

Capítulo I.

Mejora de los servicios de prevención y tratamiento del consumo de sustancias para los jóvenes

1. Según el *Informe mundial sobre las drogas 2018* de la UNODC, se calcula que más de 31 millones de personas que consumen drogas padecen trastornos por consumo de drogas y que muchas de esas personas son jóvenes³. El consumo de drogas repercute considerablemente en la economía y la sociedad de los países, las familias y las comunidades, en particular en lo que respecta a las oportunidades futuras de los jóvenes⁴. La situación exige que se renueven los esfuerzos por apoyar la prevención del consumo de sustancias y el tratamiento de los trastornos por consumo de drogas, lo que incluye la prestación de servicios destinados a mitigar las consecuencias adversas para la salud del consumo de drogas. En el documento

³Las Naciones Unidas utilizan los términos “juventud” y “jóvenes” indistintamente; por “jóvenes” se entiende las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, sin perjuicio de las definiciones que utilicen los Estados Miembros y otras entidades. Si bien la edad de inicio del consumo de drogas tiende a coincidir con ese grupo de edad, es importante que las intervenciones de prevención comiencen a una edad más temprana, incluso en la etapa prenatal y en la primera y segunda infancia.

⁴A los efectos del presente informe, la expresión “prevención del consumo de sustancias psicoactivas” se refiere a las medidas que tienen por objeto evitar o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas o, si este ya hubiera comenzado, evitar que se presenten trastornos por consumo de sustancias (consumo nocivo de sustancias o dependencia). El objetivo más amplio de la prevención es el desarrollo saludable y seguro de los niños y jóvenes de modo que puedan desarrollar plenamente su talento y potencial y convertirse en miembros productivos de la comunidad y la sociedad. Una prevención eficaz contribuye considerablemente a la integración de los niños, jóvenes y adultos en la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad. El “tratamiento” se define como la gestión de los trastornos por consumo de sustancias para reducir el consumo de drogas y el deseo o necesidad compulsiva de consumirlas, tratar la comorbilidad, mejorar la salud, el bienestar y el funcionamiento social de las personas afectadas y reducir el riesgo de complicaciones y recaída para prevenir futuros daños.

final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”, y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1 (reducción de la pobreza), 3 (salud y bienestar), 4 (educación de calidad) y 10 (reducción de las desigualdades), entre otros, los Estados Miembros han reafirmado su compromiso de adoptar un enfoque de la prevención del consumo de sustancias y el tratamiento equilibrado y centrado en la salud.

2. El artículo 38 de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes⁵ subraya la importancia de las medidas de prevención y tratamiento de la drogodependencia. En ese mismo artículo de la Convención de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972⁶ y en el artículo 20 del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971⁷ se dispone que las partes deberán prestar atención especial a la prevención del uso indebido de las drogas y a la pronta identificación, tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y reintegración social de las personas afectadas, adoptar todas las medidas posibles al efecto y coordinar sus esfuerzos en ese sentido.

3. Los tratados establecen asimismo que las partes, en la medida de lo posible, deberán promover la formación de personal para el tratamiento, postratamiento, rehabilitación y reintegración social de quienes hagan uso indebido de las drogas, y prestar asistencia a las personas cuyo

⁵Naciones Unidas, *Treaty Series*, vol. 520, núm. 7515.

⁶*Ibid.*, vol. 976, núm. 14152.

⁷*Ibid.*, vol. 1019, núm. 14956.

trabajo así lo exija para que entiendan los problemas del uso indebido de las drogas.

4. Sin embargo, quienes redactaron los tratados no preceptuaron enfoques o métodos concretos para cumplir esos objetivos, especialmente habida cuenta de las distintas condiciones de cada país. Además, es posible que tuvieran presente que con el tiempo se lograrían adelantos científicos que permitirían comprender mejor el problema de la drogodependencia e irían acompañados de nuevos métodos para prevenir y tratar ese problema. Los tratados dejan en manos de los Gobiernos la responsabilidad de determinar cuáles son las “medidas posibles” que se han de adoptar para prevenir y tratar la drogodependencia, pero también subrayan la importancia de contar con personal capacitado en los sectores de la prevención y el tratamiento, que recibiría capacitación complementaria a medida que se dispusiera de nuevos conocimientos y técnicas.

5. Cuando se redactaron los tratados apenas se habían realizado investigaciones científicas sobre los efectos fisiológicos y psicológicos del consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes y sobre los métodos más eficaces para prevenirlo y tratarlo. Sin embargo, en los últimos 40 años esa base de conocimientos ha aumentado considerablemente. Las estrategias de prevención basadas en esos datos científicos indican cuál es el modo más eficaz de trabajar con las familias, escuelas y comunidades y de adoptar enfoques del tratamiento concebidos expresamente para satisfacer las necesidades de los adolescentes que consumen sustancias. Dichas estrategias de prevención brindan a los niños y a los jóvenes, en particular los más marginados y pobres, la oportunidad de crecer y alcanzar la edad adulta y la vejez con salud y sin riesgos.

6. La importancia de proteger a los niños del consumo de drogas y la drogodependencia se reitera no solo en los tratados de fiscalización internacional de drogas, sino también en el artículo 33 de la Convención sobre los Derechos del Niño⁸, en el que se dispone que los Estados partes “adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes, y para impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias”.

7. Además, la necesidad de hacer frente al consumo de drogas y la drogodependencia, en particular en los

jóvenes, ha sido objeto de numerosas resoluciones y declaraciones de la Comisión de Estupefacientes y el Consejo Económico y Social, así como de la Asamblea General en sus períodos extraordinarios de sesiones sobre el problema mundial de las drogas celebrados en 1998 y 2016.

8. El capítulo I del informe anual de la JIFE correspondiente a 2009⁹ se centró en la prevención, y en él se resumieron los avances logrados hasta el momento en materia de prevención orientada a los jóvenes y se formularon las siguientes recomendaciones:

- Los Gobiernos deberían establecer un centro de coordinación claro en materia de prevención primaria, elaborar una estrategia nacional contra las drogas y un marco de salud pública y crear capacidad para establecer relaciones de colaboración y vínculos con las organizaciones e instituciones para cumplir los objetivos de prevención.
- Los Gobiernos deberían establecer mecanismos para lograr que se comprenda mejor el consumo de drogas y los factores que en él influyen, acumular y difundir conocimientos acerca de las mejores prácticas, evaluar la labor que llevan a cabo y desarrollar la fuerza de trabajo de prevención primaria.
- La UNODC debería colaborar con otras entidades con miras a elaborar normas que puedan utilizar los Gobiernos para evaluar sus esfuerzos en materia de prevención primaria. Concretamente, la UNODC debería colaborar con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Organización Internacional del Trabajo, la OMS, la UNESCO, las organizaciones no gubernamentales pertinentes y el sector privado con objeto de crear, promover y difundir recursos para ayudar a los Gobiernos a fortalecer la calidad de su labor de prevención primaria.

9. Más recientemente, en el capítulo I (Tratamiento, rehabilitación y reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas: componentes esenciales de la reducción de la demanda de drogas) del informe anual de la JIFE correspondiente a 2017¹⁰ se examinaron las necesidades de tratamiento de las poblaciones especiales, como los adolescentes. En ese capítulo se señalaron las numerosas dificultades que se presentaban al tratar de satisfacer esas necesidades y se subrayó

⁸ *Ibid.*, vol. 1577, núm. 27531.

⁹ E/INCB/2009/1.

¹⁰ E/INCB/2017/1.

la necesidad de investigar más sobre los efectos en los niños y adolescentes de la medicación destinada a adultos y sobre las intervenciones psicosociales más eficaces para los adolescentes.

10. El presente capítulo del informe anual correspondiente a 2019 se centra en el consumo de sustancias psicoactivas por los jóvenes y en la mejora de la prestación de servicios de prevención y tratamiento con base empírica. El capítulo se basa en las conclusiones y recomendaciones de los informes anuales de la JIFE correspondientes a 2009 y 2017 y las amplía. En los diez años transcurridos desde la publicación del informe anual de la JIFE correspondiente a 2009, los Gobiernos han logrado avances en lo que respecta a la ejecución de programas de prevención, pero solo recientemente se ha reconocido que los resultados científicos y su aplicación a las políticas y en la práctica podrían marcar una diferencia importante en la respuesta mundial al problema del consumo de sustancias.

11. Varias publicaciones de la UNODC sobre prevención, tratamiento, atención y rehabilitación responden a la necesidad de ayudar a los Estados Miembros a cumplir sus compromisos de “promover, desarrollar, examinar o fortalecer programas eficaces, amplios e integrados de reducción de la demanda de drogas, basados en pruebas científicas y que abarquen una serie de medidas, en particular la prevención primaria, la intervención temprana, el tratamiento, la atención, la rehabilitación, la reinserción social y servicios de apoyo conexos”¹¹. Algunas de esas publicaciones tratan, en particular, sobre las intervenciones y los servicios destinados a niños y jóvenes, entre ellas las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* de la UNODC, publicadas por primera vez en 2013 y revisadas junto con la OMS en 2018; las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas*, de 2017, y el cuadernillo 10, *Respuestas del sector de la educación frente al consumo de alcohol, tabaco y drogas*, de la serie Buenas Políticas y Prácticas en Educación para la Salud de la UNESCO, la OMS y la UNODC, publicado en 2017. Esas publicaciones reflejan el estado actual de la investigación y los datos disponibles en esas esferas, pero en un futuro deberán actualizarse a medida que se disponga de nuevos datos.

12. Si bien el consumo de sustancias, en particular por los jóvenes, suele ser motivo de preocupación para los encargados de formular políticas y para la ciudadanía,

¹¹Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2009, suplemento núm. 8 (E/2009/28)*, cap. I, secc. C).

y pese a que suele haber mucha conciencia al respecto, tal vez no se conozcan bien ni las estrategias de prevención y tratamiento con base empírica de que se dispone actualmente para intervenir con eficacia en todo momento a fin de prevenir el inicio del consumo de sustancias y evitar que este se intensifique y agrave, ni el tipo de tratamiento que puede administrarse a quienes lo necesitan. Esas estrategias eficaces, fruto de más de 30 años de investigación y pruebas en condiciones reales, ya se están aplicando en varias partes del mundo. Es importante que los expertos gubernamentales y la sociedad civil las reconozcan y formulen políticas que incorporen las medidas más eficaces para promover y prestar a los jóvenes servicios de prevención y tratamiento con base empírica.

13. En muchos países se ha prestado gran atención al problema del consumo de sustancias por los jóvenes, y esa atención puede llevar a los jóvenes a percibir que el consumo de sustancias es normal, es decir, que “todos lo hacen”. Por ejemplo, las leyes promulgadas recientemente en determinados países por las que se autoriza el uso del cannabis con fines médicos, y últimamente también su uso no médico o “recreativo”, la despenalización del consumo de cannabis en otros y la facilidad con que se pueden adquirir diversas sustancias psicoactivas podrían disminuir el riesgo percibido por algunos jóvenes en relación con las consecuencias sociales, emocionales o físicas¹². Se ha demostrado que esas impresiones falsas pueden llevar a los jóvenes a iniciarse en el consumo¹³. Los Gobiernos y la sociedad han aprendido de la historia del consumo de tabaco lo importante que es evitar, mediante intervenciones y políticas de prevención con base empírica, que los niños y los jóvenes comiencen a consumir sustancias psicoactivas.

14. Pese a esas inquietudes, los trabajos de investigación publicados demuestran que, en todo el mundo, la prevalencia del consumo de sustancias en la población general no es tan elevada como pudiera parecer a primera vista. Por ejemplo, los datos epidemiológicos internacionales disponibles indican que la mayoría (más del 80 %) de los jóvenes (menores de 24 años) no consume ninguna

¹²Charlotte Skoglund *et al.*, “Public opinion on alcohol consumption and intoxication at Swedish professional football events”, *Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, vol. 12, núm. 21 (mayo de 2017); Tina Van Havere *et al.*, “Drug use and nightlife: more than just dance music”, *Substance Abuse Treatment and Prevention Policy*, vol. 6, núm. 18 (julio de 2011).

¹³Sarah-Jeanne Salvy *et al.*, “Proximal and distal social influence on alcohol consumption and marijuana use among middle school adolescents”, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 144 (noviembre de 2014), págs. 93 a 101; Megan S. Schuler *et al.*, “Relative influence of perceived peer and family substance use on adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use across middle and high school”, *Addictive Behaviors*, vol. 88 (enero de 2019), págs. 99 a 105.

sustancia fiscalizada¹⁴. No obstante, también hay pruebas de que la pobreza y las condiciones sociales extremas hacen que algunos jóvenes sean especialmente vulnerables. Se ha demostrado que la prevención y el tratamiento con base empírica dirigidos a los jóvenes inciden en el consumo de sustancias y en los trastornos por consumo de sustancias, en las consecuencias sanitarias y sociales de estos y en la agresividad, la violencia juvenil y, en lo que respecta a la capacitación para la vida en familia, el maltrato infantil. Así pues, varias de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible contienen un claro mandato de prevención y tratamiento con base empírica, más concretamente la meta 3.5 (fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas), pero también la meta 3.3 (poner fin a la epidemia del sida y combatir la hepatitis), la meta 3.4 (promover la salud mental y el bienestar), la meta 16.1 (reducir significativamente todas las formas de violencia), y la meta 16.2 (poner fin a todas las formas de violencia contra los niños). Además, la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias con base empírica contribuyen a reducir la pobreza (Objetivo de Desarrollo Sostenible 1) y a reducir la desigualdad entre los géneros y la desigualdad socioeconómica (Objetivos 5 y 10), así como a lograr que las ciudades sean inclusivas y resilientes (Objetivo 11).

15. En los informes anuales de la JIFE correspondientes a 2009 y 2017 se examinaron los avances científicos logrados hasta entonces en la prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. El presente capítulo contiene información actualizada sobre esos avances y cómo han contribuido a que se comprenda mejor el consumo de sustancias psicoactivas, su naturaleza y su alcance entre los jóvenes, el grado en que el inicio del consumo durante la adolescencia puede generar trastornos y dependencia y, en particular, las estrategias de prevención y tratamiento de eficacia científicamente probada para abordar el consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas en los jóvenes.

16. Cabe señalar varios aspectos importantes:

- La mejora de los datos epidemiológicos internacionales, que por un lado agravan la inquietud que suscita el consumo de sustancias por los adolescentes y adultos jóvenes, especialmente los de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años, y por otro nos permiten conocer mejor ese fenómeno.
- La definición de la ciencia de la prevención como esfera de actividad y sus posibilidades de aplicación en la práctica.
- La reconceptualización de la etiología del consumo de sustancias y la vulnerabilidad a que el consumo progrese y se presenten trastornos por consumo de sustancias.
- El enmarque de la prevención del consumo de sustancias en un contexto de salud pública a fin de incorporar intervenciones de prevención en que se preste atención al grado de riesgo y vulnerabilidad (es decir, intervenciones universales, seleccionadas y prescritas) y a las necesidades de tratamiento de los jóvenes, que requieren una serie de servicios distintos de los que necesitan los adultos.
- Las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* de la UNODC y la OMS (2ª ed. revisada, 2018) y las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas* (2017) anteriormente mencionadas, en que se resumen los resultados de los trabajos de investigación publicados y se presentan principios y estrategias de prevención y tratamiento con base empírica, entre ellos algunos que podrían conformar un sistema nacional de servicios de prevención y tratamiento del consumo de drogas.

Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas por los jóvenes

17. Las tendencias y los hábitos del consumo de sustancias, en general y por los jóvenes en particular, difieren considerablemente de una región a otra. Esas diferencias guardan relación con diferentes cuestiones y diferentes circunstancias sociales. Por ejemplo, la prevalencia del consumo de estimulantes de tipo anfetamínico en Asia es muy elevada, mientras que en América Latina está muy extendido el consumo de pasta de coca y cocaína, además del cannabis. También hay diferencias notables entre América del Norte y Europa en lo que respecta a los hábitos de consumo de sustancias.

18. Los datos epidemiológicos más recientes de que se dispone sobre el consumo de sustancias por los jóvenes (de 15 a 24 años) figuran en el *Informe mundial sobre las drogas 2018* de la UNODC, cuyo fascículo 4, sobre las drogas y la edad, contiene varias conclusiones clave relativas a los jóvenes:

¹⁴ *Informe mundial sobre las drogas 2018*, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta E.18.XI.9.

- El consumo de sustancias y sus consecuencias para la salud son mayores en los jóvenes (en particular los de 18 a 25 años) que en el resto de la población.
 - Es difícil obtener estimaciones mundiales del consumo de sustancias por los jóvenes menores de 18 años debido a la escasez de estudios realizados en algunas regiones y a los diferentes criterios empleados en los estudios para calcular la prevalencia y definir los grupos de edad.
 - En general, se ha comprobado que los índices de consumo son más elevados en los varones, si bien en algunas regiones se ha observado una reducción de las diferencias entre los géneros.
 - El consumo de cannabis está muy extendido entre los jóvenes. Según una estimación mundial elaborada por la UNODC a partir de datos sobre 130 países, en 2016, 13,8 millones de jóvenes de 15 y 16 años (el 5,6 % de los jóvenes en esa franja de edad), habían consumido cannabis por lo menos una vez durante el año anterior. En Oceanía, la prevalencia en el año anterior correspondiente a ese grupo de edad fue del 11,4 %; en las Américas, del 11,6 %; en África, del 6,6 %; en Europa, del 13,9 %; y en Asia, del 2,7 %.
 - Si bien no es fácil recabar y armonizar datos sobre las causas de fallecimiento en los distintos países, según las estimaciones sanitarias mundiales de la OMS correspondientes a 2015, el 23,1 % de todas las muertes que se atribuyeron a trastornos por consumo de drogas en 2015 correspondían a jóvenes de 15 a 29 años, pese a que las muertes de jóvenes por todas las causas en ese grupo de edad representaban tan solo el 4,8 % de todas las muertes en ese año¹⁵.
 - Por la farmacología de las sustancias psicoactivas y las características fisiológicas del cerebro de los jóvenes, que aún está en desarrollo, lo que termina por condicionar el consumo es el deseo de experimentar los efectos de la sustancia psicoactiva, independientemente de los factores sociales y psicológicos que hubieran incidido originalmente en el inicio y el consumo temprano.
 - Los caminos que llevan a los jóvenes a los trastornos por consumo de sustancias son complejos. Son muchos los factores que determinan que el consumo de sustancias se agrave hasta devenir en un trastorno. Aunque muchas de las personas que comienzan a consumir sustancias psicoactivas terminan por dejar de hacerlo, las más vulnerables por factores fisiológicos, sociales, emocionales y de desarrollo pueden llegar a consumir varias sustancias o a hacerlo con mayor frecuencia, o ambas cosas.
 - La pobreza y la falta de oportunidades de progreso económico y social, entre otros factores, empujan a muchos jóvenes a involucrarse en la cadena de abastecimiento de drogas. Esto los expone a incurrir en otras conductas delictivas, así como a los riesgos de violencia, encarcelamiento y muerte prematura.
19. La edad de inicio del consumo de sustancias suscita gran preocupación a nivel mundial porque, según han demostrado las investigaciones, cuanto más temprana sea mayor es el riesgo de sufrir trastornos por consumo de sustancias debido a los efectos de estas en el desarrollo cerebral¹⁶. Degenhart *et al.*¹⁷ han comparado la edad de inicio en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína en los 17 países que participaron en la Encuesta Mundial de Salud Mental. Los autores señalan que en esos países la mediana de edad de inicio del consumo de esas sustancias es similar: 16 a 19 años en el caso del alcohol y el tabaco, 18 a 19 años en lo que respecta al cannabis y 21 a 24 años en lo que respecta a la cocaína. De la información disponible se desprende que sería conveniente dirigir las intervenciones y políticas de prevención con base empírica a los niños y adolescentes mucho antes de que estos alcancen la edad de inicio del consumo.
20. Algunos estudios longitudinales realizados entre la infancia y la edad adulta indican que cuanto más temprana sea la edad en que se comienza a consumir alcohol, tabaco y cannabis, mayor es la probabilidad de consumir drogas como los opiáceos y la cocaína¹⁸. Dicho nexo se ha examinado en investigaciones epidemiológicas y de

¹⁶*Ibid.*

¹⁷Louisa Degenhardt *et al.*, "Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys", *PLoS Medicine*, vol. 5, núm. 7 (julio de 2008).

¹⁸Denise Kandel, "Stages in adolescent involvement in drug use", *Science*, vol. 190, núm. 4217 (noviembre de 1975), págs. 912 a 914. Michael. T. Lynskey *et al.*, "Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs. co-twin controls", *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, núm. 4 (enero de 2003), págs. 427 a 433.

¹⁵OMS, *Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age and Sex and by Country and Region, 2000–2015* (Ginebra, 2016).

laboratorio, que han demostrado que esa progresión obedece a factores genéticos, biológicos y sociales¹⁹.

21. Las investigaciones indican que los adolescentes comienzan a consumir alcohol, tabaco y cannabis porque perciben como algo positivo la disponibilidad de esas sustancias y por el hecho de que su consumo goce de aceptación social o se haya normalizado, así como por desconocimiento de los riesgos que este entraña²⁰. Las intervenciones de prevención eficaces procuran corregir las ideas erróneas que pudieran tener los adolescentes. Las intervenciones que cambian esas ideas, en particular las relativas a la normalización del consumo de sustancias, suelen ir acompañadas de resultados positivos²¹.

22. Los jóvenes de familias con un nivel socioeconómico elevado prueban el cannabis (experimentación episódica) con más frecuencia que los jóvenes de bajo nivel socioeconómico. No obstante, el riesgo de que se presenten trastornos por consumo de cannabis está más estrechamente vinculado a un bajo nivel socioeconómico, a un peor rendimiento académico y al abandono escolar. Esto se debe a que los jóvenes de familias de alto nivel socioeconómico tienen a su alcance mayores recursos socioculturales para controlar y regular el consumo²².

¹⁹Arpana Agrawal, Carol A. Prescott y Kenneth S. Kendler, "Forms of cannabis and cocaine: a twin study", *American Journal of Medical Genetics, Part B Neuropsychiatric Genetics*, vol. 129B, núm. 1 (mayo de 2004), págs. 125 a 128; Denise Kandel y Eric Kandel, "The gateway hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives", *Acta Paediatrica*, vol. 104, núm. 2 (febrero de 2015), págs. 130 a 137; Stephen Nkansah-Amankra y Mark Minelli, "'Gateway hypothesis' and early drug use: additional findings from tracking a population-based sample of adolescents to adulthood", *Preventive Medicine Reports*, vol. 4 (mayo de 2016), págs. 134 a 141; y Michael M. Vanyukov et al., "Common liability to addiction and 'gateway hypothesis': theoretical, empirical and evolutionary perspective", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 123, suplemento 1 (junio de 2012), págs. S3 a S17.

²⁰Lloyd D. Johnston et al., *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2012*, vol. I: *Secondary School Students* (Ann Arbor, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Michigan, 2013); Katherine M. Keyes et al., "The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976–2007", *Addiction*, vol. 106, núm. 10 (octubre de 2011), págs. 1790 a 1800; e Yvonne M. Terry-McElrath et al., "Risk is still relevant: time-varying associations between perceived risk and marijuana use among US 12th grade students from 1991 to 2016", *Addictive Behaviors*, vol. 74 (noviembre de 2017), págs. 13 a 19.

²¹Kenneth W. Griffin y Gilbert J. Botvin, "Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents", *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 19, núm. 3 (julio de 2010), págs. 505 a 526; Li C. Liu, Brian R. Flayand y Aban Aya Investigators, "Evaluating mediation in longitudinal multivariate data: mediation effects for the Aban Aya Youth Project Drug Prevention Program", *Prevention Science*, vol. 10, núm. 3 (septiembre de 2009), págs. 197 a 207; y Catherine J. Lillohoj, Linda Trudeau y Richard Spoth, "Longitudinal modeling of adolescent normative beliefs and substance initiation", *Journal of Alcohol and Drug Education*, vol. 49, núm. 2 (junio de 2005).

²²François Beck, Romain Guignard y Jean-Baptiste Richard, "Actualités épidémiologiques du cannabis", *La Revue du Practicien*, vol. 63, núm. 10 (diciembre de 2013), págs. 1420 a 1424.

23. Las pruebas de la existencia de un nexo entre el consumo de alcohol y tabaco y el de otras sustancias psicoactivas, que son el objeto principal de los tratados internacionales, son concluyentes, lo que pone de relieve la necesidad de ocuparse también del consumo de tabaco y alcohol al poner en marcha programas de prevención del consumo de sustancias.

24. El consumo de sustancias por los padres puede afectar considerablemente a los niños y causarles trastornos emocionales y físicos a largo plazo que se manifiestan al comienzo de la edad adulta. Entre esos efectos figuran los que causa directamente en la salud el consumo de sustancias por la madre, como el bajo peso al nacer, la fetopatía alcohólica²³, problemas respiratorios debidos al humo ajeno²⁴, una mayor probabilidad de sufrir malos tratos y descuido²⁵, otros problemas de salud²⁶ y problemas de desarrollo a largo plazo²⁷, así como una mayor predisposición de los niños al consumo de sustancias²⁸. Esos efectos son de gran alcance y tienen repercusiones tanto sociales como económicas en todos los países²⁹. Así pues, en lo que respecta a los grupos de edad comprendidos entre el primer año de vida y el final de la adolescencia es importante ocuparse no solo de los efectos del

²³Sylvia Roozen et al., "Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders: a systematic literature review including meta-analysis", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 40, núm. 1 (junio de 2016), págs. 18 a 32, y Thitinant Sithisarn, Don T. Granger y Henrietta S. Bada, "Consequences of prenatal substance use", *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 24, núm. 2 (diciembre de 2012), págs. 105 a 112.

²⁴Estados Unidos, Departamento de Salud y Servicios Humanos, *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* (Atlanta, Georgia, 2006).

²⁵Brad Donohue et al., "Contribution of illicit/non prescribed marijuana and hard-drug use to child abuse and neglect potential while considering social desirability", *British Journal of Social Work*, vol. 49, núm. 1 (enero de 2019), págs. 77 a 95.

²⁶Tessa L. Crume et al., "Cannabis use during the perinatal period in a State with legalized recreational and medical marijuana: the association between maternal characteristics, breastfeeding patterns, and neonatal outcome", *Journal of Pediatrics*, vol. 197 (junio de 2018), págs. 90 a 96.

²⁷Peter A. Fried, "Conceptual issues in behavioral teratology and their application in determining long-term sequelae of prenatal marijuana exposure", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 43, núm. 1 (marzo de 2002), págs. 81 a 102.

²⁸Pamela C. Griesler et al., "Nonmedical prescription opioid use by parents and adolescents in the US", *Pediatrics*, vol. 143, núm. 3 (marzo de 2019); Kimberly L. Henry, "Fathers' alcohol and cannabis use disorder and early onset of drug use by their children", *Journal of Studies of Alcohol and Drugs*, vol. 78, núm. 3 (mayo de 2017), págs. 458 a 462; y Shulamith Straussner y Christine Fewell, "A review of recent literature on the impact of parental substance use disorders on children and provision of effective services", *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 31, núm. 4 (julio de 2018), págs. 363 a 367.

²⁹Henrick Harwood, Douglas Fountain y Gina Livermore, *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992* (Rockville, Maryland, National Institute on Drug Abuse (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas) y National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1998).

consumo de sustancias por los propios niños o adolescentes, sino también de los efectos del consumo por los padres o los familiares, que pueden afectar tanto a los niños y adolescentes que consumen sustancias como a los que no lo hacen.

Comprender la progresión del consumo al uso indebido

25. Las investigaciones epidemiológicas de la década de 1970 allanaron el camino para comprender los factores que determinaban el inicio del consumo de sustancias y la progresión a un consumo cada vez más intensivo. Los resultados de esas investigaciones se resumieron en dos estudios diferentes publicados en 1992 y 1993. El primero de ellos, realizado por Hawkins *et al.* (1992)³⁰, describía los factores de riesgo vinculados al inicio del consumo de sustancias; esos factores podían ser tanto contextuales (por ejemplo, leyes y normas que propiciaban el consumo, disponibilidad de las sustancias, privaciones económicas extremas y desorganización de la comunidad) como personales e interpersonales (por ejemplo, características fisiológicas, antecedentes familiares de consumo, actitud ante el consumo de sustancias, administración deficiente o errática de la familia, conflictos familiares y debilidad de los vínculos familiares). El segundo estudio, de Glantz y Pickens³¹, indicó que pese a que los factores contextuales incidían considerablemente en el inicio del consumo de sustancias, los factores personales e interpersonales, en particular los fisiológicos, neurológicos y genéticos, contribuían en mayor medida a la transición al uso indebido.

26. En otros dos estudios más recientes se llegó a la conclusión de que los factores genéticos determinaban en gran medida la vulnerabilidad de una persona a la dependencia, lo que incluía los efectos del medio ambiente en la expresión y función de los genes³². Por ejemplo, en un estudio reciente se observó que en el consumo de cannabis y alcohol parecían influir factores genéticos comunes³³. Determinados perfiles genéticos inciden considerablemente en

la vulnerabilidad al consumo de sustancias y la progresión a la dependencia. Las intervenciones de prevención concebidas expresamente para personas cuya predisposición genética las hace vulnerables al consumo de sustancias han resultado eficaces para modificar la evolución de sus hábitos de consumo y mejorar su vida³⁴.

27. Las investigaciones han demostrado que, en el caso de algunas sustancias, el inicio del consumo no siempre conduce al uso indebido³⁵. Se ha demostrado que es más probable que se pueda desistir espontáneamente del consumo de sustancias como el alcohol, la cocaína, la heroína y las anfetaminas, cuyos efectos físicos y psicológicos negativos pueden ser más inmediatos que los del tabaco o el cannabis³⁶. Teóricamente, por lo que atañe al consumo de sustancias, en un momento dado y en una misma zona geográfica puede haber cuatro grupos distintos³⁷:

- Los abstinentes convencidos, que tienen la firme determinación de no consumir ninguna sustancia psicoactiva
- Los abstinentes vulnerables, que tal vez no estén consumiendo ninguna sustancia psicoactiva en ese momento, pero que, por razones psicológicas, sociales o emocionales, pueden comenzar a hacerlo
- Los consumidores precoces, que podrían haberse iniciado en el consumo de una o más sustancias psicoactivas y estar sufriendo, o no, sus consecuencias negativas
- Los consumidores que se encuentran en una etapa avanzada, que ya han dejado atrás la etapa de inicio y que sufren, o no, sus consecuencias sociales o sanitarias

³⁰David J. Hawkins, Richard F. Catalano y Janet Y. Miller, "Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", *Psychological Bulletin*, vol. 112, núm. 1 (July 1992), págs. 64 a 105.

³¹Meyer D. Glantz y Roy W. Pickens, "Vulnerability to drug abuse: introduction and overview", en *Vulnerability to Drug Abuse*, Meyer D. Glantz y Roy W. Pickens, coords. (Washington, D.C., American Psychological Association, 1993), págs. 1 a 14.

³²Carolyn E. Sartor *et al.*, "Common genetic contributions to alcohol and cannabis use and dependence symptomatology", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 34, núm. 3 (marzo de 2010), págs. 545 a 554.

³³*Ibid.*

³⁴Gene H. Brody *et al.*, "Differential sensitivity to prevention programming: a dopaminergic polymorphism-enhanced prevention effect on protective parenting and adolescent substance use", *Health Psychology*, vol. 33, núm. 2 (febrero de 2014), págs. 182 a 191.

³⁵Jerald G. Bachman *et al.*, *The Decline of Substance Use in Young Adulthood: Changes in Social Activities, Roles, and Beliefs* (East Sussex, Reino Unido, Psychology Press, 2014).

³⁶G. Bischof *et al.*, "Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample", *Addiction*, vol. 96, núm. 9 (septiembre de 2001), págs. 1327 a 1336, y Linda C. Sobell, Timothy P. Ellingstad y Mark B. Sobell, "Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions", *Addiction*, vol. 95, núm. 5 (mayo de 2002), págs. 749 a 764.

³⁷William D. Crano *et al.*, "The at-risk adolescent marijuana nonuser: expanding the standard distinction", *Prevention Science*, vol. 9, núm. 2 (junio de 2008), págs. 129 a 137.

28. De estas observaciones extraídas de los estudios anteriormente mencionados podría concluirse que se necesitan diversos servicios de prevención y tratamiento en las comunidades para atender las necesidades concretas de la población.

29. La mayoría de los niños y adolescentes pertenece a uno de los tres primeros grupos. Como se señala más adelante, para cada uno de ellos se requieren intervenciones específicas de prevención y tratamiento con base empírica.

30. Los hitos relacionados con la edad que marcan las distintas etapas del desarrollo que atraviesa una persona hasta convertirse en un miembro productivo de la sociedad son comunes a todos los seres humanos. El logro de esos hitos puede agilizarse o entorpecerse en función de las características individuales, así como de la influencia de los agentes más próximos, como los padres, la familia y la escuela, y los más lejanos, como las condiciones económicas y sociales, los medios de comunicación, los medios sociales y las políticas nacionales. Las investigaciones realizadas sobre los factores genéticos, físicos y ambientales y la interacción entre ellos para determinar la vulnerabilidad al consumo de sustancias y otros comportamientos de ese tipo han llevado a reconceptualizar los factores de riesgo y de protección, lo cual puede servir para perfeccionar los sistemas y servicios de prevención y tratamiento para niños y adolescentes³⁸.

31. En la figura I se presenta esa nueva perspectiva en forma simplificada. Su contenido sirve para aclarar el concepto de vulnerabilidad y ayuda a comprender mejor los factores de riesgo y de protección como interfaz entre la estructura física, psicológica y genética de una persona y las influencias en su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social: los padres y la familia, la escuela, las organizaciones profesionales, los compañeros, el lugar de trabajo y la comunidad más inmediata frente a la más general.

32. El marco de la figura I ilustra los factores que intervienen en la motivación y los procesos de cambio de las personas y muestra la forma en que interactúan los distintos niveles del entorno y las características personales para determinar las decisiones que se adoptan antes de consumir sustancias e incurrir en otros comportamientos problemáticos.

33. La genética y otros factores biológicos son importantes para lograr los hitos propios de las sucesivas etapas del desarrollo, es decir, los objetivos de cada una de ellas, desde el primer año de vida hasta la edad adulta temprana, como la capacidad intelectual, el desarrollo del lenguaje, el funcionamiento cognitivo, emocional y psicológico y la adquisición de habilidades sociales.

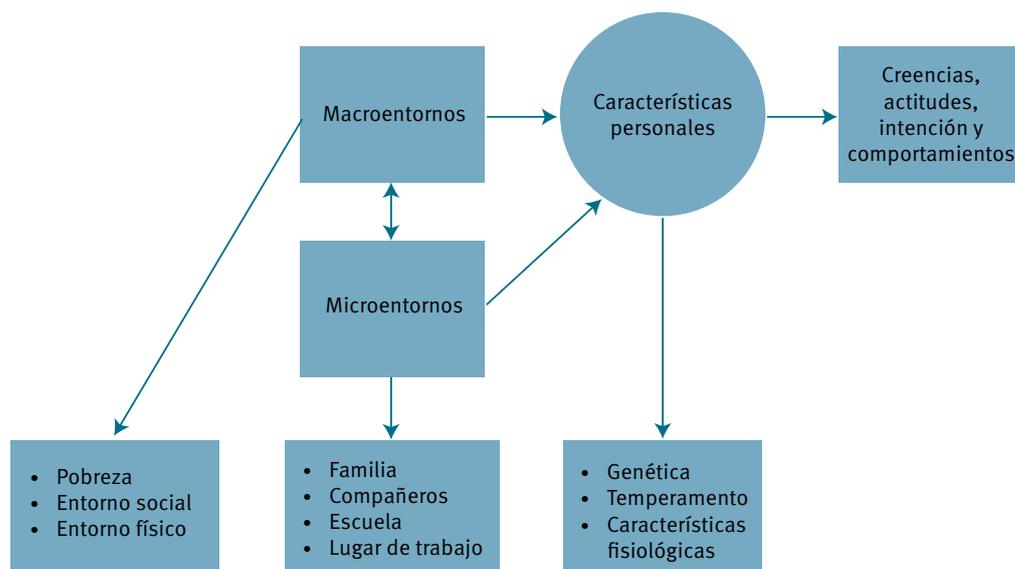
34. El grado en que se alcancen los hitos del desarrollo determina nuestra vulnerabilidad a las influencias del entorno. Esa vulnerabilidad puede variar a lo largo de la vida. No obstante, los niños que, por diversas razones, no logran los hitos propios del desarrollo en la primera infancia son más propensos a no alcanzar tampoco los posteriores y, por consiguiente, a tener problemas en la edad adulta.

35. Los factores ambientales pueden reducir o aumentar esa vulnerabilidad. El riesgo de consumo de sustancias aumenta debido a experiencias determinadas por el entorno, como las experiencias adversas sufridas durante la infancia, que van asociadas a un aumento del estrés o a circunstancias adversas. Las influencias del entorno se sitúan en dos niveles principales: el entorno más inmediato, es decir, el microentorno, del que forman parte los padres y la familia, la escuela y los compañeros, y el entorno más general, es decir, el macroentorno, que comprende los entornos físico y social, con inclusión de Internet y los medios sociales. El entorno amplio de la comunidad y la necesidad de respetar el estado de derecho y otras normas sociales también influyen en la vulnerabilidad de los jóvenes. Ejemplo de ello son las zonas urbanas marginales, donde las organizaciones delictivas, con frecuencia vinculadas al narcotráfico, dominan el territorio y las autoridades son incapaces de mantener el orden, proporcionar a los ciudadanos acceso a servicios sanitarios y sociales, ni tan siquiera a los más básicos, u ofrecer a los jóvenes la asistencia que necesitan para desarrollar su potencial.

36. Si bien Internet y los medios sociales ofrecen nuevos cauces para impartir educación preventiva, también han multiplicado las oportunidades para la comercialización y la transmisión social de productos y comportamientos de riesgo y, de ese modo, han contribuido a aumentar la exposición al uso de sustancias, ya que normalizan el consumo y presentan una visión positiva de las experiencias de los consumidores. Por ejemplo, algunos blogueros e “influencers” difunden a través de YouTube información sobre nuevas sustancias y nuevas formas de administrarlas; ponen de relieve los supuestos efectos “positivos” y restan importancia a las consecuencias negativas del consumo y, para justificar sus decisiones, proporcionan a los jóvenes información abundante,

³⁸Zili Sloboda, Meyer D. Glantz y Ralph E. Tarter, “Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention”, *Substance Use and Misuse*, vol. 47, núms. 8 y 9 (junio de 2012), págs. 1 a 19.

Figura I. Modelo de la vulnerabilidad



Fuente: Zili Sloboda, "School-based prevention: evolution of evidence-based strategies", en *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, Carl G. Leukefeld y Thomas P. Gullotta, coords. (Nueva York, Springer, 2018).

pero no necesariamente factual, sobre el consumo de sustancias.

37. Los dos niveles de influencia, el microentorno y el macroentorno, no ejercen su acción sobre el comportamiento de manera independiente, sino que también se influyen mutuamente. Por ejemplo, la estabilidad familiar, e incluso el desempeño de las funciones parentales, pueden verse amenazados si uno de los cuidadores, o ambos, están desempleados durante mucho tiempo³⁹.

38. La interfaz en la que el microentorno y el macroentorno interactúan con la persona es lo que modela el desarrollo cognitivo y emocional, así como las creencias, actitudes y comportamientos que sirven para socializar a los seres humanos y convertirlos en miembros productivos de la comunidad. Esa interacción puede ser positiva (protectora) o negativa (arriesgada). También crea oportunidades para que se lleven a cabo intervenciones

³⁹Geert Dom *et al.*, "The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 13, núm. 1 (enero de 2016); Mark A. Bellis *et al.*, "National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England", *BMC Medicine*, vol. 12, núm. 72 (mayo de 2014); Dieter Henkel, "Unemployment and substance use: a review of the literature (1990–2011)", *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 4, núm. 1 (2011), págs. 4 a 27; Heta Moustgaard, Mauricio Avendano y Pekka Martikainen, "Parental unemployment and offspring psychotropic medication purchases: a longitudinal fixed-effects analysis of 138,644 adolescents", *American Journal of Epidemiology*, vol. 187, núm. 9 (septiembre de 2018), págs. 1880 a 1888, y Universidad de Oxford, "Unemployment triggers increase in child neglect, according to new research", 3 de noviembre de 2017.

que favorezcan o dinamicen el crecimiento positivo. De ese modo, si los niños vulnerables reciben una crianza positiva es posible que superen las dificultades a que se enfrentan, mientras que los niños igualmente vulnerables que son descuidados por sus padres tienen menos probabilidades de lograrlo⁴⁰.

39. También son importantes los factores y el contexto culturales. Si una cultura desalienta rotundamente el consumo de sustancias, es posible que este sea poco frecuente. Sin embargo, si el consumo de sustancias es parte integrante de los rituales o celebraciones propios de una cultura, tal vez haya pocos obstáculos que impidan que las personas comiencen a consumir sustancias y sigan haciéndolo, a menos que existan restricciones inherentes a dichos rituales. En una cultura, la definición de los roles, en particular los que se asignan a cada género, también puede inhibir o propiciar el consumo de sustancias.

40. Estos procesos pueden ilustrarse mediante ejemplos extraídos de experiencias comunes. Una de esas situaciones sería la de una niña que vive en la pobreza y cuyos padres están ausentes, porque están en la cárcel, son drogodependientes o tienen dos o tres trabajos. Otra sería la de una niña cuyas circunstancias son las mismas, pero que recibe los cuidados y el apoyo de uno de sus abuelos u otro adulto que puede ayudarla a lograr los hitos del

⁴⁰Karl G. Hill *et al.*, "Person-environment interaction in the prediction of alcohol abuse and alcohol dependence in adulthood", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 110, núms. 1 y 2 (julio de 2010), págs. 62 a 69.

fican las actividades de prevención a determinar cuáles son las intervenciones de prevención con base empírica que encajan con las características y las necesidades de sus comunidades. El más destacado de esos productos son las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* (2ª ed., 2018) de la UNODC y la OMS. Se trata de una guía en la que se exponen brevemente los principales contenidos, estructuras y estrategias de aplicación comunes a todas las intervenciones. En la figura III se resume el contenido de las *Normas*.

45. En la figura III se indican los ámbitos en los que se realizan las intervenciones (la familia, la escuela, el lugar de trabajo, el sector de la salud y la comunidad, que se enumeran en la columna izquierda). Las intervenciones se han organizado según el grupo de edad al que van dirigidas (prenatal y lactancia, primera y segunda infancia, adolescencia temprana y adolescencia, y vida adulta, que se enumeran en la franja horizontal superior).

46. Ejemplo de los programas centrados en el micro-entorno son los que incluyen las habilidades familiares y parentales. Esos programas respaldan el tratamiento y la

atención médica prenatal y ofrecen apoyo en materia de vivienda y otras necesidades. El Programa de Parentalidad Positiva (Triple P)⁴¹ es otro programa de apoyo familiar y habilidades parentales consistente en un sistema que ofrece niveles progresivos de apoyo para satisfacer las necesidades parentales organizados según una escala gradual de intensidad y alcance. Un tercer ejemplo de intervención eficaz en el ámbito familiar es el programa de fortalecimiento de las familias llamado “Strengthening Family Program 10–14”⁴². Este programa incluye componentes dirigidos únicamente o bien a los padres o bien a los hijos, o dirigidos a padres e hijos a la vez; está centrado en las habilidades parentales y en el refuerzo de los lazos familiares y se imparte durante un período de siete semanas.

⁴¹ Matthew R. Sanders, “Development, evaluation and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program”, *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 8 (abril de 2012), págs. 345 a 379.

⁴² Richard Spoth *et al.*, “Research on the strengthening families program for parents and youth 10–14: long-term effects, mechanisms, translation to public health, PROSPER partnership scale up”, en *Handbook of Adolescent Drug Prevention: Research, Intervention, Strategies, and Practices* (Washington, D.C., American Psychological Association, 2015), págs. 267 a 292.

Figura III. Resumen de las estrategias con base empírica señaladas en las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* de la UNODC y la OMS (2ª ed., 2018)

	PRENATAL Y LACTANCIA	PRIMERA INFANCIA	SEGUNDA INFANCIA	PRIMERA ADOLESCENCIA	ADOLESCENCIA	EDAD ADULTA
Familia	Visitas prenatales y durante la lactancia Intervenciones para embarazadas		Habilidades parentales			
Escuela		Educación en la primera infancia	Enseñanza de aptitudes personales y sociales Gestión del aula Políticas contra el abandono escolar	Educación preventiva según competencia e influencia social Programas a nivel de toda la escuela para mejorar el apego a la escuela	Atención a vulnerabilidades personales	
Comunidad				Políticas escolares sobre el consumo de sustancias Políticas sobre alcohol y tabaco Iniciativas de múltiples componentes basadas en la comunidad		
Lugar de trabajo				Campañas en medios de comunicación Mentoría	Programas de prevención en ámbitos recreativos Programas de prevención en el lugar de trabajo	
Sector de la salud	Intervenciones para embarazadas		Atención a trastornos de salud mental			Atención a trastornos de salud mental

■ Estrategia identificada en la primera edición de las *Normas* ■ Estrategia agregada en la segunda edición actualizada de las *Normas*

47. Como ejemplos de políticas e intervenciones de prevención en el ámbito escolar con base empírica cabe mencionar los planes de estudio LifeSkills Training⁴³ y Unplugged⁴⁴. Ambos programas se centran en las habilidades personales y sociales, en particular las relativas a la toma de decisiones y la fijación de metas y las habilidades analíticas para evaluar la información sobre las sustancias psicoactivas y la violencia. Esas habilidades están diseñadas para que los estudiantes cobren conciencia de las influencias que incitan al consumo de drogas, se resistan a esas influencias y tomen la decisión de no consumir ninguna sustancia psicoactiva. Para reforzar esa decisión, en los programas se desmontan las ideas erróneas derivadas de las creencias normativas acerca de las sustancias psicoactivas, se refuerza el propósito de no consumir ninguna sustancia y se ofrece la oportunidad de practicar técnicas de negativa con los compañeros de clase en diversas situaciones reales simuladas que los niños viven o podrían vivir en algún momento. Otro programa muy eficaz que mejora el ambiente en el aula y las relaciones interpersonales en el ámbito escolar es Good Behaviour Game⁴⁵.

48. Son ejemplos de políticas con base empírica las que abordan la accesibilidad y el consumo de las sustancias psicoactivas, como las normas escolares relativas al consumo en las instalaciones escolares. A continuación se enumeran las claves del éxito de una política de ese tipo: la elección de las personas que participarán en la formulación de la política; la formulación clara de las consecuencias de cada infracción, no solo para el alumnado sino también para el personal, consecuencias que no serán punitivas (como la suspensión, la expulsión o el despido) sino de apoyo (mecanismos de derivación para someterse a una evaluación más profunda y recibir orientación); y la difusión de las políticas, y de la importancia de su cumplimiento, entre el personal escolar, el alumnado, los padres y otras partes interesadas clave.

49. Entre los enfoques normativos concebidos en función del entorno que han demostrado ser eficaces figuran limitar el acceso a los medicamentos con propiedades psicoactivas exigiendo una receta extendida por un

profesional sanitario titulado y restringir el acceso de los niños y adolescentes al tabaco, el alcohol y, cuando proceda, el cannabis. Otras normas cuya aplicación ha demostrado ser eficaz son la prohibición de fumar cigarrillos en los espacios públicos, la limitación de la cantidad de alcohol que se sirve en un bar, una taberna o un restaurante y la limitación del acceso a precursores utilizados para fabricar algunas drogas ilícitas, como la bencilmetilcetona, la efedrina y la pseudoefedrina, que se utilizan en la fabricación de metanfetaminas.

50. En las *Normas* también se incluyen los resultados de investigaciones sobre enfoques que han demostrado ser ineficaces y, en algunos casos, iatrogénicos. Algunos ejemplos son las pruebas para detectar el consumo de drogas en las escuelas, la realización de pruebas con ese mismo fin en los lugares de trabajo sin el respaldo de las correspondientes políticas sobre drogas con base empírica, y los programas cuya táctica consiste en atemorizar o que únicamente proporcionan información, descuidando los elementos característicos de las intervenciones con base empírica anteriormente señalados.

Avances en los enfoques del tratamiento con base empírica dirigidos a los jóvenes

51. La investigación sobre el tratamiento se remonta más atrás en el tiempo que la investigación dedicada a la prevención. La presente sección trata sobre los progresos logrados en los últimos 45 años que han permitido comprender mejor las necesidades terapéuticas de los consumidores de sustancias de todas las edades, y en particular las de los jóvenes. Dado que el cerebro sigue desarrollándose durante toda la adolescencia y en los primeros años de la edad adulta, y puesto que las sustancias psicoactivas afectan al funcionamiento del cerebro, la transición entre el inicio del consumo de drogas y la dependencia es más rápida en los adolescentes que en los adultos, cuyo cerebro ya se ha desarrollado por completo. Por tanto, el tratamiento de los adolescentes ha de ser distinto al de los adultos. Winters *et al.* (2011)⁴⁶ afirman que ese hecho se observó ya en 1952. En la década de 1980, el reconocimiento de las diferencias en los hábitos de consumo de sustancias y en sus consecuencias, así como las consideraciones relativas al desarrollo, llevaron a estudiar opciones terapéuticas especializadas para los adolescentes.

52. Los datos epidemiológicos sobre el consumo de sustancias psicoactivas por los adolescentes indican que sus experiencias relacionadas con el consumo de sustancias,

⁴³Gilbert J. Botvin *et al.*, "Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population", *Addictive Behaviors*, vol. 25, núm. 5 (septiembre-octubre de 2000), págs. 769 a 774.

⁴⁴Federica D. Vigna-Taglianti *et al.*, "'Unplugged', a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial", *New Directions for Youth Development*, vol. 2014, núm. 141 (abril de 2014), págs. 67 a 82.

⁴⁵Nicholas S. Ialongo *et al.*, "Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior", *American Journal of Community Psychology*, vol. 27, núm. 5 (octubre de 1999), págs. 599 a 641.

⁴⁶Ken C. Winters, Adrian M. Botzet y Tamara Fahnhorst, "Advances in adolescent substance abuse treatment", *Current Psychiatry Reports*, vol. 13, núm. 5 (octubre de 2011), págs. 416 a 421.

según se ha observado durante el tratamiento, no son las mismas que las de los adultos. Por ejemplo, es más probable que los adolescentes utilicen inhalables y cannabis y hagan un consumo intensivo de alcohol. Además, según Izenwasser (2005)⁴⁷ y otros autores, los efectos de consumir esas sustancias (en particular, el alcohol y la nicotina) son más extremos en los adolescentes que en los adultos, sobre todo en los varones. En los adolescentes prevalece más el consumo intensivo de alcohol que en los adultos y hay menor conciencia del problema. Asimismo, en comparación con los adultos, los adolescentes se centran sobre todo en las consecuencias del consumo a corto plazo y presentan un índice más elevado de problemas psiquiátricos concomitantes diagnosticados⁴⁸. Por consiguiente, el tratamiento de los adolescentes puede plantear dificultades.

53. En las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas* de la UNODC y la OMS se incluyen recomendaciones específicas relativas al tratamiento de los adolescentes. En particular, se recomienda aplicar enfoques terapéuticos psicosociales o conductuales, involucrar a los familiares y tener en cuenta otros aspectos sociales de la vida de los niños o adolescentes en el proceso de tratamiento. Este ha de tomar en consideración el desarrollo cognitivo y las experiencias vitales de los niños y los adolescentes y, por esa razón, puede variar en función de su edad y su grado de desarrollo. Otras consideraciones que requieren un ajuste especial del tratamiento son la falta de conocimientos y habilidades acordes al grado de desarrollo, la posible propensión de los adolescentes a asumir riesgos y su sensibilidad a la presión social.

54. Si bien es necesario estudiar esta cuestión más a fondo, se ha constatado que los niños y los adolescentes pueden estar menos motivados que los adultos para cumplir el tratamiento. Suelen pensar en las cosas en términos más concretos y ser menos reflexivos y tienden a ser menos comunicativos en las terapias “de diálogo”. Esas características especiales del tratamiento de los niños y los adolescentes guardan relación con el modelo etiológico referido anteriormente, y de ellas se desprende que en el tratamiento se deben tomar en consideración el contacto de los niños o adolescentes que consumen

⁴⁷Sari Izenwasser, “Differential effects of psychoactive drugs in adolescents and adults”, *Critical Reviews of Neurobiology*, vol. 17, núm. 2 (2005), págs. 51 a 68.

⁴⁸Sandra A. Brown *et al.*, “Treatment of adolescent alcohol-related problems”, en *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 17, Marc Galanter, coord. (Nueva York, Springer, 2005), págs. 327 a 348; y Margo Gardner y Laurence Steinberg, “Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study”, *Developmental Psychology*, vol. 41, núm. 4 (julio de 2005), págs. 625 a 635.

sustancias con su microentorno y su macroentorno y las vulnerabilidades que les son específicas y que podrían influir no solo en el inicio del consumo de sustancias sino también en su progresión.

55. Se ha determinado que los siguientes componentes de un tratamiento contribuyen de manera clave a la obtención de resultados positivos en los adolescentes: la participación de los familiares, siempre que esta no dé lugar a complicaciones, en el proceso de tratamiento, incluso en las comunidades terapéuticas; la aplicación de un enfoque motivacional centrado en la reducción al mínimo de las consecuencias adversas para la salud pública y la sociedad del uso indebido de las drogas; la combinación de enfoques terapéuticos psicosociales con enfoques de tratamiento personalizado para atender necesidades especiales, por ejemplo, las derivadas de problemas de la salud mental; la capacitación centrada en la preparación para la vida y las intervenciones cognitivo-conductuales; la terapia motivacional; las terapias centradas en la familia, desde una terapia familiar estratégica breve hasta una terapia familiar multisistémica; y la educación básica⁴⁹.

56. Winters *et al.* (2011)⁵⁰ recomiendan integrar esas intervenciones de tratamiento con base empírica dirigidas a los jóvenes en el contexto de los cinco niveles de tratamiento que propone la Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones (2001)⁵¹, a saber: *a*) servicios de intervención temprana (consistentes en enfoques de intervención breves o educativos); *b*) tratamiento ambulatorio durante un máximo de seis horas a la semana, en función de los progresos logrados con el plan de tratamiento; *c*) tratamiento ambulatorio diario e intensivo durante un máximo de 20 horas a la semana, con una duración de entre dos meses y un año; *d*) tratamiento en régimen de internamiento con una duración de entre un mes y un año; y *e*) tratamiento intensivo en régimen de internamiento gestionado médicamente, opción

⁴⁹Emily K. Lichvar *et al.*, “Residential treatment of adolescents with substance use disorders: evidence-based approaches and best practice recommendations”, en *Adolescent Substance Abuse: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment*, 2ª ed., Carl G. Leukefeld y Thomas P. Gullotta, coords. (Nueva York, Springer, 2018), págs. 191 a 214. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, “Principles of adolescent substance use disorder treatment: a research guide”, publicación núm. 14-7953 de los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos (Rockville, Maryland, 2014), y UNODC y OMS, *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas: anteproyecto para prueba en campo* (Viena, 2017).

⁵⁰Winters, Botzet y Fahnhorst, “Advances in adolescent substance abuse treatment”.

⁵¹D. Mee-Lee *et al.*, *ASAMPPC-2R: ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders*, 2ª ed. revisada (Chevy Chase, Maryland, Sociedad Estadounidense de Medicina de las Adicciones, 2001).

reservada para adolescentes cuyo consumo de sustancias y cuyos problemas conexos son tan graves como para necesitar atención médica primaria durante 24 horas hasta lograr su estabilización.

57. Hace tiempo que se reconoció la necesidad de evaluar a los adolescentes que consumen sustancias para determinar sus necesidades concretas, y con ese fin se han creado y validado varios instrumentos. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos aboga por dos instrumentos de ese tipo: Brief Screener for Alcohol, Tobacco and Other Drugs (BSATD) y Screening to Brief Intervention (S2BI). Se recomienda a los profesionales de la salud utilizar estas evaluaciones de dos minutos de duración, entre otras, para determinar si un adolescente necesita tratamiento. Si se remite a un niño o a un adolescente a un centro de tratamiento, este tiene la responsabilidad de evaluar la posible presencia de al menos tres factores de riesgo: intoxicación, indicios de lesiones autoinfligidas e indicios de daños causados a otras personas. Si se observan esos factores, tal vez sea necesario el ingreso del niño o adolescente en un centro para someterlo a observación y al tratamiento adecuado⁵². Según investigaciones recientes, las intervenciones breves en adolescentes han sido eficaces en lo que se refiere a prevenir su progresión del mero consumo a un consumo problemático⁵³.

Consecuencias para la formulación de políticas a nivel mundial: conclusiones y recomendaciones

58. Una de las disposiciones fundamentales de los sistemas de fiscalización internacional de drogas es la que se refiere a la prevención del consumo, el tratamiento de la drogodependencia y la rehabilitación y la reintegración social de los afectados. El objetivo principal de los tratados de fiscalización internacional de drogas es proteger la salud de las personas contra los daños que causa el consumo de sustancias fiscalizadas con fines no médicos, garantizando al mismo tiempo la disponibilidad de esas sustancias para fines médicos y científicos. La prevención del consumo de drogas y el tratamiento de la drogodependencia, especialmente en el caso de los jóvenes, son elementos esenciales para lograr ese objetivo, ya que favorecen el desarrollo saludable de los jóvenes de

modo que puedan convertirse en miembros productivos de la sociedad.

59. Las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* de la UNODC y la OMS (2ª ed., 2018) resumen los datos científicos que demuestran la eficacia de las actividades de prevención del consumo de drogas. En muchos documentos y resoluciones, como el documento final del trigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, dedicado al problema mundial de las drogas, los Gobiernos han reconocido que las *Normas Internacionales* son un instrumento útil para promover la prevención con base empírica. Las *Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas* y las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas* (2017) de la UNODC y la OMS son documentos únicos, ya que no solo sintetizan los componentes de las intervenciones y políticas de prevención y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias que tienen una base empírica, sino que también establecen modelos exhaustivos de sistemas nacionales de atención que prevén apoyo financiero y de colaboración interministerial a la programación a nivel local, apoyo a la realización de intervenciones de prevención amplias con base empírica y un sistema de reunión continua de datos que haga un seguimiento de la prestación de servicios y recabe comentarios y sugerencias con miras a actualizar el sistema nacional de atención y que permita la inclusión de nuevas intervenciones y políticas que hayan superado una rigurosa evaluación. Los servicios destinados a los jóvenes, como los servicios en los centros de internamiento y los servicios educativos y familiares, deberían incorporarse en un sistema nacional de atención amplio.

60. La Junta recomienda utilizar esas dos compilaciones de normas internacionales cuando se pongan en funcionamiento programas de prevención del consumo de drogas y tratamiento de la drogodependencia en los jóvenes. Se ha constatado que las estrategias de prevención con base empírica previenen no solo el consumo de drogas, sino también muchos otros comportamientos de riesgo al promover el desarrollo saludable y seguro de los niños y los jóvenes.

Comprensión del problema

61. Para los países, una de las principales prioridades es dotarse de sistemas nacionales de datos epidemiológicos que sirvan de base para formular y orientar sus políticas en materia de prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas por los jóvenes. Aunque algunos países cuentan con sistemas de datos que no se limitan a hacer un seguimiento del consumo de sustancias por

⁵²UNODC y OMS, *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas*.

⁵³Lilia D'Souza-Li y Sion K. Harris, "The future of screening, brief intervention, and referral to treatment in adolescent primary care: research directions and dissemination challenges", *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 28, núm. 4 (agosto de 2016), págs. 434 a 440.

medio de encuestas escolares o poblacionales (por ejemplo, domiciliarias), son pocos los países que cuentan con sistemas de vigilancia.

Adquisición de conocimientos especializados profesionales

62. Una segunda prioridad es la adquisición de conocimientos especializados profesionales en la esfera de la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias, lo cual debería incluir sistemas nacionales de capacitación y concesión de licencias para los profesionales de la prevención y el tratamiento que participen en la toma de decisiones, la planificación y la ejecución, y actividades de investigación que hagan especial hincapié en las necesidades de los jóvenes. En muchas jurisdicciones ya existen sistemas de concesión de licencias para esos profesionales, pero estas no siempre son obligatorias. Como ocurre en otras profesiones, es importante que la ciencia, los conocimientos, las habilidades, las competencias y las normas de ética en las que se fundamentan esas actividades reciban el reconocimiento internacional de una o más organizaciones profesionales internacionales que mantengan esa base fundamental y propongan mejoras de los servicios y de la prestación de estos de conformidad con investigaciones rigurosas sobre los aspectos biológicos, neurológicos, psicológicos y sociológicos del consumo de sustancias. La Junta recomienda que los Gobiernos, con el apoyo de la UNODC y la OMS, impartan capacitación especializada a los profesionales de la prevención y el tratamiento para realizar intervenciones con base empírica de manera eficaz, a fin de lograr resultados positivos.

Intervención temprana y estrategias de prevención amplias

63. Las causas del consumo de sustancias y de la dependencia son diversas y suelen retrotraerse a la adolescencia, pero se están realizando investigaciones que demuestran que la vulnerabilidad al consumo de drogas podría tener su origen en lo ocurrido en las etapas iniciales del desarrollo de la persona, es decir, en la infancia o en la primera adolescencia. Por esa razón, la intervención debería comenzar a una edad temprana y no esperar hasta la edad de inicio del consumo. Hay intervenciones que pueden y deben llevarse a cabo específicamente en las etapas del embarazo, el primer año de vida y la primera y segunda infancia para ayudar a las madres, o a ambos progenitores, y a las escuelas a promover el desarrollo saludable de los niños, ya que se ha demostrado que esas intervenciones previenen de manera eficaz el consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo en la adolescencia.

Enfoques múltiples

64. Varios factores (principalmente, genéticos y ambientales) predisponen al consumo de sustancias y a la drogodependencia y, para abordar esos problemas de manera eficaz, es necesario articular una amplia variedad de intervenciones y no aplicar un enfoque único. Al diseñar programas de prevención del consumo de sustancias se han de tomar en consideración varios ámbitos y entornos, por ejemplo, la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad, los medios de comunicación y las actividades recreativas. Además, es posible que cada población necesite un enfoque distinto. Por ejemplo, algunas poblaciones vulnerables, como los niños que tienen un progenitor drogodependiente, los niños sin hogar y los niños de la calle, los niños internados en centros de reclusión, los niños huérfanos y abandonados, los niños migrantes y refugiados y los niños explotados con fines sexuales, precisan intervenciones específicas y dirigidas que difieren de las que se aplican a otros niños. La prevención debe abarcar estrategias para la población general (prevención universal), para los grupos expuestos a un mayor riesgo (prevención selectiva) y para personas concretas expuestas a un mayor riesgo (prevención individualizada).

65. En lo que respecta a los jóvenes más vulnerables y a los que se han iniciado en el consumo de sustancias, es necesario establecer una red amplia de servicios de divulgación y asistencia social básica que hagan especial hincapié en la detección y la evaluación. Se debe poner a disposición de esos jóvenes una amplia variedad de intervenciones eficaces de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, manteniendo la continuidad asistencial, que les permita estar en contacto con la familia, la escuela, el lugar de trabajo y la comunidad, con la intención de crear una red de apoyo.

La familia

66. El entorno que más influye en el desarrollo de los niños y adolescentes es la familia, y se ha constatado que los enfoques de prevención centrados en esta son especialmente eficaces. Se ha demostrado que la capacitación para la vida en familia es más eficaz si se centra en apoyar a los padres y en ayudar a las familias a funcionar mejor. En los programas de ese tipo se alienta a los padres a criar a sus hijos con ternura y siendo receptivos, a ser una parte activa en la vida de sus hijos, a aprender a comunicarse eficazmente con ellos y a observarlos de manera constante y hacer cumplir ciertas reglas y límites. En esos programas, la cuestión de las drogas se aborda en relación con el consumo de sustancias por

los propios padres y, en función de la etapa de desarrollo del niño, las expectativas de los progenitores con respecto al consumo de sustancias por el niño; asimismo, se enseña cómo dialogar sobre el tema de las drogas. Con las intervenciones de ese tipo se logran resultados positivos a corto y largo plazo, tanto para los niños como para las niñas, en lo que se refiere a la prevención del consumo de sustancias y de otros comportamientos problemáticos.

La escuela y la educación

67. En la prevención del consumo de drogas, el ámbito escolar (incluidas la educación preescolar y la primaria, en las que se realizan actividades adecuadas a esas edades) sirve de vía de acceso a medidas que mejoren los conocimientos de las personas y sus habilidades personales y sociales a fin de atenuar los factores de riesgo que las hacen vulnerables al consumo de sustancias. Las investigaciones han demostrado que los programas que se limitan a presentar información sobre el riesgo asociado a las drogas y a impartir charlas como única estrategia para prevenir el consumo de drogas tienen una eficacia nula e incluso pueden surtir efectos adversos. Los programas que realmente funcionan son los que se centran en la adquisición de habilidades personales y sociales, analizan la normalización del consumo, invitan a reflexionar sobre las expectativas y la percepción del riesgo y se imparten mediante una serie de sesiones interactivas (no en un solo acto) dirigidas por profesionales calificados. Su propósito es mejorar varias habilidades personales o sociales, por ejemplo, la autoconciencia, la creatividad, la capacidad de relacionarse, la resolución de problemas, la toma de decisiones, el afrontamiento del estrés y el control de las emociones, y promueven el apego a la escuela y los logros académicos. Los datos científicos disponibles apuntan a que la adquisición de habilidades sociales personales es la modalidad más eficaz de intervención en el ámbito escolar para prevenir el consumo de sustancias a una edad temprana. Presentar información sobre las drogas a los jóvenes con el propósito de atemorizarlos resulta ineficaz. Aparte de las intervenciones centradas en la persona, también se pueden lograr efectos preventivos mediante intervenciones que actúen sobre el ambiente general y sobre la normativa del centro escolar en materia de drogas.

68. Las escuelas también pueden ser el lugar idóneo para la detección y evaluación de los niños y adolescentes. Si están debidamente capacitados, los auxiliares de enfermería, psicólogos y educadores que trabajan en los centros escolares pueden realizar pruebas de detección para remitir a los niños y adolescentes que lo necesiten

a servicios de tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Además, es indispensable que, en la medida de lo posible, los jóvenes que siguen programas de tratamiento continúen participando en el proceso educativo.

La comunidad

69. Junto con la familia, la comunidad puede ofrecer un contexto de desarrollo propicio para la prevención mediante el establecimiento de normas y valores claros en relación con el consumo de drogas. Además, la comunidad ofrece oportunidades para que los adolescentes adquieran habilidades, contribuyan a la vida comunitaria y se reconozcan sus contribuciones. La existencia de lazos estrechos con la familia y la comunidad en general motiva a los jóvenes para adoptar normas de conducta sanas. Las intervenciones en el ámbito de la comunidad, tanto de prevención como de tratamiento, funcionan mejor si se coordinan con las intervenciones y los mensajes en los ámbitos de la escuela y la familia y son coherentes con estos.

Políticas ambientales, como las que suelen implantarse en relación con el consumo de alcohol y tabaco

70. El consumo inicial de alcohol y nicotina a una edad temprana se asocia a la iniciación posterior en el consumo de cannabis. Por tanto, la prevención del consumo de alcohol y tabaco también guarda relación con la prevención del consumo de sustancias.

El ocio, los deportes y el entretenimiento

71. Hasta ahora no se ha estudiado en profundidad la eficacia de las actividades de prevención del consumo de drogas concebidas específicamente para entornos recreativos, por ejemplo, programas de educación por pares en el marco de festivales o actividades en clubes deportivos, como la promoción de actividades físicas. Hay quien ve en los clubes deportivos un entorno que ofrece grandes posibilidades para promover la salud y también quien ve en ellos un entorno de riesgo conducente al consumo de sustancias, pero no se dispone de estudios sobre la eficacia de las intervenciones en ese entorno. Además, las actividades recreativas intensivas y que requieren pocos recursos dirigidas a niños y jóvenes son una intervención de prevención muy extendida que no se circunscribe al consumo de drogas, pero no se ha estudiado empíricamente su eficacia para atenuar el consumo de sustancias o los factores de riesgo conexos.

El sector de la salud

72. Los servicios de salud comunitarios que están en contacto con personas que consumen drogas pueden evitar que este se agrave y devenga en trastornos por consumo de sustancias por medio de intervenciones breves. Esas intervenciones, que constan de un número reducido de sesiones breves y estructuradas, son realizadas por trabajadores sociales o sanitarios calificados que determinan, en primer lugar, si existe un problema de consumo de sustancias y, de ser así, ofrecen orientación básica o derivan a la persona afectada para que reciba tratamiento complementario.

Los medios de comunicación

73. Además de los factores de disponibilidad y asequibilidad, algunas normas sociales favorables al consumo de sustancias suponen un factor de riesgo adicional. Como se señaló anteriormente, la aplicación de determinadas leyes y normas puede influir en la disponibilidad y la asequibilidad de las drogas. Además, los niños, adolescentes y adultos jóvenes están expuestos a normas oficiosas acerca del consumo de sustancias que se manifiestan mediante la aprobación o desaprobación expresada por las personas de su misma edad, los padres, los docentes, los vecinos y otros integrantes de la comunidad. Las campañas en los medios de comunicación son un medio de influir en esas normas sociales oficiosas. En consecuencia, un componente al que se recurre con frecuencia en los programas estatales y comunitarios son las campañas de sensibilización o la ampliación de la cobertura informativa para poner de relieve las cuestiones relacionadas con las drogas y crear conciencia al respecto. Es preciso estudiar en mayor profundidad la eficacia de las campañas en los medios de comunicación en masa y la utilización de los medios sociales, puesto que se dispone de pocos datos al respecto.

Tratamiento dirigido a los jóvenes

74. Los hábitos de consumo de sustancias y las necesidades de tratamiento propios de los jóvenes difieren de los de los adultos. El consumo de sustancias psicoactivas por los jóvenes siempre es motivo de preocupación, aun cuando simplemente estén experimentando, ya que los expone a comportamientos de riesgo y aumenta tanto el riesgo de que más adelante presenten trastornos por

consumo de sustancias como la gravedad de estos. El tratamiento con base empírica es beneficioso para los jóvenes que consumen sustancias aun cuando no padecen trastornos por consumo de sustancias diagnosticables.

75. La Junta recomienda que los Gobiernos consulten las recomendaciones que figuran en el capítulo I de su informe anual correspondiente a 2017, titulado “Tratamiento, rehabilitación y reinserción social por trastornos relacionados con el consumo de drogas: componentes esenciales de la reducción de la demanda de drogas”, y, en general, las *Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas* (2017).

Labor futura

76. Los datos científicos que se presentan y examinan en esta sección muestran que hay intervenciones y políticas de prevención y tratamiento del consumo de drogas que son eficaces y factibles. No obstante, las lagunas existentes tanto en los datos científicos disponibles como en los trabajos de investigación sobre la eficacia de esas intervenciones y políticas ponen de manifiesto la necesidad de evaluar más a fondo su efecto. Sigue siendo difícil entablar una comunicación con los grupos más vulnerables, y tampoco se ha despejado del todo la incógnita de cómo adaptar a la vida real y al contexto local intervenciones que se han diseñado teniendo en mente condiciones óptimas. Muchas actividades destinadas teóricamente a la prevención o el tratamiento del consumo de drogas no están respaldadas por datos empíricos; su cobertura es limitada y su calidad es, en el mejor de los casos, incierta.

77. En resumen, es necesario que los países abandonen el modelo que encomienda la prevención del consumo de sustancias y el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias a personas bienintencionadas que realizan intervenciones de manera aislada. Las intervenciones deberían adaptarse a cada situación concreta y emplear herramientas con base empírica en mayor medida y de manera sistemática, ayudar a los profesionales y encargados de formular políticas a adquirir más conocimientos, aptitudes y competencias y reunir una masa crítica de verdaderos especialistas en prevención y tratamiento que sean capaces de promover el desarrollo saludable y sin riesgos de los niños, los jóvenes, las familias y las comunidades mediante servicios eficaces de prevención del consumo de sustancias y tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.