AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Papel de las escuelas frente al abuso de sustancias

Council on School Health and Committee on Substance Abuse

El nivel inquietantemente elevado de consumo de drogas ilegales sigue constituyendo un problema entre los adolescentes norteamericanos. En su calidad de "hogar fuera de casa" que, para la mayoría de los jóvenes, posee la escuela desde los puntos de vista físico, social y psicológico, ésta asume de un modo natural un papel primario en la educación, prevención e identificación precoz del abuso de sustancias. Sin embargo, el uso de pruebas aleatorias para investigar el consumo de drogas por parte de los estudiantes, como un componente más de los programas preventivos, requiere una valoración científica adicional más rigurosa. Su puesta en práctica de un modo generalizado debe esperar los resultados de las investigaciones que se hallan en curso destinadas a estudiar su eficacia y a valorar los posibles perjuicios inaparentes. Si se llevan a cabo las pruebas sobre consumo de drogas en los estudiantes, nunca debe hacerse de un modo aislado. Antes de realizar cualquier prueba hay que efectuar una valoración global y poner en marcha un programa de tratamiento para los estudiantes que presenten resultados positivos. Las escuelas tienen la oportunidad de actuar conjuntamente con los padres, los profesionales de asistencia sanitaria y las autoridades de la colectividad, con el fin de aplicar programas de probada eficacia destinados a identificar a los estudiantes cuya conducta muestre riesgo de problemas relacionados con el consumo de drogas, así como a remitirlos a un hogar médico para estudiantes. Cuando se detecte el consumo de sustancias ilícitas, las escuelas pueden fomentar las relaciones con sanitarios expertos capaces de ofrecer ayuda. La intervención individualizada sobre un estudiante por consumo de drogas debe tener carácter privado. Para ello es necesario que el conocimiento de la situación se limite a los padres, al médico que lo asiste y a los funcionarios de sanidad escolar designados específicamente. En la presente comunicación de directrices, entre las sustancias consideradas se excluyen el alcohol, el tabaco y los productos inhalados.

Todas las declaraciones apoyadas por la American Academy of Pediatrics expiran automáticamente 5 años después de su publicación a menos que sean confirmadas, revisadas o retiradas antes o en este momento.

EFECTOS DEL ABUSO DE SUSTANCIAS SOBRE LOS NIÑOS EN LA ESCUELA

Los estudiantes pasan la mayor parte del día en la escuela. El ambiente escolar proporciona un estándar para juzgar la conducta de los jóvenes[1]. El personal escolar actúa a menudo como modelo de gran influencia, a través del cual los preadolescentes y adolescentes se juzgan a sí mismos. Si los adolescentes perciben que sus profesores se ocupan de ellos, tienen menos probabilidades de iniciarse en el uso de marihuana o tabaco, o de emborracharse o adoptar otras conductas de riesgo para la salud[2]. Las relaciones con los profesores y consejeros son de las más importantes y formativas para muchos estudiantes, especialmente en la enseñanza media[2]. Los estudiantes cuyos lazos con la escuela son débiles tienen menos probabilidades de reconocer que el consumo de sustancias reduce las posibilidades de alcanzar sus objetivos futuros[3].

El uso de sustancias químicas que alteran la mente tiene efectos perjudiciales sobre el rendimiento escolar[4-7]. Los estudiantes que se hallan bajo los efectos de estas sustancias no están bien dispuestos para aprender y tienen riesgo de sufrir a la larga un deterioro de la capacidad cognitiva y la memoria[7,8]. El consumo de sustancias se asocia frecuentemente con una falta de motivación y autodisciplina, y también con una menor asistencia a la escuela[9,10]. También son preocupantes las cuestiones relativas a la seguridad. La marihuana, al igual que el alcohol, se asocia con un mayor riesgo de sufrir accidentes de tráfico, mortales o no[11-14]. Además, el consumo de sustancias guarda relación con las conductas antisociales y violentas, tales como llevar armas de fuego o navajas a la escuela, u otras conductas de riesgo[15-18].

Las escuelas, al colaborar con las organizaciones de la colectividad y los profesionales de asistencia sanitaria, están en una buena posición para identificar a los estudiantes que presentan signos y síntomas de consumo de drogas ilícitas[19-21]. El bajo rendimiento escolar y las ausencias injustificadas pueden ser manifestaciones del consumo de sustancias e indican la necesidad de valorar a estos estudiantes y remitirlos a su centro de salud, donde pueden determinarse las causas de su comportamiento. Los profesionales del centro de salud pueden utilizar los elementos de cribado y los recursos disponibles a través de organizaciones federales, estatales y locales, muchas de las cuales se hallan clasificadas por regiones y temas en internet[22] (v. fig. 1).

Aunque algunos datos recientes sugieren que la prevalencia del consumo de sustancias ha disminuido en los últimos años, sigue constituyendo un problema im-

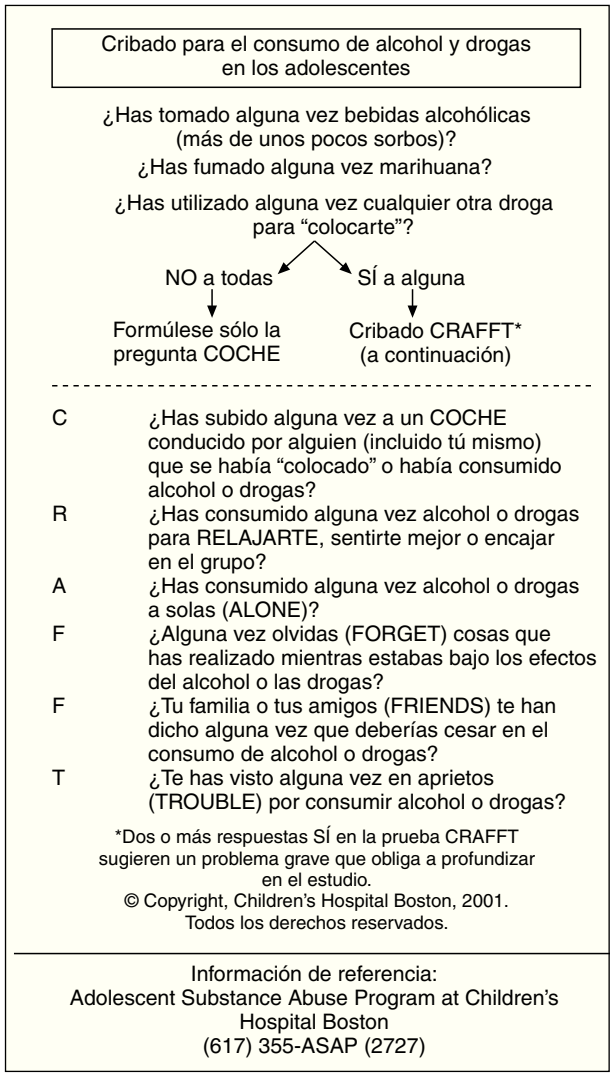

Fig. 1. Prueba de cribado CRAFFT para el abuso de sustancias en los adolescentes. Reimpreso con autorización del Center for Adolescent Substance Abuse Research, Children's Hospital Boston.

portante entre la juventud norteamericana[23-26]. El grado de consumo de sustancias ilegales entre los estudiantes se ha traducido en una búsqueda continuada de la sociedad para hallar el modo de afrontar este problema, mediante los programas de prevención comunitarios y escolares, unas técnicas más estrictas para la aplicación de las leyes y, más recientemente, el uso de programas de cribado en las escuelas.

PROGRAMAS PARA EL CRIBADO DE DROGAS EN LA ESCUELA

En junio de 2002, la US Supreme Court incrementó la autoridad de las escuelas públicas para investigar el consumo de sustancias por parte de los estudiantes, al permitir la realización de pruebas aleatorias a los estudiantes de middle y high school que participen en actividades competitivas extraescolares[27]. En algunas escuelas y distritos se están realizando pruebas para drogas, o están considerando su empleo, a los estudiantes que participan en deportes de competición, así como en ciertas actividades extraescolares (p. ej., orquestas escolares, cheerleaders) o, en algunos casos, en toda clase de actividades extraescolares (p. ej., clubs de ajedrez, equipos de debate). Los estudiantes pueden ser excluidos de la actividad hasta que queden exculpados mediante un proceso de cribado[28,29]. El tipo de cribado varía ampliamente (p. ej., orina, cabello), al igual que las drogas incluidas en la prueba y la respuesta a un resultado positivo. Las cuestiones técnicas relativas a las pruebas para drogas ilícitas se exponen por separado en una comunicación de la American Academy of Pediatrics (AAP) sobre este tema[30] y en un suplemento de próxima aparición sobre las pruebas para drogas en las escuelas y en el hogar[31].

Las consecuencias de un resultado positivo pueden consistir en medidas punitivas, nueva valoración del estudiante, consejos, tratamiento y/o rehabilitación. Las pruebas aleatorias pueden realizarse sobre determinados estudiantes o grupos de estudiantes. Mediante estudios científicos deben determinarse los beneficios y riesgos de estas pruebas como un componente más de un programa global para prevenir o reducir el consumo de sustancias en grupos tales como los no usuarios, los usuarios por primera vez y/u ocasionales y los usuarios con mayor frecuencia o adictos. Antes de poner en práctica las pruebas aleatorias para el consumo de drogas, es necesario esperar hasta que se conozcan los resultados de estos estudios. El modo más adecuado de evaluar las consecuencias de un resultado positivo consiste en realizar una valoración por parte de un profesional de asistencia sanitaria adiestrado, o con experiencia en este proceso.

Algunos promotores sociales apoyan una aplicación amplia de las pruebas como ayuda en la prevención y la posible identificación precoz de los jóvenes que han consumido drogas, lo que facilitaría su valoración apropiada y su remisión al terapeuta. Otros, incluyendo a muchos progenitores y pediatras, tienen el temor de que estas pruebas escolares etiqueten innecesariamente o estigmaticen a un niño y comprometan la intimidad personal y familiar. La Health Insurance Portability and Accountability Act se aplica a las instituciones médicas, pero los niños y adolescentes en la escuela carecen de esta salvaguarda a la intimidad de la información médica. El registro de los resultados positivos de consumo de drogas en el expediente académico permanente del estudiante (bajo las normas de la Family Educational Rights and Privacy Act), accesibles a muchos individuos del personal escolar, podría tener consecuencias negativas y duraderas. Debe prestarse una estricta atención a los temas de la confidencialidad.

No se ha establecido todavía que las pruebas para el consumo de drogas sean inocuas. A este respecto hay que considerar lo siguiente:

1. Los estudiantes involucrados en el consumo de drogas ilegales pueden reducir su participación en las actividades extraescolares para evitar las pruebas. Según el National Institute on Out-of-School Time (www.niost.org), los estudiantes que intervienen en actividades extraescolares tienen unas probabilidades 49% menores de consumir drogas. Al no participar en estas actividades, los adolescentes tienen unas mayores probabilidades de no acudir a la escuela, así como de embarazos no deseados,

de unirse a bandas juveniles, de proseguir o incrementar su consumo de drogas y/o de involucrarse en otras conductas de riesgo[32-34].

2. Los resultados positivos pueden aumentar el conflicto familiar, en vez de mejorar la situación en el hogar del estudiante.

3. Las pruebas para drogas en los adolescentes no se realizan con fines de seguridad pública. Incluso los adultos tienen respuestas variables ante la idea de generalizar dichas pruebas. Aunque muchos apoyan su puesta en práctica como medida necesaria para la seguridad pública amenazada por el consumo de drogas por parte de conductores de automóviles o autobuses, oficiales de policía u otros individuos, a menudo muestran preocupación si se aplican de un modo generalizado y aleatorio.

4. Los fondos empleados en las pruebas para drogas pueden invertirse más eficazmente en programas bien establecidos de prevención o consejos.

5. Los jóvenes que no consumen drogas pueden considerar injusto que se les practiquen las pruebas y, por lo tanto, pueden disminuir su grado de confianza y conexión con la escuela, elemento esencial para mantener las líneas de comunicación con la misma[2,33-35].

Ante la falta de datos disponibles para sopesar la eficacia del cribado para drogas frente a sus consecuencias potencialmente perjudiciales, estos programas deben limitarse a escuelas cuidadosamente controladas y con una perspectiva global[36,37].

EDUCACIÓN SOBRE DROGAS EN LA ESCUELA

Ante el tema del abuso de sustancias, las escuelas pueden adoptar diversas alternativas a las pruebas para drogas: ofrecer programas extraescolares, incorporar al programa de educación sobre las drogas el adiestramiento en las posibilidades que ofrece el desarrollo de las aptitudes personales, ayudar a los padres a que estén mejor informados, ofrecer consejos, identificar los problemas de conducta para su intervención precoz y remitir sin demora a los estudiantes a los profesionales sanitarios para su valoración e intervención. Los centros sanitarios escolares deben tener la capacidad necesaria para aconsejar a los estudiantes que precisen estos planes de tratamiento y ponerlos en contacto con los recursos de que dispone la colectividad a este respecto.

Las escuelas constituyen un ámbito adecuado para los programas de prevención del consumo de drogas, y ello por tres motivos: (1) la prevención debe centrarse en los niños antes de que se desarrollen sus creencias y expectativas acerca del abuso de sustancias; (2) las escuelas ofrecen el modo más sistemático de llegar a las personas jóvenes, y (3) las escuelas pueden promover una amplia gama de estrategias educativas sobre las drogas[36]. Los recursos para la preparación de profesores, consejeros y otro personal escolar pueden constituir un valioso elemento auxiliar[19,20].

Los educadores se hallan ante el reto de dar a conocer los hechos sobre el abuso de drogas a los niños y adolescentes, sin tentarlos a probar su consumo. Existen diversos programas eficaces diseñados para su empleo en la escuela, que se exponen a los estudiantes de un modo interesante, interactivo y apropiado al grado de desarrollo[36,38,39]. Aunque se dispone de muchos enfoques, algunos programas eficaces se centran en reforzar la capacidad de los estudiantes para resolver problemas o en ayudarles a valorar la influencia de los medios de comunicación. Otros programas eficaces ayudan a mejorar la autoestima del estudiante, a reducir su estrés y ansiedad o a incrementar sus actividades. Estas capacidades se enseñan a través de una combinación de métodos que incluyen demostraciones, prácticas, retroestimulación y elogios[40].

Otro enfoque eficaz es el "adiestramiento para las habilidades útiles en la vida", diseñado para afrontar un problema específico, con aplicación directa de las habilidades al problema del abuso de sustancias. Uno de los programas más estudiados es LifeSkills Training (National Health Promotion Associates, White Plains, NY), un método de prevención escolar universal (enfocado generalmente hacia los estudiantes de 7.º curso), que ilustra sobre las capacidades generales, personales y sociales, en combinación con las técnicas para rehusar las drogas y la educación normativa. LifeSkills Training provoca unos efectos conductuales positivos sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales. Este método, combinado con sesiones de recuerdo después del programa inicial, es de una gran eficacia[5] y sus efectos continúan años después de la intervención[36,41,42]. En muchos programas preventivos eficaces se utilizan materiales interactivos y se potencian las acciones mutuas de grupos con actividades organizadas[36,38,39,43,44]. Los estudios realizados demuestran de un modo convincente que los efectos de estos programas escolares pueden incrementarse sustancialmente al añadir otros elementos propios de la colectividad[20].

COLABORACIÓN ENTRE LAS ESCUELAS, LOS PROVEEDORES DEL HOGAR MÉDICO Y LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Las escuelas pueden colaborar con los programas de rehabilitación al ayudar a un estudiante a reinsertarse con éxito. La planificación educativa es una parte integrante de los compromisos de reinserción que adquieren los pediatras, los profesionales de salud mental o los programas de rehabilitación con los estudiantes y sus familias. En esta labor conjunta, los papeles de la escuela son los siguientes: identificar cualquier discapacidad basal de aprendizaje que pueda contribuir al problema; facilitar alojamientos especiales para los estudiantes cuando sea necesario; proporcionar enseñanzas especiales para que los estudiantes puedan recuperar el nivel de sus compañeros; reforzar las expectativas para que los estudiantes asistan a la escuela y colaboren en el seguimiento y la monitorización, según las prescripciones establecidas por los profesionales sanitarios o los rehabilitadores, y ayudar al hallazgo de programas de reinserción. También es importante que los estudiantes que han consumido sustancias sean asignados a un adulto de confianza que se halle disponible en la escuela, para que les ayude si creen que lo necesitan. Las personas asignadas para colaborar en los problemas de los estudiantes con el consumo de drogas deben saber cómo respetar la confidencialidad del tratamiento. Esta persona adulta u otro profesional de la salud escolar, administrador de la escuela o miembro del personal escolar destinado a ello debe colaborar con el pediatra del estudiante y con el

personal de rehabilitación, a fin de comunicar si el estudiante progresa o no.

En este contexto de colaboración, los papeles que han de desempeñar los pediatras, los profesionales de salud mental y los programas de rehabilitación consisten en identificar cualquier diagnóstico de salud mental que pueda existir y notificar a las escuelas su relevancia con respecto a la seguridad del estudiante en la escuela, al programa educativo del estudiante y al personal escolar o a las actuaciones en general. También es necesario que los profesionales de asistencia sanitaria proporcionen a las escuelas aquellos planes de tratamiento que puedan modificar el horario escolar, sin descuidar la confidencialidad del estudiante en la medida de lo posible.

COLABORACIÓN DE LA COMUNIDAD CON LAS ESCUELAS

La comunidad puede enviar un mensaje claro y uniforme mediante el desarrollo de un sistema amplio y general destinado a afrontar el abuso de sustancias. Las escuelas pueden servir de foco para esta amplia iniciativa colectiva. Las organizaciones de la colectividad pueden colaborar con las escuelas para monitorizar los patrones locales de consumo de drogas, con el fin de dirigir los programas educativos y preventivos específicos. Los problemas del consumo de sustancias asociados a otros procesos de salud mental pueden combatirse de un modo más idóneo mediante programas globales de salud mental capaces de afrontar la prevención y la intervención en ambos tipos de problemas. Se dispone de más información sobre este tema en la comunicación de directrices de la AAP sobre salud mental en las escuelas[45]. El personal escolar debe recibir adiestramiento continuado, preferiblemente por parte de un profesional sanitario experto en el reconocimiento del consumo de sustancias y trastornos afines, así como en los factores de riesgo para ello, de modo que todo miembro del personal sea capaz de guiar al profesorado, a los padres, a las familias y a otros que estén afectados por dicho consumo. Como parte del programa comunitario y escolar para combatir el abuso de sustancias, la colectividad debe proporcionar actividades regulares que sean alternativas al consumo de drogas.

RECOMENDACIONES PARA LOS PEDIATRAS

Los pediatras no deben apoyar el empleo del cribado para drogas en la escuela. Si de todos modos se realizan estas pruebas, deben constituir sólo una parte de un sistema subvencionado global para afrontar el abuso de sustancias en la escuela y en la colectividad. El examen de métodos alternativos debe valorarse cuidadosamente en cuanto a su eficacia y coste.

Debido a la preocupación existente sobre las consecuencias de la puesta en práctica de los programas escolares para la detección del consumo de drogas, los miembros de la AAP deben apoyar y promover otras iniciativas escolares para combatir el abuso de sustancias. Además, los pediatras deberían:

1. Servir de consejero y de recurso para los pacientes y sus familias, al ofrecer una prevención primaria (métodos universales diseñados para todos los pacientes o potenciales consumidores antes de que se produzca el problema) y secundaria (métodos dirigidos a los pacientes con resultados positivos para conductas de alto riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol o sustancias inhaladas) frente al consumo de drogas.
2. Identificar a los pacientes con problemas personales, médicos, de salud mental, sociales o académicos que podrían tener riesgo de consumir drogas. Considerar el empleo de elementos y cuestionarios de cribado, como Guidelines for Adolescent Preventive Services surveys (www.ama-assn.org) y CRAFFT[22], en la asistencia de poblaciones de adolescentes, con el fin de identificar a los pacientes que podrían necesitar una valoración y un tratamiento adicionales. Los problemas de salud mental, como ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y otros diagnósticos, pueden coexistir con el abuso de sustancias. Hay que monitorizar cuidadosamente el progreso del paciente para ofrecer una asistencia continuada.
3. Apoyar las estrategias de comunicación que respeten la confidencialidad del paciente/estudiante, mientras se coordina el tratamiento entre el proveedor del hogar médico, la familia y los programas escolares.
4. Promover el conocimiento de los patrones cambiantes del consumo de drogas, a través de los recursos locales y los AAP Chapter and District Channels.
5. Reforzar el conocimiento de los servicios de salud mental y rehabilitación en relación con el consumo de drogas, disponibles en la comunidad, para ayudar al estudiante, a la familia y a la escuela.
6. Apoyar y aconsejar a la colectividad sobre la importancia de ofrecer unos mensajes claros y uniformes acerca del consumo de sustancias ilícitas y la promoción de actividades no contaminadas por el uso de drogas y alcohol.
7. Familiarizarse con los programas escolares locales para la prevención del abuso de sustancias y la promoción de la salud.

COUNCIL ON SCHOOL HEALTH 2005-2006
Barbara Frankowski, MD, MPH, Presidenta
Rani Gereige, MD, MPH
Linda Grant, MD, MPH
Daniel Hyman, MD
Harold Magalnick, MD
Cynthia J. Mears, DO*
George Monteverdi, MD
Robert D. Murray, MD
Evan Pattishall, MD
Michelle Roland, MD
Thomas L. Young, MD

ESPECIALISTA
Howard Taras, MD

PERSONAL
Spencer Su Li, MPA

COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE 2005-2006
Alain Joffe, MD, MPH, Presidente
Marylou Behnke, MD
John R. Knight, MD*
Patricia Kokotailo, MD, MPH
Tammy Harris Sims, MD, MS
Janet F. Williams, MD

ESPECIALISTA
Ed Jacobs, MD

PERSONAL
Karen Smith, MS

*Autores principales

BIBLIOGRAFÍA

1. Morrison GM, Robertson L, Laurie B, Kelly J. Protective factors related to antisocial behavior trajectories. J Clin Psychol. 2002;58:277-90.
2. McNeely C, Falci C. School connectedness and the transition into and out of health-risk behavior among adolescents: a comparison of social belonging and teacher support. J School Health. 2004;74:284-92.
3. Henry KL, Swaim RC, Slater MD. Intraindividual variability of school bonding and adolescents' beliefs about the effect of substance use on future aspirations. Prev Sci. 2005;6:101-12.
4. Sanders CE, Field TM, Diego MA. Adolescents' academic expectations and achievement. Adolescence. 2001;36:795-802.
5. Misra RK. Achievement, anxiety, and addiction. NIDA Res Monogr. 1980;30:212-4.
6. Rivers WL. Is there a relationship between drug use and academic achievement? J Sch Health. 1981;51:171-3.
7. Goode E. Drug use and grades in college. Nature. 1971;234: 225-7.
8. Pope HG Jr, Yurgelun-Todd D. The residual cognitive effects of heavy marijuana use in college students. JAMA. 1996;275:521-7.
9. Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Epstein JA, Doyle MM. Personal competence skills, distress, and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. Prev Sci. 2002;3:23-33.
10. Ginn SR. Relationships among alcohol consumption, drug use, and goal orientation among college students in the southeastern USA. Psychol Rep. 2004;94:411-21.
11. Mason AP, McBay AJ. Ethanol, marijuana, and other drug use in 600 drivers killed in single-vehicle crashes in North Carolina, 1978-1981. J Forensic Sci. 1984;29:987-1026.
12. Williams AF, Peat MA, Crouch DJ, Wells JK, Finkle BS. Drugs in fatally injured young male drivers. Public Health Rep. 1985;100:19-25.
13. Cimbura G, Lucas DM, Bennett RC, Donelson AC. Incidence and toxicological aspects of cannabis and ethanol detected in 1394 fatally injured drivers and pedestrians in Ontario (1982-1984). J Forensic Sci. 1990;35:1035-41.
14. National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) notes: marijuana and alcohol combined severely impede driving performance. Ann Emerg Med. 2000;35:398-9.
15. National Commission on Drug-Free Schools. Toward a drug-free generation: a nation's responsibility. Washington, DC: US Department of Education; 1990.
16. Grunbaum JA, Tortolero S, Weller N, Gingiss P. Cultural, social, and intrapersonal factors associated with substance use among alternative high school students. Addict Behav. 2000;25:145-51.
17. Francis H. Substance abuse and HIV infection. Top HIV Med. 2003;11:20-4.
18. Stanton B, Li X, Cottrell L, Kaljee L. Early initiation of sex, drug-related risk behaviors, and sensation-seeking among urban, low-income African-American adolescents. J Natl Med Assoc. 2001;93:129-38.
19. Flay BR. Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. Addict Behav. 2000;25:861-85.
20. Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs: a systematic review. Addict Behav. 2002; 27:1009-23.
21. Murray LF, Belenko S. CASASTART: a community-based school-centered intervention for high-risk youth. Subst Use Misuse. 2005;40:913-33.
22. Knight JR, Sherritt L, Schrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatr Adolesc Med. 2002;156:607-14.
23. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. Monitoring the Future: National Survey Results on Drug Use, 1975-2000. Vol II: College Students and Adults Ages 19-40. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2001. NIH publication 01-4925.
24. Johnston LD, O'Malley PM, Buchanan JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future: National Results on Adolescent Drug Use – Overview of Key Findings, 2005. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse; 2006. NIH publication 06-5882 [consultado 6/10/2006]. Disponible en: www.monitoringthefuture.org
25. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2003 [revisión en MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2004;53:536 y MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2005;54:608]. MMWR Surveill Summ. 2004; 53(2):1-96.
26. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, et al. Youth risk behavior surveillance: United States, 2005. MMWR Surveill Summ. 2006; 55(5):1-108.
27. Board of education v earls, 536 US 822 (2002).
28. Roach CA. What are the odds? Random drug testing of students: a legal perspective. J Sch Nurs. 2005;21:176-9.
29. Hudlow R. What are the odds? Random drug testing of students: a practice perspective. J Sch Nurs. 2005;21:179-81.
30. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Testing for drugs of abuse in children and adolescents [reafirmada 2006]. Pediatrics. 1996;98:305-7.
31. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse, Council on School Health. Testing for drugs of abuse in children and adolescents. Addendum: testing in schools and at home. Pediatrics. En prensa 2008.
32. Morgan WP. Physical activity, fitness and depression. En: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, editores. Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement. Champaign, IL: Human Kinetics; 1994. p. 851-67.
33. Brown DR, Blanton CJ. Physical activity, sports participation, and suicidal behavior among college students. Med Sci Sports Exerc. 2002;34:1087-96.
34. Patel DR, Luckstead EF. Sport participation, risk taking, and health risk behaviors. Adolesc Med. 2000;11:141-55.
35. Battistich V, Hom A. The relationship between students' sense of their school as a community and their involvement in problem behaviors. Am J Public Health. 1997;87:1997-2001.
36. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2): CD003020.
37. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. JAMA. 1997;278:823-32.
38. US Department of Education, Office of Educational Research and Improvement. Drug prevention curricula: a guide to selection and implementation. Washington, DC: Department of Education; 1988.
39. McBride N. A systematic review of school drug education. Health Educ Res. 2003;18:729-42.
40. Lowinson JH, Ruiz P, Millman R, Langrod J. Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.
41. Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, et al. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. J Prim Prev. 2000;20:275-336.
42. Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Scheier LM, Williams C, Epstein JA. Preventing illicit drug use in adolescents: long-term follow-up data from a randomized control trial of a school population. Addict Behav. 2000;25:769-74.
43. Botvin GJ, Baker E, Filazzola AD, Botvin EM. A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: one-year follow-up. Addict Behav. 1990;15:47-63.
44. Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR, Doyle MM. Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for youth at high risk for substance use initiation. Prev Med. 2003;36:1-7.
45. Taras HL; American Academy of Pediatrics, Committee on School Health. School-based mental health services. Pediatrics. 2004;113:1839-45.