Por ejemplo, aunque puede haber evidencia de "programas de consultas prenatales y pediátricas" en general, algunos de ellos son bastante efectivos y otros no, a pesar de que incluyan algunas de las características relacionadas con la eficacia o la efectividad. Esta es otra razón por la que es tan importante la evaluación.

El Centro Canadiense de Lucha contra las Toxicomanías ha elaborado herramientas útiles para facilitar la supervisión y la evaluación de la prevención, y UNODC ha preparado cursos de formación para responsables políticos sobre el apoyo a una cultura de evaluación de la prevención. Por último, el curso 3 del *Coordinator Series of the Universal Prevention Curriculum* está dedicado enteramente a la supervisión y la evaluación.

Para aplicar un programa basado en la evidencia, la supervisión y la evaluación también son cruciales en el marco de una adaptación cuidadosa del programa. En este caso, se recomienda que el proceso incluya lo siguiente:

- ✓ Un proceso de adaptación cuidadoso y sistemático que, sin modificar los componentes fundamentales del programa, lo haga más aceptable para el nuevo contexto socioeconómico y cultural. De ser posible, se llevaría a cabo con la ayuda de los creadores del programa. En este contexto, la guía de UNODC sobre el desarrollo de aptitudes de la familia comprende un capítulo dedicado exclusivamente a la adaptación, mientras que en la herramienta 4 de los Estándares europeos de calidad en prevención de drogas se ha desarrollado un proceso cuidadoso y minucioso para los grupos de interés nacionales que deseen adaptar y adoptar los estándares, y que también sería sumamente útil a estos efectos.
- ✓ Un componente de supervisión y evaluación científicas para determinar la efectividad real del programa en el nuevo contexto socioeconómico y cultural. Si bien sería preferible un componente de control (y posiblemente aleatorizado), en especial en la fase piloto de las etapas previa y posterior a la recogida de datos, la comparación con el estudio original ya constituiría un buen indicador del funcionamiento del programa

en el nuevo contexto; una ventaja adicional de los programas de base empírica es que todos los instrumentos de supervisión y evaluación ya están disponibles.

4. Diferentes sectores involucrados a diversos niveles

Los sistemas nacionales de prevención del consumo de drogas garantizan que los niños, los jóvenes y los adultos tengan la oportunidad de llevar un estilo de vida saludable y seguro en diferentes entornos. Por consiguiente, son numerosos los sectores nacionales que deben participar en la ejecución de intervenciones y políticas de prevención sistémicas, y requieren de una clara definición de funciones y coordinación.

Como consecuencia, en un sistema nacional de prevención del consumo de drogas, los sectores nacionales pertinentes (por ejemplo, educación, sanidad, bienestar social, juventud, trabajo, fuerzas del orden, etc.) participarán en la planificación, la ejecución, la supervisión y la evaluación de sus componentes:

- ✓ Niveles integrados de aplicación coherente: nacional (federal), subnacional (estatal, regional, de distrito) y municipal (local).
- ✓ El espectro completo de los principales grupos de interés, entre otros, la administración nacional y subnacional; municipal o local, organismos públicos de prestación de servicios; organismos no gubernamentales; residentes y dirigentes comunitarios; comunidades y líderes religiosos; universidades y otras instituciones de investigación, y el sector privado, según corresponda.
- ✓ Funciones y responsabilidades estructuradas y bien definidas para todos los grupos de interés: la asociación y la colaboración de varios grupos de interés entraña un gran valor cuando trabajan juntos y se responsabilizan de los diferentes elementos de la formulación y la aplicación de políticas.
- ✓ Un mecanismo claro para facilitar asistencia técnica sólida a los responsables de la toma de decisiones (ya sea centralizada o descentralizada) a fin de orientarlos en la aplicación de políticas e intervenciones de base empírica.
- ✓ Un organismo rector y coordinador fuerte.

Conviene señalar que no existe una única manera de organizar la aplicación de las estrategias de prevención basada en la evidencia. Por ejemplo, no es necesario que se lleven a cabo en forma de programas, puesto que también pueden integrarse en el trabajo diario de instituciones y servicios, como el colegio, el trabajo con jóvenes, los servicios de salud y sociales. En este caso, las estrategias se planifican, se gestionan y se coordinan de forma centralizada, mientras que la aplicación recae en la coordinación multiprofesional local. Otros ejemplos de cómo podrían interactuar diferentes niveles podrían ser los siguientes:

- ✓ Los responsables políticos a nivel nacional coordinan la formulación de las políticas nacionales, establecen las normas de calidad y apoyan la infraestructura para la aplicación mediante una financiación adecuada para ejecutar estrategias y formar a los grupos de interés implicados.

- ✓ Los responsables políticos o los organismos normativos a nivel local aplican intervenciones y políticas, introducen datos en el sistema de información y mejoran activamente sus conocimientos y aptitudes.
- ✓ Las ONG, los residentes y los dirigentes comunitarios (que puede incluir a los líderes religiosos y sus comunidades) se movilizan para lograr cambios en las políticas o para que se acepten, influyendo en las normas comunitarias, aplicando intervenciones y políticas de base empírica. Cabe señalar que la movilización comunitaria ha resultado ser un mecanismo efectivo y participativo para llevar a cabo estrategias basadas en la evidencia.
- ✓ Las universidades y las instituciones de investigación al analizar datos para mejorar la comprensión de la situación del consumo de sustancias y para supervisar y evaluar las políticas nacionales, examinando intervenciones y políticas concretas.
- ✓ El sector privado al apoyar activamente la prevención en el lugar de trabajo y contribuir, según sea apropiado, a las intervenciones innovadoras y basadas en datos empíricos.

5. Fuerte infraestructura del sistema de aplicación

A fin de que las intervenciones y políticas puedan aplicarse con efectividad, deben contar con los recursos adecuados.

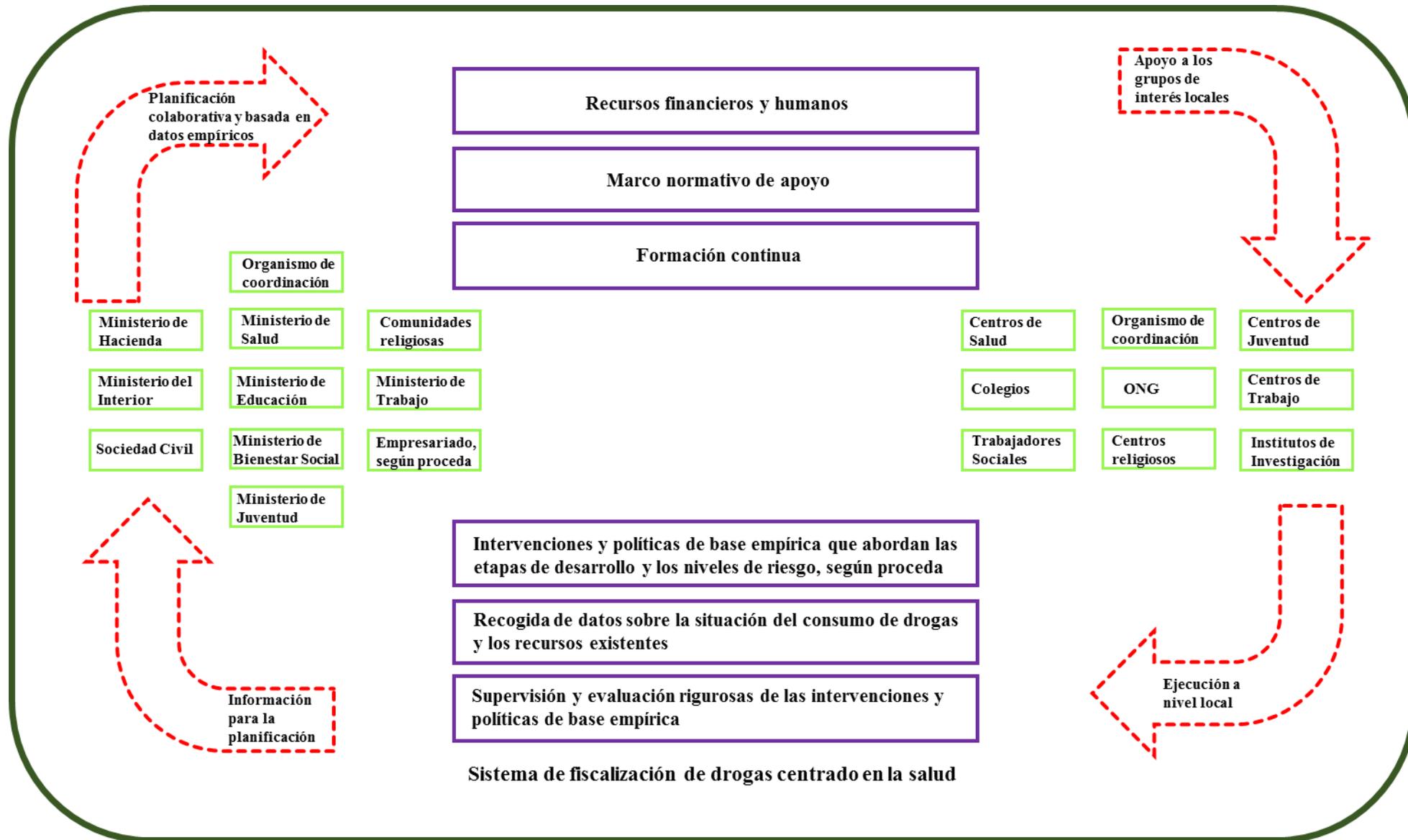
- ✓ Los organismos que aplican las intervenciones y políticas deben financiarse de manera apropiada.
- ✓ Los profesionales que aplican las intervenciones y políticas deben recibir una formación continua adecuada. El *Coordinator Series of the Universal Prevention Curriculum* se ha desarrollado y se ha puesto a prueba a nivel mundial con una adaptación europea, UPC-Adapt, aún en marcha. Comprende nueve cursos que proporcionan los fundamentos y un panorama completo de la práctica basada en la evidencia. En la actualidad, se está elaborando una segunda serie para los responsables de la ejecución.
- ✓ Los responsables políticos en los diferentes niveles de la planificación y el desarrollo de intervenciones y de la aplicación de políticas deben recibir una formación continua adecuada.
- ✓ Debe ofrecerse una asistencia técnica continuada para facilitar la aplicación y la mejora permanente de la calidad.
- ✓ Las instituciones académicas y de investigación deben recibir una financiación adecuada apoyando la supervisión y la evaluación científicas como parte de la aplicación de la prevención.

6. Sostenibilidad

La prevención del consumo de drogas es efectiva y rentable, pero, como ocurre con todas las políticas, es necesaria una inversión visible a medio y largo plazo para materializar su potencial. En este sentido, a continuación, se enumeran las formas de apoyar la acción de los componentes expuestos anteriormente:

- ✓ Un mecanismo de examen y ajuste periódico del sistema nacional de prevención.
- ✓ La aplicación de intervenciones y políticas de base empírica planificadas y dotadas de recursos para que permanezcan activas al menos a medio plazo.
- ✓ La recogida periódica de datos por medio del sistema de información, lo que incluye la incorporación de información en el proceso de planificación y examen.
- ✓ Apoyo constante a la investigación para evaluar con rigor las intervenciones y políticas.
- ✓ Apoyo constante a la formación de los profesionales y a los encargados de la adopción de políticas que intervienen en la planificación, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las estrategias de prevención del consumo de drogas.

Figura 1 – Representación esquemática de un sistema nacional de prevención del consumo de drogas





UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime

Vienna International Centre, P.O. Box 500, 1400 Vienna, Austria
Tel.: (+43-1) 26060-0, Fax: (+43-1) 26060-5866, www.unodc.org