



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura



Objetivos de
Desarrollo
Sostenible

BUENAS POLÍTICAS Y PRÁCTICAS
EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CUADERNILLO


10

Respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas



 **UNODC**
Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

 **Organización
Mundial de la Salud**

**Educación
2030** 

BUENAS POLÍTICAS Y PRÁCTICAS
EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Cuadernillo 10

**RESPUESTAS DEL SECTOR DE
LA EDUCACIÓN FRENTE AL CONSUMO
DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS**

Publicado en 2018 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 7, place de Fontenoy, 75352 París 07 SP, Francia, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena International Center, Wagramer Strasse 5, A 1400 Viena, Austria, y la Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia 20, 1211 Ginebra 27, Suiza

© UNESCO 2018

UNESCO ISBN 978-92-3-300090-2



Esta publicación está disponible en acceso abierto bajo la licencia Attribution-ShareAlike 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>). Al utilizar el contenido de la presente publicación, los usuarios aceptan las condiciones de utilización del Repositorio UNESCO de acceso abierto (www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-sp).

Título original: Good Policy and Practice in Health Education: Booklet 10, *Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs*

Publicado en 2017 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud

Los términos empleados en esta publicación y la presentación de los datos que en ella aparecen no implican toma alguna de posición de parte de la UNESCO en cuanto al estatuto jurídico de los países, territorios, ciudades o regiones ni respecto de sus autoridades, fronteras o límites.

Las ideas y opiniones expresadas en esta obra son las de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la UNESCO ni comprometen a la Organización.

Fotografía de portada: © UNESCO/IIDAC

Fotografías del interior:

pág. 10: AVAVA/Shutterstock.com

pág. 13: Vitchanan Photography/Shutterstock.com

págs. 16-17: Daniel M Ernst/Shutterstock.com

pág. 31: Hasan Shaheed/Shutterstock.com

pág. 60: Zurijeta/Shutterstock.com

Diseñado e impreso por la UNESCO

Impreso en Francia

ÍNDICE

Prefacio	4
Acrónimos	5
Agradecimientos.....	6
Glosario.....	7
Resumen ejecutivo	10
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN.....	17
2.1. Prevalencia del consumo de sustancias por los adolescentes en las escuelas	17
2.2. Consecuencias del consumo de sustancias entre jóvenes.....	26
2.3. Razones por las que algunos jóvenes consumen sustancias y otros no.....	27
2.4. El papel del sector de la educación.....	29
3. BUENAS POLÍTICAS Y PRÁCTICAS EN LAS RESPUESTAS DEL SECTOR DE LA EDUCACIÓN FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS	31
3.1. Principios clave para las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias	32
3.2. Componentes de una respuesta integral del sector de la educación frente al consumo de sustancias	33
3.2.1. Marcos de políticas y estratégicos del sector de la educación	33
3.2.2. Planes de estudios nacionales y subnacionales	37
3.2.3. Formación y apoyo para educadores y otro personal.....	41
3.2.4. Respuestas con base científica en el ámbito escolar	43
3.2.5. Servicios de salud escolar apropiados.....	53
3.2.6. Gestión de una respuesta del sector de la educación frente al consumo de sustancias	55
4. CONSIDERACIONES PARA UNA AMPLIACIÓN SOSTENIBLE DE RESPUESTAS EFECTIVAS DEL SECTOR DE LA EDUCACIÓN FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	60
Referencias	64

PREFACIO

El consumo de alcohol, tabaco y drogas, denominado «consumo de sustancias psicoactivas» o «consumo de sustancias» en este cuadernillo, suele comenzar en la adolescencia. Está asociado a un amplio abanico de efectos negativos sobre la salud física y mental de los jóvenes, así como sobre su bienestar a corto y largo plazo. Asimismo, se ha demostrado que conlleva una serie de consecuencias negativas relacionadas con la educación, como bajo rendimiento académico, baja participación en la escuela y fracaso escolar. Estos efectos repercuten en los esfuerzos del sector de la educación por garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa para todos y por cumplir la nueva Agenda Global 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Hay una amplia gama de factores que exponen a las personas menores de edad y jóvenes al riesgo de consumo de sustancias y sus consecuencias, entre ellos sus características individuales y el entorno en el que viven. La educación es una plataforma que capta a las personas menores de edad y jóvenes en una etapa crucial de su desarrollo y les ayuda a evaluar y contrarrestar esos riesgos y presiones.

Por lo tanto, el sector de la educación tiene una responsabilidad fundamental en la protección de las personas menores de edad y jóvenes frente al consumo de sustancias. Ello implica la adopción de medidas dirigidas a conseguir centros educativos totalmente libres de tabaco, alcohol y otras drogas, a garantizar planes básicos de estudios que incluyan el aprendizaje de los riesgos asociados al consumo de sustancias y faciliten el desarrollo de las capacidades personales y sociales de los y las estudiantes relevantes para una conducta saludable, y a generar los conocimientos y capacidades que capaciten a padres, madres, cuidadores y las comunidades para apoyar a las personas menores de edad y jóvenes en la prevención y el abordaje del consumo de sustancias. Todas estas medidas exigen al sector de la educación la adopción de un planteamiento integral de movilización del sistema en conjunto en colaboración con otros sectores, especialmente el sector de la salud y las autoridades de fiscalización de drogas.

Este cuadernillo se ha elaborado a través de un proceso de consulta internacional dirigido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aprovecha las sinergias de los respectivos mandatos y competencias de estas tres agencias de las Naciones Unidas, que son miembros del Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y ejemplifica una iniciativa intersectorial en colaboración para ayudar a nuestros Estados Miembros a fortalecer y acelerar las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias.

Dentro del marco establecido por las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* (UNODC, 2013) y el informe *Salud para los adolescentes del mundo* (OMS, 2014), esta publicación conjunta ofrece el contexto y la justificación para la mejora de las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias. Presenta políticas y prácticas prometedoras con base científica e incluye ejemplos prácticos de diversas regiones que han resultado efectivos a la luz de investigaciones científicas. También subraya cuestiones a considerar a la hora de mantener y ampliar planteamientos y programas efectivos relacionados con las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias.

Qian Tang (Ph.D.)
Subdirector General
UNESCO



ACRÓNIMOS

AVAD	Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad
CDVP	Consumo de drogas por vía parenteral
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CND	Comisión de Estupefacientes (Commission on Narcotic Drugs)
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías
EMTJ	Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes
ESE	Estado socioeconómico
ESPAD	Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas
ETA	Estimulantes de tipo anfetamínico
FRESH	Enfocar los Recursos sobre una Salud Escolar Eficaz (Focusing Resources on Effective School Health)
GBG	Good Behaviour Game (Juego del Buen Comportamiento)
GHO	Observatorio mundial de la salud (Global Health Observatory)
GSHS	Encuesta Mundial de Salud a Escolares
HBSC	Estudio sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud
INL	Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (EE.UU.)
ISSUP	International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals
ITS	Infección de transmisión sexual
NSP	Nuevas sustancias psicoactivas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PID	Personas que se inyectan drogas
PIB	Producto interior bruto
PPU	Programa de Prevención Universal
SFP	Programa para el Fortalecimiento de la Familia
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSBE	Servicios de salud de base escolar
SSE	Servicios de salud escolar
UE	Unión Europea
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNGASS	Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este cuadernillo es el resultado de un proceso de consulta internacional sobre las respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas. El proceso fue dirigido por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprovechando las sinergias de sus respectivos mandatos y competencias. El proceso de consulta constó de los tres componentes siguientes:

- Un ejercicio de revisión bibliográfica y recopilación de datos encargado por la UNESCO y resumido en un documento técnico de antecedentes. La investigación y la redacción del documento de antecedentes corrieron a cargo del equipo de asesores del University College of London (UCL) compuesto por Daniel Hale, Chris Bonell y Russell Vinner, con aportaciones de Arrash Yassaee, Kirsten MacGregor y Leonardo Bevilacqua.
- Las reseñas bibliográficas nacionales y regionales fueron encargadas por las Oficinas de la UNESCO en Europa Oriental y Asia Central, África Oriental y Meridional, y América Latina y el Caribe, y aportaron información al documento técnico de antecedentes.
- La UNESCO, en colaboración con la UNODC y la OMS, y con el apoyo del Gobierno turco, organizó una reunión internacional de expertos (29 de septiembre-2 de octubre de 2015, Estambul, Turquía), en la que dicho documento se presentó a expertos en la materia, que realizaron aportaciones complementarias.

El proceso fue coordinado por un equipo dirigido por Christophe Cornu, Especialista principal del programa de la UNESCO, bajo la supervisión de Christopher Castle, Jefe de la sección de la Salud y la Educación de la UNESCO, y con la orientación general de Soo Hyang Choi, Directora de la División para la Inclusión, la Paz y el Desarrollo Sostenible de la UNESCO.

Gary Roberts redactó el cuadernillo basándose en las conclusiones del proceso arriba indicado. La UNESCO, la UNODC y la OMS ofrecieron apoyo y consejos durante el proceso, debiendo mostrarse un agradecimiento especial a Yongfeng Liu, de la Sección de la Salud y la Educación de la UNESCO; Giovanna Campello y Hanna Heikkilä, de la Sección de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, de la Subdivisión de Salud y Prevención del Uso Indebido de Drogas de la UNODC; y Maria Renstrom, Vladimir B. Poznyak, Elise Gehring y Regina Guthold, del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Valentina Baltag, del Departamento de Salud Materna, Neonatal, de Menores y Adolescente de la OMS, y Yuka Makino, del Departamento de Prevención de Enfermedades no Transmisibles de la OMS.

Nuestro agradecimiento a todas las personas que aportaron estudios de casos para la elaboración de este cuadernillo, entre ellas Nancy Comeau, Patricia Conrod, Galina Fomaidi, Håkan Leifman, Tatiana Rayfshnyder, Borikhan Shaumarov y Harsheth Virk, y a todas las personas que revisaron el borrador o realizaron aportaciones de seguimiento después de la reunión internacional de expertos, entre ellos Monika Arora, Jamila Boughelaf, Gregor Burkhart, Ernesto Cortés, Mary Guinn Delaney, Zora Desic, Fabrizio Faggiano, Brian Flay, David Foxcroft, Sergei Frolov, Wangai Gachoka, Victoria González, Kenneth Griffin, Henrik Jungaberle, Anita Krug, Vladimir Ponomarenko, Neena Raina, Sky Siu, Zili Sloboda, Martin Stafström, Roberto Tykanori y Tigran Yepoyan.

Agradecimientos especiales a Ernesto Cortés, Director Ejecutivo de la Asociación Costarricense para el Estudio e Intervención en Drogas (ACEID), por revisar la traducción española del cuadernillo.

Extendemos nuestra gratitud a Ramazan Güzel, que ayudó con la organización de la reunión internacional de expertos durante su adscripción a la UNESCO en comisión de servicio por parte del Gobierno turco, y a Rebecca Apperson, que ayudó a elaborar una bibliografía comentada para facilitar la revisión bibliográfica inicial para el desarrollo del documento técnico de antecedentes durante su pasantía en la UNESCO.

GLOSARIO

Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD)	Un AVAD se puede considerar un año de vida «saludable» perdido. Para una enfermedad o afección, los AVAD se calculan como la suma de los años de vida perdidos debido a mortalidad prematura en la población y los años perdidos debido a discapacidad para personas que conviven con la enfermedad o sus consecuencias.
Bebida alcohólica	Una bebida alcohólica es un líquido que contiene etanol y está destinado a su ingestión. En la mayoría de los países con una definición legal de «bebida alcohólica», el umbral del contenido de etanol por volumen de una bebida se sitúa en alrededor del 0,5%. Las categorías dominantes de bebidas alcohólicas son cervezas, vinos y licores.
Consumo de drogas	En este cuadernillo, el término «consumo de drogas» se emplea para hacer referencia al consumo con fines no médicos y no científicos de los tres grupos de sustancias mencionados (véase drogas).
Consumo de sustancias o sustancias psicoactivas	El consumo de cualquier sustancia psicoactiva . En este cuadernillo, dicho término incluye: <ul style="list-style-type: none"> ■ el consumo de bebidas alcohólicas (véase Bebida alcohólica para más información) ■ todas las formas de consumo de tabaco (incluidas las formas para fumar y mascar) (véase Tabaco para más información) ■ consumo de drogas (véase Drogas y Consumo de drogas para más información).
Consumo perjudicial	Consumo perjudicial hace referencia a un patrón de consumo de sustancias que provoca daños a la salud (física o mental). Incluye el consumo de tabaco y el consumo de drogas , además del consumo perjudicial de bebidas alcohólicas (patrones de consumo que, por lo general, implican alta frecuencia o alto volumen de consumo, así como consumo de bebidas a una edad temprana).
Dependencia	Dependencia o síndrome de dependencia es un conjunto de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos en los que el consumo de una sustancia o de una clase de sustancias tiene una prioridad mucho mayor para un individuo determinado que otras conductas que en su día tuvieron mayor valor. Aquí se incluiría el consumo de cualquier sustancia psicoactiva , incluidas el tabaco , el alcohol y las drogas . La dependencia es uno de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias que puede producirse por el uso de una o varias sustancias psicoactivas .
Drogas	En este documento, el término «drogas» se emplea para hacer referencia a sustancias que pertenecen a uno de los tres grupos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ■ Sustancias psicoactivas (véase Sustancias psicoactivas) ■ Nuevas sustancias psicoactivas (véase Nuevas sustancias psicoactivas) ■ Sustancias volátiles (véase Sustancias volátiles)
Edad media del inicio de consumo de sustancias psicoactivas	Este término se emplea en este documento para presentar la edad media a la que se consume por primera vez una sustancia en un país, región o a nivel mundial. Suele ser la edad a la que las personas menores de edad comienzan la educación secundaria (alrededor de los 13 años). Sin embargo, en el caso de algunos lugares y sustancias (por ejemplo, el tabaco), puede tener lugar durante los últimos años de primaria (entre los 10 y los 12 años de edad). <p>La edad media de consumo es un referente comparativo importante para la prevención del consumo de sustancias, porque los planteamientos difieren antes y después del primer consumo. Se trata de una estimación que debe realizarse en cada jurisdicción en base a los mejores datos disponibles. La edad media variará en función del país o región, de la sustancia (p. ej., alcohol frente a metanfetamina) y por subpoblación. Otros términos sinónimos son: edad de inicio.</p>

Ensayo controlado aleatorizado

Un ensayo controlado aleatorizado (ECA) es un tipo de estudio científico en el que varias personas, normalmente con una enfermedad determinada, son asignadas aleatoriamente a dos (o más) grupos para evaluar una intervención específica. En un grupo (el grupo experimental) se prueba la intervención y en el otro (el grupo comparativo o de control) se realiza una intervención alternativa, se lleva a cabo una intervención simulada (placebo) o no se realiza ninguna intervención. Se realiza un seguimiento de los grupos para comprobar la eficacia de la intervención experimental. Los resultados se analizan en momentos concretos y se evalúa estadísticamente cualquier diferencia en la respuesta entre los grupos.

Estudio cuasiexperimental

Un estudio cuasiexperimental compara las diferencias entre el grupo experimental y otros grupos sin asignar aleatoriamente a los participantes a estos grupos, o a veces analiza el grupo de intervención solo antes o después de la intervención, sin compararlo con otros grupos. Los ECA se consideran el «patrón de oro» para la evaluación de resultados, mientras que los estudios cuasiexperimentales ofrecen conclusiones menos rigurosas con un coste menor, por lo que su realización es más viable.

Intoxicación

La intoxicación es uno de los **trastornos debidos al consumo** de sustancias que puede tener lugar como resultado inmediato del consumo de una o varias **sustancias psicoactivas**. Se manifiesta mediante alteraciones en el nivel de la conciencia, la cognición, la percepción, el juicio o la conducta.

Nuevas sustancias psicoactivas

Una **sustancia psicoactiva**, en forma pura o preparada, que no está controlada por los convenios de las Naciones Unidas de fiscalización de drogas, pero que puede entrañar una amenaza para la salud pública comparable con la de las sustancias citadas en estos convenios. Estas nuevas sustancias psicoactivas (NSP) se conocen en el mercado como «drogas de diseño», «drogas legales», «drogas herbarias», «sales de baño», «productos químicos experimentales» o «reactivos de laboratorio». En algunos países están reguladas por la legislación nacional.

Policonsumo de drogas

Definido a grandes rasgos en el léxico de la OMS como el consumo de más de una **sustancia psicoactiva** por parte de un individuo, consumidas al mismo tiempo o de forma secuencial. En el lenguaje corriente, el policonsumo de drogas también implica el consumo frecuente o abundante de más de una sustancia.

Práctica prometedora

Prácticas que tienen atributos asociados con programas eficaces pero que no han sido suficientemente evaluadas, o cuya evidencia aún no es lo suficientemente sólida como para poder afirmar que la práctica tiene **base científica**.

Prácticas con base científica

Por «prácticas con base científica» se entienden las prácticas, o sus adaptaciones rigurosamente probadas a nuevos ámbitos o contextos culturales, que han demostrado ser eficaces para la prevención del consumo de sustancias (o que tienen un efecto sobre factores conocidos de protección o de riesgo en relación con el consumo de sustancias si están destinadas a menores). Su eficacia debe demostrarse como mínimo en dos estudios de diseño experimental (ensayos controlados aleatorizados o diseños de estudios equivalentes aplicables a planteamientos de prevención para toda la población) con una calidad buena o aceptable.

Prevención de las consecuencias sanitarias y sociales del consumo de sustancias

Esta expresión incluye todas las políticas y programas que se centran directamente en la reducción de las consecuencias sanitarias y sociales resultantes del consumo de sustancias. Algunos ejemplos son: programas de intercambio de agujas/jeringas para prevenir que las personas que se inyectan drogas (PID) compartan agujas y, por tanto, el contagio de infecciones de transmisión hemática, como el VIH y la hepatitis C, así como programas para prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol y las drogas.

Prevención del consumo de sustancias	Programas y políticas destinados a prevenir o retrasar el inicio del consumo de sustancias y la transición a los trastornos debidos a dicho consumo, cuyo objetivo último es reducir el consumo de sustancias y sus consecuencias sanitarias y sociales.
Prevención indicada	Estrategias de prevención del consumo de sustancias destinadas a personas que pueden estar expuestas a un riesgo de consumir sustancias o sufrir trastornos debidos a ese consumo.
Prevención selectiva	Estrategias de prevención del consumo de sustancias destinadas a subconjuntos determinados de la población que corren mayor riesgo de consumir sustancias.
Prevención universal	Estrategias de prevención del consumo de sustancias destinadas a toda la población, con independencia de los factores de riesgo individuales o grupales.
Salud escolar	<p>Un programa de salud escolar se define como las estrategias, las actividades y los servicios ofrecidos por las escuelas, en las escuelas o en asociación con estas (y otras instituciones educativas) que están diseñados para promover el desarrollo físico, emocional y social de los estudiantes.</p> <p>Servicios de salud escolar son los servicios de salud prestados por profesionales sanitarios o de ámbitos conexos a los estudiantes matriculados, con independencia del lugar de prestación del servicio (en el ámbito escolar o fuera del mismo). Los servicios sanitarios deben consensuarse mediante un acuerdo formal entre la institución educativa y la organización que los presta.</p>
Sector de la educación	En este cuadernillo, el «sector de la educación» se define desde un punto de vista operativo como el conjunto de actividades cuyo propósito primordial es impartir educación en instituciones educativas, y personas, instituciones, recursos y procesos, agrupados con arreglo a las políticas establecidas, para sustentar la prestación de educación en instituciones educativas en todos los niveles del sistema. A escala nacional, el sector/sistema de educación suele ser coordinado por uno o varios ministerios de educación.
Sustancia volátil	Entre las sustancias volátiles se incluyen los disolventes orgánicos que están presentes en muchos productos domésticos e industriales de uso común, como el pegamento, las pinturas en aerosol, los disolventes industriales, etc. Se inhalan para conseguir efectos psicoactivos.
Sustancias psicoactivas	Las sustancias psicoactivas, como el cannabis, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína, así como el alcohol y la nicotina, son sustancias que, al consumirse, tienen la propiedad de modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento del individuo. Muchas de ellas están reguladas por los tres principales tratados de fiscalización internacional de drogas: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, modificada por el Protocolo de 1972; el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.
Tabaco	El tabaco es una sustancia psicoactiva que contiene nicotina. Se puede consumir inhalando el humo (como cigarrillos, puros, pipas de agua), como producto sin humo (esnifado, mascado) o como producto vaporizado (cigarrillos electrónicos, dispositivos electrónicos portátiles que vaporizan un líquido aromatizado al inhalarlo).
Trastornos debidos al consumo de sustancias	Trastornos mentales y conductuales debidos al consumo de una o varias sustancias psicoactivas . Incluyen un amplio abanico de trastornos de diversa gravedad y formas clínicas, como intoxicación , consumo perjudicial , síndrome de dependencia , síndrome de abstinencia, trastorno psicótico, etc. Los trastornos debidos al consumo de sustancias incluyen el consumo nocivo y la dependencia de sustancias.



RESUMEN EJECUTIVO

Este cuadernillo ofrece el contexto y la justificación para la mejora de las respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas entre personas menores de edad y jóvenes, con atención especial a los sectores de educación primaria y secundaria. Presenta políticas y prácticas prometedoras y con base científica e incluye ejemplos prácticos de diversas regiones que han resultado efectivos a la luz de investigaciones científicas. También subraya cuestiones que el sector de la educación debe considerar a la hora de mantener y ampliar planteamientos y programas efectivos para abordar el problema del consumo de sustancias.

Contexto y justificación

El consumo de sustancias suele iniciarse en la adolescencia, siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis las sustancias más consumidas por personas menores de edad y jóvenes.

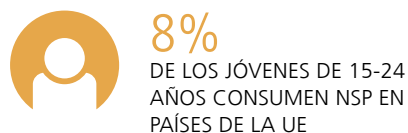
Los datos nacionales disponibles de encuestas escolares revelan que: uno de cada cuatro personas entre los 13 a 15 años consumió alcohol en los últimos 12 meses; y una de cada diez niñas y uno de cada cinco niños consumió tabaco, registrándose tasas más bajas para el cannabis. El tabaco suele ser la primera sustancia consumida por las personas menores de edad y jóvenes. Se ha observado un incremento del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico y nuevas sustancias psicoactivas, aunque la prevalencia sigue siendo relativamente baja. Las nuevas sustancias psicoactivas entrañan una amenaza especial, porque algunos jóvenes las consideran más seguras que otras drogas por el hecho de ser o haber sido legales. También son fácilmente accesibles y por lo general se presentan en un envase con marca. Además, el 70-90% de las personas que se inyectan drogas (PID) en algunos países empiezan a hacerlo antes de los 25 años.

Figura: Resumen de la situación de consumo de drogas por menores y jóvenes en el mundo y regiones seleccionadas

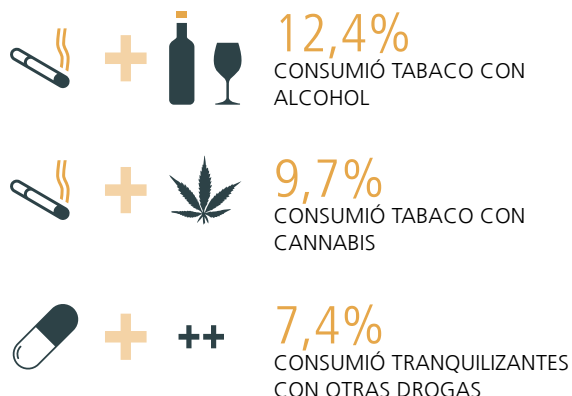
Entre las sustancias consumidas por menores y jóvenes, las siguientes son las de consumo más común entre estudiantes adolescentes de 13-15 años



Algunos menores y jóvenes también consumen estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) y nuevas sustancias psicoactivas (NSP), recurren al policonsumo y se inyectan drogas:



POLICONSUMO DE DROGAS ENTRE JÓVENES ESTUDIANTES EN 29 PAÍSES EUROPEOS



El inicio temprano del consumo esporádico y habitual de alcohol, tabaco y drogas entre las personas menores de edad y jóvenes se asocia al aumento del riesgo de desarrollo de dependencia o consumo perjudicial en un

momento posterior de la vida, así como a problemas de salud física y mental a lo largo de la vida.

Los datos disponibles señalan que el consumo de sustancias entre jóvenes y personas menores de edad ha estado ligado a una serie de consecuencias negativas relacionadas con la salud en todo el mundo, como bajo rendimiento escolar, fracaso escolar y abandono de los estudios en la etapa de secundaria o la universidad en diversas regiones y países desarrollados y en desarrollo.

Son muchos los factores individuales, familiares, escolares, comunitarios y sociales que contribuyen al consumo de sustancias entre los jóvenes o que lo previenen. El sector de la educación, visto como un ecosistema compuesto por un amplio abanico de actores y elementos, puede movilizarse para adoptar un enfoque integral (descrito más adelante) destinado a ayudar a abordar dichos factores.

Buenas políticas y prácticas

Las respuestas eficaces del sector de la educación frente al consumo de sustancias requieren basar todos los enfoques y acciones en los mejores datos científicos disponibles. Ello incluye la fijación de objetivos preventivos y pertinentes para la prevalencia y los patrones de consumo de sustancias en el país en cuestión. La prevención debe comenzar pronto. Debe abarcar todos los grupos de edad y abordar de manera especial los períodos críticos de transición en el desarrollo de las personas menores de edad y jóvenes. Una respuesta integral del sector de la educación frente al consumo de sustancias consta de los siguientes elementos fundamentales:

- **MARCOS DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DEL SECTOR DE LA EDUCACIÓN**, que pueden adoptar diversas formas: políticas escolares obligatorias en materia de sustancias psicoactivas, educación obligatoria sobre salud y consumo de sustancias, prestación de servicios de salud escolar, y adopción de normas nacionales de calidad aplicables a las iniciativas de prevención en las escuelas. Todas estas políticas y marcos de estrategias deben basarse en los mejores datos disponibles, y fundamentarse en prioridades sociales más amplias estructuradas a través de marcos internacionales relevantes.
- **PLANES DE ESTUDIOS NACIONALES Y SUBNACIONALES** que suelen ajustarse a un área temática relacionada con la salud, para garantizar:
 - 1) contenidos y conceptos adaptados a la edad y centrados en las capacidades personales y sociales, especialmente en el caso de menores y jóvenes antes y durante la edad media de inicio del consumo; conocimientos específicos sobre el consumo de sustancias y las actitudes ante el mismo para jóvenes que ya pueden haberse iniciado en el consumo;
 - 2) métodos de enseñanza interactivos impartidos por educadores formados;

- 3) una serie de sesiones estructuradas que abarquen varios años, apoyadas por sesiones de refuerzo para reafirmar el contenido de los planes de estudios y contribuir a los efectos a largo plazo. La información por sí sola, especialmente la diseñada para infundir miedo o basada en los testimonios de ex-consumidores de sustancias psicoactivas, produce resultados nulos o negativos.
- **FORMACIÓN Y APOYO AL PERSONAL DOCENTE** a fin de garantizar su capacidad para ofrecer respuestas de prevención de calidad frente al consumo de sustancias en las escuelas. La formación general para docentes puede impartirse en los estudios de profesorado, o como formación continua en el servicio o en escuelas concretas. Es más efectiva si adopta un planteamiento participativo y colaborativo, e incluye demostraciones y oportunidades de practicar o ensayar capacidades clave, además de brindar conocimientos relevantes y prácticas docentes.
 - **RESPUESTAS CON BASE CIENTÍFICA EN LA ESCUELA** que incluyen:
 - 1) planteamientos de prevención universal destinados a garantizar un entorno seguro y propicio para las personas menores de edad y jóvenes durante la etapa educativa, incluida la aportación de respuestas relacionadas con planes de estudios y otras actividades en el contexto de las instituciones educativas; y
 - 2) prevención selectiva e indicada, destinada a individuos o grupos que corren mayor riesgo de iniciar conductas de consumo de sustancias o que ya las consumen.

Se recomienda adoptar un planteamiento escolar integral para abarcar todos los aspectos de la comunidad escolar que puedan influir sobre el aprendizaje, la salud y el bienestar de los estudiantes, al objeto de garantizar:

- 1) unas dependencias escolares exentas de sustancias y unas funciones y actividades escolares en las que se prohíba el consumo de sustancias tanto a los estudiantes como al personal docente;
- 2) unas respuestas no disciplinarias para los estudiantes sorprendidos consumiendo sustancias, la transformación de los incidentes en oportunidades para promover la salud y la educación mediante el asesoramiento, la derivación para tratamiento, la prestación de ayuda para dejar el consumo y la aplicación de otros mecanismos de apoyo; y

- 3) un entorno escolar que promueva la participación de los estudiantes, los vínculos positivos y el compromiso con la escuela. No hay pruebas de que los controles aleatorios de consumo de sustancias psicoactivas en las escuelas tengan efectos preventivos.

- **SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR ADECUADOS**, que suelen encontrarse tanto en países de ingresos altos como bajos: pueden desempeñar un papel importante en la prevención, la detección temprana y la derivación para tratamiento relacionados con el consumo de sustancias y los trastornos debidos al mismo (véase el Glosario), así como en la realización de intervenciones breves ante el consumo de sustancias por parte de los estudiantes. Los servicios que se prestan en dependencias escolares (servicios de base escolar) son eficaces, especialmente en el caso de las personas menores de edad y jóvenes más aislados, por ser más accesibles que los servicios de salud de la comunidad.
- **GESTIÓN EFICAZ DE LA RESPUESTA DEL SECTOR DE LA EDUCACIÓN** que garantice el establecimiento de los recursos y la infraestructura necesarios para la planificación, la coordinación (tanto entre el sector de la educación y otros sectores, como dentro del propio sector de la educación), la supervisión y la evaluación de las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias a largo plazo.

Ampliación sostenible de las respuestas efectivas del sector de educación frente al consumo de sustancias psicoactivas

Los programas y las respuestas que se han revelado ineficaces o de algún modo perjudiciales en sus formas actuales deben cancelarse y revisarse. La decisión de mantener o ampliar una respuesta solo es acertada si esta es prometedora o demuestra efectos positivos fundamentados en una evaluación científica. La preparación y la ejecución de un plan de ampliación creíble para una respuesta del sector educativo frente al consumo de drogas requiere, *inter alia*: gestión pública, liderazgo y defensores fuertes; compromiso de un amplio abanico de partes interesadas desde el principio; comprensión por parte de las autoridades responsables de las implicaciones de la ampliación; capacidad y recursos del sector para poner en práctica la respuesta; y supervisión, mejora de la calidad y evaluación continuas.



1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol, tabaco y drogas, denominado «consumo de sustancias psicoactivas» o “consumo de sustancias” en este documento, está asociado a un gran número de consecuencias negativas. Estas comprenden desde lesiones, accidentes y violencia hasta problemas de salud crónicos, como dependencia, enfermedades cardiovasculares, VIH, hepatitis C y varios tipos de cáncer. Además de estas consecuencias físicas y psicosociales y los costes sanitarios resultantes, hay costes sociales, educativos, de justicia social y de baja productividad importantes, con un precio muy elevado para las comunidades y las sociedades.

El sector de la educación no puede soslayar su papel en la consideración de este problema. Debe comprometerse por dos razones principales:

- 1) para apoyar los esfuerzos de la sociedad por reducir los costes sociales y económicos derivados del consumo de sustancias; y

- 2) porque el consumo de sustancias entre las personas menores de edad y jóvenes¹ y las causas que lo provocan suelen interponerse en la misión del sector de la educación.

El consumo de sustancias, especialmente el consumo perjudicial, puede afectar al bienestar de una persona joven, y está claramente vinculado a un bajo rendimiento académico (funcionamiento cognitivo, desinterés por la escuela², absentismo escolar y abandono escolar) (Arthur et al, 2015).

¹ Según las definiciones de la ONU, un «adolescente» es una persona entre 10 y 19 años; un «menor» es una persona menor de 18 años, salvo que la mayoría de edad se obtenga antes con arreglo a la ley aplicable; «jóvenes» son personas entre 10 y 24 años; y «juventud» es el grupo conformado por las personas entre 15 y 24 años.

² El término «escuelas» se emplea para en este documento como sinónimo de «instituciones educativas». En caso de que las escuelas se refieran a una etapa educativa concreta (como infantil, primaria, secundaria o superior), se indica claramente.

Por otro lado, el sector de la educación puede desempeñar un papel importante en la prevención y el abordaje del consumo de sustancias. Un resumen de revisiones sistemáticas de los datos existentes (J.K. Das y cols, 2016) concluye que:

- en cuanto al consumo de tabaco, los programas de prevención en escuelas son efectivos para reducir el consumo;
- en cuanto al consumo de alcohol, los programas de prevención en escuelas están asociados a una reducción de la frecuencia del consumo; y
- en cuanto al consumo de drogas, las intervenciones escolares basadas en una combinación de planteamientos de influencia social y competencias sociales tienen efectos protectores frente a las drogas, incluido el cannabis.

También existe una buena comprensión de cómo puede responder el sector de la educación de forma eficaz para ayudar a abordar el consumo de sustancias. La ciencia de la prevención ha evolucionado durante las tres últimas décadas y ha aportado pruebas evidentes sobre los planteamientos del sector de la educación que resultan eficaces a la hora de prevenir el consumo de sustancias y sus consecuencias sanitarias y sociales, y los que no tienen efecto alguno o tienen resultados negativos. Y lo que es más importante, los programas de prevención con base científica resultan rentables (Lemon et al, 2014).

Desafortunadamente, todo parece indicar que la calidad y la cobertura de la respuesta del sector de la educación suelen ser deficientes. Por ejemplo:

- En algunos países, el Ministerio de Educación y otras autoridades educativas no participan de manera significativa en la respuesta nacional frente al consumo de sustancias, y existe una falta de coordinación entre el sector de la educación y otras partes interesadas.
- En muchos países, el sector de la educación aplica planteamientos que no están basados en datos científicos, con el consiguiente derroche de recursos y, en algunos casos, las consecuencias imprevistas que pueden terminar dañando a los jóvenes (UNODC, 2013).
- Algunos países tienen focos de actividad con base científica, pero les resulta difícil mantenerlos y extenderlos a todo el país.

Por lo tanto, es apremiante la necesidad de aplicar y ampliar políticas y programas de prevención del consumo de sustancias con base científica. Este cuadernillo tiene por objeto ayudar a los actores del sector de la educación a afianzar su respuesta frente al consumo de sustancias mediante la identificación de planteamientos con base científica, con ejemplos de varias regiones y debates sobre estrategias para ampliar dichos planteamientos a pequeña escala.

Partiendo de la base de que la estructura del sector de la educación y la división de los roles dentro del mismo pueden variar mucho entre unos y otros países, el cuadernillo está destinado a las autoridades que están mejor posicionadas para dirigir y apoyar tales iniciativas, como:

- A escala nacional y subnacional: responsables de la formulación de políticas y planificadores, responsables de planes de estudios, formadores de docentes, personal encargado de la política de salud en las escuelas, personal de salud escolar y responsables de la toma de decisiones sanitarias, incluidos los encargados del desarrollo profesional del personal sanitario de las escuelas.
- Agentes sociales, de salud pública y de desarrollo, y otras partes interesadas.

Acerca de este cuadernillo

Este cuadernillo forma parte de una serie sobre buenas políticas y prácticas en educación para la salud presentada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Para esta publicación, la UNESCO ha contado con la colaboración de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que comparten con ella el interés por las respuestas del sector de la educación frente a la prevención del consumo de sustancias y que aportan sus respectivos mandatos y experiencia. Las *Normas Internacionales sobre la prevención del uso de drogas* (2013) de la UNODC y el informe *Salud para los adolescentes del mundo* (2014) de la OMS sirven de contexto a este volumen.

Para esta iniciativa se elaboró un documento técnico, que actuó como recurso principal. El informe recogió los mejores datos disponibles sobre la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias entre personas menores de edad y jóvenes en las escuelas, y las respuestas del sector de la educación, con especial atención a la recopilación de información sobre la situación de los países de ingresos medios y bajos. Para presentar un panorama lo más completo posible para las regiones de ingresos medios y bajos, la UNESCO encargó la recopilación de datos complementarios sobre:

- la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias por menores y jóvenes de Europa Oriental, Asia Central, África Oriental y Meridional, y América Latina y el Caribe; y
- las respuestas del sector de la educación en Europa Oriental, Asia Central y África Oriental y Meridional.

Por último, se reunió a expertos y responsables de los sectores de educación y salud pública en algunos de estos países para llenar algunas lagunas de conocimiento existentes.

El resto de la publicación se organiza del siguiente modo:

- **Capítulo 2:** explica detalladamente por qué es de vital importancia para el sector de la educación responder frente al consumo de sustancias entre jóvenes, y describir la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias en la juventud, las consecuencias del mismo, por qué algunos estudiantes son particularmente vulnerables a tal consumo, y cómo puede posicionarse el propio sector para responder a este problema con eficacia.
- **Capítulo 3:** identifica estrategias e intervenciones efectivas (y no efectivas) a la luz de las investigaciones científicas, y presenta ejemplos de iniciativas emprendidas en varios países que aplican estas pruebas. Los ejemplos se identifican como «con base científica» o «prometedor» (véase el Glosario para conocer las definiciones de estos términos).
- **Capítulo 4:** ofrece consideraciones decisivas para el mantenimiento y ampliación de respuestas eficaces del sector de la educación frente al consumo de sustancias.

Este volumen se centra en los sectores de educación primaria y secundaria. El consumo de sustancias por parte de estudiantes universitarios también es preocupante, pero, dado que se produce en un ámbito distinto y requiere estrategias distintas que implican a otros grupos de partes interesadas, no se trata en este cuadernillo.





2. CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Prevalencia del consumo de sustancias por los adolescentes en las escuelas

Parece que aún perdura la tradicional brecha de género en cuanto a la prevalencia de consumo, muy superior en niños que en niñas. Sin embargo, la prevalencia del consumo por niñas ha ido en aumento durante las dos últimas décadas en algunos países de ingresos altos, especialmente por lo que respecta al consumo no médico de medicamentos de venta con receta.

(UNODC, 2016)

Entre la población adulta de todo el mundo, las sustancias psicoactivas más consumidas son el alcohol, el tabaco y el cannabis, y lo mismo sucede entre personas jóvenes. Las encuestas internacionales realizadas en la mayoría de los países presentan las tasas de consumo de diversas sustancias, junto con varios indicadores de consumo perjudicial, entre adolescentes en las escuelas. Estas encuestas no sustituyen a los datos locales, pero ofrecen un contexto y una justificación para la planificación de respuestas del sector de la educación destinadas a abordar el consumo de sustancias.

En esta sección, la información se basa principalmente en datos procedentes de:

- la **Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS³)** - un proyecto mundial de vigilancia colaborativo de la OMS diseñado para ayudar a los países a medir y evaluar los factores de riesgo y los factores de protección;
- la **Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS)** - una encuesta escolar de la OMS diseñada para mejorar la capacidad de los países de controlar el consumo de tabaco entre la juventud y guiar la aplicación y la evaluación de programas de prevención y control del tabaco;
- el estudio sobre **Conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC) de la OMS**, que incluye a 44 países y regiones de Europa y América del Norte; y
- el **Proyecto Europeo de Encuestas Escolares sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD)**, que incluye datos de alrededor de 40 países europeos.

3 Los acrónimos de las encuestas internacionales se dan en inglés.

Alcohol

Por lo general, los países cuentan con leyes y reglamentos sobre el consumo de alcohol antes de la mayoría de edad. Por ejemplo, la mayor parte de los países prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas por adolescentes, o la venta/despacho de bebidas alcohólicas a estos, mediante la imposición de límites de edad (que oscilan entre los 16 y los 21 años, según los países).

Figura 1: Prevalencia del consumo de alcohol entre estudiantes adolescentes de 13-15 años



En resumen:

- El alcohol es la sustancia más consumida por estudiantes en todo el mundo. Esta forma parte de muchas bebidas, como la cerveza, el vino, los licores, la sidra o las bebidas refrescantes con bajo contenido alcohólico.
- En promedio en todo el mundo, casi uno de cada cuatro adolescentes de 13-15 años afirma haber consumido alcohol durante los últimos 12 meses, el doble de los que han consumido tabaco.
- El nivel y el patrón de consumo de alcohol difiere entre los distintos países y regiones y a veces incluso entre comunidades y escuelas. De ahí la necesidad de encuestas locales para complementar las encuestas nacionales.
- Los patrones de consumo perjudicial de alcohol constituyen una conducta relativamente habitual entre adolescentes de 13-19 años de todo el mundo, aunque existe mayor prevalencia en Europa y las Américas y una menor prevalencia en África y Asia.

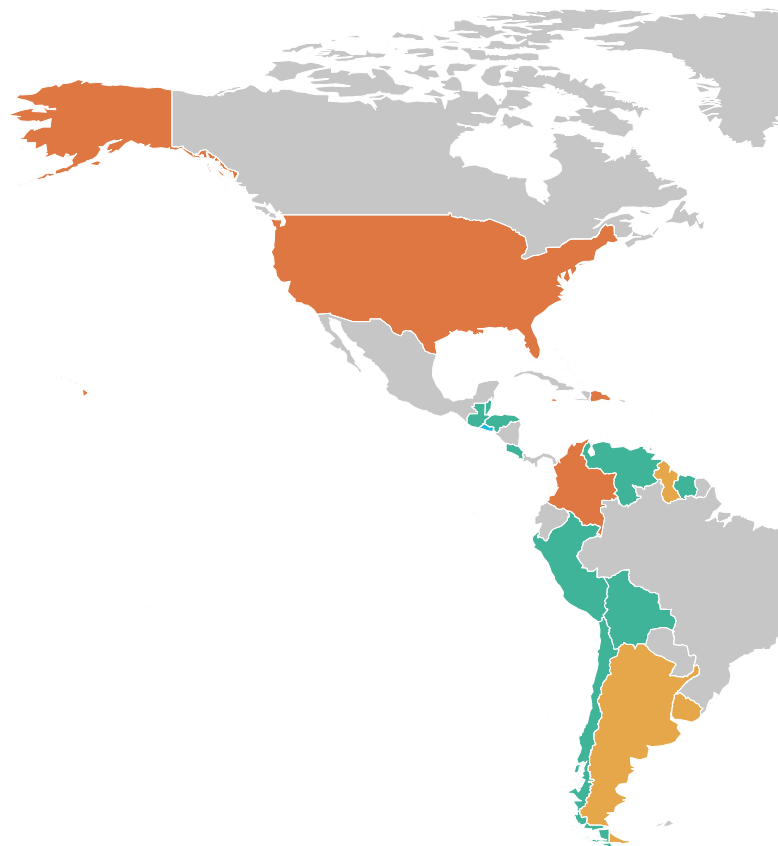
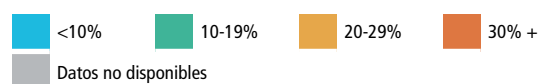
En la mayoría de los países, los chicos son más propensos a reportar que se han emborrachado alguna vez, aunque a veces solo de forma marginal. En otros países (como Uruguay y Francia), las chicas son tan propensas como los chicos a reportar que se han emborrachado.

Faltan datos sobre la frecuencia de consumo de alcohol en países de ingresos medios y bajos. Una de las regiones que recopila datos sobre el consumo frecuente de alcohol⁴

⁴ «Consumo frecuente» se define como el consumo de alcohol 40 o más veces en la vida.

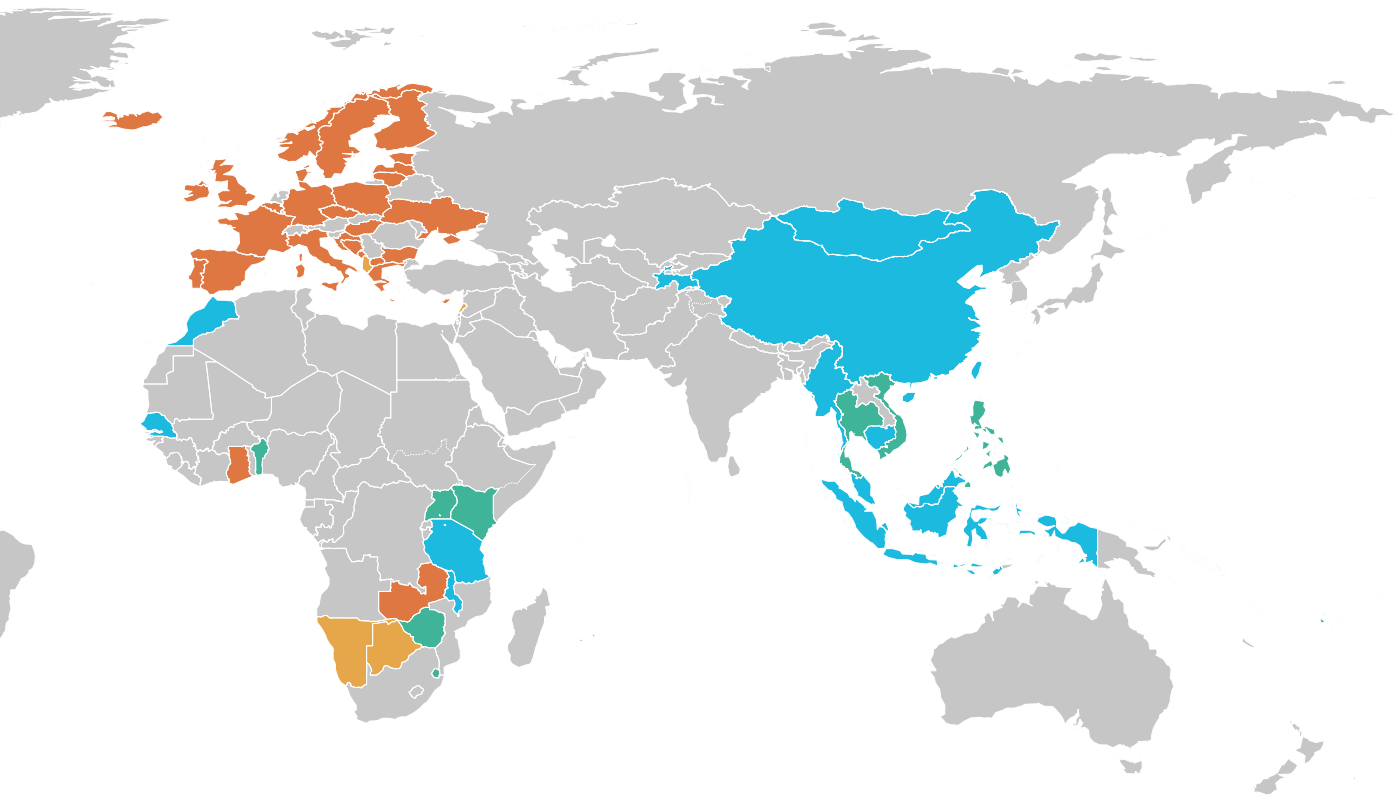
es Europa: el consumo frecuente entre estudiantes de 15-16 años es más habitual en la República Checa, Dinamarca, Letonia y Alemania (más de uno de cada tres estudiantes en estos países); es menos habitual en Islandia, Noruega y Suecia, países en los que menos del 10% de los estudiantes de 15-16 años consume alcohol.

Figura 2. Porcentaje de estudiantes de 15-16 años en Europa y de 13-15 años en otras regiones que se han emborrachado alguna vez



Fuente: ESPAD (para Europa) y GSHS (para otras regiones)⁵.

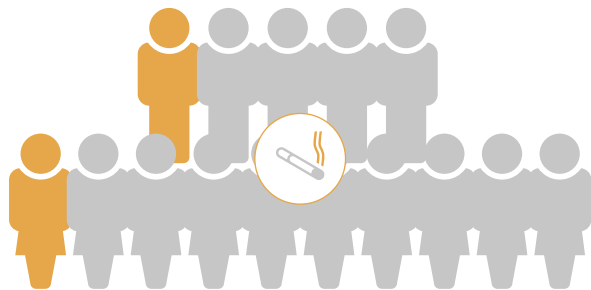
⁵ La encuesta GSHS incluye a jóvenes de 13-15 años, mientras que la encuesta ESPAD incluye a jóvenes de 15-16 años. Dado que las tasas de consumo de sustancias suelen aumentar drásticamente entre los 13 y los 16 años, los resultados de la encuesta GSHS no deben compararse con las tasas de la encuesta ESPAD.



Tabaco

Muchos países regulan la venta, el consumo y la compra de cigarrillos y otros productos de tabaco en relación con las personas jóvenes. Sin embargo, la legislación correspondiente varía y está cambiando para dar cabida a nuevos productos, como los cigarrillos electrónicos. El consumo de tabaco entre las personas menores de edad y jóvenes constituye un problema importante, porque habitualmente establece un patrón de consumo de por vida y acaba provocando problemas de salud. Asimismo, en muchos países, las tácticas de la industria, cada vez más intensivas, específicas y manipuladoras, tienen como objetivo directo a las personas menores de edad y adolescentes.

Figura 3: Prevalencia del consumo de tabaco entre estudiantes adolescentes de 13-15 años



1 DE CADA 10 NIÑAS
Y 1 DE CADA 5 NIÑOS
 ESTUDIANTES ADOLESCENTES
 DE 13-15 AÑOS CONSUMIÓ TABACO
 DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES

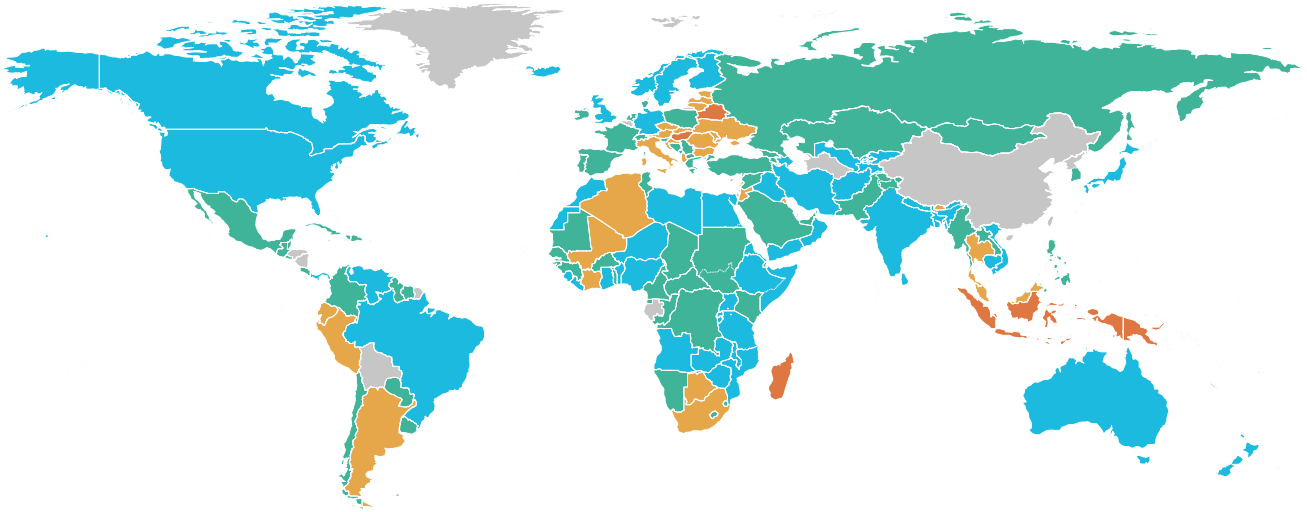
En resumen:

- El tabaco suele ser la primera sustancia consumida por las personas jóvenes, y uno de cada cuatro estudiantes de 13-15 años que ha fumado cigarrillos alguna vez afirma haberlo hecho por primera vez antes de los diez años. Los niños son más propensos a consumir tabaco que las niñas, excepto en Europa y las Américas, donde las tasas de consumo son similares para ambos sexos.
- El consumo de tabaco es común entre adolescentes en la mayoría de las regiones del mundo. Globalmente, una de cada diez niñas de 13-15 años y uno de cada cinco niños de 13-15 años consumen tabaco.
- Las tasas de consumo son más altas en Europa y más bajas en Asia y África. Pero esta situación está cambiando, ya que la prevalencia del consumo de tabaco está disminuyendo en la mayoría de los países europeos.
- Las tasas de consumo de tabaco también son más altas en grupos de ingresos bajos que en grupos de ingresos altos, lo que contribuye a las desigualdades en el ámbito de la salud.
- Pueden existir diferencias notables en las tasas de consumo de tabaco entre países en algunas regiones. Por ejemplo, el porcentaje de jóvenes de 13-15 años que afirmaron haber consumido tabaco en los últimos 30 días en Oriente Medio varía entre el 3,3% en Omán y el 60% en el Líbano.

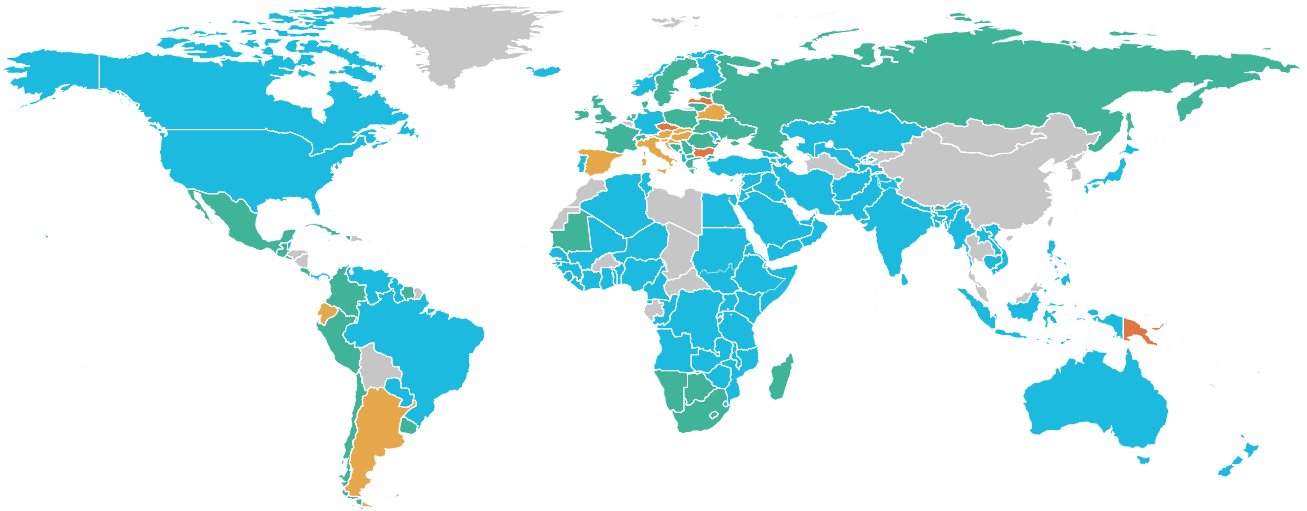
Figura 4. Porcentaje de estudiantes de 13-15 años que consumen productos de tabaco, datos de 2011 o últimos datos disponibles

0 - 6,9% 7 - 15,9% 16 - 29,9% 30% + Datos no disponibles

Niños:



Niñas:



Fuente: OMS, 2013.

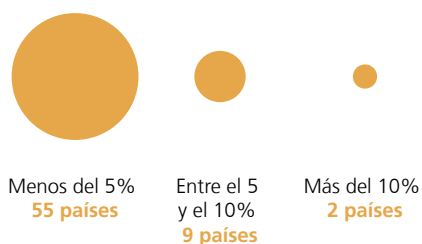
Cannabis

El cannabis es una de las drogas reguladas por los tratados de las Naciones Unidas sobre fiscalización de estupefacientes. Esto significa que su consumo solo está permitido para fines médicos y científicos.

Las preparaciones de cannabis más comunes son la marihuana, el hachís y el aceite de hachís.

La marihuana es una forma herbaria de cannabis preparada a partir de las sumidades floridas y las hojas secas de la planta. El tetrahidrocannabinol (THC) es el principal compuesto psicoactivo y el principal responsable de los efectos psicoactivos pretendidos por las personas consumidoras de esta sustancia. El cannabis suele fumarse como marihuana en un cigarrillo liado a mano, que puede incluir tabaco.

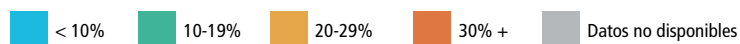
Figura 5: Prevalencia del consumo de cannabis por adolescentes de 13-15 años en 66 países



En resumen:

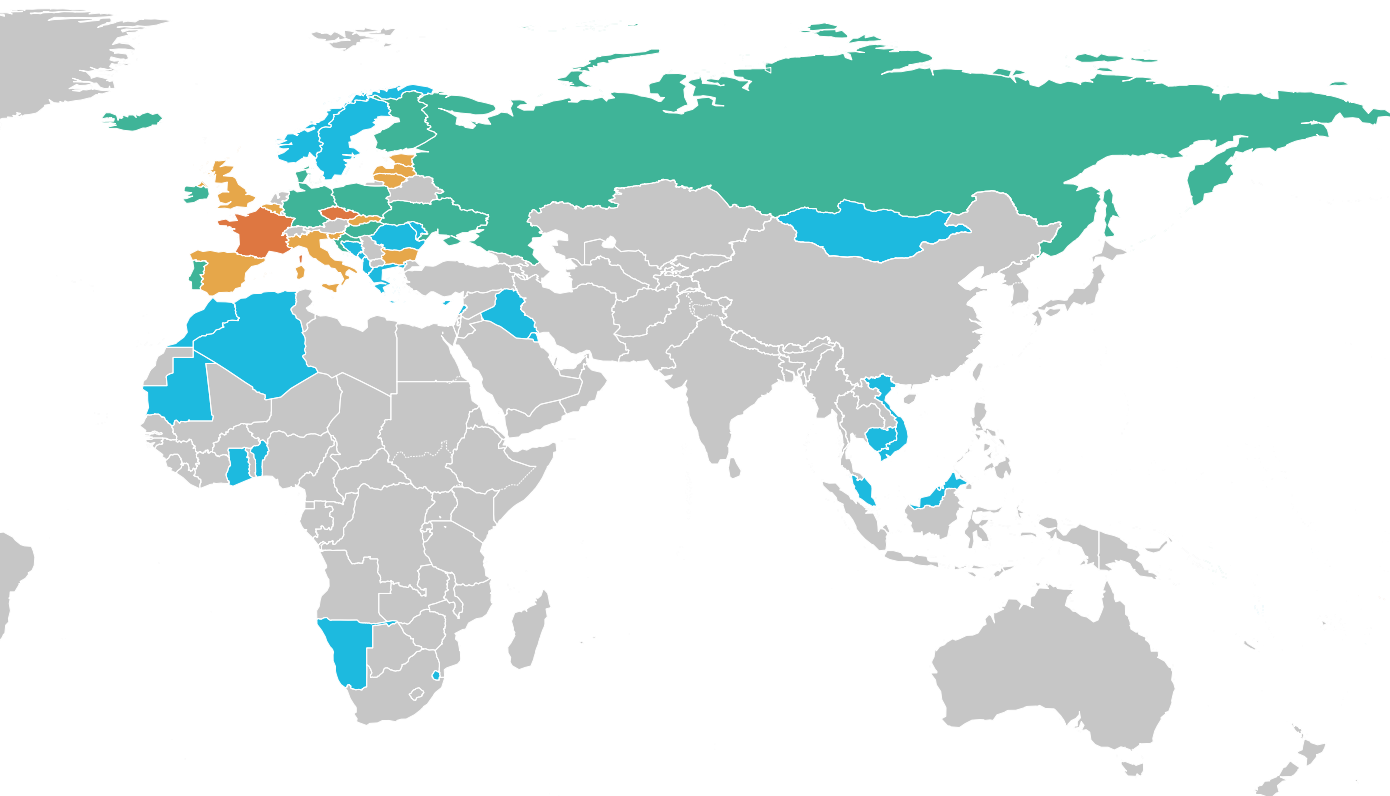
- El cannabis es la sustancia más consumida entre la juventud (y la población general) después del alcohol y el tabaco en todas las regiones del mundo; la prevalencia del consumo es más elevada en África Occidental y Central, América del Norte y Oceanía. Sin embargo, las tasas de consumo varían entre las regiones y dentro de las mismas (UNODC, 2015).
- Los datos sobre el consumo actual de cannabis están disponibles en menos países, pero sigue siendo menos común que el consumo de alcohol y tabaco en general.
- En los países europeos en los que el consumo de cannabis es más común entre estudiantes (como la República Checa, Francia y Mónaco), alrededor de uno de cada diez estudiantes había consumido cannabis como mínimo una vez a la semana en promedio en el pasado reciente.

Figura 6. Porcentaje de estudiantes de 15-16 años en Europa y de 13-15 años en otras regiones que han consumido cannabis alguna vez



Fuente: ESPAD (para Europa) y GSHS (para otras regiones)⁶.

⁶ Véase la nota a pie de página 5.



Estimulantes de tipo anfetamínico (ETA)

Los ETA son un grupo de sustancias compuestas por estimulantes sintéticos (como anfetamina, metanfetamina, MDMA o «éxtasis»). Al igual que el cannabis, están regulados a escala internacional (en el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971). Especialmente preocupante es el consumo de ETA por inhalación del humo o por vía parenteral, que puede provocar una dependencia rápida y un aumento del riesgo de contraer el VIH y otros virus de transmisión hemática.

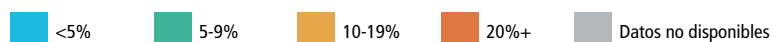
En resumen:

- A escala mundial, la tasa de consumo actual de sustancias de tipo anfetamínico (como metanfetamina

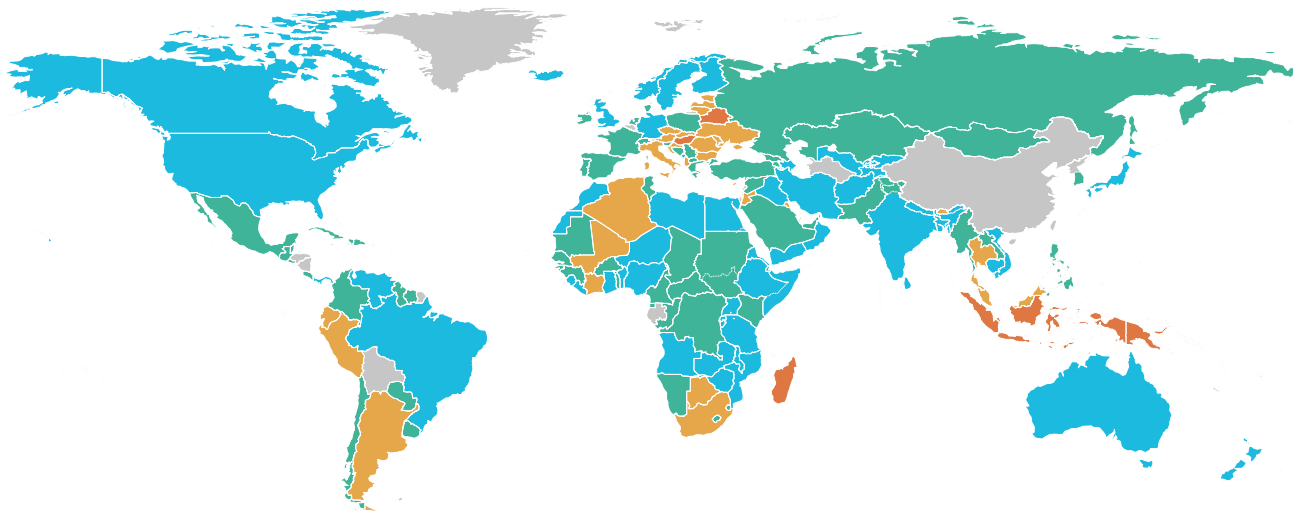
y «éxtasis») es muy baja entre jóvenes (en casi todos los países, inferior al 1%).

- Existen grandes diferencias en las tasas de consumo notificadas entre las regiones, y los datos sobre el consumo de estas sustancias por adolescentes de todo el mundo no están bien desarrollados. No obstante, entre los 66 países que han informado sobre el consumo de anfetaminas durante la vida (es decir, «consumidas alguna vez») en el grupo de edad de 13-15 años:
 - los datos indican que menos de uno de cada 20 estudiantes ha consumido ETA alguna vez;
 - nueve países muestran una tasa de entre el 5% y el 10% de consumo de ETA alguna vez;
 - dos países de la región del Pacífico (Samoa y las Islas Salomón) notifican tasas superiores al 10%.

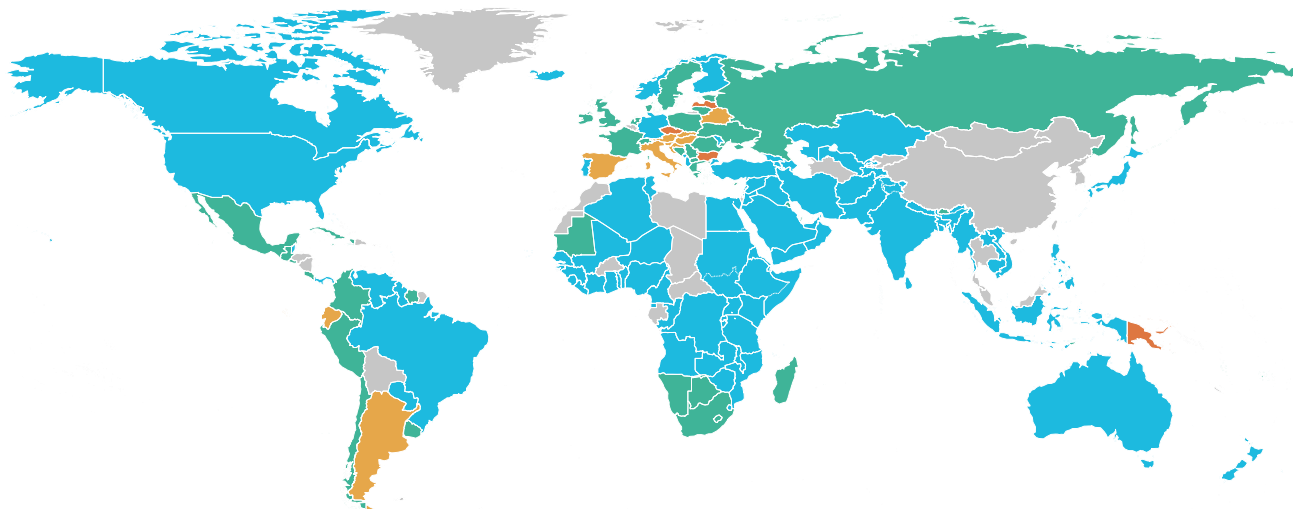
Figura 7. Porcentaje de estudiantes de 15-16 años en Europa y de 13-15 años en otras regiones que han consumido ETA alguna vez



Niños:



Niñas:



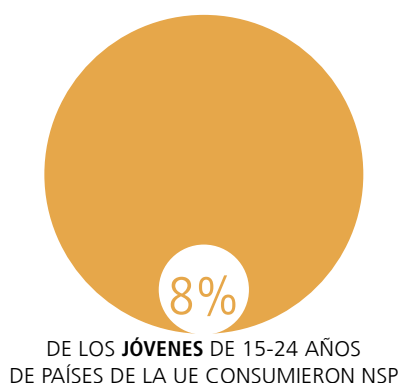
Fuente: ESPAD (para Europa) y GSHS (para otras regiones)⁷.

⁷ Ibídem.

Nuevas sustancias psicoactivas (NSP)

En los últimos años se ha experimentado un rápido crecimiento del consumo de nuevas sustancias psicoactivas (NSP), también denominadas «drogas legales», por jóvenes de todo el mundo. En la actualidad existen más de 500 sustancias identificadas en todo el mundo, entre las que se incluyen 100 sustancias nuevas notificadas por primera vez en el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (UE) durante 2015.

Figura 8. Prevalencia del consumo de NSP por adolescentes de 15-24 años en países de la UE



La estimación de la prevalencia del consumo de NSP resulta complicada, especialmente a través de encuestas de población general. La Encuesta «Flash» del Eurobarómetro de 2014, realizada entre más de 13.000 jóvenes de 15-24 años en los Estados Miembros de la UE sobre el consumo de NSP, nos ofrece una idea aproximada. Dicha encuesta reveló que el 8% de los encuestados había consumido una NSP como mínimo una vez, y el 3% las había consumido durante el último año. Los niveles de consumo más elevados durante el año pasado se registraron en: Irlanda (9%); España y Francia (ambas el 8%); y Eslovenia (7%); los niveles más bajos de consumo de NSP se registraron en Malta y Chipre (0%) (EMCDDA, 2015).

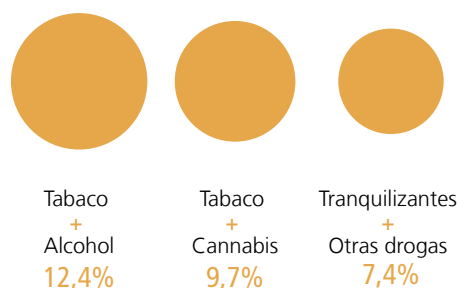
Las NSP constituyen un peligro porque son o han sido muy accesibles, no se percibe que entrañen el mismo riesgo para la salud y el bienestar que otras drogas ilegales más «tradicionales» y, además, los servicios de salud pueden tener dificultades para responder a las consecuencias y las emergencias derivadas de su uso. Algunos jóvenes piensan equivocadamente que las NSP son más seguras porque alguna vez han sido legales o se presentan en envases con marca. Esta percepción expone a las personas jóvenes a riesgos y la participación en conductas peligrosas.

Policonsumo de drogas

El policonsumo de drogas implica el consumo de más de una sustancia psicoactiva, normalmente de manera simultánea o secuencial. La mejor información internacional actual sobre el policonsumo de drogas es la que ofrecen los 29 países que notifican desde Europa, que dan un promedio para niños y niñas:

- El patrón de policonsumo de drogas más común es el consumo de tabaco (más de cinco cigarrillos al día durante los últimos 30 días) y el consumo de alcohol (más de 10 ocasiones en los últimos 30 días), conducta notificada por el 12,4% de los estudiantes encuestados.
- El siguiente patrón de policonsumo de sustancias más común notificado por los estudiantes es el consumo de tabaco y cannabis (consumo en cualquier momento de la vida), con un 9,7%.
- Le sigue el consumo de tranquilizantes junto con una droga ilegal distinta del cannabis, con un 7,4%.
- Francia, Mónaco y la República Checa son los países con mayor prevalencia de estudiantes que afirman consumir dos o más sustancias, con un 20%, un 18% y un 16% respectivamente.
- Las tasas más bajas de consumo de dos o más sustancias se registran en Islandia, Montenegro y Ucrania, con un 4%, un 4% y un 5% respectivamente.

Figura 9. Patrones y prevalencia del policonsumo de drogas entre estudiantes en 29 países europeos



Consumo de drogas inyectables

Aunque el consumo de drogas inyectables es muy poco común entre escolares, la presente sección presta atención a este problema, porque el abandono escolar incrementa los riesgos asociados a esta conducta.

En resumen:

- En general, el consumo de drogas inyectables es más frecuente entre personas menores de edad y jóvenes que viven en la calle. Estos jóvenes suelen tener necesidades personales y sociales complejas (como problemas mentales, falta de un hogar) surgidas de experiencias vitales negativas previas.
- La mayoría de las personas jóvenes que se inyectan drogas vive en países de ingresos medios y bajos.

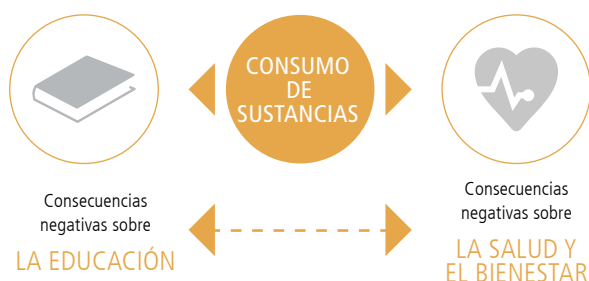
- Entre los 12,7 millones de personas que se inyectan drogas que, según se calcula, existen en todo el mundo, se desconoce el porcentaje de las personas menores de 25 años (OMS, 2014). En las encuestas escolares sobre consumo de drogas en los países occidentales, el porcentaje de estudiantes que afirman haberse inyectado drogas alguna vez es del 1%.
- La edad de inicio del consumo de drogas inyectables varía entre las regiones y países, aunque en algunas (como en Europa Occidental) la edad es más temprana. Por ejemplo, en Ucrania, el 45% de una muestra de jóvenes que se inyectan drogas (de 10 a 19 años) que vivían o trabajaban en la calle afirmó haber empezado a consumir antes de los 15 años.

2.2. Consecuencias del consumo de sustancias entre jóvenes

Muchas personas jóvenes suelen probar una sustancia por primera vez por curiosidad, o consumen una sustancia de manera ocasional y aparentemente no experimentan consecuencias negativas a corto plazo. Sin embargo, su consumo puede provocar consecuencias a largo plazo menos evidentes, e incluso muchas personas jóvenes adoptan patrones de consumo (como consumo a edad temprana, consumo frecuente, consumo de grandes cantidades, policonsumo de sustancias y consumo de sustancias mientras conducen, tienen relaciones sexuales u otras actividades) asociados a consecuencias negativas a corto plazo. Esto puede establecer un patrón de consumo en la adultez que puede provocar consecuencias negativas a más largo plazo (Gore et al, 2011).

Aunque las causas a veces son complejas y no siempre existe una relación directa entre los consumos de sustancias y los resultados, existen pruebas contundentes de causalidad como mínimo entre el consumo frecuente de drogas y alcohol y consecuencias sanitarias, sociales y educativas.

Figura 10. Consecuencias del consumo de sustancias por los jóvenes



Consecuencias relacionadas con la salud

Existen pruebas contundentes de que el consumo de sustancias entre personas menores de edad y jóvenes está ligado a una mala salud física y mental. Por ejemplo:

- El **consumo de tabaco** en personas menores de edad y jóvenes está claramente vinculado a dificultades respiratorias (Kandel et al, 1986), asma y rinitis (Gómez, 2009), así como a cáncer en la vida adulta.
- El **consumo** frecuente de **cannabis** está asociado a una serie de enfermedades físicas como afecciones respiratorias, enfermedad cardiovascular y bronquitis crónica (Hall, 2015). El consumo de cannabis en la adolescencia también está asociado a tasas considerablemente más altas de asignación de pensiones de invalidez hasta los 59 años (Danielsson, 2014). Los efectos a corto plazo del consumo de cannabis sobre la salud son: aumento de la ansiedad, reacciones de pánico y síntomas psicóticos, así como aumento del riesgo de mortalidad debido principalmente a accidentes de automóvil (Hall, 2015).
- El **consumo** perjudicial de **alcohol** entre personas menores de edad y jóvenes está asociado a una mala salud física en la vida adulta, con enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares, cáncer, aumento del riesgo de contraer enfermedades infecciosas debido al debilitamiento del sistema inmunitario y lesiones accidentales (OMS, 2014). Además, el consumo perjudicial de alcohol en menores y jóvenes está ligado a efectos neurocognitivos y a la reducción del funcionamiento del cerebro (Squeglia et al, 2009; Zeigler et al, 2005).
- Las **personas que se inyectan drogas** y comparten agujas y otro material de inyección corren mayor riesgo de contraer el VIH y otros virus de transmisión sanguínea, como las Hepatitis B y C. Las personas jóvenes que están iniciándose en estas prácticas pueden ser menos conscientes de estos riesgos y es menos probable que sepan cómo obtener ayuda. De ahí que el riesgo de contraer el VIH y otras enfermedades relacionadas sea mayor en los inicios (Hadland et al, 2011; Barrett et al, 2013).

Asimismo, el consumo de alcohol y drogas entre personas menores de edad y jóvenes en países de ingresos medios y bajos como Chile, China, Namibia y Filipinas está ligado a consecuencias similares para la salud mental y conductas de riesgo para la salud, incluidos riesgos sexuales, así como a delincuencia y violencia (Kandel, 1986; Page et al, 2010; OMS, 2005).

Los trastornos por consumo de alcohol y drogas son responsables de una pérdida considerable de años de vida saludable (años de vida ajustados en función de la discapacidad o AVAD) entre personas menores de edad y jóvenes de todo el mundo, por ejemplo, **3 días para cada niño**, como demuestran los datos de 2012 de la OMS que figuran en la Tabla 1.

Tabla 1. Pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad en 2012 (por cada 100.000 personas)

	Grupo de edad 5-14		Grupo de edad 15-29	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Debido a trastornos por consumo de alcohol	51,9	13,9	929,2	161,1

Debido a trastornos por consumo de drogas	26,7	21,9	554,1	269,5
---	------	------	-------	-------

Consecuencias relacionadas con la educación

Tal y como se indicó en la sección anterior, el consumo de tabaco, alcohol y drogas suele ir ligado a problemas de salud mental. Estos pueden afectar la participación en la escuela, y el consumo de sustancias se ha vinculado a una serie de resultados negativos relacionados con la educación en todo el mundo, como bajo rendimiento educativo, fracaso escolar y abandono de los estudios en la etapa de secundaria o la universidad en diversas regiones y países desarrollados y en vías de desarrollo (De Micheli and Formigoni, 2004; Munne, 2005; Rizk, 2005; UNODC, 2009b).

Cuanto antes inicia el consumo de sustancias, más probable es que se produzcan consecuencias negativas inmediatas y efectos a largo plazo. Por ejemplo:

- El **consumo temprano de tabaco** por adolescentes está íntimamente relacionado con un descenso del rendimiento académico (descenso de las calificaciones y fracaso escolar) (Dhavan et al, 2010; Stiby et al, 2015).
- Un patrón de **embriaguez y consumo frecuente de alcohol** desde una edad temprana resulta particularmente nocivo e incrementa las probabilidades de que se produzca un efecto inmediato y continuo sobre el cerebro, problemas sociales, problemas en la escuela (expulsiones y absentismo escolar) y menoscabo de las perspectivas futuras relacionadas con la educación (Hemphill et al, 2014; Kuntsche et al, 2013).
- También se ha comprobado que el **consumo de cannabis** en la adolescencia temprana está asociado a un bajo rendimiento académico y abandono escolar: cuanto más abundante es el consumo, más escasos son los logros (Silins et al, 2014; Stiby et al, 2015).

Figura 11. Consecuencias del consumo de sustancias por los jóvenes para la educación



Otro aspecto de la interrupción educativa derivada del consumo de sustancias son las consecuencias nocivas que tienen las personas no consumidoras de sustancias en su relación con personas consumidoras. Entre ellas se incluyen la interrupción de su tiempo de estudio, los insultos o la humillación, y los daños materiales (Departamento

de Justicia de los Estados Unidos, 2012). Dentro de las escuelas, el consumo/las personas consumidoras de sustancias pueden interrumpir las clases y atraer para sí recursos escolares que deberían destinarse a fines académicos. En total, el Departamento de Educación del Reino Unido calcula que el bajo rendimiento escolar derivado del consumo de sustancias por personas menores de edad y jóvenes cuesta a la economía 80.700 GBP⁸ por cada consumidor (Departamento de Educación, 2011).

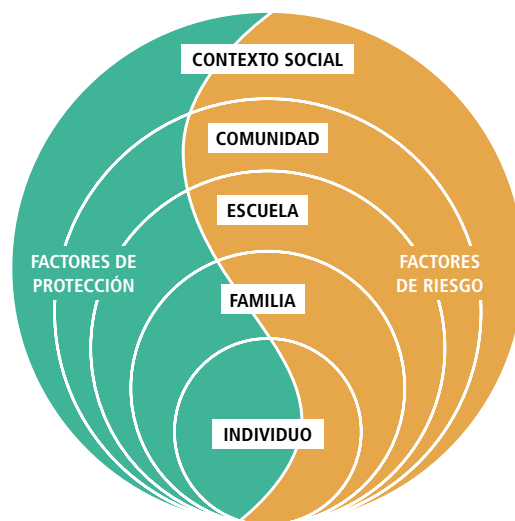
La relación entre la participación escolar, el consumo de sustancias y otros factores, como los problemas afectivos, es compleja. Estos problemas comparten muchos factores causales (Kipping et al, 2012). La prevención del consumo de sustancias con base científica aborda estos factores y es muy probable que no solo resulte eficaz para evitar o retrasar el consumo de sustancias, sino también para mejorar de diversas formas el rendimiento académico y el funcionamiento social.

2.3. Razones por las que algunos jóvenes consumen sustancias y otros no

Algunos menores y jóvenes son más propensos que otros a consumir sustancias debido a sus atributos individuales y al entorno en el que viven.

Estos atributos y aspectos del entorno se denominan factores de «riesgo» o de «protección», dependiendo de si sirven para aumentar o para reducir las probabilidades de que una persona joven consuma sustancias. Todo el mundo cuenta con una combinación de factores de riesgo y de protección, y su interrelación en la vida (por ejemplo, el número aproximado de esos factores, su fuerza, cuando ocurren y cuanto “duran”) predice la probabilidad que se produzca consumo de sustancias.

Figura 12. Categorías de factores que afectan a la probabilidad de que un joven consuma sustancias



8 Aproximadamente 104.000 Dólares estadounidenses.

Los factores de riesgo y de protección configuran el desarrollo de un individuo a lo largo de su vida, desde la concepción hasta la niñez, la adolescencia y la adultez. Una forma útil de ver esta interrelación de factores es a través del modelo “ecológico” que coloca a la persona menor de edad o joven en el centro de esferas cada vez más amplias que representan los entornos en los que vive (es decir, familia, escuela, comunidad y sociedad) (Bronfenbrenner and Ceci, 1994).

El grado total de riesgo o de protección en la vida de una persona menor de edad es un producto de la interrelación entre sus características personales y sus experiencias en las distintas esferas vitales. Por ejemplo, el desapego entre el niño y sus padres durante la infancia puede contribuir a la aparición de problemas tempranos de conducta, lo que a su vez afecta al rendimiento académico y a la relación con los compañeros. Por otro lado, la programación de prevención

temprana en la escuela con base científica puede mejorar su capacidad para interactuar con los profesores y los compañeros, evitar más problemas de conducta y mejorar las relaciones con los padres.

Lo que sucede en los primeros períodos de la vida incide en los acontecimientos y las experiencias que se viven posteriormente. De esta forma, las experiencias tempranas pueden tener el efecto de trazar una trayectoria vital para una persona menor de edad, ya sea positiva o negativa (Webster-Stratton and Taylor, 2001). La vida de una persona menor de edad se puede ver afectada por acontecimientos importantes (como trasladarse a una vivienda de calidad) o por transiciones importantes (como pasar de la escuela primaria a la secundaria), o por un programa de prevención que contrarresta los factores de riesgo y modifica una trayectoria negativa iniciada demasiado pronto.

Tabla 2. Factores asociados al consumo de sustancias por adolescentes⁹

	Factores de riesgo	Factores de protección
INDIVIDUO	<ul style="list-style-type: none"> • Factores genéticos • Problemas de atención, salud mental y conducta • Trastornos de conducta o comportamiento • Problemas de conducta y delincuencia • Problemas de salud mental (como búsqueda de sensaciones, ansiedad) • Actitudes favorables ante el consumo de sustancias • Percepción de que el consumo de sustancias es normal 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta altruista (p.ej., de trato fácil) • Capacidades de lectura y numéricas adecuadas a la edad (capacidades cognitivas) • Competencias sociales y emocionales (por ejemplo, control de impulsos, identidad bien formada) • Temperamento prudente
FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco durante el embarazo • Actitudes parentales favorables ante el consumo de sustancias • Conflicto padre/madre-adolescente • Consumo de sustancias por parte de padres o hermanos • Problemas de salud mental de padres o hermanos • Maltrato y negligencia parental • Autoridad familiar deficiente • Pobreza material • Situación inestable en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego a la familia • Comunicación parental equilibrada, reglas y supervisión • Armonía parental • Crianza amorosa, sensible y comprensiva - apego y lazos fuertes • Actividad espiritual
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de contacto positivo con adultos • Disponibilidad de sustancias • Normas sociales permisivas y aceptabilidad del consumo de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas adultas preocupadas fuera de la familia • Participación en asuntos comunitarios
ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> • Sin acceso a la educación • Absentismo y fracaso escolar • Ser acosador o acosado • Fracaso escolar temprano • Falta de compromiso con la escuela • Rendimiento académico deficiente • Compañeros/as que consumen sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso y permanencia en la escuela • Conclusión de la educación secundaria • Expectativas de tener buenos resultados en la escuela • Políticas que impiden la expulsión • Promoción de vínculos entre profesores, padres y estudiantes
CONTEXTO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Tácticas intensivas, específicas y manipulativas de la industria en la comercialización de tabaco y alcohol a personas menores de edad y adolescentes. • Acceso fácil a sustancias • Vivir en una zona conflictiva, como personas desplazadas, en situación de agitación política o catástrofes naturales 	<ul style="list-style-type: none"> • Leyes que prohíben o limitan la publicidad pública de consumo de alcohol y tabaco • Leyes que prohíben a personas menores de edad consumir alcohol y tabaco • Modelos adultos positivos

⁹ Para obtener más información sobre factores de riesgo y de protección en relación con el consumo de sustancias por la juventud, véase: Cleveland et al, (2008); Hawkins et al, (1992); y UNODC, 2013 (Apéndice II, Anexo I).

Los factores que exponen a jóvenes al riesgo o, por otro lado, que sirven para protegerles del consumo de sustancias, son los mismos que los vinculados con otras conductas problemáticas (como violencia, actividad delictiva, conducta sexual de riesgo o rendimiento académico bajo) (de la Haye et al, 2014; de Looze et al, 2014). Esto requiere un planteamiento bien coordinado, integral y basado en derechos que permita a las personas menores de edad y jóvenes aprovechar los factores de protección y abordar los factores de riesgo.

2.4. El papel del sector de la educación

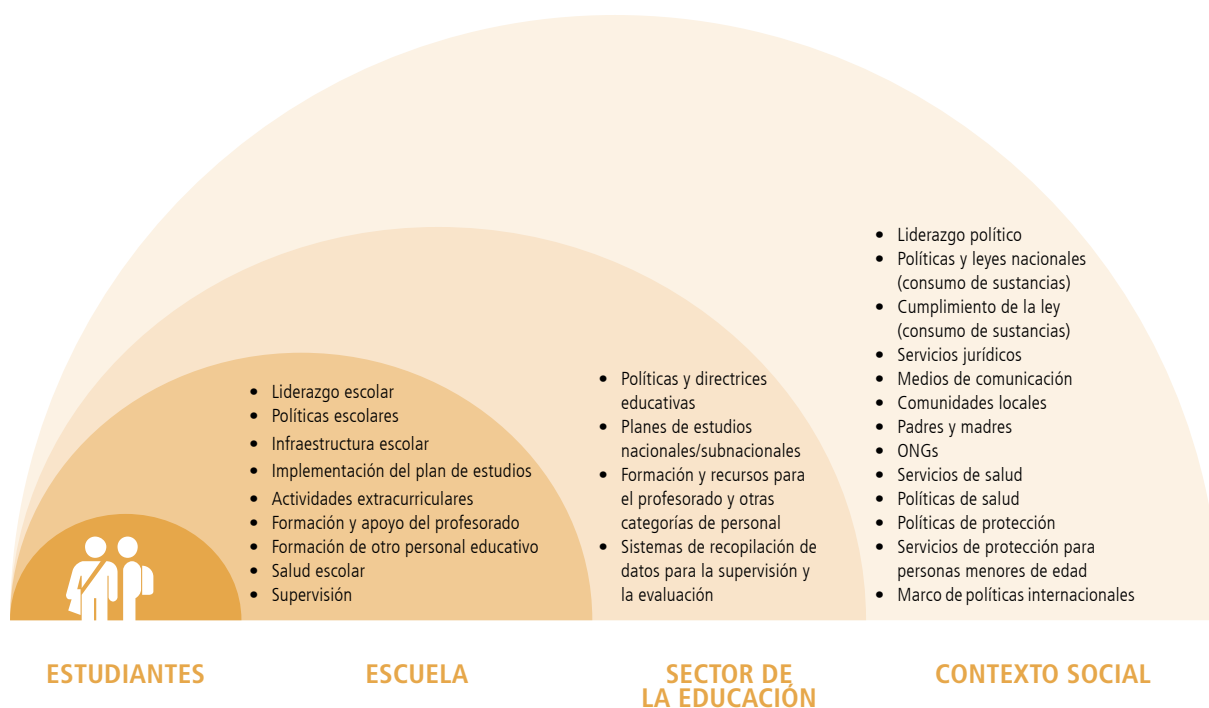
Tal y como se indica en la sección 2.3, son varios los factores que pueden contribuir al consumo de sustancias entre personas jóvenes o prevenirlo: individuo, familia, escuela, comunidad y sociedad. Teniendo en cuenta este panorama,

lo ideal es que cada uno de los sectores trabajando con jóvenes (p. ej., familias, escuelas, medios de comunicación, agencias de juventud, grupos religiosos, lugares de trabajo y establecimientos recreativos, etc.) incorpore el enfoque de promoción de la salud y la prevención del consumo de sustancias en sus políticas y prácticas para abordar los factores de protección y de riesgo en su radio de acción.

A escala nacional, la implicación del sector de la educación es más eficaz en el contexto de un sistema integrado de prevención y control del consumo de sustancias a largo plazo o una estrategia que abarque varias edades y niveles de vulnerabilidad en toda una gama de sectores.

Dentro del sector de la educación, existe una gran diversidad de actores y sistemas que contribuyen a enriquecer el «ecosistema» de respuesta del sector (véase la Figura 13).

Figura 13. El ecosistema de respuesta del sector de la educación nacional



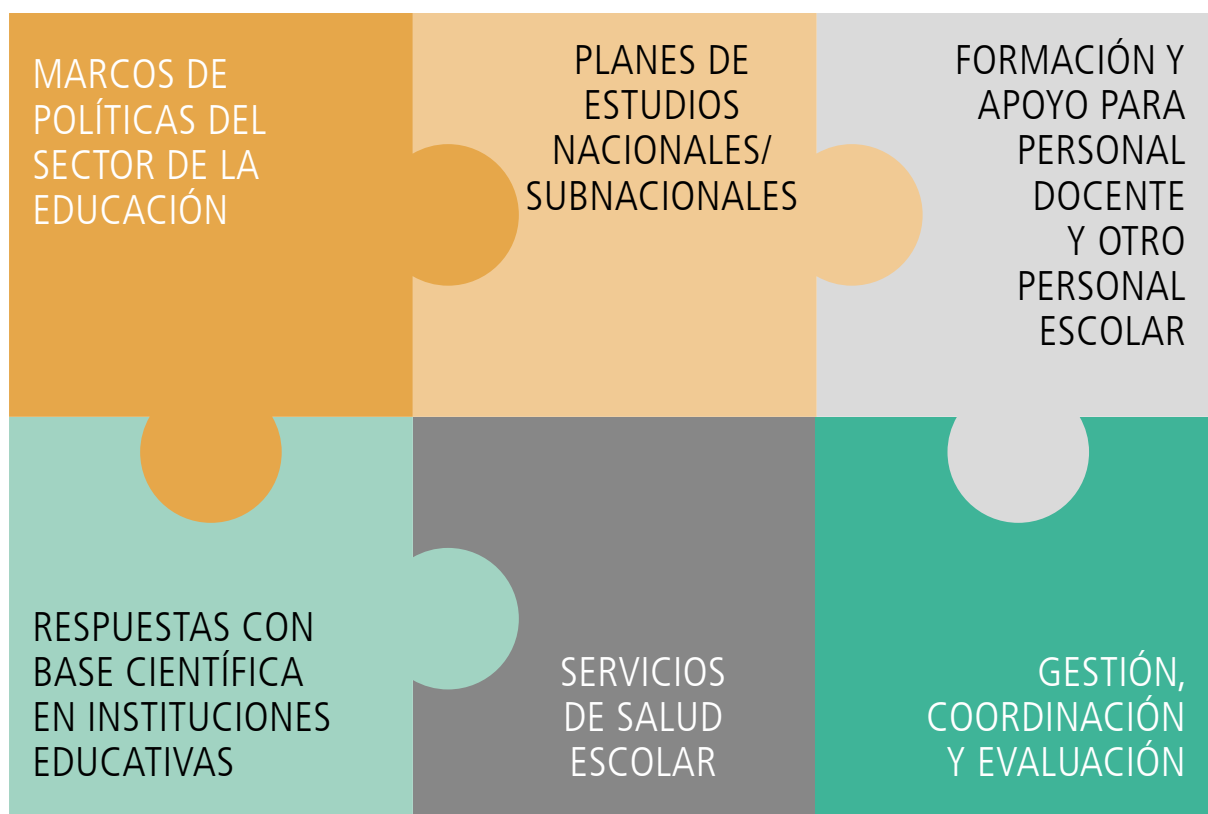
El ecosistema puede considerarse como un conjunto de oportunidades de protección organizado por el sistema de educación para abordar el consumo de sustancias. Estas oportunidades representan elementos de una respuesta eficaz del sector de la educación que, reconociendo distintas estructuras a escala nacional y subnacional entre países, consta de:

- un marco de políticas para prevenir y abordar el consumo de sustancias entre personas menores de edad y jóvenes;

- planes de estudios nacionales o subnacionales (contenidos y métodos para la administración de esos contenidos), que incluye educación para la prevención basada en las capacidades;
- formación y apoyo al profesorado, a los profesionales de la salud en escuelas y a otro personal escolar para planificar, desarrollar y aplicar una estrategia de intervención escolar integral;
- intervenciones con base científica relacionadas con planes de estudios ejecutados en instituciones educativas;

- intervenciones con base científica relacionadas con el entorno escolar administradas en instituciones educativas, incluidas políticas de consumo de sustancias en escuelas y otras intervenciones de prevención con base científica administradas en el contexto de las instituciones educativas;
- servicios de salud escolar que realizan actividades de prevención, cuidados y apoyo a jóvenes que consumen sustancias;
- gestión, coordinación y evaluación de la respuesta en el sector de la educación, incluida la supervisión de la prevalencia del consumo de sustancias entre menores y jóvenes.

Figura 14. Los elementos de una respuesta integral del sector de la educación frente al consumo de sustancias



Es más probable que estos elementos produzcan resultados positivos sobre el consumo de sustancias durante la adolescencia y después si se realizan en conjunto, protegiendo a estudiantes del consumo de sustancias y otras conductas de riesgo durante la adultez.



3. BUENAS POLÍTICAS Y PRÁCTICAS EN LAS RESPUESTAS DEL SECTOR DE LA EDUCACIÓN FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

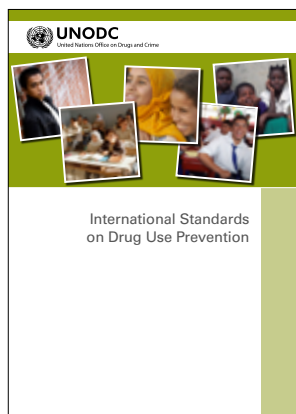
Una respuesta integral del sector de la educación frente al consumo de sustancias no siempre requiere más recursos. A veces, la reasignación de los recursos existentes y su uso de un modo más eficaz haciendo las cosas de forma distinta pueden resultar medidas igual de efectivas. En otros casos, las medidas efectivas pueden requerir cierta inversión en recursos nuevos. Las personas responsables de la toma de decisiones deben sopesar costos de estas nuevas medidas, frente a los costos de la inacción o de una intervención deficiente.

3.1. Principios clave para las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias

Basar todas las respuestas en pruebas científicas

Para que sean seguros y efectivos, todos los componentes de una respuesta integral del sector de la educación frente al consumo de sustancias deben basarse en pruebas, y su aplicación debe someterse a monitoreo y evaluación. Algunos programas escolares han dado muy buenos resultados. Sin embargo, muchos programas no son eficaces, aunque parezcan basarse en pruebas, lo que viene a recalcar la importancia de utilizar planteamientos con base científica. Las **Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas** de la UNODC son un recurso útil para planificar una respuesta integral dentro del sector de la educación, ya que describen métodos de prevención que han resultado eficaces, así como sus características (UNODC, 2013). Una vez identificados los métodos de prevención que pueden resultar más útiles en una situación determinada, los registros de programas de prevención con base científica (como los mantenidos por la Administración de Servicios de Salud Mental y de Prevención del Uso Inadecuado de Sustancias (SAMHSA) o los Planes para el Desarrollo de una Juventud Saludable) pueden servir como punto de referencia.

Figura 15: Las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas

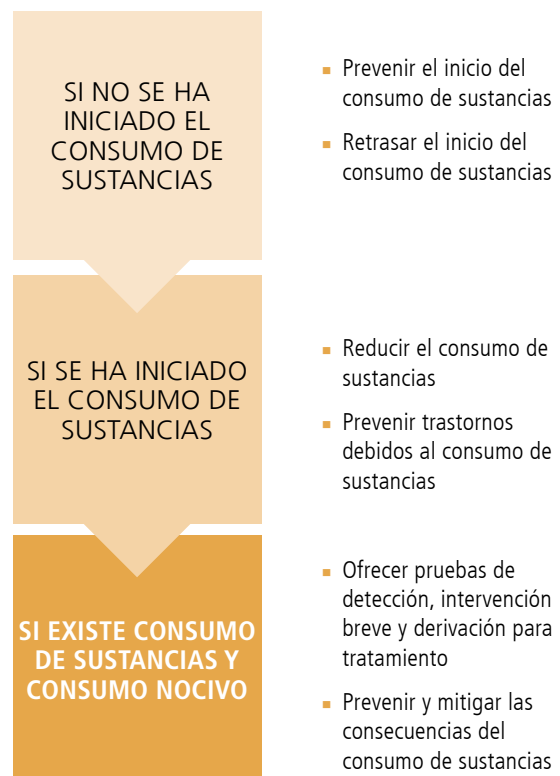


El uso de intervenciones no fundamentadas en datos científicos representa un desperdicio de oportunidades o algo aún peor. Con recursos y esfuerzos similares, se pueden conseguir resultados positivos en relación con el consumo de sustancias entre la juventud. Peor aún es que algunos programas provocan realmente un aumento del consumo de sustancias, porque despiertan la curiosidad o respaldan inadvertidamente la desviación entre algunos jóvenes (Rorie et al, 2011; UNODC, 2013).

Fijar objetivos relevantes para la prevalencia y los patrones de consumo de sustancias

El sector de la educación debe fijar objetivos basados en pruebas relacionados con la prevalencia y los patrones de consumo de sustancias, que generalmente varían según la edad de los y las estudiantes. Por ejemplo, si la mayoría nunca ha consumido alcohol, un objetivo apropiado sería prevenir o retrasar el inicio en el consumo de alcohol; en cambio, si muchos estudiantes han probado el alcohol, un objetivo apropiado sería prevenir el consumo entre los que aún no han empezado o retrasar su inicio, así como prevenir o reducir el consumo perjudicial, los patrones de consumo perjudiciales y las consecuencias sanitarias y sociales (p. ej., consumo frecuente, intoxicación y conducción bajo los efectos del alcohol) entre las personas que experimentan con el alcohol o lo consumen.

Figura 16. Fijar objetivos relevantes para la prevalencia y los patrones de consumo de sustancias entre menores y jóvenes



Así, un objetivo apropiado para la prevención educativa en todas las edades es prevenir y retrasar el inicio del consumo de sustancias. En ocasiones, pueden ser apropiados otros objetivos complementarios:

- Prevenir la progresión a trastornos cuando ya se ha iniciado el consumo de sustancias, así como la incidencia de riesgos particularmente altos (como consumo frecuente o patrones de consumo de alcohol abundante, policonsumo de drogas, consumo combinado con la conducción o la actividad sexual).

- Prevenir las consecuencias a corto plazo derivadas del consumo de sustancias (como accidentes de tráfico, enfermedades de transmisión sexual, embarazos, lesiones, sobredosis) en situaciones o edades en las que el consumo de sustancias y los patrones de consumo particularmente nocivos son más comunes (McBride and Farrington, 2004). Un ejemplo sería aprender respuestas para jóvenes que se intoxicados en una fiesta o qué hacer cuando alguien se propone conducir después de haber bebido. Es importante prestar apoyo integral a estos grupos objetivo, incluido un reconocimiento inicial y derivación para tratamiento y otros servicios de apoyo necesarios.

Otros objetivos que trascienden la prevención del consumo de sustancias que son relevantes y prioritarios en el contexto dado, y que pueden lograrse a la vez que se previene el consumo de sustancias, pueden facilitar la planificación de la prevención. Dichos objetivos comprenden, por ejemplo, la prevención del absentismo y la violencia escolar, incluido el acoso escolar.

Empezar pronto y abarcar todos los grupos de edad

Las pruebas disponibles indican que la prevención es más eficaz cuando:

- inicia temprano
- abarca todos los grupos de edad, y
- se centra especialmente en los períodos de transición (como el paso de la escuela primaria a la secundaria).

Además de las actividades de prevención universales para la población en su conjunto, una respuesta integral se centra en distintas subpoblaciones, incluidas las que se encuentran en situación de alto riesgo. Es importante asegurarse de que las actividades siempre sean apropiadas y relevantes para la edad y el nivel de riesgo de la población en cuestión.

Debido a los cambios de desarrollo críticos que tienen lugar durante los **años de preescolar**, el consumo de sustancias es uno de los problemas susceptible de intervención con un programa para la primera infancia (ej. niños y niñas entre dos y cinco años). Se ha demostrado que estos programas tienen un efecto positivo sobre algunos indicadores de consumo de sustancias posterior (ej. consumo de tabaco, cannabis y medicamentos de venta con receta) (D'Onise et al, 2010; UNODC, 2013).

En los **años de primaria**, la exposición directa a varias sustancias debería ser limitada para la mayoría de las personas menores de edad (con excepción de los medicamentos). Sin embargo, la prevención del consumo de sustancias con base científica durante estos años puede servir para crear protección y prevenir el consumo posterior en los años de secundaria.

Durante los **años de secundaria**, es probable que los y las estudiantes de muchas zonas tengan oportunidades de probar el alcohol, el tabaco y otras drogas, mientras experimentan muchas situaciones estresantes que incrementan el riesgo de consumir sustancias. A estos estudiantes puede resultarles beneficioso un plan de estudios con base científica continuo sobre el tema.

El amplio abanico de beneficios de los programas administrados durante los años de preescolar se debe a su capacidad para abordar factores de riesgo como una autoridad familiar débil, el estrés parental provocado por problemas socioeconómicos, los problemas de conducta de los niños o una escasa preparación para la escuela. Si no se revisan, estos factores pueden dar lugar a toda una serie de problemas académicos y sociales en la adolescencia y la adultez, incluidos problemas de consumo de sustancias.

Muchos de los programas destinados a la primera infancia se centran en niños de comunidades marginadas; esto tiene su lógica, puesto que esos niños son los que más se benefician de estos programas. Existen intervenciones intensivas y relativamente costosas. Sin embargo, estas deben considerarse inversiones sociales importantes que generarán grandes beneficios, algunos de ellos relacionados con el consumo de sustancias.

Por ejemplo, el Perry Preschool Programme, un famoso estudio aleatorizado a largo plazo de un programa que siguió a personas menores de edad hasta la edad de 40 años, reveló que aquellas que habían recibido una clase diaria de 2,5 horas de alta calidad, además de visitas familiares semanales durante dos años, obtuvieron beneficios positivos de por vida en algunas áreas, como el rendimiento académico, los ingresos, la actividad delictiva y el consumo de sustancias. Un análisis económico demostró que el programa brindaba un ahorro de 7,16 USD por cada 1 USD invertido (Schweinhart, 2004).

3.2. Componentes de una respuesta integral del sector de la educación frente al consumo de sustancias

3.2.1. Marcos de políticas y estratégicos del sector de la educación

i. Políticas nacionales del sector de la educación en materia de prevención del consumo de sustancias

La mayoría de los países cuentan con políticas y estrategias/planes de acción nacionales en relación con el tabaco y la reducción de la oferta y la demanda de drogas, y muchos cuentan con una política o una estrategia específica relativa al alcohol. Sin embargo, la tendencia es hacia la elaboración de políticas integrales y equilibradas que integren las distintas sustancias.

Las estrategias actuales de consumo de sustancias cada vez tienen más claro que el consumo de sustancias es principalmente un problema de salud¹⁰ que se aborda mejor por medio de una serie de medidas de reducción de la demanda, como: intervención temprana; tratamiento; rehabilitación; medidas de recuperación y reinserción social; y medidas para minimizar las consecuencias sociales y de salud pública del consumo de sustancias (CND, 2014). Todas estas funciones, incluida la prevención, pueden entrar en el radio de acción del sistema de salud pública. En consecuencia, si este sistema no coordina las estrategias sobre drogas, debe estar íntimamente relacionado con ellas.

El componente de prevención en una estrategia de fiscalización de drogas puede estar políticamente relacionado con estrategias o sistemas de desarrollo de la juventud, la familia y la comunidad de algunos países, que normalmente conceden prioridad a la población más vulnerable, promoviendo los factores de protección y la resiliencia.

El sector de la educación nacional tiene un claro mandato de responder frente al consumo de sustancias a través de políticas que insten la promoción de la «salud y la seguridad», los «hábitos de vida saludables» o la «preparación para la vida» entre los y las estudiantes. Por ejemplo, en la región de Europa Occidental y Asia Central, la mayoría de los países abordan el objetivo primordial de la prevención del consumo de sustancias mediante el establecimiento de leyes que obligan a las escuelas a formar capacidades y promover una cultura de hábitos saludables y conductas seguras entre las personas menores de edad y jóvenes (UNESCO, 2015b).

ESTUDIO DE CASO 1: Un planteamiento con base científica - El valor de la investigación y la promoción de políticas en la prevención del consumo de tabaco juvenil en la India

El consumo de tabaco entre la juventud en la India constituye un importante problema de salud pública, con tasas en aumento, especialmente en las zonas urbanas, y con una edad de inicio del consumo cada vez menor. Las ONG nacionales y los investigadores universitarios respondieron hace unos años con una iniciativa concertada a largo plazo que hacía hincapié en la promoción de políticas y pruebas científicas.

Para empezar, se realizó una investigación continua rigurosa para conocer los intereses, los atributos y las necesidades de la población joven en cuestión. Se analizaron varios factores de riesgo y de protección de consumo de tabaco relacionados con personas menores de edad y jóvenes en la India, que se documentaron en varios trabajos de investigación.

Los modelos que habían dado resultados en Occidente se trasladaron a la India. Las pruebas piloto de todos los materiales garantizaron la idoneidad cultural y contextual del programa. Para abordar múltiples factores de riesgo, se impartieron y evaluaron dos programas escolares, HRIDAY-CATCH y Project MYTRI (cada uno de ellos con varios componentes, como: plan de estudios en el aula, carteles, postales para los padres y activismo por la salud dirigido por pares). Ambos programas se evaluaron a través de un diseño de estudio controlado aleatorizado y demostraron un efecto positivo sobre los indicadores del consumo presente de tabaco y la intención de consumir en el futuro.

Estos resultados se convirtieron en la base de una iniciativa de promoción concertada para incrementar la administración de programas anti-tabaco en las escuelas de la India. Las iniciativas de promoción se acometieron a través de varios canales, como la incidencia mediante tomadores de decisiones y a través de los medios de comunicación, campañas públicas y la participación de la comunidad. Por ejemplo, los resultados de las evaluaciones se compartieron en diversas reuniones con el Ministerio de Salud y Bienestar Social del Gobierno de la India y otras partes interesadas. Otra estrategia eficaz consistió en involucrar a activistas por la salud de jóvenes, permitiéndoles asumir como propio el problema y demostrar sus habilidades de incidencia.

Estas iniciativas dieron sus frutos. Se convenció al gobierno de la India para que ampliara la administración de programas de salud escolar a escala nacional, convirtiendo los programas anti-tabaco en un componente fundamental del Programa Nacional de Control del Tabaco. El gobierno pidió a los defensores de la salud pública que ayudaran a desarrollar directrices con base científica para programas de salud escolar. El plan de estudio para la prevención del consumo de tabaco se puso a disposición de todas las escuelas de la India a través de la Junta Central de Educación Secundaria.

Más información: <https://www.phfi.org/our-activities/health-promotion>

¹⁰ Se parte del hecho de que la dependencia de sustancias es el resultado de una interacción compleja de vulnerabilidades genéticas, biológicas y psicológicas con el entorno, que responde de forma más positiva al tratamiento que al castigo.

En este contexto, la política de prevención del consumo de sustancias en el sector de la educación ha adoptado diversas formas, que se pueden clasificar del modo que sigue:

- **Políticas obligatorias en materia de consumo de sustancias en las escuelas:** Las políticas nacionales en materia de sustancias pueden autorizar políticas escolares para prevenir el consumo de sustancias y sus consecuencias sanitarias y sociales dentro de las escuelas. Estas políticas incluyen la prohibición de sustancias (consumo, venta y publicidad) en los centros escolares o sus inmediaciones. Los reglamentos escolares relacionados con el consumo de sustancias suelen incluir las conductas de los profesores y otros adultos, así como políticas relativas a la gestión de incidentes relacionados con el consumo de sustancias.
- **Educación obligatoria sobre salud y consumo de sustancias:** Las políticas nacionales sobre educación pueden enaltecer la obligación de las escuelas de impartir educación y capacitación relacionadas con la salud o el consumo de sustancias. Dicha formación suele integrarse en otras asignaturas, como ciencias o educación física, o en planes de estudios individuales sobre salud y habilidades personales. Esto significa que las metodologías de prevención y los contenidos forman parte del currículo obligatorio del profesorado.
- **Prestación de servicios de salud escolar:** Las políticas nacionales pueden exigir la creación de servicios de salud escolar. Estos servicios permiten prestar un abanico accesible de servicios de salud para estudiantes, incluidos servicios de salud preventiva, y de atención rutinaria o urgente. Pueden incluir personal de enfermería, asesores, consejeros, profesionales de salud mental y otro personal. Los servicios contribuyen a la educación preventiva, el desarrollo de las políticas de salud y relacionadas al consumo de sustancias en las escuelas, la identificación y las intervenciones tempranas, y las relaciones con los sectores social y sanitario.
- **Normas nacionales de calidad para iniciativas de prevención de base escolar:** La prevención del consumo de sustancias en las escuelas puede fomentarse y guiarse a través de normas de calidad. Estas están cada vez más disponibles (p. ej., normas de calidad europeas para la prevención de adicciones¹¹; Normas Canadienses para la Prevención del Uso Indevido de Sustancias entre Jóvenes en la Escuela¹²), y normalmente abogan por una programación con base científica, una planificación y un diseño rigurosos, una actividad integral, supervisión, evaluación, desarrollo profesional y sostenibilidad. Las normas de calidad ayudan a respaldar iniciativas de políticas y orientan a las escuelas para cumplir su mandato de promover la salud y prevenir el consumo de sustancias.
- **Monitoreo del consumo de sustancias entre personas menores de edad y jóvenes:** Algunos países participan en el monitoreo global o regional o llevan a cabo un monitoreo a escala nacional de la prevalencia del consumo de sustancias entre personas menores de edad y adolescentes. Esta no es una actividad del sector de la educación *per se*, pero indica que el problema es prioritario y ofrece una idea del apoyo y, lo que es más importante, la orientación para las actividades de prevención desarrolladas en las escuelas.

ii. Marcos internacionales que guían una respuesta del sector de la educación

Una respuesta nacional del sector de la educación frente al consumo de sustancias resultará más creíble y tendrá más probabilidades de recibir apoyo si se fundamenta en prioridades sociales más amplias. Varios estatutos internacionales estipulan, de manera explícita o de otro modo, la responsabilidad de diversos sectores, incluido el sector de la educación, de prevenir y minimizar los daños derivados del consumo de sustancias entre personas menores de edad y adultas. Los más importantes son los siguientes:

- Iniciativas políticas internacionales que consagran el derecho de las personas menores de edad y jóvenes a la salud y la seguridad:
 - Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966);
 - Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989);
 - Marco de Acción de Dakar: Educación para Todos (2000), y Declaración de Incheon: Educación 2030: Hacia una educación inclusiva y equitativa de calidad y un aprendizaje a lo largo de la vida para todos (2015);
 - Declaración y Plan de Acción «Un mundo apropiado para los niños» (2002);
 - Marco de Seguimiento Global de la Naciones Unidas (2013).
- Los convenios políticos recientes que se centran en la gestión de las sustancias psicoactivas y el consumo de sustancias instan a la toma de medidas de mayor calado:
 - Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2005);
 - Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (2009);
 - Estrategia Mundial de la OMS para Reducir el Consumo Perjudicial de Alcohol (2010).
- Convenios de las Naciones Unidas sobre fiscalización internacional de drogas que ofrecen un marco para las iniciativas de control de la oferta y la demanda de drogas ilegales:
 - Convención Única sobre Estupefacientes (1961);
 - Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas (1971);
 - Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).
- Ejemplos de iniciativas más recientes que pueden conformar y exigir una respuesta del sector de la educación son:
 - En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada en 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a fortalecer la

11 Véase <http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/preventionstandards>.

12 Véase <http://www.ccsa.ca/Eng/topics/Children-and-Youth/Drug-Prevention-Standards/Pages/default.aspx>.

prevención y el tratamiento del abuso de sustancias para 2030, en el objetivo 3.5.

- La Comisión de Estupefacientes (CND) insta a los «Estados Miembros a formular y aplicar, si procede, un sistema amplio de prevención primaria e intervención temprana basado en pruebas científicas, como las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas y otras medidas, incluidas las actividades educativas y las campañas interactivas» (CND, 2014).
- El documento final del Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre drogas, organizado en 2016, hace hincapié en un planteamiento equilibrado basado en la salud y los derechos humanos para abordar el problema mundial de las drogas, concediendo un mandato adicional de prevención y tratamiento.
- Estas iniciativas de políticas globales se han conformado o reforzado a través de instrumentos regionales de políticas de salud y consumo de sustancias que abarcan un número de países o continentes. Por ejemplo:
 - En las Américas, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) ofrece liderazgo

y orientación a los Estados Miembros a través de la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2010) y planes de acción continuados.

- En Europa, los instrumentos políticos relevantes para la prevención del consumo de sustancias en las escuelas incluyen la Carta Social Europea, el Plan de acción de la UE en materia de lucha contra las drogas; la Estrategia de la UE en materia de lucha contra las drogas y la Directiva Antitabaco de la Unión Europea. En su Portal de Buenas Prácticas, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) ofrece a los responsables de la formulación de políticas y los profesionales ejemplos y análisis de pruebas, incluidas intervenciones en el sector de la educación¹³. Las Normas de Calidad Europeas para la Prevención de Adicciones (EDPQS), desarrolladas por la European Prevention Standards Partnership a través de un proyecto de investigación cofinanciado por la UE, recogen un conjunto de principios para ayudar a desarrollar y evaluar la calidad en la prevención del consumo de drogas, y ofrecen recursos integrales que describen todos los elementos de las actividades de prevención¹⁴.

¹³ Véase <http://www.emcdda.europa.eu/best-practicetview-answer2>.

¹⁴ Véase <http://prevention-standards.eu/standards/>.

ESTUDIO DE CASO 2: Práctica prometedora - Planes de estudios para la prevención del consumo de sustancias en escuelas de Ucrania

En Ucrania, la Norma Estatal para la Educación Básica y la Educación Secundaria General Completa estipula que las escuelas deben impartir programas de hábitos de vida saludables y prevención del consumo de sustancias a través de las asignaturas obligatorias de Biología y Fundamentos de Salud.

La asignatura obligatoria Fundamentos de Salud se introdujo en el año 2000 para los cursos 1-9 (una hora a la semana). Integra temas relacionados con hábitos de vida saludables y vida segura, promueve las actitudes responsables frente a la vida y la salud, y desarrolla capacidades sociales y psicológicas esenciales. En segundo curso, los niños aprenden primero sobre los daños del alcohol; en tercer curso aprenden las consecuencias del tabaco; y en cuarto curso aprenden los efectos negativos del consumo de drogas. Los estudiantes de secundaria reciben más información sobre el consumo de sustancias y su influencia sobre el organismo. También aprenden los riesgos para la salud y las consecuencias del consumo de sustancias para su salud y su bienestar, y cómo abstenerse de consumir tabaco, alcohol y drogas. El curso adopta un planteamiento positivo, sin intimidar a los estudiantes ni transmitir mensajes basados en el miedo. Las sesiones de desarrollo de habilidades para adoptar hábitos de vida saludables se basan en técnicas de aprendizaje interactivas e incluyen ejercicios que modelan conductas reales en varias situaciones.

Los efectos nocivos de las sustancias psicoactivas sobre el organismo y las vidas futuras se explican en la asignatura de Biología, en noveno curso. Se han desarrollado materiales de guía especiales para los profesores y manuales para los estudiantes (para cada curso, de primero a noveno) que facilitan la administración del curso de Fundamentos de Salud. Todos los materiales se actualizan y reeditan con regularidad.

La prevención del consumo de sustancias también se imparte en centros de enseñanza general y formación profesional, como parte del componente opcional del plan de estudios. Dichos programas de prevención opcionales incluyen Estilos de Vida Saludables para Jóvenes, para alumnos de quinto a décimo primer cursos; Prevención de Malos Hábitos, para alumnos de sexto a noveno nivel; y Fundamentos de Hábitos de Vida Saludables, para alumnos de octavo y noveno cursos.

Los estudios realizados en 2004 y 2007 para evaluar el efecto de la prevención escolar sobre las tasas de consumo de sustancias demostraron la existencia de cambios estadísticamente significativos en la conducta y las prácticas de la persona jóvenes. En concreto, en comparación con 2004, en 2007 el porcentaje de estudiantes de 15-16 años que se habían emborrachado como mínimo una vez en el último mes descendió un 26%, el porcentaje de niños y niñas de 15-16 años que había fumado descendió un 10% y el porcentaje de niñas de 15-16 de años que había fumado descendió un 2%.

La encuesta HBSC realizada en 2014 entre estudiantes de quinto a décimo primer nivel reveló un descenso de la prevalencia del consumo diario de tabaco en 2014 en comparación con 2010: del 16% al 10% entre los niños y del 7% al 5% entre las niñas; y el porcentaje de no fumadores aumentó del 80% al 87,6%.

Según los estudios ESPAD realizados en años distintos, el consumo de alcohol entre estudiantes de 15-16 años se ha descendido constantemente desde 2003.

Más información: <http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

- La Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos está respaldando una iniciativa internacional para mejorar los servicios relacionados con el consumo de sustancias mediante la administración de educación y formación sobre intervenciones y políticas de prevención y tratamiento con base científica a través del Programa de Prevención Universal (PPU).

3.2.2. Planes de estudios nacionales y subnacionales

En términos generales, un plan de estudios define los contenidos que los estudiantes deben aprender (qué) y los fundamentos educativos (por qué); el orden de los contenidos en relación con la cantidad de tiempo disponible para las experiencias de aprendizaje (cuándo); las características de las instituciones educativas (dónde); las características de las experiencias de aprendizaje, en particular desde el punto de vista de los métodos a utilizar, los recursos para enseñar y aprender, como libros de texto (cómo); y la evaluación y los perfiles del profesorado (quién). Un plan de estudios con base científica bien aplicado puede generar factores de protección importantes en forma de preparación para la vida, actitudes e intenciones, realizando una importante contribución a la prevención del consumo de sustancias, sus consecuencias negativas y otras conductas de riesgo.

i. Situación de la prevención del consumo de sustancias en el plan de estudios

El consumo de sustancias es uno de los muchos problemas sociales y sanitarios que la sociedad insta al sector de la educación a abordar a través de los planes de estudios, junto con otras áreas de prevención de conductas, por ejemplo, salud mental, salud sexual, nutrición y acoso escolar.

En un plan de estudios, la educación para la prevención del consumo de sustancias suele integrarse en una asignatura relacionada con la salud (que puede denominarse «vida activa saludable», «vida saludable y familiar», «salud y educación física», «educación para las capacidades sociales y personales», «educación profesional y para la salud», «educación práctica para la vida», etc.).

Muchas escuelas también deciden complementar o sustituir la educación práctica para la vida tradicional u otro plan de estudios relacionado con la salud por un programa estandarizado (es decir, un programa normalizado a través de la elaboración de manuales y protocolos para aquellos que los imparten). Los estudios han demostrado que este planteamiento resulta eficaz para prevenir el consumo de sustancias en una etapa posterior de la vida, para lograr una salud mental resiliente o para adquirir capacidades académicas o para la vida (UNODC, 2013).

Existen muchos programas de prevención. Sin embargo, pocos de estos programas han demostrado tener una base científica. Aunque muchos programas comparten elementos comunes, es importante elegir un programa eficaz desde el punto de vista científico, y que encaje con las necesidades específicas de la situación concreta (por ejemplo, la edad y el nivel de riesgo del grupo objetivo). Una opción para identificar estos programas es consultar uno de los registros de programas de prevención del consumo de sustancias con base científica¹⁵.

Algunos programas con base científica están disponibles gratuitamente y otros son de pago. Por lo general, constan de varias sesiones interactivas estructuradas que deben impartirse una vez por semana. Puede que sea necesario adaptar un programa especializado a culturas y circunstancias particulares, algo que debe hacerse de manera muy concienzuda, sin eliminar los componentes esenciales (UNODC, 2013).

ii. Contenidos y conceptos

En líneas generales, los contenidos y los conceptos curriculares se engloban en las dos categorías siguientes:

- Aquellos que abordan las **capacidades personales y sociales** relacionadas con el inicio y la continuación del consumo de sustancias, especialmente antes de la edad media de inicio del consumo. Esto incluye la toma de decisiones responsables y la fijación de objetivos, la autogestión, la gestión de las emociones, y las capacidades de relación y conciencia social (Jackson et al, 2011).
- Aquellos que abordan **conocimientos y actitudes específicos** sobre el consumo de sustancias, incluidos los efectos, las consecuencias y los prejuicios derivados del consumo, para ampliar los conocimientos específicos sobre sustancias o modificar las actitudes durante la edad típica del inicio en el consumo o después de la misma.

Las elecciones y el foco de los contenidos del plan de estudios deben respaldar los objetivos curriculares en base a la prevalencia y los patrones de consumo de sustancias, que generalmente varían en función de la edad de los estudiantes.

¹⁵ Por ejemplo, el Portal de Buenas Prácticas del MCDDA (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>); el Registro Nacional de Programas y Prácticas con base empírica (NREPP) de los Estados Unidos (<http://www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp>); el Registro de Programas de Desarrollo Juvenil con Base Empírica mediante Planes para el Desarrollo de una Juventud Saludable de los Estados Unidos (<http://www.blueprintsprograms.com>).

Antes de la edad media de inicio del consumo

Los programas destinados a estudiantes que no han alcanzado la edad de inicio del consumo de sustancias deben centrarse en el refuerzo de las habilidades personales, sociales y emocionales generales, pero no incluir contenidos relacionados con sustancias (ya que esto puede provocar resultados negativos o iatrogénicos).

El plan de estudios que busca prevenir el consumo de sustancias antes de la edad media de inicio del consumo dentro del sistema escolar está dirigido a menores de entre 6 y 12 años. La edad media de inicio del consumo de cualquier sustancia variará en función de la situación nacional o local.

El plan de estudios de educación para la prevención durante este período educativo, se centra en lo que se denomina «educación para la salud basada en las habilidades» (UNODC, 2013; OMS, 2003). Tiene por objeto desarrollar capacidades personales y sociales clave, como aquellas que promueven el desarrollo emocional y social durante este período, y protegen frente al consumo posterior de sustancias.

Además de proteger frente al consumo posterior de sustancias, se ha demostrado que la educación basada en las habilidades tiene un efecto positivo sobre las conductas problemáticas generales, el compromiso con la escuela, el rendimiento académico, la autoestima, el bienestar mental, la autogestión y otras capacidades sociales (las pruebas de ello proceden de Australia, Canadá, Europa, Estados Unidos, África, América Latina y la India) (Durlak et al, 2011; Foxcroft and Tsertsvadze, 2011b; UNODC, 2013).

El plan de estudios debe brindar oportunidades para aprender habilidades para enfrentarse a situaciones difíciles en la vida cotidiana de una forma segura y saludable. Durante la mayor parte de este período, la educación para la prevención basada en las capacidades no requiere debates sobre problemas de consumo de sustancias. Puesto que el consumo de sustancias no forma parte de la realidad cotidiana de las personas menores de edad, podría resultar perjudicial introducir educación específica sobre sustancias, ya que esto podría hacerles pensar que otras personas menores de edad consumen y estimular su curiosidad (Elek et al, 2010). Una excepción importante se puede dar en comunidades en las que los estudiantes de primaria han empezado a consumir sustancias, por ejemplo, sustancias volátiles (como pegamento, gasolina o líquido para mecheros). Este puede ser un problema grave que exige educación específica sobre sustancias para los y las estudiantes, o un planteamiento destinado particularmente a estudiantes en condiciones de vulnerabilidad.

Los conceptos deben progresar de lo simple a lo complejo, y los últimos temas deben reforzar y construir a partir de lo aprendido. En la escuela secundaria, el programa debe asociarse de forma natural a un plan de estudios planificado y secuenciado.

Características de planteamientos educativos basados en las habilidades en escuelas primarias que están asociadas a resultados de prevención positivos, negativos o inexistentes (UNODC, 2013; OMS 2003)

- ▲ Énfasis en la mejora de una serie de habilidades personales y sociales
- ▲ Impartidos a través de una serie de sesiones estructuradas que suman un total de diez horas al año como mínimo
- ▲ Impartidos por docentes o facilitadores capacitados
- ▲ Las sesiones deben ser principalmente interactivas
- ▼ Uso de métodos no interactivos, como conferencias, como método principal de difusión
- ▼ Suministro de información sobre sustancias específicas, utilizando la táctica del miedo
- ▼ Concentración única en el desarrollo de la autoestima y la educación emocional, en lugar del desarrollo de habilidades
- ▼ Aprendizaje de habilidades sin capacidad de aplicarlas a los contextos relevantes para la vida de los y las estudiantes
- ▼ Uso de profesores no formados; por lo general no se sienten cómodos impartiendo sesiones interactivas basadas en habilidades y es probable que omitan elementos clave

Durante o después de la edad media de inicio del consumo

En muchos países, la educación secundaria es un período en el que las tasas de consumo de sustancias aumentan de forma dramática. También es una etapa en la que los adolescentes experimentan muchos otros cambios sociales y biológicos estresantes y en la que la «plasticidad» o maleabilidad del cerebro sugiere que las intervenciones pueden reforzar o alterar experiencias anteriores, haciendo a los y las adolescentes especialmente receptivos a las intervenciones de prevención. Por este motivo, muchos sistemas escolares deciden complementar o sustituir el plan de estudios estándar por un programa especializado como Unplugged (véase el Estudio de caso 3), cuya eficacia ha sido científicamente demostrada. Dicho plan consta de la administración de una serie de diez o más sesiones estructuradas una vez a la semana (UNODC, 2013).

Estos programas también se basan en la educación interactiva basada en las habilidades, por lo que requieren un método interactivo (haciendo hincapié en la relación estudiante - estudiante por encima de la relación entre profesor - estudiante). Teniendo en cuenta que la información por sí sola no es suficiente para modificar la conducta, es importante garantizar que los estudiantes dispongan de acceso a información precisa y equilibrada sobre sustancias para contrarrestar los mitos y la falta de información.

ESTUDIO DE CASO 3: Un planteamiento con base científica - Adaptación y comprobación de un programa de prevención en Nigeria

«Unplugged» es un programa universal (es decir, para todos los alumnos de una clase) con base científica destinado a la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre personas menores de 12-14 años. El programa ha sido adaptado para Nigeria y comprobado por medio de un ensayo controlado aleatorizado (ECA) realizado en dicho país.

«Unplugged» consta de 12 sesiones interactivas de una hora de duración impartidas por profesores y se basa en el modelo de influencia social, abordando habilidades sociales y personales, conocimientos y creencias normativas. Los objetivos son:

- Reducir las actitudes positivas frente a las drogas;
- Reducir la percepción de que muchos compañeros fuman, beben o consumen cannabis;
- Reforzar las capacidades de rechazo.

El programa se desarrolló y se evaluó inicialmente por medio de un gran ECA (2003-2005) en el que participaron 7.079 alumnos de siete países europeos. La evaluación reveló que la participación en el programa reducía un 23% el riesgo de consumir cannabis, un 28% el riesgo de intoxicación alcohólica semanal y un 30% el riesgo de fumar a diario. Los efectos positivos duran como mínimo 18 meses tras la conclusión del programa, lo que supone un retraso importante durante un período crítico de la adolescencia.

En base a estos resultados positivos, el programa ha sido adoptado y aplicado en 30 países de varias partes del mundo fuera de la UE, como países de habla árabe, América Latina, Asia Sudoriental, Kirguistán y Rusia.

En 2014, como parte de las iniciativas para reducir la producción, el tráfico y el consumo de drogas y contener el crimen organizado en Nigeria, un taller en el que participaban agentes gubernamentales y no gubernamentales clave empleó las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas de la UNODC (UNODC, 2013) como base para analizar las iniciativas presentes y distinguir los programas que tienen base empírica de los que no. Se concluyó que no existían programas con base empírica para los escolares en Nigeria, y se acordó probar el programa Unplugged, que era de dominio público.

El programa piloto se organizó en dos fases. En la Fase I, el programa se probó en cinco escuelas para determinar la mejor manera de rediseñarlo y adaptarlo al contexto local. La Fase II, que está en marcha actualmente, es un ECA del programa adaptado, en el que participan 32 escuelas (16 de control y 16 de intervención). Los planes para ampliar el programa se determinarán tras conocer los resultados del ensayo.

El liderazgo del Ministerio Federal de Educación y la participación activa de la UNODC han sido esenciales para esta iniciativa.

Más información: www.eudap.net

ESTUDIO DE CASO 4: Un programa prometedor - Comprobación rigurosa de un programa de prevención universal para adolescentes mayores de 14 años

REBOUND es un programa universal de prevención del consumo de drogas y promoción de la salud basado en las capacidades para adolescentes mayores de 14 años y adultos jóvenes. Desarrollado por la Universidad de Heidelberg, Alemania, y llevado a cabo por FINDER Akademie, el programa está destinado a jóvenes de entre 14 y 25 años matriculados en escuelas secundarias o de formación profesional. Curiosamente, a una edad en la que el consumo de sustancias forma una parte tan importante de la realidad cotidiana de los jóvenes, casi no existen programas universales destinados a esta población.

El programa opera desde una fuerte base teórica para trabajar tanto con personas consumidoras como con no consumidoras de sustancias y ampliar su capacidad para:

- practicar la conciencia de las fortalezas y reforzarlas;
- enfrentarse al alcohol y otras drogas de una forma inteligente, independientemente y saludable (competencia de riesgos individuales);
- practicar la competencia de riesgos en grupos de pares.

La intervención consta de cuatro pilares: sesiones en el aula impartidas principalmente por profesores (en sesiones semanales de 90 minutos), módulos online, tutoría opcional y un elemento que abarca toda la escuela. Las características principales del programa son:

- empleo de métodos basados en cortometrajes en 12-16 temas en medio año;
- formación de profesores a través de un taller de cuatro días;
- intervención medioambiental, establecimiento de una política escolar en materia de drogas;
- trabajo de investigación, mediante el cual se realiza una puesta en común de los cortometrajes.

El programa ha estado sujeto a un estudio piloto controlado con 46 clases y 800 estudiantes. En 2015 se había llegado a 3.000 estudiantes, y existen planes de llevar a cabo un ECA. Entre las primeras lecciones aprendidas del programa piloto se encuentran la necesidad de dotar de flexibilidad tanto a la estructura del curso como a su administración en la escuela para este grupo de edad, así como de seleccionar profesores por sus capacidades y actitudes.

Más información: <http://my-rebound.de/>; <https://finder-academie.de/>

Un planteamiento equilibrado sienta las bases para que los estudiantes exploren varios aspectos del problema y aborden, por ejemplo:

- creencias sobre cómo es el consumo de sustancias¹⁶;
- percepciones del riesgo frente al beneficio;
- expectativas vinculadas al consumo de sustancias;

¹⁶ Los jóvenes tienden a sobreestimar las tasas de uso entre sus compañeros.

- influencias sociales sobre el consumo de sustancias (p. ej., familia, medios de comunicación y compañeros) y desarrollo de capacidades para analizar y minimizar su efecto;
- generación de oportunidades para seguir practicando una amplia gama de habilidades personales y habilidades para enfrentarse al consumo de sustancias (UNODC, 2013).

Características de planteamientos educativos basados en las capacidades en escuelas secundarias que están asociadas a resultados de prevención positivos, negativos o inexistentes (UNODC, 2013)

- ▲ Uso de métodos interactivos
- ▲ Impartidos por medio de una serie de sesiones estructuradas (normalmente entre 10 y 15) una vez a la semana; normalmente se ofrecen sesiones adicionales («refuerzos») durante varios años
- ▲ Impartidos por una persona facilitadora capacitada (incluyendo pares capacitados)
- ▲ Brinda la oportunidad para practicar y aprender un amplio abanico de habilidades personales y sociales, incluidas habilidades para afrontar situaciones difíciles, toma de decisiones y de resistencia.
- ▲ Modificar las percepciones de los riesgos asociados con el consumo de sustancias, haciendo hincapié en las consecuencias inmediatas
- ▲ Disipar ideas erróneas en relación con las expectativas ligadas al consumo de sustancias y que tan común es este consumo
- ▼ Solo entregar información, especialmente desde un enfoque de miedo
- ▼ Uso de métodos no interactivos, como charlas, como estrategia principal de entrega
- ▼ Basado en sesiones de diálogos no estructurados
- ▼ Concentrarse únicamente en la formación de autoestima y educación emocional
- ▼ Abordar únicamente los valores y la toma de decisiones éticas/morales
- ▼ Utilizar a ex-consumidores de sustancias para ofrecer su testimonio
- ▼ Emplear a oficiales de la policía para impartir el programa

iii. Métodos de administración

Durante los años escolares, la prevención del consumo de sustancias se basa en un planteamiento de «educación para la salud basada en las habilidades», utilizando métodos de enseñanza interactivos impartidos por instructores formados. La educación basada en las habilidades no suele incluir componentes de conocimiento y actitudes, sino que hace hincapié en la modificación de la conducta que solo puede producirse con una atención metódica a las habilidades (es decir, viendo la aplicación de las habilidades y teniendo la oportunidad de practicarlas en un entorno seguro). Las charlas breves y otros métodos didácticos solo se usan para apoyar el elemento participativo de una sesión (por ejemplo, para introducir o concluir una sesión).

La capacidad de impartir educación basada en las habilidades y promover la interactividad se ha asociado

con las siguientes conductas de la persona facilitadora (OMS, 2003):

- capacidad para desempeñar distintos papeles: apoyar, enfocar o dirigir al grupo según sea necesario;
- capacidad para actuar como guía, en oposición a la dominación del grupo;
- respetar a la persona adolescente, su libertad de elección y autodeterminación individual;
- calidez, apoyo y entusiasmo;
- capacidad para tratar asuntos delicados.

No existen pruebas que avalen un enfoque basado principalmente en los conocimientos, para la prevención del consumo de sustancias (Faggiano et al, 2008; Lemstra et al, 2010).

iv. Número mínimo de sesiones/horas

La disponibilidad de tiempo para abordar temas de salud dentro del plan de estudios suele ser un problema. La educación basada en las habilidades es eficaz para abordar problemas relacionados con la salud (como salud sexual, acoso escolar), pero para que resulte realmente eficaz hay que practicar las habilidades en el contexto del problema particular. Una solución para la falta de tiempo en el plan de estudios es aplicar un enfoque integrado en el que se aborden juntas dos o más cuestiones (por ejemplo, situaciones que implican el consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo) (Jackson et al, 2011; Peters et al, 2009).

Las revisiones de los planes de estudios de educación sobre consumo de sustancias existentes varían mucho en extensión, desde una única sesión de una hora hasta varios años (hasta 11 años). Varias revisiones indican que los programas más extensos e intensivos resultan más eficaces (Flay, 2009; Lemstra et al, 2010; Soole et al, 2008). La UNODC señala que los programas de diez o más sesiones son los más eficaces y recomienda impartirlos como mínimo una vez a la semana durante varios años (UNODC, 2013).

También existen pruebas de que las sesiones de refuerzo son importantes para reafirmar el contenido del programa, produciendo efectos a más largo plazo (Champion et al, 2013; UNODC, 2013).

v. Educadores adecuados para impartir programas educativos de prevención basados en habilidades.

A nivel general, y debido a su continua presencia en la escuela, los y las docentes son las personas mejor posicionadas para impartir educación para la prevención basada en las habilidades. Sin embargo, los estudios han demostrado que los profesores suelen omitir los elementos más críticos de un plan de estudios basado

en habilidades: los elementos interactivos (Sobeck et al, 2006). En consecuencia, es muy importante que, sea quien sea quien imparta el programa, reciba formación y apoyo sobre métodos educativos y sobre cómo abordar situaciones delicadas (véase la sección 3.2.3 para obtener más información sobre la formación de educadores).

Los estudios han revelado que el programa también puede resultar eficaz si es impartido por diversos profesionales (como orientadores, profesionales de salud mental y trabajadores sociales) y por pares (Porath-Waller et al, 2010; Tobler et al, 2000). También en estos casos es importante que el instructor imparta las sesiones del modo previsto y reduzca al mínimo las adaptaciones. Las personas expertas invitadas deben garantizar su conocimiento del plan de estudios y que pueden contribuir a sus objetivos (establecidos en la guía curricular) y emplear los métodos requeridos (Buckley et al, 2007).

En algunas escuelas se puede optar por la posibilidad de usar programas asistidos por ordenador o basados en Internet. Estudios recientes han revelado que son razonablemente eficaces, puesto que es más probable que se impartan del modo previsto (Champion et al, 2013).

3.2.3. Formación y apoyo para educadores y otro personal

Para materializar los beneficios de la prevención con base científica, el contenido y el método deben ejecutarse del modo previsto (lo que se denomina fidelidad de la ejecución). Sin embargo, varios estudios revelan que muchas veces los educadores no imparten el contenido según lo previsto (Ennett et al, 2011; Miller-Day et al, 2013; Van der kreeft et al, 2009).

Son muchos los factores que pueden afectar la ejecución, como el apoyo político y los recursos disponibles, pero la formación y el apoyo son básicos para determinar la calidad de la ejecución de la respuesta del sector de la educación frente al consumo de sustancias (Ringwalt et al, 2003).

Los estudios demuestran que la formación aumenta las probabilidades de que el o la docente realmente imparta el contenido sobre prevención basado en habilidades y lo haga del modo previsto. La formación puede ayudar a los y las profesoras a adaptar los métodos del programa a su propio estilo y sus aptitudes, manteniendo sin embargo los componentes básicos del programa (Miller-Day et al, 2013).

La formación de educadores debe ofrecer una justificación clara de los métodos basados en habilidades, ofrecer una demostración de las técnicas de enseñanza interactivas, y brindar muchas oportunidades para practicar estas habilidades (OMS, 2003). Además de la capacitación en programas “estandarizados” específicos a nivel de

educación secundaria - etapa en la que es probable que surjan temas delicados como el consumo de alcohol hasta la intoxicación por los y las estudiantes - la formación general sobre cómo abordar temas relacionados con el consumo de sustancias puede ayudar al docente a abordar dichos temas a medida que surjan. Existe la posibilidad de recurrir a una persona experta para tratar temas específicos dentro del contexto de los requisitos del plan de estudios, o de impartir programas “estandarizados” de prevención basados en habilidades.

Todas las personas que participan en la ejecución de los programas educativos basados en habilidades (como profesionales especializados en el uso de alcohol, tabaco y drogas, consejeros de salud mental, personal de enfermería escolar o pares) deben recibir formación sobre su función y sobre cómo esta contribuye a los objetivos del plan de estudios. Si estas personas expertas van a participar en la aplicación de contenido basado en habilidades, su competencia en esta área debe verificarse y deben recibir formación si es necesario (Buckley et al, 2007).

ESTUDIO DE CASO 5: Una iniciativa prometedora - Formación y certificación en Kenia

La Kenyan National Authority for the Campaign against Alcohol and Drug Abuse (NACADA) se estableció mediante Ley parlamentaria el 24 de julio de 2012. Una de las prioridades de la NACADA es la formación y la certificación de profesionales especializados en prevención y tratamiento.

Para abordar esta prioridad, la NACADA colaboró con la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) de los Estados Unidos y con la International Society of Substance Use Prevention and Treatment Professionals (ISSUP). La ISSUP aportó el plan de estudios y la INL financió el coste de los manuales de formación y la formación de los primeros facilitadores locales.

La ISSUP desarrolló recientemente un paquete de formación completo denominado Programa de Prevención Universal (UPC), para trabajadores y coordinadores de prevención. El UPC fue elaborado por los mejores investigadores de prevención y se fundamenta en la base científica presentada en las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas de la UNODC (UNODC, 2013). El UPC se convirtió en la base de la iniciativa de formación y certificación keniana.

El objetivo de la NACADA consiste en desarrollar la prevención del consumo de sustancias (y su tratamiento) como un campo multidisciplinar e independiente a través de la profesionalización y el desarrollo de su fuerza de trabajo.

A tal fin, la Autoridad organizó programas de formación y certificación para profesionales especializados en adicciones en cinco regiones del país. Docentes de escuelas de educación secundaria, colegios universitarios y universidades se encuentran entre los profesionales objetivo, y se han formado ya más de 1.000 personas hasta la fecha. En este momento se están realizando actividades de formación y certificación.

Más información: <http://www.nacada.go.ke> and <https://www.issup.net/training/universal-prevention-curriculum>

La educación de profesores que imparten educación basada en las capacidades puede adoptar la forma de educación inicial, educación continua y educación por Internet:

- **La educación inicial** (es decir, la realizada a través de una institución de formación de profesorado) en materia de salud basada en habilidades, es muy recomendada por los defensores de la promoción de la salud escolar y la prevención (Thapa et al, 2013; UNESCO, 2014b; Bundy, 2015). Dicha formación puede centrarse de forma general en la salud y el bienestar del estudiantado, en iniciativas de prevención más amplias relacionadas con el comportamiento y las conductas de riesgo, o específicamente con el consumo de sustancias. Desafortunadamente, la disponibilidad de educación inicial sobre este tema es limitada tanto en las regiones desarrolladas como en las regiones en vías de desarrollo (Hale et al, 2011; UNESCO África Oriental y Meridional, informe inédito).
- **La formación y el apoyo continuo** son de vital importancia debido a la escasez general de formación inicial. La formación continua debe ser permanente debido a la rotación y actualización del personal. Los estudios sobre el modo de ofrecer la mejor formación y apoyo a las personas dedicadas a la prevención basada

en habilidades indican que la formación presencial es mejor aceptada y parece ser más eficaz que los manuales auto guiados o los vídeos educativos (Hanley et al, 2009), aunque es probable que una combinación de opciones, incluidos métodos tecnológicos, resulte más eficaz que una sola estrategia. Hasta la fecha, las pruebas sobre si la orientación (es decir, comentarios sobre los comportamientos en el aula, con los que se evalúa la fidelidad, la temporalización, la secuencia, la mecánica, la organización de los temas, etc. del profesor) resulta efectiva son variadas (Dusenbury et al, 2010; Ringwalt et al, 2009). Muchos programas de prevención con base científica disponen de herramientas para supervisar y guiar la administración fiel del contenido.

- **Los portales virtuales de conocimiento** ofrecen ayuda permanente al personal dedicado a la prevención y la promoción de la salud en la escuela. Un ejemplo es *Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service (ADEPIS)* de Mentor UK. Este sitio convierte los últimos hallazgos de investigaciones en estrategias prácticas para los que trabajan en primera línea en este tema (véase el Caso de estudio 6), o *Prevention HUB* de la UNODC, que es un portal con una sección dedicada a recursos para el profesorado y otro personal (<http://preventionhub.org/en>).

Formación o preparación para otro personal docente

Una respuesta coordinada requiere la formación o preparación de muchas otras personas, con temas esenciales que se indican en la siguiente figura:

Figura 17. Formación o preparación para otro personal docente



ESTUDIO DE CASO 6: Una iniciativa prometedora - El desarrollo de guías y recursos nacionales para el profesorado, formación y normas de calidad: Un ejemplo es Alcohol and Drug Education and Prevention Information Service (ADEPIS), Reino Unido

Este servicio en línea ofrece información y consejos para escuelas y profesionales sobre buenas prácticas relacionadas con la educación y la prevención del consumo de sustancias. Está financiado por Public Health England y el Ministerio del Interior de Inglaterra y dirigido por una organización benéfica de prevención de adicciones, Mentor UK, con algunos socios. El equipo del ADEPIS ha desarrollado un conjunto de normas basadas en las Normas de Calidad Europeas para la Prevención de Adicciones, pero diseñadas específicamente para escuelas y organizaciones que trabajan en las escuelas para ofrecer educación sobre sustancias a los y las estudiantes. Las normas se basan en pruebas internacionales, así como en directrices locales y pautas de planes de estudios obligatorios sobre administración de la educación, con el objeto de garantizar que todos los consejos tengan una base científica y puedan aplicarse de forma sencilla y continua en el contexto local.

Las normas publicadas abarcan una variedad de temas relevantes para ofrecer una educación de buena calidad sobre sustancias. Los recursos incluyen políticas de personal, contenido en el aula para ofrecer una buena educación sobre drogas y alcohol, y recomendaciones para la impartición de programas de buena calidad sobre drogas y alcohol en el aula. El sitio web de ADEPIS ofrece a las escuelas un kit de herramientas en línea para revisar su política sobre drogas y alcohol y facilitar una evaluación frecuente y una mejora continua de la calidad. El sitio web también ofrece consejos prácticos a las escuelas sobre cómo consultar con las partes interesadas relevantes, incluidos el profesorado, los alumnos, los padres y las madres.

Esta iniciativa constituye una práctica prometedora porque sigue normas con base científica pertinentes, las aplica a un contexto local (teniendo en cuenta factores educativos, culturales y logísticos), es un ejemplo perfecto de colaboración entre organizaciones gubernamentales y organizaciones del tercer sector, facilitando el desarrollo profesional y la puesta en común de buenas prácticas.

Más información: <http://mentor-adepis.org>

3.2.4. Respuestas con base científica en el ámbito escolar

En el ámbito escolar, los planteamientos relacionados con la respuesta frente al consumo de sustancias pueden dividirse en dos categorías:

- **Prevención universal** que pretende prevenir el consumo de sustancias en toda la población escolar. Este planteamiento busca reducir los riesgos en toda la escuela o en un grupo de edad objetivo mediante la aportación de conocimientos y habilidades que protegen frente al consumo de sustancias, o mediante la modificación de las políticas escolares y el entorno para favorecer la prevención y la reducción del consumo de sustancias entre todos los y las estudiantes.
- **Prevención selectiva e indicada** destinada a individuos o grupos que corren mayor riesgo de iniciar conductas de consumo de sustancias o que ya las consumen. Estos planteamientos implican la identificación de individuos o grupos en riesgo y la orientación de los esfuerzos de prevención hacia ellos, o la identificación de personas que muestran signos tempranos de consumo de sustancias y una intervención.

Figura 18. Una respuesta integral abarca tanto la prevención universal como la selectiva/indicada



Las escuelas tienen la responsabilidad de atender adecuadamente a todos los miembros de la población estudiantil, lo que incluye el apoyo a grupos (prevención selectiva) e individuos (prevención indicada) que corren mayor riesgo.

i. Prevención universal: entorno escolar seguro y propicio

El entorno existente en una escuela es el efecto de muchos factores, especialmente los valores, los objetivos y las estructuras organizativas de la escuela, así como las prácticas directivas (Bissett et al, 2007). Por lo tanto, se recomienda adoptar un planteamiento escolar integral para abarcar todos los aspectos de la comunidad escolar que pueden afectar al aprendizaje, la salud y el bienestar de los y las estudiantes, y junto con los enfoques basados en el plan de estudios, centrar los esfuerzos en:

- ayudar a los y las estudiantes a sentirse seguros (tanto física, social y emocionalmente);
- fomentar relaciones (por ejemplo, entre estudiantes y entre estudiantes y personal docente; respetando la diversidad);
- mejorar las estrategias habituales en el aula para facilitar el aprendizaje (es decir, para estudiantes desmotivados y estudiantes con problemas de aprendizaje y de conducta);
- promover un sentido de «comunidad»;
- realizar mejoras en los campos y las instalaciones de la escuela; y
- crear vínculos entre la escuela y la comunidad local, como actividades de servicio a la comunidad, participación en asuntos locales (Markham et al, 2008; Thapa et al, 2013; Tobler et al, 2011).

Figura 19. Elementos esenciales para un entorno escolar seguro y propicio



Lo ideal es crear un equipo de coordinación que garantice un planteamiento sistemático para la modificación del entorno escolar, involucrando en el proceso a todas las personas que son miembros de la comunidad escolar.

En general, un planteamiento escolar integral busca afectar positivamente a los resultados académicos (disminución del absentismo y de las tasas de expulsión de estudiantes), las tasas de consumo de sustancias (especialmente el tabaco) y a la reducción del impacto de circunstancias familiares difíciles (Fletcher et al, 2008; Langford et al, 2014; Thapa et al, 2013).

ESTUDIO DE CASO 7: Un programa con base científica - Un programa sencillo para modificar el entorno escolar en relación con el consumo de tabaco

Be Smart - Don't Start (SFC) es un programa de bajo coste que exige poco tiempo y modifica el entorno escolar en relación con el consumo de tabaco. En lugar de emplear tácticas del miedo para motivar a los y las estudiantes a no fumar, esta iniciativa aplica el refuerzo positivo. Estudiantes entre 11-14 años de edad se comprometen a firmar contratos para mantenerse sin fumar durante un máximo de seis meses. Seguidamente, informan regularmente si han cumplido o no su compromiso. Al final del concurso, las clases con mayor éxito pueden ganar premios atractivos en un sorteo.

A través de este proceso, la norma social sobre el paso de fumar a no fumar se considera gratificante y se generaliza en las clases. Los profesores participantes reciben los materiales necesarios para la ejecución del programa, incluida una guía para el profesor, un contrato para el aula con pegatinas y una plantilla del contrato con los alumnos. Los padres de los alumnos inscritos en el programa reciben un folleto que incluye una descripción del concurso y consejos para apoyar a sus hijos e hijas. Aunque la ejecución del programa requiere muy poco tiempo, puede convertirse en una plataforma excelente para prestar más atención a través del plan de estudios.

El programa es cofinanciado por la Comisión Europea desde 1997 y está muy difundido por toda Europa. Los estudios de evaluación demuestran que el concurso es seguro (es decir, no es perjudicial), bien aceptado, rentable y eficaz para retrasar el inicio del consumo habitual de tabaco (Isensee and Hanewinkel, 2012).

Más información: <http://www.smokefreeclass.info>

Dentro del marco de un planteamiento escolar integral, las respuestas que buscan garantizar un entorno seguro y propicio para las personas menores de edad y jóvenes durante su etapa educativa se engloban en las siguientes categorías:

- **garantizar un entorno escolar seguro y propicio**, a través de políticas escolares de apoyo y una cultura escolar que aborde las vulnerabilidades psicológicas individuales, mejore el entorno en el aula, la participación y la conexión de los estudiantes y garantice el acceso a una educación de calidad;

- **involucrar a las familias y a la comunidad en su conjunto** para lograr un entorno seguro y propicio fuera de la escuela.

Diseño y aplicación de la política escolar sobre consumo de sustancias

La política sobre consumo de sustancias, incluidos el tabaco, el alcohol y las drogas, es una declaración sobre cómo la respuesta de la escuela frente al uso de sustancias contribuye a sus objetivos académicos. La política debe asociarse y apoyar políticas más amplias (como políticas nacionales de lucha contra el consumo de tabaco, alcohol y drogas, o la estrategia nacional de prevención). Puede incluirse sin problemas en las políticas escolares relacionadas con la salud, que generalmente tienen por objeto garantizar un entorno físico y psicosocial seguro, propicio y saludable (y que abordan otras cuestiones, como el acoso escolar, el acoso sexual, la violencia escolar, la nutrición y la dieta, y la salud mental) (OMS, 2003).

Una política local sobre el consumo de sustancias es el punto de acceso correcto a una respuesta de la escuela frente al consumo de sustancias por parte de los estudiantes. El proceso de elaboración de una política permite a la escuela, y a otros agentes locales pertinentes, poner en común sus ideas - sus valores, objetivos y acciones - en relación con el consumo de sustancias por parte de los y las estudiantes, y describir cómo pretenden responder al mismo.

Tradicionalmente, las políticas sobre sustancias se centran más en aclarar cómo respondería la escuela frente a incidentes de consumo de sustancias por parte de los estudiantes. Esto es importante, porque sin esta política el personal escolar tiene que abordar cada incidente relacionado con sustancias según surja, lo que representa un uso ineficiente de los recursos y genera una toma de decisiones incoherentes e injustas por parte de las autoridades escolares.

La sistematización de todas las acciones relacionadas con sustancias, incluidas las actividades de prevención, en una única política genera coherencia y una mejor comprensión de los compromisos. Una política más amplia sobre la «respuesta frente al consumo de sustancias», garantiza una asignación de los recursos escolares, por escasos que estos sean, para lograr el mayor impacto.

¿Debe una escuela primaria aplicar una política sobre consumo de sustancias?

Algunas de las mejores oportunidades para prevenir el consumo de sustancias se encuentran en el período de la educación primaria (por ejemplo, planteamientos de gestión del aula). Es recomendable enmarcar una política adecuada sobre consumo de sustancias en los primeros años en una política más amplia que garantice que todos los y las estudiantes se sientan bien en la escuela, incluidos los que están desmotivados y los que tienen un mal comportamiento.

De hecho, a este nivel, la asistencia a la escuela, el apego a la misma y la adquisición de las capacidades lingüísticas y aritméticas adecuadas a la edad pueden resultar las acciones preventivas más importantes para las personas menores de esta edad. Las pruebas de países de ingresos medios y bajos indican que las medidas de políticas que promueven la asistencia y el compromiso escolar a esta edad son eficaces para prevenir el consumo de sustancias en etapas posteriores. Asimismo, muchos programas de prevención con base científica como los que promueven habilidades para la vida y conductas positivas en el aula, están destinados a estudiantes de primaria y cuentan con resultados muy positivos en la prevención del consumo de sustancias y otras conductas de riesgo, también a largo plazo (UNODC, 2013).

Puede que en primaria no sea necesaria una política específica sobre consumo de sustancias y tenga más sentido añadir ciertos puntos a otras políticas académicas y sanitarias más amplias, señalando que el resultado esperado es la prevención del consumo de sustancias futuro y que este formará parte de una evaluación de dichas políticas.

Por añadidura, la participación activa y la conexión social de los y las estudiantes a la vida escolar son factores de protección importantes asociados a menores niveles de consumo de sustancias y otras conductas de riesgo. Por lo tanto, también se recomienda incluir en una respuesta escolar integral políticas que promuevan la participación activa de los y las estudiantes y una cultura escolar positiva.

La política debe describir y aclarar los compromisos, las reglas, los procedimientos y las acciones de los programas escolares en relación con el consumo de sustancias y su prevención. Aquí han de incluirse los siguientes elementos:

1. Requisitos para una programación global de la prevención (p. ej., programa de prevención basado en habilidades, así como prevención escolar integral).
2. Protocolo para intervenir en caso de incidentes de consumo de sustancias y con estudiantes con problemas de consumo de sustancias (como intoxicación, consecuencias negativas derivadas del uso) y ofrecer medidas disciplinarias y de apoyo.
3. Posición con respecto a la posesión, el consumo o la distribución de alcohol, tabaco y drogas que todos los miembros de la comunidad escolar deben prohibir terminantemente.

El contenido de las políticas es importante, pero igual de importante es la forma de desarrollarlas, comunicarlas y ejecutarlas. A sabiendas de que muchas escuelas actúan a tenor de una política de distrito que no pueden modificar, se prefiere un planteamiento participativo con relación a estos procesos. Este tipo de planteamiento generará una política más eficaz, más pertinente y mejor respaldada (Fletcher et al, 2008; Toumbourou et al, 2004).

Las pruebas indican que el planteamiento más eficaz frente a incidentes relacionados con el consumo de sustancias es buscar una solución educativa y que favorezca la salud, reduciendo al mínimo la suspensión o expulsión fuera de la escuela. Alternativas a la suspensión o expulsión son: suspensión dentro de la escuela (el estudiante se sienta fuera del despacho del director o en la zona administrativa con tareas que hacer); la imposición de un tiempo fuera del aula en «unidades educativas» en algunos periodos fuera del centro; el retiro de privilegios (como excursiones escolares), y la firma de un contrato con los estudiantes en los que se indican las condiciones de su permanencia en el centro (como recibir asesoramiento o recibir formación para controlar los enfados) (Hemphill et al, 2012a).

Como alternativa a las medidas disciplinarias o unido a ellas, es importante saber cómo actuar ante incidentes de posesión o consumo de sustancias, mediante un apoyo destinado a transformar el suceso en una oportunidad favorecedora para la salud. Esto se puede lograr respondiendo a los incidentes con una evaluación y una derivación del estudiante para recibir atención, incluidas intervenciones breves, asesoramiento, programas para dejar de fumar, derivación a otros servicios sociales y de salud fuera de la escuela y apoyo para la familia al completo.

Las pruebas que avalan la eficacia de las pruebas de detección del consumo de sustancias entre los y las estudiantes son muy limitadas, y la mayoría de los estudios indican que no tiene ningún efecto preventivo. Debido a sus muchas desventajas (como el costo, el hecho de que no se controlan ni el alcohol ni el tabaco, importantes consideraciones éticas relacionadas con la privacidad de los y las estudiantes y la posibilidad de perjudicarles con medidas punitivas que reducen la motivación escolar), no se recomienda aplicar esta medida (Shek, 2010; Sznitman & Romer, 2014; UNODC, 2013).

Una respuesta excesivamente punitiva ante incidentes basada en la suspensión, a menudo puede conducir a conductas antisociales. Por ejemplo, en un estudio internacional, la expulsión en séptimo curso dio lugar a un aumento del consumo de tabaco (Hemphill et al, 2012b). Por otro lado, las políticas escolares sobre consumo de sustancias laxas o su falta de ejecución también pueden dar lugar a un aumento del consumo de sustancias (Evans-Whipp et al, 2013).

En consecuencia, parece que el planteamiento más eficaz es un enfoque equilibrado de la prevención y la ejecución, que cultive un clima escolar positivo y se asegure de que los y las estudiantes entiendan lo que no está permitido en términos de conductas relacionadas con el consumo de sustancias, pero también que ayude, siempre que sea posible, a los y las jóvenes que tienen mayor riesgo de perder sus vínculos con la escuela (Hemphill et al, 2006; Sznitman and Romer, 2014).

Por último, es importante el ámbito de la política. Una política que englobe al personal y visitantes (por ejemplo, fumar en las instalaciones) probablemente sea mejor recibida por los estudiantes. Un estudio iraní reveló que el conocimiento por los y las estudiantes de que los profesores fumaban estaba asociado a su propio consumo de tabaco (Roohafza et al, 2014). Los profesores son modelos a seguir en la escuela y cuando su conducta se incorpora a las políticas escolares, pueden influir sobre las normas contra el tabaco. Por eso es importante que una política defina claramente la prohibición de consumir sustancias en las instalaciones escolares durante las funciones escolares, tanto para los estudiantes como para los profesores.

Características de la política escolar asociadas a resultados de prevención positivos (UNODC, 2013):

- ▲ Aborda todas las actividades y asuntos relacionados con el consumo de sustancias en la escuela
- ▲ Promueve el funcionamiento normal de la escuela, no su alteración
- ▲ Elabora políticas con la participación de todas las partes interesadas (estudiantes, profesorado, otros miembros del personal y padres)
- ▲ Las políticas ordenan la prohibición del consumo de sustancias en las instalaciones escolares o durante funciones escolares, tanto a estudiantes como al personal, para reducir o eliminar el acceso y disponibilidad de tabaco, alcohol o drogas.
- ▲ Las políticas especifican claramente las sustancias prohibidas, así como las ubicaciones (instalaciones escolares) y las ocasiones (funciones escolares) en las que se aplican.
- ▲ Las reglas se aplican a todas las personas de la escuela (estudiantes, profesorado, otro personal, visitantes, etc.).
- ▲ Las infracciones a las políticas se abordan con sanciones positivas, mediante la prestación de asesoramiento, tratamiento u otros servicios de salud y psicosociales, en lugar de castigos.
- ▲ Ejecución coherente e inmediata, incluido el refuerzo positivo para el cumplimiento de las políticas

Programas de manejo del aula para personas menores de edad que entran en el sistema escolar

Se ha demostrado que los programas de manejo del aula en primaria tienen efectos positivos importantes para prevenir el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo.

Los comportamientos disruptivos en el aula (como desobedecer, interrumpir, levantarse de la silla, robar, etc.) son una fuente de preocupación en las escuelas. Pueden tener un efecto importante sobre el entorno de aprendizaje y el logro de los resultados académicos esperados.

Asimismo, los estudios han demostrado que las personas menores de edad que muestran comportamientos disruptivos en los primeros años de escuela son más vulnerables a una serie de problemas sociales, académicos y sanitarios posteriores, como el consumo problemático de sustancias, alteraciones de la conducta, conducta delictiva y fracaso escolar (Castellanos-Ryan et al, 2013). En consecuencia, se llevan varios años desarrollando y analizando programas que ayudan al profesorado a manejar el entorno en el aula.

Estos programas tienen por objeto reforzar las habilidades de manejo del aula y motivar a los niños y niñas para que se hagan mejores estudiantes, reduciendo simultáneamente los comportamientos agresivos y problemáticos tempranos. Ayudan a los profesores a aplicar una serie de procedimientos no pedagógicos en las prácticas cotidianas con todos los estudiantes en el aula para enseñar y promover conductas positivas y prevenir y reducir conductas inapropiadas. Están destinadas a toda la clase (prevención universal), pero lo más beneficiados son las personas menores de edad más vulnerables. El efecto es particularmente positivo entre los niños y niñas que muestran signos de conducta agresiva temprana (Kellam et al, 2014).

Puesto que estas estrategias constituyen un planteamiento para gestionar un aula y no están relacionadas con el plan de estudios, no compiten por el horario lectivo. Al ser universales (para clases enteras), se evita el etiquetado y el estigma que los niños pueden sufrir cuando se les saca del aula para la realización de intervenciones específicas.

Investigadores han realizado un seguimiento de estudiantes que participan en este tipo de programas, durante su adolescencia y adultez y los resultados son generalmente positivos sobre el consumo posterior de sustancias. Un programa que ha cosechado resultados positivos en cuanto a la prevención de problemas de consumo de sustancias y otras conductas de riesgo posteriores (como conducta violenta y trastorno de personalidad antisocial) hasta la edad de 21 años es Good Behaviour Game (GBG) o el Juego del Buen Comportamiento (Kellam et al, 2008).

GBG está destinado a todas las aulas de primero y segundo nivel de primaria y persigue generar un entorno propicio para el aprendizaje de los y las estudiantes en el aula (véase el Caso de estudio 8).

Con GBG, la conducta de cada miembro del equipo se convierte en objeto de interés para todos los integrantes

del mismo, porque la recompensa del equipo depende de la conducta de todos los integrantes. La estrategia anima a los y las estudiantes a gestionar su propia conducta por medio del refuerzo del grupo y el interés mutuo.

ESTUDIO DE CASO 8: Un programa con base científica - Funcionamiento de Good Behaviour Game (GBG)

Todos los estudiantes del aula son asignados a uno de tres equipos con conductas y aprendizajes similares, con igualdad número de niños y niñas. El profesor fija las reglas básicas de conducta en el aula y los equipos reciben una recompensa si sus miembros cometen cuatro o menos infracciones de estas reglas.

El programa GBG se desarrolla durante los períodos en los que el entorno del aula está menos estructurado, como cuando el profesor está trabajando con un solo estudiante o un grupo pequeño, mientras el resto de la clase debe realizar de forma independiente las tareas encomendadas. En momentos aleatorios, el profesor dice «Estamos jugando a Good Behaviour Game».

Al inicio del curso, el juego se desarrolla tres veces por semana, durante diez minutos cada vez. Durante el transcurso del curso, la cantidad de tiempo va aumentando. Con el tiempo, el profesor inicia los períodos de juego sin anunciarlo y las recompensas se posponen hasta el final de la jornada escolar o de la semana.

Hacia final de curso, el juego se desarrolla en distintos momentos durante la jornada, durante distintas actividades y en distintos sitios. Las recompensas van cambiando durante el curso, desde cosas materiales (como pegatinas o gomas de borrar) hasta cosas más intrínsecamente relacionadas con el aula, como tiempo de silencio extra para leer durante la jornada. De esta forma, el programa GBG evoluciona desde un procedimiento altamente previsible y visible con una serie de recompensas inmediatas hasta un procedimiento imprevisible en términos de ocurrencia y lugar, y posposición de recompensas (Kellam et al, 2008). Se ha demostrado que es eficaz para prevenir el consumo de sustancias hasta los 21 años y se ha aplicado con éxito en distintas regiones del mundo.

Más información: <http://goodbehaviorgame.org/>

Características de planteamientos de gestión del aula asociadas a resultados de prevención positivos (UNODC, 2013):

- ▲ Normalmente se aplican durante los primeros años de escuela
- ▲ Incluyen estrategias para responder a conductas inadecuadas
- ▲ Incluyen estrategias para reconocer conductas inadecuadas
- ▲ Incluyen comentarios sobre las expectativas
- ▲ Participación activa de los y las estudiantes
- ▲ Importancia de la formación de docentes y una tutoría constante.

Actividades extracurriculares y ligadas a la escuela, y participación de las familias, ONG y otras partes interesadas de la comunidad

Las escuelas son excelentes centros de actividades y coordinación de programas comunitarios, ya que gozan de la credibilidad de sus comunidades y pueden acceder a una amplia porción de la población. Los programas extracurriculares y ligados a la escuela son aquellos en los que las escuelas participan pero que no forman parte del plan de estudios regular. Por regla general, implican contar con un socio comunitario para prevenir y abordar el consumo de sustancias y promover la salud.

ESTUDIO DE CASO 9: Un programa prometedor - KELY Support Group, Hong Kong

KELY es una organización bilingüe de financiación no pública que promueve el apoyo empático, no moralizante, confidencial e inclusivo para jóvenes entre 14 y 24 años en Hong Kong. Creada en 1991 a partir de una iniciativa temprana para ayudar a un amigo a superar un problema de consumo de sustancias, creció orgánicamente hasta convertirse en una organización comunitaria reconocida, a la que las personas jóvenes y familiares afectados recurren debido a su proximidad a la juventud y a que suministra información precisa y apoyo no moralizante por parte de pares. A principios de la década de los noventa, apenas existía apoyo para la educación en la prevención del consumo de sustancias en Hong Kong. El consumo y el uso indebido de sustancias se consideraban tabú y se asociaban con grupos con mala reputación (como las triadas).

Los programas de KELY son impartidos por un equipo de siete trabajadores a tiempo completo, entre 10 y 12 trabajadores a tiempo parcial, y alrededor de 50 voluntarios (incluidos profesionales de salud pública, educación, trabajo social y psicología clínica). Ofrecen asistencia y apoyo directos a jóvenes, a través de los siguientes componentes programáticos:

- prevención
- formación/desarrollo de capacidades a largo plazo
- talleres educativos impartidos en la escuela
- extensión para abordar las consecuencias del consumo de sustancias
- intervención

KELY abarca el 15% de los más de 450 centros de secundaria de Hong Kong. La organización cree que KELY ha logrado elevar el grado de sensibilización para abordar las consecuencias del consumo de sustancias y los recursos de ayuda. Esto es evidente a la luz del aumento del número de jóvenes y padres que solicitan su asistencia y del número de recomendaciones.

Más información: www.kely.org

Los programas extracurriculares y vinculados a la escuela pueden tener gran número de intereses (desde el desarrollo juvenil hasta la intervención temprana), adoptar diversas formas e involucrar a distintos agentes,

incluidas ONG y otras partes de la comunidad. Los programas predominantes vinculados a la escuela con un objetivo de prevención o promoción de la salud, pueden clasificarse en iniciativas de pares, tutorías, deportes y diversión, desarrollo juvenil, fortalecimiento familiar e iniciativas con varios componentes.

Programas de pares y extracurriculares: Existe una gran variedad de programas de pares. Algunos implican la participación de compañeros para impartir en el aula educación formal sobre prevención como ayuda al profesor. Si bien la participación de pares de esta forma está bien consolidada y puede resultar eficaz cuando los compañeros reciben la formación y el apoyo adecuados y aplican planteamientos con base científica (p.ej., Tobler et al, 2000), la participación extracurricular de pares también se revela prometedora (Campbell et al, 2008). Una revisión sistemática y un meta-análisis concluyeron que las intervenciones de pares pueden resultar eficaces para prevenir el consumo de tabaco, alcohol y, posiblemente cannabis entre adolescentes, aunque en general, la base científica es limitada y se caracteriza principalmente por pequeños estudios de baja calidad (MacArthur et al, 2015).

Los programas de este tipo no requieren tiempo lectivo formal, ya que operan dentro de la cultura informal de la escuela, recurriendo a líderes naturales. Puesto que no son obligatorios, puede resultar difícil llegar a los jóvenes identificados. Sin embargo, su resultado se ha revelado prometedor para prevenir el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas entre adolescentes más jóvenes. Estos programas suelen ser complejos, ya que requieren un reclutamiento y una selección cuidadosos, formación y apoyo constante de líderes por parte de personal capacitado (D'Amico et al, 2012).

Programas de tutoría: Estos programas conllevan relaciones personalizadas entre un «tutor» adulto y un «tutelado» joven. Por su naturaleza, se imparten fuera del plan de estudios formal. Los tutores pueden ser profesores, preparadores, asesores, personal de enfermería u otro personal de la escuela (como guardianes o personal de la cafetería) o miembros de la comunidad. Las tutorías se pueden concertar formalmente o surgir de manera informal entre la persona adulta y la persona joven, y pueden adoptar varias formas. Por esta razón, resulta imposible ser concluyente sobre el valor de la tutoría para prevenir el consumo de sustancias o para promover el rendimiento académico. Sin embargo, existen indicios de una eficacia moderada en estas cuestiones, así como en otros resultados de desarrollo juvenil, cuando los programas se ejecutan de forma estructurada y los tutores reciben apoyo y formación adecuados. Las tutorías que combinan elementos de amistad, apoyo afectivo, defensa y orientación han demostrado tener cierta eficacia con jóvenes en mayores condiciones de

vulnerabilidad (prevención selectiva e indicada) (Keller et al, 2012; Thomas et al, 2011; Tolan et al, 2013).

Programas deportivos y recreativos: Se puede ofrecer una gran variedad de programas deportivos y recreativos después de la jornada lectiva (deportes individuales y de equipo, teatro y bellas artes, y clubes académicos). La única investigación encontrada para este estudio relacionada con la eficacia de las alternativas de ocio o diversión para prevenir el consumo de sustancias tenía que ver con el deporte. Aunque el deporte se considera una opción saludable para personas jóvenes, no existen pruebas que avalen su uso para prevenir el consumo de sustancias. De hecho, la única conclusión clara hasta la fecha es que la práctica de un deporte se asocia con un aumento del consumo de alcohol. No obstante, la práctica deportiva parece estar relacionada con la reducción del consumo de drogas ilegales, especialmente drogas no relacionadas con el cannabis. (Kwan et al, 2014; UNODC, 2013).

En consecuencia, las escuelas y las comunidades deben mostrarse muy cautelosas al elaborar programas deportivos después de la jornada lectiva destinados a la prevención del consumo de sustancias. Aunque el deporte como tal, pueda que nos sea efectivo para prevenir el consumo de sustancias, es muy posible que los programas deportivos o recreativos constituya un buen ámbito para la programación de la prevención con base empírica (es decir, incorporar el desarrollo de habilidades personales y sociales, u otro componente con base científica, a políticas y programas claros contra el consumo de alcohol y otras drogas y evaluar los resultados) (Kwan et al, 2014; UNODC, 2013).

Programas para familias y padres: La familia es una de las influencias más importantes en la vida de las personas menores de edad y jóvenes. En consecuencia, se ha prestado mucha atención al desarrollo y la evaluación de programas de prevención basados en la familia (UNODC, 2013).

Las escuelas y las comunidades cuentan con un amplio abanico de programas para elegir. Existen programas de baja intensidad y otros que trabajan solo con los padres, así como programas que trabajan con las familias al completo (es decir, con padres, madres e hijos); se ha demostrado que los programas intensivos bien estructurados son más eficaces y rentables (Foxcroft and Tsertsvadze, 2011; Munton et al, 2014; Spoth et al, 2002).

Los programas eficaces basados en la familia se centran en el desarrollo de habilidades, más que en la simple educación sobre prácticas de crianza adecuadas. Son interactivos y brindan oportunidades para practicar habilidades en un contexto seguro a través de juegos de rol, juegos de aprendizaje y proyectos en familia. Pueden o no abordar directamente el consumo de sustancias si se destinan a familias con hijos que ya han superado la

edad típica de inicio. Los programas destinados a niños más pequeños no abordan el consumo de sustancias. Estos programas pueden aplicarse con éxito en varios ámbitos, incluidas las escuelas, y pueden destinarse a otras poblaciones de familias, tanto universales como específicas. En consecuencia, los programas impartidos en las escuelas han demostrado influir positivamente en la implicación de padres y madres en la vida escolar.

Los programas de habilidades destinados a familias suelen impartirse a escala universal, con independencia del nivel de riesgo que sufran. Los programas de formación universales destinados a padres que han demostrado ser eficaces, suelen constar de entre cuatro y ocho sesiones, mientras que los programas eficaces para poblaciones de alto riesgo generalmente tienen más sesiones. El objetivo común es ayudar a los padres a aprender mejores técnicas de crianza, apego cariñoso y seguro, comunicación, vigilancia y disciplina adecuada a la edad y ayuda para que sus hijos adquieran una preparación básica para la vida (UNODC, 2009).

ESTUDIO DE CASO 10: Un planteamiento con base científica - Adaptación y aplicación de un Programa de Fortalecimiento de la Familia con hijos de 10-14 años (SFP 10-14) en Serbia

El Programa de Fortalecimiento de la Familia (SFP 10-14) es un programa universal con base científica para familias con hijos entre 10 y 14 años. Consta de siete sesiones de dos horas, en las que las personas jóvenes y sus padres reciben formación por separado y en conjunto para reforzar las capacidades de comunicación en la familia, aprender técnicas de resistencia y prevenir el consumo de sustancias entre jóvenes. El programa SFP 10-14 se ha evaluado rigurosamente en ámbitos controlados y reales y es efectivo a largo plazo.

Este caso constituye un buen ejemplo de cómo se pueden lograr buenos resultados adoptando y adaptando cuidadosamente un programa basado en evidencia científica (como una alternativa al desarrollo de un programa totalmente concebido en casa). En 2013, el Ministerio de Educación, Ciencia y Promoción Tecnológica serbio, con el apoyo de la Oficina de Programas de UNODC en Serbia y dos municipios, acometió una iniciativa para probar y ampliar este programa de fortalecimiento de la familia.

Para respaldar la ampliación, el programa SFP 10-14 fue añadido a la lista de programas acreditados por el Ministerio de Educación a nivel nacional y la formación para el SFP se incluyó en la formación regular del profesorado para generar sistemáticamente capacidades para este programa y para la prevención del consumo de sustancias en general.

Antes de la ampliación, el programa se puso a prueba en más de 20 escuelas primarias de Belgrado, para evaluar su viabilidad y su eficacia a través de la evaluación realizada en 2013 por medio de métodos cualitativos y cuantitativos. La evaluación demostró que el programa tenía un efecto positivo sobre las prácticas de crianza en las familias participantes. Después de la capacitación, los padres afirmaron usar estrategias más constructivas para educar (como explicar las consecuencias de una mala conducta y las razones de las reglas familiares, o no abordar una mala conducta después de que se haya «enfriado») y pasar tiempo de mayor calidad en familia. Por otro lado, los hijos e hijas afirmaron tener mejores habilidades para enfrentarse a los problemas después de la capacitación (por ejemplo, para fijar objetivos y gestionar el estrés). La fase piloto llegó a 450 familias e incluyó la formación de más de 100 facilitadores y 26 formadores de formadores, para garantizar un buen potencial de sostenibilidad.

La adaptación cultural final del material tuvo lugar al concluir la fase piloto, y será supervisada y evaluada como parte de la ampliación del programa durante los próximos cinco años. En las reflexiones sobre la fase piloto, los organizadores se encontraron con una negativa generalizada y una gran falta de conocimientos sobre los problemas de consumo de sustancias en los colegios y en la comunidad. El profesorado estaba sobrecargado, aunque el éxito del programa depende de su entusiasmo. Los organizadores concluyeron que se consiguen buenos resultados por medio de programas interactivos, concentración en las personas menores de edad, conexión con las familias, apoyo de los municipios y vinculación de las familias con las escuelas.

Más información: <http://www.strengtheningfamiliesprogram.org/sp-10-14.html>

ESTUDIO DE CASO 11: Un planteamiento prometedor - Participación parental en programas educativos en Rusia

En 2010, la ONG rusa Humanitarian Project presentó un programa especial denominado «15», que invita a los padres a participar en actividades de prevención. El programa consta de 15 sesiones temáticas de tres horas para adolescentes y sus padres o tutores legales.

Los participantes se dividen en cuatro grupos por edad y sexo, y cada grupo participa en sesiones de formación específicas. Además del trabajo en grupo, se organizan sesiones conjuntas en las que los cuatro grupos debaten diversos temas. Las sesiones de formación y los debates conjuntos tienen por objeto mejorar las relaciones paterno-filiales y reforzar los conocimientos de los participantes sobre el consumo de sustancias, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ETS).

El programa ayuda a los y las adolescentes a entenderse a sí mismos, buscar soluciones para situaciones difíciles, construir relaciones basadas en la confianza con los miembros de la familia, desarrollar planes, fijar y alcanzar objetivos y adquirir mayor confianza. Padres y madres tienen la oportunidad de hablar de problemas relacionados con la educación de sus hijos e hijas, compartir experiencias, conocerles mejor y dominar habilidades de comunicación más eficaces. Las sesiones de formación les ayudan a aprender más sobre el VIH, el consumo de drogas, la salud reproductiva y la conducta sexual de las personas adolescentes, para después poder comentar estos asuntos con sus hijos sin sentirse autoritarios ni moralizantes.

Según la encuesta de evaluación del programa realizada en ocho regiones de Rusia, más del 90% de los participantes notó que «15» había aportado cambios positivos para su vida. Alrededor del 55% de los encuestados había mejorado sus relaciones; el 50% había empezado a planificar el futuro; el 31,7% se había abstenido de conductas de riesgo; el 10% se había hecho una prueba de detección del VIH. Entre los adolescentes que participaron en el programa, el porcentaje de fumadores se redujo del 26,6% al 3,3% y todos los encuestados que habían consumido alcohol previamente afirmaron haberse abstenido de tomarlo. Entre los padres se lograron resultados similares: el porcentaje de fumadores pasó del 50% al 30,3%, y el porcentaje de consumidores de alcohol descendió del 16,6% al 3,3%.

Más información: <http://iite.unesco.org/pics/publications/en/files/3214742.pdf>

Las escuelas también pueden unirse a los servicios comunitarios para promover el acceso a los servicios de salud (incluido al tratamiento por consumo de sustancias). Estas iniciativas se comentan con mayor detalle en la sección 3.5.

Características de programas extracurriculares y ligados a la escuela asociadas a resultados de prevención positivos, negativos o inexistentes (UNODC, 2013)

Programas gestionados por pares

- ▲ Formación adecuada y apoyo continuo y activo para pares líderes
- ▲ Basados en un programa de actividades muy estructurado

Programas de tutoría

- ▲ Formación adecuada y apoyo a tutores
- ▲ Basados en un programa de actividades muy estructurado
- ▲ Programas para familias/padres/madres
- ▲ Fortalecimiento de los vínculos familiares, es decir, el apego entre padres/madres e hijos/hijas
- ▲ Apoyo a padres y madres para adoptar un papel más activo en las vidas de sus hijos
- ▲ Apoyo a padres y madres para ofrecer una educación positiva y apropiada en términos de desarrollo
- ▲ Apoyo a padres y madres para ser modelos para sus hijos e hijas

- ▼ Prevención en el marco de programas recreativos y deportivos
- ▼ La práctica deportiva per se está vinculada a un aumento del consumo de alcohol y a un descenso del consumo de drogas ilegales. Este planteamiento requiere un estudio más detallado y debe aplicarse con precaución
- ▼ Programas de desarrollo juvenil
- ▼ Atraer a los jóvenes con mayor riesgo a programas con actividades mal estructuradas

Programas para familias y padres

- ▼ Menoscabo de la autoridad de padres / madres
- ▼ Uso de charlas como único método de impartición
- ▼ Suministro de información sobre drogas a padres / madres para que puedan hablar de ello con sus hijos / hijas
- ▼ Concentración exclusiva en la persona menor de edad
- ▼ Impartición por parte de personal con formación deficiente

ii. Abordaje de vulnerabilidades a través de enfoques selectivos e indicados

Suelen recomendarse enfoques universales, especialmente entre personas menores de edad y jóvenes, ya que redundan en beneficio tanto de las personas que experimentan un nivel de riesgo medio, como las que experimentan un mayor riesgo, sin el peligro de incrementar la estigmatización de estos últimos. Sin embargo, los enfoques destinados a niños, niñas y adolescentes que experimentan vulnerabilidades específicas (como hijos de padres con problemas relacionados con el consumo de sustancias) tienen el potencial de dirigirse a los factores de riesgo específicos que están experimentando y a veces pueden resultar especialmente eficaces con población concreta cuando se aplican con cuidado. Estos planteamientos específicos pueden funcionar con los jóvenes en un formato grupal (prevención selectiva) o individual (prevención indicada).

Las iniciativas selectivas e indicadas llevadas a cabo en los primeros años de escuela tienen un efecto multiplicador positivo y ofrecen beneficios para muchos otros asuntos más adelante, como el rendimiento académico y el consumo de sustancias (Toumbourou et al, 2007). Para

una mayor eficacia de estas iniciativas es esencial la promoción de un sentido de asociación entre la escuela con los padres y madres que haga a padres y profesores sentirse mutuamente apoyados en sus esfuerzos (Castellanos-Ryan et al, 2013; Webster-Stratton and Taylor, 2001).

Un planteamiento eficaz es el que ofrecen los programas de habilidades de crianza descritos en la sección anterior. Una intervención de este tipo mostró efectos significativamente positivos sobre el consumo de sustancias durante la adolescencia, gracias al trabajo con niños y niñas con conductas perturbadoras entre siete y nueve años de edad, para dotarlos de capacidades sociales y de resolución de problemas, así como educar a sus padres en habilidades de crianza efectivas (Castellanos-Ryan et al, 2013).

Un grupo vulnerable son los hijos de padres o madres con un consumo problemático de sustancias. Los programas para estos grupos de niños y niñas son prometedores, especialmente si el programa dura más de diez semanas y enseña habilidades para hijos, padres y madres por separado y en conjunto (Broning et al, 2012).

Los planteamientos selectivos e indicados se asocian con dos elementos de precaución:

- **La posibilidad de estigmatizar a un estudiante** debido al proceso de selección; la estigmatización se evita con una planificación detallada, un cumplimiento estricto de la confidencialidad y la participación de los y las estudiantes interesados en el diseño de la iniciativa.
- **La posibilidad de reforzar la conducta antisocial** cuando los y las estudiantes que están expuestos a mayores riesgos se incluyen en grupos nuevos (lo que en inglés se denomina «deviancy training») (Hennessy et al, 2015; Rorie et al, 2011); esto podría evitarse creando una estructura sólida para el programa.

Intervenciones breves e intervenciones motivacionales

Un tipo de intervención específica con un gran potencial entre los y las adolescentes son las intervenciones breves (Carney, 2012; UNODC, 2013). Estas intervenciones pueden durar tan solo cinco minutos o pueden constar de cuatro sesiones. Hace tiempo que se sabe que las intervenciones breves son eficaces en varios ámbitos médicos (como la unidad de urgencias o la consulta del médico) entre poblaciones adultas, y estudios recientes demuestran que algunas de ellas son eficaces con estudiantes de secundaria. Estas intervenciones emplean técnicas motivacionales para llevar a una persona de una posición de no querer cambiar su consumo de sustancias, a estar lista para hacer cambios. Existen indicios de que los formatos individuales son más efectivos que los grupales (Hennessy et al, 2015).

La OMS ha desarrollado el paquete ASSIST para facilitar reconocimiento inicial y de intervenciones breves para todas las sustancias psicoactivas, incluidos el alcohol, el tabaco y las drogas ilegales. Sin embargo, la eficacia de las intervenciones solo se ha demostrado en personas adultas y se requiere un mayor análisis para determinar la eficacia de intervenciones basadas en el ASSIST entre adolescentes (véase el cuadro de la página 51).

ESTUDIO DE CASO 12: Un programa con base científica - Programa Preventure, Montreal, Canadá

¿Puede un breve programa de prevención proteger frente a los efectos del consumo de alcohol y cannabis sobre el cerebro mediante la reducción del consumo peligroso? Esta es una de las preguntas que trata de responder un estudio actual del programa Preventure en Montreal, Canadá. El estudio forma parte de una larga serie de investigaciones rigurosas basadas en la conclusión de que hay cuatro dimensiones de la personalidad ligadas al aumento del riesgo de consumo peligroso de alcohol y drogas entre los jóvenes: ansiedad-sensibilidad, desesperación, impulsividad y búsqueda de sensaciones.

Esta línea de investigación ha demostrado que una intervención breve basada en la personalidad (un total de 180 minutos a lo largo de varias sesiones) adaptada a una personalidad concreta sirve para reducir el consumo de alcohol en jóvenes adolescentes. Hasta la fecha, Preventure ha sido evaluado en cinco países y en múltiples contextos (escuelas secundarias, ámbitos psiquiátricos, poblaciones con base en la comunidad). Es eficaz para prevenir y retrasar el inicio del consumo y el uso indebido de alcohol, el consumo de cannabis y el consumo de otras sustancias ilegales. Sus efectos sobre el consumo de sustancias son de moderados a grandes y duran como mínimo tres años tras la intervención.

Las escuelas de Montreal se animaron a explorar programas con base científica debido en parte a un estudio provincial que reveló que el 10% de los estudiantes en su último año de secundaria (16-17 años) sufría síntomas clínicamente significativos de trastornos por consumo de sustancias.

Tal y como dijo una autoridad educativa: «Existía un deseo de invertir nuestros limitados recursos en programas con base científica para prevenir el consumo de sustancias, pero los programas asequibles y las organizaciones de la comunidad no tenían una base científica sólida. Nuestra prioridad era un programa que incluyera un programa de intervención (por oposición a reconocimiento inicial, educación o testimonios sin más)».

Las sesiones con estudiantes corren a cargo de personal escolar, que recibe tres días de formación. Dichas sesiones incorporan planteamientos psicoeducativos, terapia de mejora motivacional y componentes cognitivo-conductuales. Los manuales representan escenarios ilustrativos extraídos de experiencias reales de adolescentes con factores de riesgo de la personalidad que recibieron la intervención. Entre los ejercicios hay debates de ideas, emociones y conductas en un marco específico para cada dimensión de la personalidad.

Partiendo del reconocimiento de las recientes preocupaciones por el posible efecto del consumo de alcohol y cannabis sobre el desarrollo del cerebro de las personas adolescentes, uno de los objetivos de la investigación es evaluar hasta qué punto puede el programa proteger el desarrollo cognitivo en cinco áreas clave: el CI general, la memoria episódica, la memoria de trabajo, la inhibición de la respuesta y la sensibilidad a la recompensa.

Las características del programa que atraen a los administradores escolares son:

- flexibilidad en términos de quién puede impartir la intervención;
- el carácter breve y grupal de la intervención no es demasiado oneroso;
- sólida base de investigación del programa que hace más fácil su promoción.

Más información:

<http://co-venture.ca/en/files/2012/06/PREVENTURE-PAMPHLET-09.06.2014.pdf>

<http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=264>

<http://guidebook.eifiorg.uk/programmes-library/preventure>

Las intervenciones breves son idóneas para usar con estudiantes por varios motivos:

- Pueden constituir una alternativa efectiva y positiva a las respuestas típicas (como confrontación, charla o expulsión) para un estudiante cuyo consumo de sustancias es considerado problemático por el profesorado.
- Son apropiadas para personas que no han consolidado por completo el patrón de consumo de sustancias, como los adolescentes.
- Se pueden realizar durante el horario lectivo o después del mismo, por lo que la intervención es muy accesible para los y las estudiantes.
- Las pruebas demuestran que algunas intervenciones pueden ser realizadas por el personal docente capacitado, y no solo profesionales de salud (Conrod et al, 2013; O'Leary- Barrett et al, 2010).

El programa Preventure es un ejemplo de un programa eficaz centrado en intervenciones breves. Las intervenciones breves suelen requerir la administración de un profesional médico o de salud mental, pero esta intervención también ha sido administrada con éxito por personal docente capacitado para ello (Conrod et al, 2013).

El paquete ASSIST (La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) de la OMS

consta de un cuestionario breve, una guía para profesionales sanitarios sobre el uso del cuestionario para detectar el consumo de sustancias y responder al mismo, y un manual de autoayuda para reducir o erradicar el consumo de sustancias. Es el resultado de más de diez años de trabajo de la OMS y un grupo internacional de investigadores en el marco del proyecto ASSIST de la OMS. Se trata de la respuesta de la OMS a la creciente demanda de orientación sobre cómo gestionar problemas de consumo de sustancias en ámbitos sanitarios no especializados. Este planteamiento, que es rápido y fácil de aprender, es útil para todas las sustancias, incluidos el tabaco y el alcohol, el cannabis, los estimulantes de tipo anfetamínico, la cocaína y los opioides. Su eficacia se ha demostrado en diversos contextos culturales y está llamado a convertirse en una piedra angular en la respuesta sanitaria al consumo de sustancias.

La OMS también ha elaborado otras herramientas para intervenciones breves, como AUDIT (Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol), destinada primordialmente a ámbitos sanitarios.

Más información:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en/
http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/

Las intervenciones breves pueden administrarse en línea o a través de un ordenador, y los estudios destinados a estudiantes de secundaria han cosechado resultados positivos (Champion et al, 2013). Puede resultar una opción viable porque es más probable que se administren según su diseño, y también pueden atraer a los jóvenes poco inclinados a buscar formas de ayuda convencionales (White et al, 2010).

Características de los programas selectivos e indicados asociadas a resultados de prevención positivos, negativos o inexistentes (UNODC, 2013)**Intervenciones breves**

- ⬆ Sesión individual para determinar la existencia de un problema de consumo de sustancias
- ⬆ Suministro de información o consejos
- ⬆ Asesoramiento inmediato para aumentar la motivación para modificar la conducta
- ⬆ Enseñanza de habilidades para modificar la conducta
- ⬆ Derivación a un especialista si es necesario
- ⬆ Administración por parte de profesionales capacitados
- ⬇ Estigmatización involuntaria de un estudiante a través del proceso de selección para un programa selectivo o indicado
- ⬇ Uso de formatos mal estructurados al reunir a estudiantes con mayores condiciones de riesgo en un grupo nuevo (Hennessy et al, 2015; Rorie et al, 2011).

3.2.5. Servicios de salud escolar apropiados

Los servicios de salud escolar son servicios de salud prestados a estudiantes por parte de profesionales de la salud o ámbitos relacionados, bien en los mismos centros educativos o en otros lugares de la comunidad; deben estar contemplados en un acuerdo formal entre la institución educativa y el proveedor de salud (Baltag et al, 2015).

El mandato de los servicios de salud escolar consiste en abordar la salud física, mental y emocional de los y las estudiantes, y proporcionar un flujo continuo de servicios de promoción de la salud, prevención, detección temprana y derivación. Su papel es apoyar la misión de la escuela mediante la promoción de la salud de los y las estudiantes, lo que incluye la prevención y la reducción del consumo de sustancias y sus consecuencias sanitarias y sociales.

Las buenas prácticas recomiendan que el paquete de información y los servicios de asesoramiento, diagnóstico, tratamiento y asistencia aborden el conjunto de necesidades de todas las personas adolescentes (OMS, 2015). Partiendo de esta amplia base, los servicios de salud escolar están bien posicionados para abordar las necesidades y problemas sanitarios de los y las estudiantes (incluidos problemas de consumo de sustancias) de un modo integrado, y apoyar la misión académica de la escuela.

Los servicios de salud escolar pueden prestarse en los centros educativos como servicios de base escolar, en la comunidad, o en una combinación de estas dos opciones. Con independencia del modelo, una función clave es proporcionar un vínculo entre la escuela y los servicios de salud y sociales de la comunidad. Para ello, los servicios de salud escolar deben basarse en un acuerdo formal entre la institución educativa y el proveedor sanitario, en el que se identifique qué servicios se van a prestar en la escuela y cuáles se van a prestar en un centro de salud, o en otra parte (OMS, 2015).

En una revisión global de los servicios de salud escolar, la OMS detectó que suelen prestarse en los centros educativos (97 de 102 países), y por personal de salud escolar especializado (59 de 102) (Baltag et al, 2015). La prestación de servicios en los centros educativos amplía considerablemente el acceso para las y los jóvenes.

Aunque en la mayoría de los países en desarrollo la escolarización no es universal, su cobertura es por lo general mayor que la lograda por los sistemas de salud. Los y las estudiantes no suelen saber cuándo, cómo y dónde solicitar asesoramiento o ayuda (es decir, tienen poca educación en salud); en consecuencia, es más probable que recurran a los servicios de base escolar.

Este es el caso de las personas menores de edad y jóvenes vulnerables, que es menos probable que accedan a los servicios estándar (Robinson et al, 2003). Por ejemplo, un estudio reveló que, en comparación con los servicios de salud prestados en la comunidad, era 21 veces más probable que los estudiantes recurrieran a los servicios de base escolar para tratar problemas relacionados con la salud mental, incluidos servicios de apoyo y asesoramiento sobre el consumo de sustancias (Juszczak et al, 2003).

Los servicios de salud escolar suelen ser prestados por personal de enfermería, pero también pueden participar médicos, psicólogos, psiquiatras, dentistas, trabajadores sociales y consejeros. Por su formación profesional, el personal de enfermería está muy bien posicionado para desempeñar un papel esencial en los servicios de salud de base escolar y en la prevención del consumo de sustancias. Su papel profesional les permite:

- Impartir educación sobre prevención en la escuela (por ejemplo, en relación con el consumo no médico de medicamentos de venta con receta por parte de menores y jóvenes).
- Identificar y gestionar con seguridad una nueva situación en la comunidad (como un patrón de consumo de una nueva sustancia).
- Ayudar a las familias y al profesorado a reconocer los signos y los síntomas del consumo de sustancias, así como los factores de riesgo relacionados con éste (como ansiedad, depresión o déficit de atención) y ayudarles a promover factores de protección frente al consumo de sustancias, como una salud mental resiliente.
- Identificar y satisfacer las necesidades relacionadas con el consumo de sustancias de estudiantes y ayudar a estos o a sus familias a localizar recursos y derivarles a servicios especializados.
- Una vez formados, realizar intervenciones breves, una respuesta efectiva frente al consumo de sustancias (véase la sección 3.2.4) (Pirkanen et al, 2006).
- Identificar y manejar situaciones de emergencia (como sobredosis) hasta la llegada del personal del servicio de urgencias médicas, y realizar un seguimiento con el proveedor de servicios de salud.
- Promover asuntos de interés para la salud de las personas menores de edad y adultas en la comunidad.
- Dirigir y formar a otros docentes y otro personal de la escuela para que participen en el proyecto de intervención e impartan contenido con base científica en el plan de estudios.

Como ejemplo de este abanico de funciones, el personal de enfermería escolar de los Estados Unidos tiene la misión de disuadir del consumo y la venta de cigarrillos electrónicos. En el marco de un programa de salud escolar integral, el personal de enfermería escolar puede iniciar el debate sobre los peligros de los cigarrillos electrónicos y velar por que estos se incluyan en el programa educativo sobre tabaco y en las políticas anti-tabaco de las escuelas,

prestar consejo individualizado y educación a los estudiantes, e identificar recursos para dejar de fumar (US National Association of Nurses, 2015).

Cuando se preguntó a algunos jóvenes del Reino Unido, dijeron que les parecía muy importante que el personal de enfermería escolar se centrara en «ayudarles a mantenerse sanos por medio de programas de salud pública y prestar ayuda temprana específica y consejos sobre cuestiones de salud de adolescentes, especialmente sobre asuntos como la salud mental y el abuso de drogas y alcohol antes de llegar a un punto crítico» (Ministerio de Sanidad del Reino Unido, 2012).

El personal de enfermería escolar de Inglaterra pone a disposición de las escuelas un paquete de servicios completo (Ministerio de Sanidad del Reino Unido, 2012).

- **Comunidad:** El personal de enfermería escolar desempeña un importante papel de liderazgo de salud pública en la escuela y en la comunidad en su conjunto. Por ejemplo, contribuye a la evaluación de las necesidades de salud, diseñando servicios para llegar a las personas jóvenes allá donde se encuentren, prestando servicios en ámbitos comunitarios y trabajando con las personas jóvenes y el personal docente para promover la salud y el bienestar en el ámbito escolar. En concreto, trabaja con otras personas para sensibilizar a la comunidad sobre la prevalencia del consumo de sustancias entre niños y niñas en edad escolar, y participa en la promoción y la protección de la salud para generar capacidad local para prevenir el consumo de sustancias y mejorar los resultados para la salud.
- **Servicios universales:** El personal de enfermería escolar dirige, coordina y presta servicios para impartir el Healthy Child Programme (HCP) entre escolares de 5 a 19 años. Ello incluye la promoción de la salud sobre el consumo de sustancias (incluido el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas) para todas las personas menores de edad y jóvenes.
- **Servicios universales "Plus":** El personal de enfermería escolar es esencial para garantizar que las personas menores de edad, jóvenes y sus familias reciban ayuda y apoyo adicional cuando lo necesiten. Ofrecen «ayuda temprana» mediante la identificación de personas menores de edad que se hayan iniciado en el consumo de sustancias y la administración de una breve intervención o la derivación a otros servicios.
- **Servicios universales en red "Plus":** El personal de enfermería escolar participa en equipos que prestan servicios adicionales continuos para personas menores de edad, jóvenes y familias vulnerables que necesitan apoyo a largo plazo para dar respuesta a necesidades especiales, como personas menores de edad cuyos padres tienen necesidades complejas que podrían ponerles en riesgo (por ejemplo, dependencia de sustancias, mala salud mental y violencia doméstica en el hogar).

- Los servicios de enfermería escolar también forman parte de los servicios multiinstitucionales de alta intensidad para personas menores de edad, jóvenes y familias si existen problemas relacionados con la protección o la custodia de la persona menor de edad.

Una revisión global de los servicios de salud escolar reveló que solo existía algún tipo de servicios relacionados con el consumo de sustancias en 25 de 102 países (Baltag et al, 2015). Por lo tanto, parece que existen muchas oportunidades para que los servicios de salud escolar desempeñen una función mucho más importante en una respuesta integral del sector de la educación frente al consumo de sustancias en muchos países.

Las pruebas y la experiencia indican que existen asociaciones eficaces entre las escuelas y los servicios de salud (Gobierno de Australia Meridional, 2006):

- ▲ se basan en la comunicación efectiva y en sólidas relaciones interpersonales
- ▲ se centran en la misión de aprendizaje y académica de la escuela
- ▲ se basan en los vínculos entre la salud y el aprendizaje y su objetivo es la sostenibilidad
- ▲ tienen metas y objetivos comunes
- ▲ requieren que los trabajadores sanitarios y docentes entiendan y valoren los roles de los demás
- ▲ son flexibles y adaptables
- ▲ toman tiempo en desarrollarse.

3.2.6. Gestión de una respuesta del sector de la educación frente al consumo de sustancias

Para que sean eficaces, las estrategias nacionales de prevención de adicciones o los sistemas de prevención del consumo de sustancias deben aplicar una serie de políticas e intervenciones integradas en diversos contextos, abordando las edades y los niveles de riesgo relevantes y con una base científica. El sector de la educación debe desempeñar un papel vital dentro de este tipo de sistema, junto con los sectores de salud, promoción social, juventud, justicia y autoridades encargadas de hacer cumplir la ley.

El efecto de una respuesta del sector de la educación frente al consumo de sustancias será un resultado directo de la buena gestión de la respuesta a los niveles local, subnacional o nacional. Claramente, el potencial para una respuesta amplia, coherente y a largo plazo dentro de un país será mayor, y el impacto más fuerte, si existe una gestión férrea a escala nacional.

La gestión de una respuesta del sector de la educación, ya sea a nivel nacional o subnacional, debe contar con varios elementos, como la coordinación de respuestas, formación del personal, monitoreo y evaluación, y el mantenimiento y ampliación de la respuesta del sector.

La gestión de la respuesta del sector de la educación también implica el establecimiento de los recursos y la infraestructura adecuada para su aplicación a largo plazo. Esto puede incluir (UNODC, 2013):

- un documento estratégico que comunique el objetivo y la naturaleza de la respuesta para los socios y el público en general;
- normas nacionales sobre el consumo de sustancias e intervenciones y políticas de prevención del consumo de sustancias en las escuelas;
- normas profesionales nacionales para profesionales en la prevención del consumo de sustancias;
- apoyo de un sistema regional de aprobación centralizado para programas de prevención, mediante el cual se aprueba el uso de los programas con arreglo a un protocolo con base científica (como ocurre con la aprobación de medicamentos en base a su seguridad y eficacia) (Faggiano et al, 2014);
- una política que exige a las escuelas aplicar políticas y programas de prevención del consumo de sustancias en el contexto de la educación y la promoción sanitaria o personal/social;
- un plan para el desarrollo del personal pertinente, que incluye formación inicial (es decir, preparación de profesorado universitario) y formación continua (recibida en el trabajo) y aborda todos los impedimentos organizativos para la ejecución de calidad (por ejemplo, carga de trabajo del profesorado, condiciones de trabajo, recursos locales);
- programas de incentivos para profesores u otro personal docente para promover su participación en programas de prevención;
- un sistema nacional de vigilancia y monitoreo para informar a las personas responsables de la formulación de políticas, los profesionales y los investigadores sobre las tendencias y los patrones de consumo de sustancias, y un plan de supervisión y evaluación para la respuesta del sector.

i. Coordinación de una respuesta del sector de la educación

La coordinación de una respuesta del sector de la educación consta de dos aspectos:

1. Coordinación de la respuesta con otros sectores que participan en una estrategia nacional sobre drogas o un sistema de prevención del consumo de sustancias, especialmente el sector sanitario y social.
2. Coordinación dentro de la respuesta del sector de la educación (es decir, entre los agentes nacionales, subnacionales y locales, así como entre distintos subsectores/departamentos del sector).

En el primer ejemplo, el sector de la educación debe desempeñar un papel importante dentro de la estrategia nacional sobre drogas o el sistema de prevención del consumo de sustancias. Esto debe realizarse a través de

una asociación estratégica con el ministerio de salud. La mayor prioridad interinstitucional debe ser una agenda conjunta para promover el éxito en la escuela y la salud de las personas jóvenes. Más allá de esta prioridad, la respuesta del sector de la educación debe contribuir a:

- objetivos más amplios de una estrategia o sistema de prevención del consumo de sustancias, garantizando una buena ejecución de las intervenciones que abordan los factores asociados al consumo (protección y riesgo) que el sector de la educación puede abordar de forma efectiva;
- un sistema de monitoreo nacional destinado a aclarar la naturaleza y el ámbito del consumo de sustancias entre las personas jóvenes y la escala de las respuestas;
- una iniciativa estratégica más general: el sector de la educación será considerado un socio estratégico creíble si:
 - presta su apoyo a intervenciones efectivas para la prevención del consumo de sustancias que pueden administrarse en otros sectores (por ejemplo, impuestos al alcohol y al tabaco); y
 - entiende el papel del sector de la educación en relación con los determinantes sociales de la salud, y los factores más amplios (como empleos de calidad, condiciones de vida adecuadas) que afectan en gran medida a los factores más directos que influyen sobre el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo para la salud (Solar and Irwin, 2010).

Una asociación efectiva entre los sectores de la salud y la educación debe basarse en una comprensión de los mandatos respectivos y formas de cooperar. Por ejemplo, los ciclos de programación en el sector sanitario tienden a ser mucho más breves que en el sector educativo, que solo acomete el proceso de actualización del plan de estudios periódicamente (es decir, Investigación → Elaboración de políticas relacionadas con contenidos → Planes de estudios y planes de lecciones → Materiales didácticos → Formación de formadores → Formación previa al servicio y en el servicio → Administración en las escuelas). Las autoridades sanitarias tienen mucha experiencia que ofrecer, pero deben conocer las circunstancias, los puntos fuertes y las limitaciones de las escuelas de su jurisdicción. Asimismo, las autoridades educativas pueden evitar que se desarrollen iniciativas ineficientes y a veces costosas al explotar la experiencia de los trabajadores de promoción de la salud y prevención.

En el segundo ejemplo, la coordinación insta al liderazgo para garantizar la estrecha vinculación de las iniciativas de representantes identificados de niveles nacionales, subnacionales y locales, y de diversos subsectores, departamentos y unidades del sector de la educación. Quienes ocupen una posición de liderazgo también deben comprometerse sin reservas a una respuesta con base científica, en otras palabras, una respuesta que:

- aclare y aborde directamente las vulnerabilidades de personas menores de edad y jóvenes que sean pertinentes para su jurisdicción;
- emplee intervenciones cuya eficacia se haya demostrado (es decir, hay demostrado tener efectos positivos significativos en condiciones controladas), e idealmente efectivos (es decir, producen efectos positivos significativos en condiciones reales);
- sea monitoreada y, como mínimo, capaz de ser evaluada (es decir, para cada nivel de respuesta, desde estratégica a local, existe un plan documentado con metas claras y lógicas, objetivos e indicadores de éxito que se integren con planes a otros niveles), y
- presupueste una evaluación de la eficacia de la respuesta de forma regular, analizando en qué medida está afectando a las conductas de consumo de sustancias o se relaciona estrechamente con factores positivos.

Los líderes de la respuesta del sector de la educación deben comprometerse a adoptar y articular entre las distintas partes interesadas del sector de la educación pertinentes, incluidas, por ejemplo, asociaciones juveniles, de profesores, de padres de alumnos, ONG adecuadas, residentes y líderes comunitarios, comunidades y líderes religiosos, el sector privado y las universidades y otras instituciones de investigación. Una colaboración con científicos universitarios de las ciencias de la salud y sociales puede respaldar las respuestas con base científica, permitiendo el monitoreo y la evaluación de iniciativas en cada nivel, desde estratégico hasta local. Los roles y las responsabilidades de las partes interesadas deben definirse para garantizar un esfuerzo coordinado, haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles y reduciendo al mínimo la duplicación.

Es importante trabajar desde distintas perspectivas a la hora de coordinar una respuesta del sector de la educación. No es infrecuente que las partes interesadas tengan opiniones diversas sobre el consumo de sustancias entre los jóvenes (por ejemplo, desde *laissez faire* hasta punitivas) y que defiendan planteamientos basados en la ideología o experiencias pasadas. La mejor respuesta ante varias perspectivas es un compromiso continuo con una orientación con base científica, y la presentación de la información más creíble disponible sobre una cuestión.

ii. Monitoreo y evaluación de una respuesta del sector de la educación

El propósito de la función de monitoreo y evaluación consiste en contribuir a la gestión y el aprendizaje sobre cómo se ejecutaron las actividades principales y lo que se consiguió con ellas. El monitoreo y la evaluación también ayudan a elegir intervenciones con base científica, adaptarlas y probarlas detenidamente, y establecer procesos de calidad para garantizar la fidelidad en la ejecución e incrementar así las probabilidades de obtener un impacto positivo sobre el consumo de sustancias y el bienestar de los y las estudiantes.

Una función de monitoreo y evaluación del sector de la educación incluye los siguientes componentes:

Monitoreo de la naturaleza y el alcance del consumo de sustancias y factores de contribución

Para tener una base totalmente científica, una respuesta del sector de la educación debe trabajar a partir de una comprensión precisa de la necesidad o la situación real en dicha jurisdicción. Otros ministerios también se beneficiarán de esta información, de manera que este tipo de sistema de vigilancia probablemente se situará en una subdelegación de estrategia sobre drogas o estadística del gobierno. La información de interés para el sector de la educación y otros incluye:

- **Prevalencia y patrones de uso:** ¿Qué porcentaje de personas (con un interés específico en la juventud por edad, sexo y otras características importantes) consumen qué sustancias? ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad? ¿Cuáles son las consecuencias de salud y sociales? ¿A qué edad suelen empezar los jóvenes a consumir diversas sustancias?
- **Vulnerabilidades (factores de riesgo/protección):** ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes que exponen a los jóvenes al riesgo de consumir sustancias y a sus consecuencias sanitarias y sociales en el contexto particular? ¿Por qué se inician en el consumo de sustancias (por ejemplo, problemas de crianza, problemas de salud mental, poco apego a la escuela, violencia y abuso, etc.)? ¿Por qué algunas personas que consumen sustancias sufren trastornos?
- **Factores medioambientales:** Precios de las sustancias legales; disponibilidad, horario de apertura de los expendios; proximidad de los expendios a los ámbitos escolares; límites de edad nacionales y su ejecución, por ejemplo, mediante la comprobación de la venta o la dispensación de alcohol y la venta de tabaco a personas menores de edad, etc.

Según los datos de 2010 del Observatorio Mundial de la Salud, poco menos de la mitad (49%) de todos los países realizan una encuesta nacional sobre consumo de alcohol entre personas menores de edad y adolescentes y en menor cantidad (42%) realizan encuestas sobre el consumo de drogas entre personas menores de edad y

adolescentes (con grandes diferencias entre regiones en ambos casos) (OMS, 2010).

Para facilitar una mejor planificación de las respuestas del sector de la educación en todo el mundo, es necesario que más países recopilen datos epidemiológicos de forma sistemática, desagregados por edad y sexo. Las encuestas mundiales sobre salud escolar (como el Estudio sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud - www.hbsc.org; la Encuesta de Salud Mundial de Estudiantes Escolarizados - www.who.int/chp/gshs/en; y la Iniciativa «Libere del Tabaco» de la OMS - www.who.int/entity/tobacco/surveillance/), los bancos de instrumentos (como <http://www.emcdda.europa.eu/eib>), y los ejemplos de indicadores recopilados en el marco de FRESH, constituyen herramientas útiles para planificar y evaluar las necesidades (UNESCO, 2014).

Monitoreo de todos los niveles de la respuesta (de estratégicos a locales) y evaluación de resultados e impactos

El monitoreo cercano de actividades clarifica el modo en que se usan los recursos durante la ejecución y permite la corrección a mitad de camino. Una buena planificación es esencial para el monitoreo. Los objetivos y los indicadores deben estar claros para todos antes de que tenga lugar la intervención, a fin de recopilar y registrar los datos más útiles.

Para cada nivel, tanto a escala nacional como local, los tipos de datos que deben recopilarse incluyen; aportes o recursos utilizados (incluidos costos); actividades realizadas para cada necesidad identificada; y los productos entregados o resultados.

Tanto a nivel estratégico nacional como local, el monitoreo del proceso tiene que ver con la consecución de los resultados o las actividades planificadas según lo previsto. También tiene que ver con otras cuestiones primordiales relacionadas con las actividades, como:

- en qué medida las actividades planificadas llegaron a los socios deseados o al grupo objetivo; y
- en qué medida las actividades se llevaron a cabo como se habían planeado.

Una evaluación de conclusiones tiene que ver con los resultados, es decir, los cambios que se producen en el grupo objetivo como resultado de la estrategia o programa. Los cambios de interés son normalmente la conducta de consumo de sustancias, y factores clave que afectan al consumo de sustancias, como actitudes, intenciones, normas y habilidades sociales, que han sido abordados por el programa de prevención específica que se está evaluando. Como se ha indicado anteriormente en este documento, una respuesta efectiva frente al consumo de sustancias puede tener un efecto sobre otras

cuestiones sociales y sanitarias (p. ej., la frecuencia con la que se ha cometido o recibido acoso escolar), así como el rendimiento académico (por ejemplo, la frecuencia con la que falta a clases)¹⁷. En consecuencia, la recopilación de datos sobre estos impactos es muy adecuada en el contexto de una respuesta del sector de la educación frente al consumo de sustancias, y es esencial determinar si los recursos se están utilizando de una forma ética y efectiva, si el programa está contribuyendo realmente a la prevención del consumo de sustancias y cómo podría mejorarse aún más.

Se requiere mucha experiencia de investigación para determinar de forma fiable si un programa es realmente efectivo. Dicha experiencia suele encontrarse en las instituciones académicas y de investigación. Los científicos suelen buscar programas de trabajo en la comunidad; en consecuencia, la colaboración entre el sector académico y aquellos que dirigen una respuesta del sector de la educación frente al consumo de sustancias es mutuamente beneficiosa.

Los ensayos controlados aleatorizados (ECA) son el mejor método para evaluar la eficacia de una intervención específica, ya que ofrecen el grado más alto de fiabilidad. Sin embargo, requieren una experiencia y recursos considerables, y por eso a veces se prefieren tipo más sencillos de evaluación. Por ejemplo, las evaluaciones pre-post, en las que se recogen indicadores de interés (p. ej. consumo de tabaco en el último mes; conducta perturbadora en el aula) antes y después de un programa, pueden ejecutarse con menos recursos y sin investigadores profesionales, y pueden ofrecer indicaciones útiles sobre los efectos de un determinado planteamiento preventivo.

Se recomienda fuertemente determinar la eficacia de un programa antes de ampliarlo a escala nacional mediante una investigación rigurosa (normalmente por medio de varios ensayos aleatorizados). Sin embargo, cuando aún programa aún se encuentra en desarrollo, puede ser aconsejable probar primer su eficacia con un estudio más reducido antes de invertir en un ensayo riguroso¹⁸. Muchos programas de prevención incluyen herramientas de evaluación listas para utilizar. Otros buenos recursos para hallar posibles indicadores que se pueden usar en la evaluación son las encuestas de salud escolar (como las citadas anteriormente: www.hbsc.org; www.who.int/chp/gshs/en; www.who.int/entity/tobacco/surveillance/), y los bancos de instrumentos (<http://www.emcdda.europa.eu/eib>), así como los ejemplos de indicadores recopilados en

el marco de FRESH; todas ellas son potentes herramientas para planificar una evaluación de las necesidades (FRESH M&E Coordinating Group, 2014).

Los datos disponibles indican que solo el 5% de los países miembros evalúan y notifican el impacto de las respuestas del sector de la educación para el consumo de sustancias (UNODC, 2014). Existe, por tanto, una clara necesidad de orientación, formación y apoyo para la supervisión y la evaluación de estas actividades.

El monitoreo y la evaluación ofrecen información crítica para los que participan en la administración de una estrategia o programa, pero también tiene gran valor para otros. Existe una necesidad real de una base científica sobre las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias para incluir más experiencias de países de ingresos bajos (tanto prácticas efectivas como inefectivas). Las opciones para difundir esta información incluyen publicaciones científicas, redes de y centros de información sobre intervenciones, como el dirigido por el Ensayo Europeo de Prevención de Toxicomanías (<http://www.eudap.net/Home.aspx>).

En la Tabla 7 se presentan algunos ejemplos de indicadores para el monitoreo y la evaluación de una respuesta del sector de la educación frente al consumo de sustancias a escala nacional o subnacional. Los indicadores se clasifican en indicadores de procesos y de resultados. Los indicadores de procesos se asientan en los pilares de FRESH, que trazan una respuesta integral.

¹⁷ Véase <http://www.communitiesthatcare.net/userfiles/files/2014CTCYS.pdf>.

¹⁸ Una vez que un programa está en marcha a escala nacional, aunque esté llegando a la mayoría de la población de estudiantes, resulta difícil determinar su eficacia en base a los datos sobre prevalencia del consumo de sustancias a escala nacional. Ello se debe a que a escala nacional existen demasiados factores independientes que contribuyen al consumo de sustancias, como la disponibilidad de las mismas, que podría estar afectando a las tendencias nacionales de consumo de sustancias junto con los programas de prevención.

Tabla 7. Ejemplos de indicadores para medir las respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias

Indicadores	Frecuencia de recopilación de datos	Métodos de recopilación de datos
INDICADORES DE PROCESOS		
POLÍTICAS DE SALUD ESCOLAR		
Porcentaje de escuelas que cuentan con una política escrita sobre el consumo de sustancias (o una política de salud con un fuerte componente de abuso de sustancias) que prohíbe el consumo de drogas, el alcohol y el tabaco entre los estudiantes, el profesorado y el personal en todas las instalaciones escolares y durante actividades patrocinadas por la escuela.	Cada 3 a 5 años	Global School Health Policies and Practices Study (GSHPPS)
Porcentaje de escuelas que cuentan con una política escrita sobre cómo responder de forma no punitiva cuando sorprenden a estudiantes consumiendo alcohol, tabaco o drogas en las instalaciones escolares o durante actividades patrocinadas por la escuela.	Cada 3 a 5 años	G-SHPPS
ENTORNO DE APRENDIZAJE SEGURO		
Porcentaje de escuelas en las que se ejecutan regularmente las políticas sobre abuso de sustancias	Cada 3 a 5 años	G-SHPPS
Porcentaje de estudiantes que recibieron educación sobre la prevención del consumo de tabaco	Cada 3 a 5 años	G-SHPPS
EDUCACIÓN PARA LA SALUD BASADA EN LAS CAPACIDADES		
El plan de estudios nacional incluye un número concreto de horas por curso para la educación basada en las capacidades	Cada 2 a 3 años	Análisis del plan de estudios (se refiere a las Normas de la UNODC para la definición de «con base científica»).
SERVICIOS DE SALUD DE BASE ESCOLAR		
Porcentaje de personal clínico/de enfermería de los servicios de salud escolar con formación sobre prevención del consumo de sustancias y su tratamiento	Cada 2 años	Encuestas escolar y del profesorado
INDICADORES DE RESULTADOS		
APRENDIZAJE SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS		
Porcentaje de estudiantes que respondieron que aceptarían una bebida alcohólica ofrecida por su mejor amigo	Cada 2 años	Encuesta escolar/GSHS
Porcentaje de estudiantes que respondieron que les habían enseñado capacidades de resistencia en relación con el alcohol	Cada 2 años	Encuesta escolar
CONDUCTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS		
Porcentaje de escuelas en las que miembros del personal no fuman durante la jornada o fuman en las áreas designadas	Cada 2 años	Encuestas escolar y del profesorado
Porcentaje de escuelas en las que los estudiantes no fuman en zonas escolares	Cada 2 años	Encuestas escolar y del profesorado
Porcentaje de estudiantes que han tomado como mínimo una bebida alcohólica durante los 30 últimos días	Cada 3 a 5 años	GSHS
Porcentaje de estudiantes que han consumido marihuana durante los últimos 30 días	Cada 3 a 5 años	GSHS
Porcentaje de estudiantes que han consumido anfetaminas o metanfetaminas (usar también términos jergales específicos del país) durante su vida	Cada 3 a 5 años	GSHS
Porcentaje de estudiantes que han fumado cigarrillos durante los últimos 30 días	Cada 3 a 5 años	GSHS
Porcentaje de estudiantes de 13-15 años que han probado el cannabis	Cada 3 a 5 años	Encuesta escolar/GSHS o Estudio sobre las conductas de los escolares relacionadas con la salud (HBSC)
Porcentaje de estudiantes de 13-15 años que se han emborrachado alguna vez	Cada 3 a 5 años	Encuesta escolar/GSHS o HBSC

Adaptado a partir de: FRESH M&E Coordinating Group, 2014.



4. CONSIDERACIONES PARA UNA AMPLIACIÓN SOSTENIBLE DE RESPUESTAS EFECTIVAS DEL SECTOR DE LA EDUCACIÓN FRENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Este documento suscribe una respuesta integral del sector educativo que incorpore diversos elementos frente al consumo de sustancias, y examina las pruebas asociadas a dichos elementos.

Resulta difícil evaluar un planteamiento totalmente integral. En su lugar, sería más viable evaluar programas o

planteamiento individuales enmarcados en una iniciativa. El debate sobre el la ampliación y la sostenibilidad de una respuesta del sector de la educación tendrá lugar en el contexto de un programa o un planteamiento individual (por ejemplo, una práctica, una política, un plan de estudios, un programa de formación del profesorado, etc.).

Figura 20. Consideraciones para una ampliación sostenible de respuestas del sector de la educación frente al consumo de sustancias



A las escalas nacional, subnacional y local, las decisiones sobre el futuro de un programa o planteamiento normalmente tendrían lugar al final de un ciclo de programas de prevención del consumo de sustancias o de un ciclo curricular basado en habilidades. En cualquier caso, los datos de monitoreo y evaluación y los resultados son de vital importancia para tomar estas decisiones. Durante el desarrollo inicial, o cuando se adapta un programa que ya ha demostrado su eficacia en otro sitio, se recomienda realizar evaluaciones rápidas de la eficacia (por ejemplo, evaluación pre-post sin grupo comparativo o de control), para garantizar que el programa funcione según lo previsto.

Las opciones son las siguientes:

- Si se demuestra que un programa o una intervención es ineficaz o resulta de algún modo perjudicial en su forma actual, las opciones son volver a la lógica

del programa y a los resultados de la evaluación del proceso para realizar las revisiones oportunas, o cerrar el programa. Aunque los resultados sean débiles, si cuentan con documentación sólida sobre el proceso, las autoridades pueden justificar el mantenimiento del programa tras su revisión.

- Si un programa tiene un efecto positivo basado en la evaluación, la mejor opción es mantener la iniciativa o ampliarla. Si el programa se sometió a una evaluación superficial, una medida prudente sería continuar el trabajo, pero someterlo a una evaluación rigurosa de los procesos y los resultados (es decir, ensayo cuasiexperimental o controlado aleatorizado), teniendo en cuenta que puede que esto no sea viable en todos los contextos debido a su costo). Si los resultados son positivos y la calidad de la evidencia es buena, debe considerarse la ampliación del programa a otras poblaciones.

ESTUDIO DE CASO 13: Un planteamiento con base científica - Ampliación de un programa de habilidades familiares en Uzbekistán

Las autoridades de Uzbekistán han demostrado que es posible adoptar, adaptar y ampliar un programa de prevención con base científica y mantener la eficacia del programa. Families and Schools Together (FAST) es un programa de habilidades familiares que se imparte después del horario lectivo durante ocho semanas a todos los niños y niñas del mismo curso y sus familias. FAST tiene por objeto apoyar y reforzar las relaciones familiares, así como la preparación para la vida de los y las estudiantes y las habilidades de crianza de los padres y madres. También pretende respaldar las relaciones entre las familias, así como entre las familias y la comunidad y la escuela. El programa es efectivo para prevenir el consumo de sustancias y otras conductas de riesgo para la salud entre la juventud, según rigurosos estudios realizados en diferentes contextos.

En 2012, el Gobierno de Uzbekistán, dirigido por el Ministerio de Educación Pública (MPOE), se comprometió a adoptar un planteamiento con base empírica para la prevención del consumo de sustancias y decidió adoptar FAST. Con el apoyo de UNODC, el MPOE dirigió un proceso cuidadoso que requirió la identificación de centros piloto, la adaptación cultural y la traducción del programa (dirigidos por un grupo de adaptación cultural nacional), la formación de personal local y la evaluación de los resultados del programa piloto. El programa piloto se impartió a 150 familias.

La adaptación local se probó a través de un diseño pre y post. Los padres y madres respondieron a preguntas sobre relaciones y apoyos sociales, implicación en la educación de sus hijos e hijas, confianza en la eficacia de uno mismo, el entorno familiar y la conducta de los hijos e hijas. Los profesores rellenaron un cuestionario sobre la conducta y el rendimiento académico de las personas menores de edad, y sobre la implicación de los padres y madres en su educación.

La evaluación del programa piloto demostró cambios estadísticamente significativos y resultados positivos para las personas menores de edad y sus familias en términos de:

- reducción del consumo de tabaco y alcohol en la familia
- aumento de la reciprocidad y la confianza paterno-filial, que refuerza a la comunidad
- incremento de la implicación de los padres y madres en la escuela
- reducción de los conflictos familiares
- mejora de los vínculos entre padres/madres e hijos/hijas.

En 2015, tras el éxito del programa piloto, la iniciativa se amplió a tres regiones de Uzbekistán, y más de 240 familias recibieron el programa.

El papel del MPOE para el establecimiento y la ampliación del programa ha sido esencial, sobre todo por su voluntad de comprometerse con un programa de prevención con base científica. Además, el ministerio desempeñó un papel activo en la recomendación de participación en las escuelas, la contratación de formadores, el pago de los salarios de los formadores, la asignación de escuelas y el patrocinio de un Centro de Recursos para Programas de Desarrollo de Aptitudes en la Familia.

Más información: <https://www.familiesandschools.org/why-fast-works/evidence-based-lists/>

Por diversas razones, los programas o los planteamientos suelen acometerse en forma de proyectos, sin considerar lo suficiente la aplicación a largo plazo. Solo hay que responder preguntas sobre sostenibilidad y ampliación una vez concluido el ciclo del programa, pero es necesario sentar las bases para responder estas preguntas al principio del mismo, mediante la adopción de un compromiso de planificación, administración y documentación de la iniciativa acorde con principios de calidad (OMS, 2011). Este compromiso implicaría lo siguiente:

- un mecanismo de revisión y ajuste de la respuesta del sector a intervalos regulares, basándose en otras estrategias relacionadas;
- administración de intervenciones y políticas con base científica planificadas y dotadas para estar activas como mínimo a mediano plazo;
- recopilación regular de datos a través del sistema de información, incluidos comentarios sobre el proceso de planificación/revisión;
- apoyo continuo para realizar una evaluación rigurosa de las intervenciones y las políticas;
- apoyo continuo para la formación de profesionales y responsables de la elaboración de políticas implicados en la participación, la administración, la supervisión y la evaluación de estrategias de prevención.

Mantenimiento de un programa o un planteamiento prometedor

El éxito a la hora de mantener o institucionalizar un programa o un planteamiento prometedor dependerá de varios factores, algunos de ellos ajenos al control de los responsables del sector de la educación (por ejemplo, cambios en el contexto político). Sin embargo, es importante entender el contexto (p. ej., apoyo político, capacidad de la organización huésped).

En muchos casos, los programas o planteamientos se abordan como proyectos piloto sin el firme apoyo de las personas responsables de la institución huésped. En estos casos, debe convencerse a estas personas responsables para que defiendan los valores que subyacen al nuevo planteamiento y sensibilizarles por sus virtudes. La defensa de un programa o un planteamiento resulta más fácil cuando la documentación demuestra que existe un planteamiento metódico en términos de planificación, administración y evaluación y que ha proporcionado resultados prometedores.

Un programa o planteamiento local institucionalizado tendría características tales como:

- incluir declaraciones políticas para respaldar las iniciativas del programa;
- convertirse en una partida de un presupuesto institucional permanente (educación o salud);
- tener un lugar en un organigrama;

- tener personal permanente asignado a funciones específicas del programa;
- tener descripciones de puestos que incluyan funciones de prevención y nivel de esfuerzo;
- tener instalaciones y equipos para las operaciones del programa;
- aprovechar recursos externos del sector de la educación o la agencia de salud (por ejemplo, formación o supervisión y apoyo para la evaluación);
- elaborar una memoria institucional para contratos y acuerdos importantes.

Ampliación de una iniciativa o un programa efectivos

Cuando las autoridades educativas y sanitarias logran demostrar, por medio de una evaluación rigurosa, que una estrategia o programa ha cosechado resultados positivos, su ampliación a nivel subnacional o nacional se convierte en una consideración importante, puesto que permitirá beneficiar a más personas jóvenes y a la sociedad en su conjunto.

La ampliación puede definirse como el proceso mediante el cual la aplicación de un programa con base científica se expande a otros lugares sin perder su efectividad (es decir, atendiendo tanto a la cobertura como a la calidad) (Milat et al, 2015; OMS, 2011). La ampliación puede ser horizontal (expansión o repetición) o vertical (institucionalización mediante cambios políticos, presupuestarios, de políticas, etc.), (UNESCO, 2014). Dado que la ampliación se produce en sistemas educativos y sanitarios complejos, no existe un único planteamiento para aplicar en todos los contextos, y cualquier planteamiento tendrá que adaptarse a la jurisdicción particular.

Una pregunta que surge de inmediato es qué las autoridades educativas / comunidades (de haberlas) disponen de capacidad para acometer la iniciativa o el programa, en términos de formación, sistemas de administración, recursos técnicos, capacidad de monitoreo y evaluación, y compromiso con la aplicación de la calidad. Los participantes tendrán que prepararse y trabajar a partir de un plan de ampliación bien definido, con un presupuesto. El plan debe especificar las características de la intervención que son esenciales para obtener buenos resultados, las características del contexto que se requieren para una buena captación de participantes, y el método que se utilizará, teniendo en cuenta el contexto político, cultural e institucional.

Es importante considerar la ampliación un proceso dinámico que podría implicar la necesidad de reducir al mínimo los compromisos entre la cobertura y la calidad de la aplicación (UNESCO, 2014). En general, las siguientes consideraciones servirán para guiar la preparación y la aplicación de un plan de ampliación creíble para una respuesta del sector de la educación frente al consumo de

sustancias entre los estudiantes (Fixsen et al, 2013; Gilson et al, 2010; UNESCO, 2014; OMS, 2009; OMS, 2010):

- debe existir una gestión pública, un liderazgo y defensores fuertes que respalden las actividades de ampliación;
- hay que involucrar a un amplio abanico de partes interesadas (incluidos educadores, estudiantes, comunidad, etc.) desde el principio;
- las autoridades responsables deben considerar la ampliación más como un ejercicio de transferencia de tecnología o divulgación de formación e información que un proceso social, político e institucional que requiera justificar las (probablemente muy diversas) perspectivas, valores e intereses de distintas partes interesadas;
- la predisposición del sector es clave; el personal y los funcionarios pertinentes del sector deben ver los beneficios del cambio, disponer de tiempo y recursos suficientes para cambiar, y tener la capacidad (o apoyo para desarrollarla) de impartir el nuevo programa y evaluar el proceso y los resultados;
- deben utilizarse pruebas científicas de forma sistemática y rutinaria, ya que la supervisión continua, la mejora continua de la calidad y la evaluación forman parte integral de la ampliación;
- la sostenibilidad a largo plazo debe planificarse desde el principio.

Una de las consideraciones que surge de la revisión bibliográfica es que las intervenciones sencillas administradas fácilmente resultan más fáciles de ampliar que las que son más complejas (p.ej. Thaker et al, 2008). El planteamiento totalmente integral por el que se aboga en este cuadernillo constituye una empresa compleja. Aunque la estrategia global es compleja, los componentes individuales de la intervención son más fáciles de entender y adoptar por las principales partes interesadas. Por lo tanto, la aplicación ampliada de una respuesta integral puede acometerse mejor de un modo planificado intervención por intervención, para garantizar una aplicación de calidad en cada fase.

REFERENCIAS¹⁹

- Arthur, M.W., Brown, E.C., Briney, J.S., Hawkins, D., Abbott, R.D., Catalano, R.F., Becker, L., Langer, M. and Mueller, M.T. 2015. Examination of substance use, risk factors, and protective factors on student academic test score performance. *Journal of School Health*, Vol. 85, No. 8.
- Baltag, V, Pachyna, A, and Hall, J. 2015. *Global overview of school health services: Data from 102 countries. Health Behavior & Policy Review*, Vol. 2, No. 4, pp. 268–283. <http://ingentaconnect.com/content/psp/hbpr/2015/00000002/00000004/art00004>
- Barrett, D., Hunt, N. and Stoicescu, C. 2013. Injecting Drug Use among Under-18s. *A snapshot of available data*. London, *Harm Reduction International*. http://www.ihra.net/files/2014/08/06/injecting_among_under_18s_snapshot_WEB.pdf
- Bisset, S., Markham, W.A. and Aveyard, P. 2007. School culture as an influencing factor on youth substance use. *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 61, No. 6, pp. 485–490.
- Bond, L., Glover, S., Godfrey, C., Butler, H. and Patton, G.C. 2001. Building capacity for system-level change in schools: Lessons from the gatehouse project. *Health Education and Behavior*, Vol. 28, No. 3, pp. 368–383.
- Bronfenbrenner, U. and Ceci, S.J. 1994. Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, Vol. 101, No. 4, pp. 568–586.
- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M, and Thomasius, R. 2012. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, Vol. 7, No. 23, pp. 1–17.
- Buckley Emily J, White David G. 2007. Systematic review of the role of external contributors in school substance use education. *Health Education*, Vol. 107, pp. 42-62.
- Bundy, D. 2015. *Rethinking School Health: A Key Component of Education for All*. Washington DC: The World Bank. <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-7907-3>
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J. et al. 2008. An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*. Vol. 371, No. 9624, pp.1595–160217 All web links were accessed from 6-8 September 2016.
- Carney. 2012. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) package for primary health-care professionals and their patients. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
- Castellanos-Ryan, N., Séguin, J.R., Vitaro, F., Parent, S. and Tremblay, R.E. 2013. Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 203, No. 3, pp. 188–95.
- Champion, K.E., Newton, N.C., Barrett, E.L. and Teesson, M. 2013. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the internet. *Drug and Alcohol Review*, Vol. 32, No. 2, pp. 115–123.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E. and Greenberg, M.T. 2008. The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use across Adolescence. *Journal of Adolescent Health*. Vol. 43, No. 2, pp. 157–164.
- Conrod, P., Stewart, S., Comeau, N. and Maclean, A.M. 2006. Efficacy of cognitive-behavioral interventions targeting personality risk factors for youth alcohol misuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent*, Vol. 35, No. 4, pp. 550–563.
- Das, J.K., Salam, R.A., Arshad, A., Finkelstein, Y. and Zulfiqar A. 2016. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 59 (2016), pp. 61-75.
- D’Amico, E.J., Tucker, J.S., Miles, J.N. et al. 2012. Preventing Alcohol Use with a Voluntary After-School Program for Middle School Students: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial of CHOICE. *Prevention Science*, Vol. 13, pp. 415–425.
- D’Onise, K., McDermott R.A. and Lynch J.W. 2010. Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review. *Public Health*, Vol. 124, No. 9, pp. 500–511.
- De la Haye, K., D’Amico, E.J., Miles, J.N.V., Ewing, B. and Tucker, J.S. 2014. Covariance among Multiple Health Risk Behaviors in Adolescents. *PLoS ONE*, Vol. 9, No. 5, e98141.
- De Looze, M., ter Bogt, T.F., Raaijmakers, Q.A., Pickett, W., Kuntsche, E. and Vollebergh, W.A. 2014. Cross-national evidence for the clustering and psychosocial correlates of adolescent risk behaviours in 27 countries. *The European Journal of Public Health*, cku083.
- De Micheli, D. and Formigoni, M.L. 2004. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial,

¹⁹ Se accedió a todos los enlaces de internet entre el 6 y el 8 de septiembre de 2016.

- health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*, Vol. 99, No. 5, pp. 570–578.
- Dhavan, P., Stigler, M.H., Perry, C.L., Arora, M. and Reddy, K.S. 2010. Is tobacco use associated with academic failure among government school students in urban India? *Journal of School Health*, Vol. 80, No. 11, pp. 552–560.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. and Schellinger, K.B. 2011. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, Vol. 82, pp. 405–432.
- Dusenbury, L., Hansen, W.B., Jackson-Newsom, J., Pittman, D.S., Wilson, C.V., Nelson-Simley, K. and Giles, S.M. 2010. Coaching to enhance quality of implementation in prevention. *Health Education*, Vol. 110, No. 1, pp. 43–60.
- Dwyer, J.B., McQuown, S.C. and Leslie, F.M. 2009. The Dynamic Effects of Nicotine on the Developing Brain. *Pharmacology & Therapeutics*, Vol. 122, No. 2, pp. 125–139.
- Elek, E., Wagstaff, D.A. and Hecht, M.L. 2010. Effects of the 5th and 7th grade enhanced versions of the keepin' it REAL substance use prevention curriculum. *Journal of Drug Education*, Vol. 40, No.1, pp. 61–79.
- EMCDDA. 2015. New psychoactive substances in Europe: An update from the EU Early Warning System. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/65/TD0415135ENN.pdf>
- Ennett, S.T., Haws, S., Ringwalt, C.L., Vincus, A.A., Hanley, S., Bowling, J.M. and Rohrbach, L.A. 2011. Evidence-based practice in school substance use prevention: Fidelity of implementation under real-world conditions. *Health Education Research*, Vol. 26, No. 2, pp. 361–371.
- Evans-Whipp, T.J., Plenty, S.M., Catalano, R.F. et al. 2013. The impact of school alcohol policy on student drinking. *Health Education Research*, Vol. 28, No.4, pp. 651–662.
- Faggiano, F., Allara, E., Giannotta, F., Molinar, R., Sumnall, H. et al. 2014. Europe Needs a Central, Transparent, and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions. *PLoS Med* 11, Vol. 10, e1001740.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti Federica D, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. 2008. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventative Medicine: An International Journal Devoted to Practice & Theory*.
- Fixsen, D.L., Blase, K.A., Horner, R., Sims, B. and Sugai, G. 2013, September. *Readiness for Change*. Scaling-up Brief #3. Chapel Hill: The University of North Carolina, FPG, SISEP. <http://sisep.fpg.unc.edu/resources/scaling-brief-3-readiness-change>
- Fletcher, A., Bonell C., Hargreaves J. 2008. School effects on young people's drug use: A systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, pp.209–220.
- Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A. 2011a. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No.: CD009308.
- Foxcroft, D.R. and Tsertsvadze, A. 2011b. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online). Issue 9, Art No.: CD009307.
- FRESH M&E Coordinating Group. 2014. Monitoring and Evaluation Guidance for School Health Programs. Thematic Indicators Supporting FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/HIV-AIDS/pdf/FRESHThematicIndicators-webVERSION3-06-26-13.pdf>
- Gilson, L. and Schneider, H. 2010. Commentary – Managing scaling up: what are the key issues? *Health Policy and Planning*, Vol. 25, pp. 97–98.
- Gore, F.M., Bloem, P.J., Patton, G.C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S.M. and Mathers, C.D. 2011. Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *Lancet*, Vol. 377, pp. 2093–102.
- Government of South Australia. (2006). *Health Promotion: better health, better learning: Guidelines for health promotion with schools and preschools*. Government of South Australia.
- Grant, B.F. and Dawson, D.A. 1997. Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *Journal of Substance Abuse*, Vol. 9.
- Guyll, M., Spoth, R. and Crowley, M. 2011. Economic Analysis of Methamphetamine Prevention Effects and Employer Costs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, July.
- Hadland, S.E., Marshall, B., Kerr, T. et al. 2011. A Comparison of Drug Use and Risk Behavior Profiles among Younger and Older Street Youth. *Substance Use & Misuse*, Vol. 46, pp.1486–1494.
- Hale, D., Coleman, J. and Layard, R. 2011. *A model for the delivery of evidence-based PSHE (personal wellbeing) in secondary schools*: Centre for Economic Performance, LSE. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/dp1071.pdf>.
- Hall, W. 2015. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, Vol. 110, pp. 19–35.

- Hanley, S., Ringwalt, C., Vincus, A.A. et al. 2009. Implementing evidence-based substance use prevention curricula with fidelity: The role of teacher training. *Journal of Drug Education*, Vol. 39, No. 1, pp. 39–58.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. and Miller, J.Y. 1992. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, Vol. 112, No. 1, pp. 64–105.
- Hemphill, S.A., Heerde, J.A. and Scholes-Balog, K.E. 2014. Effects of early adolescent alcohol use on mid-adolescent school performance and connection: A longitudinal study of students in Victoria, Australia and Washington State, United States *Journal of School Health*, Vol. 84, No.11, pp. 706–715.
- Hemphill, S.A., Herrenkohl, T.I., Plentz, S.M. et al. 2012a. Pathways from School Suspension to Adolescent Nonviolent Antisocial Behavior in Students in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Community Psychology*, Vol. 40, No. 3, pp. 301–318.
- Hemphill, S.A., Heerde, J.A., Herrenkohl, T.I. et al. 2012n. The impact of school suspension on student tobacco use: A longitudinal study in Victoria, Australia and Washington State, United States. *Health Education and Behavior*, Vol. 39, No.1, pp. 45–56.
- Hemphill, S., Toumbourou, J., Herrenkohl, T., McMorris, B. and Catalano, R. 2006. The effect of school suspensions and arrests on subsequent adolescent antisocial behavior in Australia and the United States. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 39, No. 5, pp. 736–744.
- Hennessy, E.A. and Tanner-Smith, E.E. 2015. Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, Vol. 16, No. 3, pp. 463–474.
- Isensee, B. and Hanewinkel, R. 2012. Meta-Analysis on the Effects of the Smoke-Free Class Competition on Smoking Prevention in Adolescents. *European Addiction Research*, Vol.18, pp. 110–115.
- Jackson, C., Geddes, R., Haw, S. and Frank, J. 2011. Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction*, Vol. 107, pp. 733–747.
- Juszczak, L., Melinkovich, P., Kaplan, D. 2003. Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites. *Journal of Adolescent Health*, Vol. 32, No.6, Supplement, pp. 108–118.
- Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. 1986. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement: An overview. *Archives of general psychiatry*. Vol. 43 No. 8, pp. 746-754.
- Kellam, S., Wang, W., Mackenzie, A. et al. 2014. The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention Science*. Vol. 15, No.0 1, pp. 6–18.
- Kellam, S.G., Hendricks-Brown, C., Poduska, J.M. et al. 2008. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95S, S5–S28.
- Keller, T.E. and Pryce, J.M. 2012. Different Roles and Different Results: How Activity Orientations Correspond to Relationship Quality and Student Outcomes in School-Based Mentoring. *Journal of Primary Prevention*, Vol. 33, pp. 47–64.
- Kipping, R.R., Campbell, R.M., MacArthur, G.J., Gunnell, D.J., Hickman, M. 2012. Multiple risk behaviour in adolescence. *J Public Health*.Vol. 34, suppl 1, pp. i1-i2.
- Kuntsche, E., Rossow, I, Simons-Morton, B, Ter Bogt, T, Kokkevi, A, and Godeau, E. 2013. Not Early Drinking but Early Drunkenness Is a Risk Factor for Problem Behaviors Among Adolescents from 38 European and North American Countries. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*,Vol. 37, No. 2, pp. 08–314.
- Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G. et al. 2014. Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic review of longitudinal studies. *Addictive Behaviors*, Vol. 39, pp. 497–506.
- Langford, R., Bonell, C.P., Jones, H.E., Poulidou, T., Murphy, S.M., Waters, E., Komro, K.A., Gibbs, L.F., Magnus, D. and Campbell, R. 2014. The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. CD008958.
- Lemon, M., Pennucci, A., Hanley, S. and Aos, S. 2014. *Preventing and treating youth marijuana use: An updated review of the evidence*. (Doc. No. 14-10-3201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1571/Wsipp_Preventing-and-Treating-Youth-Marijuana-Use-An-Updated-Review-of-the-Evidence_Report.pdf
- Lemstra M, Bennett N, Nannapaneni U, et al. 2010. A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research*, Vol. 18, pp. 84-96.

- MacArthur, G.J., Harrison, S., Caldwell, D.M., et al. 2015. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111, pp. 391-407. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13224/epdf>
- Markham, W.A., Aveyard, P., Bisset, S.L., Lancashire, E.R., Bridle, C. and Deakin, S. 2008. Value-added education and smoking uptake in schools: a cohort study. *Addiction*, Vol. 103, No.1, pp. 155–161.
- McBride, N. and Farrington, F. 2004. School health and alcohol harm reduction project: Changing students' alcohol related behaviors through classroom lessons in Western Australia. *Education and Health*, Vol. 22, No. 2, pp. 19–23.
- Meier, M.H., Caspia, A., Amblere, A., Harrington, H. et al. 2012. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife, *PNAS*, 27 August.
- Mentor UK. 2012. *Reviewing your drug and alcohol policy: A toolkit for schools*. <http://mentor-adepis.org/reviewing-your-drug-and-alcohol-policy-a-toolkit-for-schools/>
- Midford, R., Wilkes, D. and Young, D. 2005. Evaluation of the in-touch training program for the management of alcohol and other drug use issues in schools. *Journal of Drug Education*, Vol. 35, No. 1, pp. 1–14.
- Milat, A., Bauman, A. and Redman, S. 2015. Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science*, Vol. 10, 113.
- Miller-Day, M., Pettigrew, J. and Hecht, M.L. 2013. How prevention curricula are taught under real-world conditions: Types of and reasons for teacher curriculum adaptations. *Health Education*, Vol. 113, No. 4.
- Munne, M.L. 2005. Social consequences of alcohol consumption in Argentina. *Alcohol, Gender and Drinking Problems*, 25.
- Munton, A.G., Wedlock, E. and Gomersall, A. 2014. *The efficacy and effectiveness of drug and alcohol abuse prevention programmes delivered outside of school settings*. HRB Drug and Alcohol Evidence Review 2. Dublin: Health Research Board. <http://www.hrb.ie/health-information-in-house-research/alcohol-drugs/publications/adru-publication/publications/664/>
- O'Leary-Barrett, M., Mackie, C.J., Castellanos-Ryan, N., Al-Khudhairy, N. and Conrod, P.J. 2010. Personality-Targeted Interventions Delay Uptake of Drinking and Decrease Risk of Alcohol-Related Problems When Delivered by Teachers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Vol. 49, No. 9.
- Page RM, Dennis M, Lindsay GB, Merrill RM. 2010. Psychosocial Distress and Substance Use Among Adolescents in Four Countries: Philippines, China, Chile, and Namibia. *Youth & Society*, Vol. 43, No. 3, pp. 900-930.
- Peters, L.W.H., Wiefferink, C.H., Hoekstra, F., Buijs, G.J., Ten Dam, G.T.M. and Paulus-sen, T.G.W.M. 2009. A review of similarities between domain-specific determinants of four health behaviours among adolescents. *Health Education Research*, Vol. 24, pp. 198–223.
- Pirskanen, M., Pietilä, A.-M., Halonen, P. and Laukkanen, E. 2006. School health nurses and substance use among adolescents – towards individual identification and early intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Vol. 20, No.4, pp. 439–447.
- Porath-Waller, A.J., Beasley, E. and Beirness, D.J. 2010. A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, Vol. 37, No.5, pp. 709–723.
- Ringwalt, C., Pankratz, M., Gottfredson, N., Jackson-Newsom, J., Dusenbury, L., Giles, S. and Hansen, B. 2009. The effects of students' curriculum engagement, attitudes toward their teachers, and perceptions of their teachers' skills on school-based prevention curriculum outcomes. *Journal of Drug Education*, Vol. 39, No. 3, pp. 223–237.
- Ringwalt, C.L., Ennett, S., Johnson, R. et al. 2003. Factors. Associated with Fidelity to Substance Use Prevention Curriculum Guides in the Nation's Middle Schools. *Health Education & Behavior*, Vol. 30, No. 3, pp. 375–391.
- Robinson, W.L., Harper, G.W. and Schoeny, ME. 2003. Reducing Substance Use Among African American Adolescents: Effectiveness of School-Based Health Centers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 10, No. 4, pp. 491–504.
- Roohafza, H., Heidari, K., Omid, R. et al. 2014. Adolescent Perception on School Environment and Smoking Behavior: Analysis of Isfahan Tobacco use Prevention Program. *International Journal of Preventative Medicine*, Vol. 5, Suppl. 2, S139–45.
- Rorie, M, Gottfredson, D.C., Cross, A., Wilson, D. and Connell, N.M. 2011. Structure and deviancy training in after-school programs. *Journal of Adolescence*, Vol. 34, pp.105–117.
- Schweinhart, L.J. 2004. *The High/Scope Perry Preschool study through age 40. Summary, conclusions, and frequently asked questions*. http://www.highscope.org/file/Research/PerryProject/3_specialsummary%20col%2006%2007.pdf
- Shek. D.T. 2010. School drug testing: a critical review of the literature. *Scientific World Journal*, Vol. 10, pp. 356–365.

- Silins, E., Horwood, L.J., Patton, G.C. et al. 2014. Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis. *The Lancet Psychiatry*, Vol. 1, No. 4, pp. 286–293.
- Solar, O. and Irwin, A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- Spoth, R.L., Gyll, M. and Day, S.X. 2002. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 63, No.2, pp. 219–228.
- Squeglia, L.M., Jacobus, J. and Tapert, S.F. 2009. The Influence of Substance Use on Adolescent Brain Development, *Clinical EEG and Neuroscience*, Vol. 40, No.1, pp. 31–38.
- Stiby, A.I., Hickman, M., Munafò, M.R., Heron, J., Yip, V.L. and Macleod, J. 2015. Adolescent cannabis and tobacco use and educational outcomes at age 16: birth cohort study. *Addiction*, Vol. 110, pp. 658–668.
- Sznitman, S.R. and Romer, D. 2014. Student drug testing and positive school climates: testing the relation between two school characteristics and drug use behavior in a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 75, No.1, pp. 65–73.
- Thaker, S., Steckler, A., Sánchez, V., Khatapoush, S., Rose, J. and Hallfors, D.D. 2008. Program characteristics and organizational factors affecting the implementation of a school-based indicated prevention program. *Health Education Research*, Vol. 23, No. 2, pp. 238–248.
- Thapa, A., Cohen, J., Guffey, S. and Higgins-D'Alessandro, A. 2013. A Review of School Climate Research. *Review of Educational Research*, 19 April.
- Thomas, R.E., Lorenzetti, D. and Spragins, W. 2011. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 11. Art. No.: CD007381.
- Tobler, A., Komro, K., Dabroski, A., Aveyard, P. and Markham, W. 2011. Preventing the Link Between SES and High-Risk Behaviors: “Value-Added” Education, Drug Use and Delinquency in High-Risk, Urban Schools. *Prevention Science*, Vol. 12, No. 2, pp. 211–221.
- Tobler, N. 2000. Lessons Learned. *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 20, No. 4.
- Tolan, P., Henry, D., Schoeny, M., Bass, A., Lovegrove, P. and Nichols, E. 2013. Mentoring Interventions to Affect Juvenile Delinquency and Associated Problems: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, Vol.10.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G.A., Sturge, J. and Rehm, J. 2007. Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use: An international review. *Lancet*, Vol. 369, pp. 1391–1401.
- Toumbourou, J.W., Rowland, B., Jefferies, A., Butler, H. and Bond, L. 2004. *Preventing drug-related harm through school re-organisation and behavior management* [Prevention research evaluation report No. 12]. Melbourne: Australia Drug Foundation. <http://www.druginfo.adf.org.au/druginfo-seminars/drug-prevention-in-schools-seminar-toumbourou>
- UNESCO. 2015a. *Rethinking Education Towards a global common good?* Paris: UNESCO. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Cairo/images/RethinkingEducation.pdf>.
- UNESCO. 2015b. *Substance use prevention in educational settings in Eastern Europe and Central Asia*. Moscow: UNESCO.
- UNESCO. 2014. *Comprehensive sexuality education: the challenges and opportunities of scaling-up*. Paris: UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002277/227781E.pdf>
- UNESCO. 2000. *The Dakar Framework for Action Education for All: Meeting our Collective Commitments*. Paris: UNESCO. http://www.unesco.at/bildung/basisdokumente/dakar_aktionsplan.pdf
- UNICEF Office of Research. 2013. ‘Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview’, Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence. http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/rc11_eng.pdf
- United Kingdom Department of Health. 2012. *Getting it right for children, young people and families Maximising the contribution of the school nursing team: Vision and Call to Action*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216464/dh_133352.pdf.
- United Nations. 2014. Commission on Narcotic Drugs Fifty-seventh session Vienna, 13–21 March 2014. Joint Ministerial Statement of the 2014 High-Level Review by the Commission on Narcotic Drugs of the Implementation by Member States of the Political Declaration and Plan of Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. New York: United Nations. https://www.unodc.org/documents/hlr/JointStatement/V1403583_E_ebook.pdf
- UNODC. 2016. *Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women*. Vienna: UNODC.
- UNODC. 2015. *World drug report 2015*. Vienna: UNODC.
- UNODC. 2014. E/CN.7/2014/7. Action taken by Member States to implement the Political Declaration and Plan of

- Action on International Cooperation towards an Integrated and Balanced Strategy to Counter the World Drug Problem. Report of the Executive Director. Available at https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_57/E-CN7-2014-07/E-CN7-2014-7_V1389056_E.pdf GOOD POLICY AND PRACTICE IN HEALTH EDUCATION66
- UNODC. 2013. *International Standards on Drug Use Prevention*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
 - UNODC. 2009a. *Drug Use in Afghanistan: 2009 Survey*. Executive Summary 2009. Retrieved at: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Afghan-Drug-Survey-2009-Executive-Summary-web.pdf>
 - UNODC. 2009b. *Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. <https://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-E.pdf>
 - Van der kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Scatigna, M. and Faggiano, F. 2009. 'Unplugged': A new European school programme against substance abuse. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, Vol. 16, No. 2, pp. 167–181.
 - Washington State Institute for Public Policy. http://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1602/Wsipp_What-Works-and-What-Does-Not-Benefit-Cost-Findings-from-WSIPP_Report.pdf.
 - Webster-Stratton, C. and Taylor, T. 2001. Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 Years). *Prevention Science*, Vol. 2, No. 3.
 - White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F. et al. 2010. Online alcohol interventions: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 12, e62.
 - WHO. 2015a. *A Technical Brief: HIV and Young People Who Inject Drugs*. Geneva: WHO. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en>
 - WHO. 2015b. *Global standards for quality health care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents*. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/en/
 - WHO. 2014a. *Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade*. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>
 - WHO. 2014b. *HIV and Young People Who Inject Drugs: A Technical Brief: Draft*. Geneva: Inter-Agency Working Group on Key Populations. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/briefs_pwid_2014.pdf
 - WHO. 2013. *WHO report on global tobacco epidemic 2013*. Geneva: WHO.
 - WHO. 2011. *Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up*. Geneva: WHO. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241502320/en/
 - WHO. 2010a. *ATLAS on substance use: Resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva: WHO. http://www.who.int/substance_abuse/activities/atlas/en/
 - WHO. 2010b. *Nine Steps for Developing a Scaling-Up Strategy*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500319_eng.pdf
 - WHO. 2009. *Practical Guidance for Scaling Up Health Service Innovations*. Geneva: WHO. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598521_eng.pdf
 - WHO. 2005. *Alcohol use and sexual risk behaviour: A cross-cultural study in eight countries*. Geneva: WHO.
 - WHO. 2003. *Skills for Health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School*. Geneva: WHO. http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
 - Zeigler DW, Wang CC, Yoast RA, et al. 2005. The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. *Preventive Medicine*, Vol.40, No. 1, pp. 23-3



Sector de
Educación

Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

CUADERNILLO

10

Respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas

**BUENAS POLÍTICAS Y PRÁCTICAS
EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Esta publicación se elaboró mediante un proceso de consulta internacional dirigido por la UNESCO en colaboración con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), miembros del Grupo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Ofrece el contexto y la justificación para la mejora de las respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas y sugiere cuestiones a considerar para el mantenimiento y la ampliación de respuestas efectivas.

El público destinatario es el sector de la educación y los responsables de la formulación de políticas de salud escolar, los planificadores y los diseñadores de planes de estudios, y el personal de los servicios de salud escolar.

www.unodc.org

www.unesco.org

www.who.int

