



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Prevención escolar universal del consumo ilegal de drogas (Revisión)

Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D

Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D.  
Universal school-based prevention for illicit drug use  
(Prevención escolar universal del consumo ilegal de drogas).  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD003020.  
DOI: [10.1002/14651858.CD003020.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

[Revisión de intervención]

# Prevención escolar universal del consumo ilegal de drogas

Fabrizio Faggiano<sup>1</sup>, Silvia Minozzi<sup>2</sup>, Elisabetta Versino<sup>3</sup>, Daria Buscemi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Translational Medicine, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy. <sup>2</sup>Department of Epidemiology, Lazio Regional Health Service, Rome, Italy. <sup>3</sup>Clinical and Biological Sciences, San Luigi Gonzaga Medical School, University of Turin, Orbassano, Italy

**Contacto:** Fabrizio Faggiano, Department of Translational Medicine, Università del Piemonte Orientale, Via Solaroli 17, Novara, NO, 28100, Italy. [fabrizio.faggiano@med.unipmn.it](mailto:fabrizio.faggiano@med.unipmn.it).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Drogas y Alcohol.

**Estado y fecha de publicación:** Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 8, 2017.

**Referencia:** Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D. Universal school-based prevention for illicit drug use (Prevención escolar universal del consumo ilegal de drogas). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD003020. DOI: [10.1002/14651858.CD003020.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

La drogadicción es una enfermedad crónica y recurrente. Las intervenciones primarias deben tener como objetivo reducir el primer consumo o prevenir la transición del consumo experimental a la adicción. La escuela es el escenario apropiado para las intervenciones preventivas.

### Objetivos

Evaluar la efectividad de las intervenciones universales basadas en la escuela para reducir el consumo de drogas, en comparación con las actividades curriculares habituales o con ninguna intervención.

### Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Drogas y Alcohol (Cochrane Drugs and Alcohol Group) (septiembre 2013), el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (2013, número 9), PubMed (1966 hasta septiembre 2013), EMBASE (1988 hasta septiembre 2013) y otras bases de datos. También se estableció contacto con investigadores en el campo y se verificaron las listas de referencias de los artículos.

### Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evaluaron las intervenciones escolares diseñadas para prevenir el consumo de drogas ilícitas.

### Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar previstos por la Colaboración Cochrane.

### Resultados principales

Se incluyeron 51 estudios con 127 146 participantes. Los programas se impartieron principalmente a los alumnos de sexto y séptimo grado. La mayoría de los ensayos se realizaron en los EE.UU.

### Enfoque de competencia social frente a los planes de estudio habituales o ninguna intervención

Consumo de marihuana en < 12 meses de seguimiento: los resultados favorecieron la intervención de competencia social (riesgo relativo [RR] 0,90; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,81 a 1,01; cuatro estudios, 9 456 participantes, evidencia de calidad moderada). Siete estudios evaluaron esta medida de resultado (sin datos para el metanálisis): dos mostraron un efecto significativo positivo de la

intervención, tres mostraron un efecto no significativo, uno encontró un efecto significativo a favor del grupo control y uno encontró una tendencia a favor del grupo control.

Consumo de marihuana a los 12+ meses: los resultados favorecieron la intervención de competencia social (RR 0,86; IC del 95%: 0,74 a 1,00; un estudio, 2678 participantes, evidencia de calidad alta). Siete estudios evaluaron este resultado (sin datos para el metanálisis): dos mostraron un efecto positivo significativo de la intervención, tres mostraron un efecto no significativo, uno encontró un efecto significativo a favor del grupo control y uno una tendencia a favor del grupo control.

Consumo de drogas duras < 12 meses: no se encontraron diferencias (RR 0,69; IC del 95%: 0,40 a 1,18; un estudio, 2090 participantes, evidencia de calidad moderada). Dos estudios evaluaron este resultado (sin datos para el metanálisis): uno mostró resultados comparables para el grupo de intervención y el grupo control; otro encontró una tendencia estadísticamente no significativa a favor del enfoque de competencia social.

Consumo de drogas duras a los 12+ meses: no se encontraron diferencias (diferencia de medias [DM] -0,01; IC del 95%: -0,06 a 0,04; un estudio, 1075 participantes, evidencia de calidad alta). Un estudio sin datos para el metanálisis mostró resultados comparables para el grupo de intervención y el grupo control.

Cualquier consumo de drogas a < 12 meses: los resultados favorecieron las intervenciones de competencia social (RR 0,27; IC del 95%: 0,14 a 0,51; dos estudios, 2512 participantes, evidencia de calidad moderada). Un estudio con 1566 participantes proporcionó datos continuos que no mostraron diferencias (DMP 0,02; IC del 95%: -0,05 a 0,09; evidencia de calidad moderada).

#### Enfoque de influencia social frente a los planes de estudio habituales o ninguna intervención

Consumo de marihuana a < 12 meses: se encontró un efecto cercano a la significación estadística a favor del enfoque de influencia social (RR 0,88; IC del 95%: 0,72 a 1,07; tres estudios, 10 716 participantes, evidencia de calidad moderada). Un estudio con 764 participantes proporcionó datos continuos que mostraron resultados que favorecieron la intervención de influencia social (DM -0,26; IC del 95%: -0,48 a -0,04).

Consumo de marihuana a los 12+ meses: no se encontraron diferencias (RR 0,95; IC del 95%: 0,81 a 1,13; un estudio, 5862 participantes, evidencia de calidad moderada). Un estudio con 764 participantes proporcionó datos continuos y mostró resultados cercanos a la significación estadística a favor de la intervención de influencia social (DM -0,22; IC del 95%: -0,46 a 0,02). De los cuatro estudios que no proporcionaron datos para el metanálisis, solo un estudio encontró un efecto protector estadísticamente significativo.

Consumo de drogas duras a los 12+ meses: un estudio que no proporcionó datos para el metanálisis encontró un efecto protector significativo del enfoque de influencia social.

Cualquier consumo de drogas: ningún estudio evaluó este resultado.

#### Enfoque combinado frente a los planes de estudio habituales o ninguna intervención

Consumo de marihuana < 12 meses: hubo una tendencia a favor de la intervención (RR 0,79; IC del 95%: 0,59 a 1,05; tres estudios, 8701 participantes, evidencia de calidad moderada). Un estudio con 693 participantes proporcionó datos continuos y no mostró diferencias (DM -1,90; IC del 95%: -5,83 a 2,03).

Consumo de marihuana a los 12+ meses: los resultados favorecieron la intervención combinada (RR 0,83; IC del 95%: 0,69 a 0,99; seis estudios, 26 910 participantes, evidencia de calidad moderada). Un estudio con 690 participantes proporcionó datos continuos y no mostró diferencias (DM -0,80; IC del 95%: -4,39 a 2,79). Dos estudios que no proporcionaron datos para el metanálisis no encontraron un efecto significativo.

Consumo de drogas duras < 12 meses: un estudio con 693 participantes proporcionó datos dicotómicos y continuos y mostró resultados contradictorios: ninguna diferencia para los resultados dicotómicos (RR 0,85; IC del 95%: 0,63 a 1,14), pero resultados a favor de la intervención combinada para el resultado continuo (DM -3,10; IC del 95%: -5,90 a -0,30). La calidad de la evidencia fue alta.

Consumo de drogas duras a los 12+ meses: no se encontraron diferencias (RR 0,86; IC del 95%: 0,39 a 1,90; dos estudios, 1066 participantes, evidencia de calidad alta). Un estudio con 690 participantes proporcionó datos continuos y no mostró diferencias (DMP 0,30; IC del 95%: -1,36 a 1,96). Dos estudios que no proporcionaron datos para el metanálisis mostraron un efecto significativo del tratamiento.

Cualquier consumo de drogas a < 12 meses: los resultados favorecieron la intervención combinada (RR 0,76; IC del 95%: 0,64 a 0,89; un estudio, 6362 participantes).

Solo un estudio evaluó el efecto de una intervención centrada en el conocimiento sobre el consumo de drogas y no encontró un efecto. Los tipos de comparaciones y los programas evaluados en los otros dos grupos de estudios fueron muy heterogéneos y difíciles de resumir.

## Conclusiones de los autores

Los programas escolares basados en una combinación de enfoques de competencia social e influencia social mostraron como promedio efectos protectores pequeños pero constantes en la prevención del consumo de drogas, incluso cuando algunos resultados no mostraron significación estadística. Algunos programas basados en el enfoque de competencia social también mostraron efectos protectores para algunos resultados.

Debido a que los efectos de los programas escolares son pequeños, deberían formar parte de estrategias más amplias de prevención del consumo de drogas a fin de lograr un impacto a nivel poblacional.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Prevención escolar del consumo ilegal de drogas

#### Antecedentes

La drogadicción es un problema a largo plazo causado por una compulsión incontrolable de buscar drogas. Es un problema grave y creciente. Por lo tanto, es importante reducir el número de jóvenes que consumen drogas por primera vez y prevenir la transición del consumo experimental a la adicción. Las escuelas ofrecen la forma más sistemática y eficiente de llegar a ellos.

Los programas escolares se clasifican en cuatro grupos principales:

1. Los planes de estudio centrados en el conocimiento (cursos de estudio) dan información sobre las drogas y suponen que la información por sí sola dará lugar a cambios en el comportamiento.
2. Los planes de estudio de competencia social se basan en la creencia de que los niños aprenden a consumir drogas a través de modelos, imitación y refuerzo, influenciados por las cogniciones (percepciones), actitudes y aptitudes del niño a favor de las drogas. Estos programas utilizan la instrucción, la demostración, el ensayo, la retroalimentación y el refuerzo, etc. Enseñan habilidades genéricas de autogestión personal y social, como la fijación de objetivos, la resolución de problemas y la toma de decisiones, así como habilidades cognitivas para resistir a las influencias de los medios de comunicación y de las relaciones interpersonales, mejorar la autoestima, hacer frente al estrés y la ansiedad, aumentar la autoafirmación e interactuar con los demás.
3. Los enfoques de normas sociales utilizan métodos de educación normativa y capacitación en habilidades de resistencia a las drogas. Incluyen corregir las sobreestimaciones de los adolescentes sobre las tasas de consumo de drogas de adultos y adolescentes, reconocer las situaciones de alto riesgo, aumentar la conciencia de los medios de comunicación, las influencias de los compañeros y la familia, y enseñar y practicar habilidades de rechazo.
4. Los métodos combinados se basan en enfoques centrados en el conocimiento, la competencia social y la influencia social.

#### Pregunta de revisión

Se examinó la evidencia acerca del efecto de las intervenciones de prevención en las escuelas sobre la reducción del consumo y la intención de consumo de drogas, así como el aumento del conocimiento acerca de los daños de las drogas, en los alumnos de escuelas primarias o secundarias.

#### Características de los estudios

Se encontraron 51 estudios (73 informes) con 127 146 participantes. Veintisiete estudios compararon 28 programas que adoptaron un enfoque de competencia social versus los planes de estudio habituales, ocho estudios compararon un enfoque de influencia social versus los planes de estudio habituales, siete estudios compararon un enfoque combinado versus los planes de estudio habituales, dos estudios compararon un programa basado en el conocimiento solamente versus los planes de estudio habituales, cuatro estudios compararon otros enfoques versus los planes de estudio habituales, siete estudios evaluaron 11 comparaciones diferentes. Se impartieron principalmente en alumnos de sexto y séptimo grado (12 a 13 años). La mayoría de los ensayos se realizaron en los EE.UU. Las intervenciones fueron principalmente interactivas y cinco de ellas duraron un año escolar, 18 más de un año escolar y 29 menos de un año escolar. En todos los demás casos no se especificó claramente la duración. El seguimiento se realizó desde inmediatamente después de la finalización de la intervención hasta diez años.

#### Resultados clave

Los programas basados en la competencia social fueron los más representados y mostraron una tendencia similar a reducir el consumo de sustancias y la intención de consumo, y a mejorar el conocimiento sobre las drogas, en comparación con los programas de estudio habituales, pero pocas veces los efectos fueron estadísticamente significativos. Los programas basados en la influencia social mostraron efectos débiles que pocas veces fueron significativos. Los programas basados en una combinación de enfoques de competencia social e influencia social parecieron tener mejores resultados que las otras categorías, con resultados efectivos en la prevención del consumo de marihuana durante un seguimiento más largo y en la prevención de cualquier consumo de drogas. Las intervenciones basadas en el conocimiento no mostraron diferencias en los resultados aparte de los conocimientos, que mejoraron entre los participantes del programa.

#### Calidad de la evidencia

#### Prevención escolar universal del consumo ilegal de drogas (Revisión)

La calidad de la evidencia fue moderada para algunos resultados y comparaciones, y fue alta para otros. La mayoría de los estudios no informaron adecuadamente sobre la forma en la que se realizó el estudio. Además, muchos estudios no informaron sus resultados de manera que permitiera combinarlos en un resumen estadístico.

La evidencia está actualizada hasta septiembre 2013.