

Prevención de las adicciones



Mayo de 2023

Revisión del conocimiento disponible sobre efectividad de las intervenciones

Euskadi, auzolana, bien común

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

Siis

Servicio de
Información e
Investigación Social
Gizarte Informazio
eta Ikerketen
Zerbitzua

Fundación Eguía Careaga Fundazioa

ÍNDICE

1. RESUMEN EJECUTIVO	3
2. INTRODUCCIÓN	6
2.1. OBJETIVOS	6
2.2. METODOLOGÍA	6
3. CONCEPTOS GENERALES EN TORNO A LA PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA	8
3.1. OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN	8
3.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN	8
3.3. PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA	9
a) Principios	9
b) Consideraciones éticas	10
c) Limitaciones y obstáculos	11
d) Programas basados en la evidencia “personalizados”	12
4. ESTRATEGIAS PARA UNA PREVENCIÓN EFECTIVA	14
4.1. CATEGORIZACIÓN DE LA EVIDENCIA	14
4.2. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA PREVENCIÓN EFECTIVA	15
4.3. PREVENCIÓN AMBIENTAL	22
a) Políticas regulatorias	25
b) Abordaje económico	28
c) Abordaje físico	30
4.4. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR	33
a) Intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas	34
b) Visitas perinatales en la primera infancia	35
c) Competencias y habilidades parentales	37
4.5. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ESCUELA	43
a) Enfoque basado en la influencia y normalización social	47
b) Enfoques basados en información y conocimiento	49
c) Competencias sociales y habilidades personales	51
d) Abordaje de las vulnerabilidades	55
e) Combinación de abordajes en el medio escolar	61
f) Políticas de mejora del entorno escolar	63
4.6. PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD	67
a) Campañas en medios de comunicación	68
b) Intervenciones breves o entrevistas motivacionales	72
c) Mentoría, tutoría e intervención entre pares	73
d) Intervenciones multicomponentes basadas en la comunidad	76
4.7. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL	81
5. BIBLIOGRAFÍA	85

1. RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento proporciona una revisión del conocimiento disponible acerca de la efectividad de las intervenciones desarrolladas en el ámbito de la prevención de las adicciones, con el objetivo de identificar aquellas estrategias de mayor efectividad y ofrecer, así, orientaciones útiles en el desarrollo de políticas de prevención.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura científica internacional de mayor relevancia y se han consultado portales web de entidades referentes en la materia, fundamentalmente el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Plan Nacional sobre Drogas. La documentación seleccionada se centra principalmente en las intervenciones de prevención de las adicciones —incluyendo adicciones sin sustancia—, y en aquellas orientadas a la reducción del riesgo de inicio del consumo en el caso de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Finalmente se han seleccionado un total de 98 documentos, consultables en el apartado de bibliografía.

1.1. CONCEPTOS GENERALES EN TORNO A LA PREVENCIÓN EFECTIVA

Objetivos de la prevención. Las intervenciones de prevención tienen por objetivo detener o retrasar el inicio del consumo de drogas y otras conductas adictivas, así como evitar la progresión hacia situaciones agravadas en aquellos casos en los que la conducta adictiva ya se ha iniciado. En el caso de la infancia, la adolescencia y la juventud, a su vez, la prevención busca contribuir a su desarrollo saludable y seguro, tomando en consideración su participación en la familia, la escuela, la comunidad y el entorno laboral.

Factores de riesgo y protección. Un sistema de prevención efectivo debe conocer y comprender tanto los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de conductas adictivas —predisposición genética, trastornos mentales, ausencia de vínculos con la familia o la escuela, entornos sociales desfavorecidos, etc.—, como los factores protectores que contrarrestan la vulnerabilidad frente al inicio del consumo —bienestar psicológico y emocional, habilidades personales, competencias sociales...—. Estos elementos se encuentran presentes a lo largo del ciclo vital, y su abordaje en edades tempranas se ha demostrado como un elemento fundamental de la actuación preventiva.

Prevención basada en la evidencia. La literatura especializada incide en la necesidad de establecer actuaciones basadas en la evidencia que respondan a principios básicos de actuación, que incorporen una mirada ética y que tomen en consideración algunas de las limitaciones identificadas en el desarrollo de estrategias de prevención (ausencia de evaluaciones independientes, restricciones a la investigación o desconfianza profesional). Una de las principales limitaciones de las prácticas de prevención actuales radica en su enfoque prioritario en los determinantes individuales, frente a los factores sociales y estructurales. Desde esta perspectiva, se aboga por incorporar un enfoque integral y temprano, que tenga en cuenta los determinantes del entorno social y físico en el que viven y se desarrollan las personas.

1.2. ESTRATEGIAS PARA UNA PREVENCIÓN EFECTIVA

Una estrategia de prevención efectiva debe considerar los principales enfoques o paradigmas que orientan las intervenciones de prevención de las adicciones en la actualidad.

El ámbito de intervención. Se configura como el principal elemento de formulación de las intervenciones, dando lugar a la prevención **ambiental, escolar, familiar, comunitaria y laboral**. En cualquier caso, existe un amplio consenso respecto a la mayor efectividad de las actuaciones de prevención multicomponente, desplegadas en diversos entornos, frente a aquellas circunscritas a un solo ámbito preventivo.

Nivel de riesgo. El nivel de riesgo o de vulnerabilidad de la población diana articula tres modalidades de intervención: **universal**, cuando se dirige al conjunto de la población; **selectiva**, para subgrupos expuestos a factores de riesgo asociados al inicio y consumo continuado de drogas; o **indicada**, en el caso de personas que ya consumen drogas y que presentan riesgo de desarrollar una adicción. La evidencia sugiere que una excesiva inclinación hacia modalidades enfocadas en grupos poblacionales concretos puede resultar en una estigmatización de estos colectivos y privar de intervenciones beneficiosas al resto de la población.

Enfoque del curso de la vida. Este enfoque parte de la constatación de que tanto la salud como los factores de vulnerabilidad o resiliencia a la iniciación en el consumo de sustancias varían según la edad, y que las etapas iniciales de la vida condicionan el desarrollo infantil, juvenil y de persona adulta. Desde esta perspectiva, la literatura especializada enfatiza las intervenciones de prevención en **edades tempranas** o en **períodos críticos de transición**, sin olvidar que cada etapa de la vida tiene necesidades específicas.

1.3. EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS EN BASE AL ÁMBITO DE PREVENCIÓN

Prevención ambiental. Los resultados de la revisión ponen de relieve que las intervenciones que buscan modificar el contexto social y el entorno físico en el que se produce el consumo de drogas u otras conductas adictivas son las que presentan un mayor nivel de eficacia. La prevención ambiental resulta especialmente apropiada para entornos sociales de riesgo como locales de ocio, tiendas de venta de alcohol o espacios públicos. Las **políticas regulatorias**, es decir, aquellas que recurren al ámbito legal para fomentar cambios conductuales: control de puntos de venta, restricciones por acceso de edad, control de publicidad y etiquetado o prohibición de consumo en espacios públicos, destacan por sus excelentes resultados y larga trayectoria. También muestran una elevada eficacia aquellas que abordan el **aspecto económico**, mediante la subida de impuestos y el establecimiento de precios mínimos. Con respecto a las intervenciones ambientales centradas en modificar el **espacio físico** –lugares de ocio o centros escolares, normalmente– la evidencia sobre su efectividad es más limitada. Pese a las ventajas que ofrece el carácter universal de las intervenciones ambientales, se recomienda combinarlas con intervenciones comportamentales, señalando, además, que este tipo de prevención suele suscitar fuertes resistencias sociales.

Prevención en el ámbito familiar. Son intervenciones que parten de la necesidad de abordar los factores de vulnerabilidad o riesgo desde el inicio de la vida, dado el impacto de esta etapa en el desarrollo infantil y las conductas posteriores. Los programas de prevención basados en la familia se dirigen a padres y madres con el objetivo de fomentar habilidades para una parentalidad positiva y proporcionar información sobre los efectos nocivos de las conductas adictivas. En ocasiones también se incorpora la participación de los y las menores. Entre las intervenciones familiares destacan las desarrolladas desde el enfoque de **competencias y habilidades parentales** por su elevado nivel de eficacia, especialmente aquellas de carácter universal que incluyen tanto a progenitores como a niños, niñas y adolescentes. El fomento de las

habilidades parentales aparece ligado al desarrollo de aptitudes sociales y personales de los niños y niñas, erigiéndose como un eficaz factor de protección frente a futuras conductas de riesgo. Las intervenciones basadas en **visitas perinatales** en la primera infancia y, en menor medida, aquellas dirigidas a **mujeres embarazadas**, aportan resultados moderadamente positivos, y se recomienda dar prioridad a familias ya expuestas a situaciones de vulnerabilidad.

Prevención en el ámbito escolar. A pesar de su amplia implantación, la calidad de la evidencia sobre la efectividad de los programas de prevención desplegados en el entorno escolar es heterogénea. Entre los enfoques de mayor efectividad se encuentran los centrados en el desarrollo de **competencias sociales y habilidades personales**. Estos programas promueven la adquisición de habilidades en torno a la toma de decisiones, la resistencia frente a la presión social o de grupo, la mejora de la educación afectiva, la autoestima o a la gestión del estrés y la ansiedad, y actúan como factores de protección tanto en la infancia como en la adolescencia. Los modelos que abordan **factores de vulnerabilidad** ante el inicio del consumo de drogas u otras adicciones presentan también un adecuado nivel de eficacia. Cabe destacar los programas de **educación selectiva en la primera infancia**, los dirigidos específicamente a niños, niñas y adolescentes que presentan **vulnerabilidad psicológica**, y aquellos orientados a reforzar los **vínculos y la adherencia con la escuela**. De manera similar, las políticas de **mejora del entorno** o clima escolar y las intervenciones que incorporan **múltiples enfoques** obtienen un buen nivel de eficacia. Sin embargo, los enfoques de normalización social o aquellos basados en información y conocimiento no cuentan con evidencia suficiente. Es más, estos últimos pueden resultar perjudiciales, al generar reacciones opuestas a las que se persiguen. Por todo ello, solamente se recomiendan estas intervenciones si se combinan con otros enfoques.

Prevención en el ámbito comunitario. Se trata de iniciativas destinadas a transformar situaciones colectivas mediante la organización y la acción asociativa de diferentes agentes, y suelen contar con la implicación de profesionales de los ámbitos social, sanitario y educativo. Desde este enfoque, se señala la alta eficacia de las **intervenciones breves en los servicios sociales y de salud**, que consisten en sesiones de asesoramiento personalizado a quienes presentan un consumo de riesgo, pero que todavía no han desarrollado una adicción. Se emplean entrevistas motivacionales y derivaciones a otros recursos de tratamiento en caso necesario. En cualquier caso, los resultados de la revisión sugieren que los programas que combinan la prevención comunitaria de manera simultánea con intervenciones en otros ámbitos, a través de la modalidad de **intervención multicomponente**, pueden potenciar la efectividad de las intervenciones. Por el contrario, el nivel de eficacia de las campañas mediáticas o de los programas de mentoría resulta limitado.

Prevención en el ámbito laboral. Pese a no ser muy numerosos, algunos estudios sobre intervenciones preventivas en el ámbito laboral sugieren que ofrecen un buen nivel de eficacia. En este ámbito, las acciones preventivas se dirigen a las personas trabajadoras, sean consumidoras o no, que se encuentran en una situación de riesgo a raíz de factores relacionados con el entorno laboral, como el estrés o la precariedad laboral. Algunos factores de éxito en este tipo de intervenciones son la participación de todos los grupos de interés (empresa y personas empleadas); la confidencialidad de las personas participantes; la existencia de una política de adicciones no punitiva en el lugar de trabajo; o la integración de otros programas relacionados con la salud y el bienestar.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es sintetizar el conocimiento disponible sobre la efectividad de las intervenciones en el ámbito de la prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas. El informe pretende aportar orientaciones útiles para la toma de decisiones relativas a las políticas de prevención de las adicciones, mediante la identificación de las estrategias que han demostrado ser más efectivas.

La revisión de la literatura científica y semicientífica existente a nivel internacional parte de una petición de la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco a la Fundación Eguía-Careaga, autora del informe bajo la supervisión de dicha dirección.

2.2. METODOLOGÍA

Las fuentes de información utilizadas han sido:

- Catálogos de revisiones sistemáticas, fundamentalmente *Cochrane Library* y *Campbell Collaboration*.
- Fondo documental del Centro de Documentación de Drogodependencias (CDD) del Gobierno Vasco, accesible en drogomeia.com.
- Portales web de entidades consideradas referentes en el tema, fundamentalmente, Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (EMCDDA), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y Plan Nacional sobre Drogas.

En cuanto a los criterios de selección de documentos, cabe indicar que:

- Con relación al ámbito temático, se han incluido únicamente los artículos relativos intervención de prevención de las adicciones —incluyendo las adicciones sin sustancia—, así como los orientadas a la reducción del riesgo en el caso de personas jóvenes que comienzan en sus consumos
- Se excluyeron los estudios sobre actuaciones orientadas a la prevención de daños en grupos de personas con consumo activo (como es el caso de la prevención de sobredosis o de infecciones de VIH).
- El periodo a estudio ha sido, prioritariamente, el comprendido entre el año 2012 y el 2022
- Con relación al ámbito geográfico se ha otorgado especial consideración a la evidencia procedente fundamentalmente del entorno europeo y/o norteamericano. En cuanto a los idiomas originales de los documentos analizados han sido castellano e inglés, principalmente.
- En cuanto al diseño de los trabajos revisados, se han incluido fundamentalmente revisiones e investigaciones sobre resultados de intervenciones preventivas del uso de drogas y otras adicciones. En el caso de otro tipo de documentos, relativos al establecimiento de estándares y recomendaciones, orientados a la planificación, diseño, implementación y evaluación de las

estrategias preventivas, únicamente se han incluido los que explícitamente indican que el establecimiento de estas pautas se ha basado en la evidencia existente.

Finalmente, se han seleccionado 98 documentos de interés a la hora de definir qué funciona y qué no en el ámbito de la prevención de las adicciones, todos ellos referenciados en el apartado final de bibliografía¹.

En todo caso, dentro de la extensa bibliografía seleccionada, se han destacado dos de referencia:

- Estándares internacionales para la prevención del uso de drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (en adelante UNODC). Constituyen un resumen de la evidencia científica² disponible, a partir de revisiones sistemáticas. Los estándares identifican asimismo las características clave de las intervenciones de prevención que se ha comprobado que reducen el uso de sustancias.
- Currículum de Prevención Europeo del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (en adelante, EMCDDA). El manual se basa en los estándares europeos en prevención para la planificación en el ámbito de las adicciones.

¹ El casi centenar de documentos se encuentran disponibles, a texto completo, en el catálogo del Centro de Documentación de Drogodependencias CDD del Gobierno vasco en la url <https://www.drogomedia.com/es/documentacion/catalogo/>

² Los Estándares clasifican la evidencia como: “excelente” (****), “muy buena” (***), “buena” (**), “adecuada” (*), o “limitada” (*).

3. CONCEPTOS GENERALES EN TORNO A LA PREVENCIÓN EFECTIVA

3.1. OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN

La prevención de las adicciones tiene por objetivo detener o retrasar el inicio del consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos adictivos. También puede ayudar a quienes se hayan iniciado en el consumo o la conducta adictiva a evitar que desarrollen una adicción o que transiten hacia otros problemas de salud y sociales. Por tanto, los objetivos de las intervenciones preventivas en el ámbito de las adicciones pueden sintetizarse en:

- Evitar el consumo de drogas y los comportamientos adictivos o retrasar la edad de inicio.
- Impedir la progresión hacia un uso frecuente o regular del consumo de sustancias y conductas adictivas y prevenir o reducir los riesgos asociados.

En el caso de la infancia, adolescencia y juventud, la prevención persigue objetivos de mayor envergadura. En estas fases vitales, la prevención pretende apoyar un desarrollo saludable y seguro para que los niños, niñas y jóvenes puedan convertirse en miembros capaces de participar positivamente en sus familias, escuelas, comunidades y lugares de trabajo.

Para que esto sea posible, la prevención efectiva debe conocer los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad y debe abordarlos antes de que se manifieste el comportamiento de riesgo. Paralelamente, las actuaciones preventivas deben reforzar los factores de protección que puedan llegar a contrarrestar de forma efectiva este riesgo (EMCDDA, 2020; UNODC, 2018).

3.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

La ciencia de la prevención ha experimentado grandes progresos en los últimos 20 años, lo que ha permitido comprender mejor los factores, tanto de nivel individual como del entorno, que favorecen la vulnerabilidad de las personas para iniciarse en el consumo o la conducta adictiva, y también a comprender mejor la evolución hacia los trastornos producidos por las adicciones.

Entre los principales factores que aumentan la vulnerabilidad frente a las adicciones destacan la predisposición genética, los rasgos de la personalidad (por ejemplo, impulsividad o búsqueda de sensaciones), los trastornos de salud mental o de comportamiento, el abandono y los abusos en el seno de la familia, la falta de vínculo con la escuela o la comunidad, las normas y entornos sociales que propician el consumo de sustancias (incluida la influencia de los medios de comunicación) y el hecho de crecer en comunidades marginadas o desfavorecidas. La baja alfabetización, es decir, la falta de conocimiento sobre las adicciones y sus consecuencias también se considera un factor de riesgo para su consumo.

Por el contrario, el bienestar psicológico y emocional, las habilidades personales y sociales, un fuerte vínculo familiar y con la escuela, así como la existencia de comunidades bien organizadas y dotadas de los recursos necesarios, constituyen factores de protección que contribuyen a que las personas sean menos vulnerables al consumo de sustancias y a otros comportamientos de riesgo.

Estos determinantes de la vulnerabilidad (o, por el contrario, de la resiliencia) a la iniciación de conductas adictivas varían según la edad y su abordaje resulta esencial a edades tempranas. La investigación ha demostrado que cuando los riesgos en la vida de un niño o niña se reducen, se convierte en menos vulnerable a los problemas sociales y de salud, incluyendo las adicciones, conforme va madurando. Por tanto, las intervenciones preventivas deben realizarse a edades tempranas para reducir los problemas de conducta y emocionales que puedan surgir en la adolescencia y agudizarse en la juventud y en la edad adulta.

3.3. PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

En las últimas décadas se ha visto un gran progreso, tanto en Europa como a nivel internacional, en el desarrollo de intervenciones de prevención basadas en la ciencia, dirigidas a familias, escuelas, empresas, y medios de comunicación.

En este sentido, tal y como apunta el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, la aplicación de mecanismos de prevención basados en la innovación y en la ciencia con financiación pública requiere de cambios en la toma de decisiones sobre las prioridades, incluida la interrupción de enfoques populares, pero ineficaces. También se reconoce que cada vez resulta más esencial proporcionar formación no solo a profesionales de primera línea, sino fundamentalmente a quienes toman decisiones, diseñan políticas y lideran la opinión.

Este interés por emplear prácticas basadas en la investigación ha dado lugar a la publicación de materiales que recopilan esta evidencia —como los citados informes de UNODC y EMCDDA—, así como a la creación de catálogos de programas de prevención que cumplen con ciertos criterios de efectividad y son, por lo tanto, considerados "programas basados en evidencia". Entre los más destacados cabe citar el Portal de Buenas prácticas y el Registro *Xchange* de programas de prevención evaluados del EMCDDA o el *Evidence-Based Practices Resource Center* (SAMHSA), el *Healthy Nightlife Toolbox* (HNT) o, en el ámbito más cercano, el Portal de Buenas Prácticas en adicciones.

Sin embargo, aún quedan muchos desafíos, y se siguen implementando prácticas de prevención, fundamentalmente en el ámbito escolar y también en la comunidad, para las que hay poca o ninguna evidencia de efectividad. Esto es grave no solo por la ineficacia de las intervenciones, sino porque, en el peor de los casos, las intervenciones de prevención mal diseñadas pueden incluso resultar contraproducentes (*Partnership to End Addiction*, 2022; EMCDDA, 2020).

a) Principios para una prevención efectiva

La literatura especializada sugiere que, para que las estrategias preventivas de las adicciones sean efectivas, deben responder a determinadas premisas básicas. En concreto, el Currículo Europeo de Prevención (EMCDDA, 2020) establece los siguientes principios y factores como base para alcanzar actividades de prevención exitosas:

- **Enfoque en el desarrollo de la población destinataria:** las intervenciones deben reconocer cómo las transiciones a través de las diferentes edades constituyen factores de riesgo o protección específicos, jugando un papel crucial en la prevención. También implica que existen tareas relacionadas con el desarrollo o con la edad que se tienen que efectuar a medida que se va creciendo. Por último, resulta necesario reconocer que los factores o procesos que llevan a la iniciación en el consumo de sustancias y comportamiento adictivos y al uso continuado varían, no solo a lo largo de la vida, sino entre personas, grupos y poblaciones.
- **Factores ecológicos y transaccionales:** resulta imprescindible hacer referencia a las diversas influencias ambientales sobre las creencias, valores, actitudes y comportamientos. Estos factores incluyen la interacción entre las características personales, de la familia, la escuela, la comunidad, así como con los entornos sociopolíticos y físicos más amplios. Estas interacciones suelen ser interdependientes, afectando las unas a las otras.
- **Motivación humana y procesos de cambio:** comprender ambos factores ayuda a diseñar intervenciones efectivas de prevención, pues juegan un papel esencial a la hora de influir en las

conductas y en la toma de decisiones, incluidas las relativas al consumo de drogas y otras adicciones o a la implicación en otros comportamientos de alto riesgo.

- **Naturaleza interdisciplinaria de la ciencia de la prevención:** resulta necesario involucrar a equipos multidisciplinares con una diversidad de conocimientos expertos para poder hacer frente de un modo efectivo a la complejidad de las cuestiones abordadas por las intervenciones preventivas.
- **Retroalimentación entre teoría y práctica:** la prevención debe incorporar una retroalimentación continua entre las investigaciones teóricas y empíricas para poder entender los mecanismos que dan cuenta de un resultado comportamental descubierto a través de las investigaciones epidemiológicas y de las evaluaciones de las intervenciones preventivas.
- **Coordinación entre ciencia y práctica:** debe constituir un pilar de la ciencia de la prevención mediante el trabajo colaborativo de la ciencia y el personal profesional de la prevención, utilizando sus habilidades colectivas y su experiencia.
- **Justicia social:** es importante diseñar e implementar programas y sistemas de prevención, y cambios de políticas para abordar el origen causal de las desigualdades, dando respuesta al imperativo ético y moral de comprender por qué ciertos subgrupos de poblaciones soportan una carga desproporcionada de enfermedades, discapacidad, y muerte.
- **Aplicación de estándares éticos profesionales basados en valores:** los valores son las creencias básicas que una persona considera ciertas y actúan como principios rectores en las decisiones que cada persona adopta. La prevención conlleva decisiones relativas a otras personas que se desarrollan en los entornos más importantes de su vida (familia, escuela, lugar de trabajo, comunidad) y por tanto debe guiarse por estándares éticos.

b) Consideraciones éticas

Si bien es relativamente común hablar de la ética en el tratamiento de las adicciones, resultan menos comunes los análisis éticos en el área de la prevención. Las intervenciones de prevención de adicciones se basan en juicios sobre lo que es “bueno” o “malo” para quienes participan (expresado, por ejemplo, en los objetivos de la intervención). Las cuestiones éticas surgen en diversos niveles, empezando por la justificación de la esencia misma del trabajo de prevención. No se debería dar por sentado que las actividades de prevención de adicciones son por definición éticas y beneficiosas para quienes participan. Las convenciones sociales, que podrían no ser compartidas por la población objetivo, o las leyes que controlan el uso de algunas sustancias, no deberían contribuir a que las intervenciones tengan consecuencias negativas. A este respecto, los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS) establecen los siguientes principios éticos para la práctica preventiva:

- Respetar los derechos y autonomía de las personas que participan.
- Proporcionar beneficios reales para las personas participantes.
- No causar ningún daño ni desventaja sustancial a quienes participan (desde efectos dañinos no previstos hasta situaciones de estigmatización o exclusión).
- Proporcionar una información transparente, veraz, neutral y exhaustiva.
- Obtener el consentimiento de las personas participantes antes de la participación.

- Garantizar que la participación sea voluntaria.
- Tratar los datos de las personas participantes, así como la implicación en las actividades, de manera confidencial.
- Adaptar la intervención a las necesidades y preferencias de quienes participan.
- Involucrar a la población diana en el desarrollo, implementación, y evaluación de la intervención.
- Proteger la salud y seguridad de cada participante y de cada profesional.
- Acatar los requerimientos legales.

c) Limitaciones y obstáculos

A pesar de los ya mencionados avances de la ciencia de la prevención en las últimas décadas, la revisión de literatura permite afirmar que persisten algunos obstáculos significativos para la generalización de estrategias de prevención efectivas (*Partnership to End Addiction*, 2022; UNODC, 2018, COPOLAD, 2014, Arbex, 2013), fundamentalmente:

- **Ausencia de abordaje integral y temprano.** Una de las principales limitaciones de los enfoques actuales de la prevención basada en la evidencia es que se centran, fundamentalmente, en intervenciones orientadas a factores individuales (habilidades personales, competencias sociales) y no a los determinantes sociales y estructurales (entorno familiar o social), que a pesar de ser de gran importancia, resultan mucho más difíciles de controlar y medir. Como consecuencia, proliferan los programas dirigidos al cambio de conductas individuales, en lugar de mejoras a nivel familiar, comunitario y social. En base a esta lógica, la prevención ha tendido a aplicarse mayoritariamente en la adolescencia, mediante programas centrados en la escuela o la familia, a pesar de haberse demostrado que los determinantes de las adicciones se gestan desde el nacimiento y requieren, por tanto, un enfoque mucho más amplio y temprano.
- **Falta de colaboración entre ciencia y práctica.** La ciencia de la prevención aspira a obtener mejoras en un campo claramente multidisciplinario, aunando esfuerzos en varios campos de la investigación y la intervención (psicología, epidemiología, servicios sociales, educación...). Para ello, resulta imprescindible establecer un proceso de retroalimentación entre la ciencia y la práctica en el que el conocimiento sobre los factores de riesgo y protección alimente las estrategias de prevención, y la implementación de intervenciones genere conocimiento sobre la causalidad y los factores de uso. Sin embargo, los esfuerzos verdaderamente colaborativos entre investigadores y profesionales suelen ser la excepción y no la norma.
- **Ausencia de evaluaciones independientes.** Se han producido mejoras significativas en el desarrollo e identificación de programas efectivos de prevención a través de la aplicación de rigurosos métodos de investigación que han dado pie a la creación de varios registros de programas basados en la evidencia —mencionados previamente—. Sin embargo, aún es habitual que quienes desarrollan los programas de prevención los implementen, evalúen y luego difundan los resultados (siempre que sean positivos). Esto hace que la base de evidencia de muchos programas considerados efectivos sea cuestionable, y plantea dudas sobre conflictos de intereses, falta de ensayos que repliquen los resultados o la transferibilidad de ciertos resultados a entornos prácticos.

- **Limitaciones de la investigación.** Las investigaciones se concentran mayoritariamente en un reducido tipo de estrategias. Por ejemplo, las intervenciones en las escuelas disponen de una gran base de evaluaciones (en gran medida porque el espacio del aula facilita la realización de ensayos controlados aleatorizados), mientras que otros ámbitos de la prevención (programas comunitarios, uso de medios de comunicación, ámbito laboral, etc.), carecen de esa base científica. Por otra parte, la mayoría de las evaluaciones valoran el proceso y no los resultados; solo un número limitado de estudios analizan la eficacia de las intervenciones y mucho menos todavía se valora si son eficientes, es decir, si son rentables en base a la relación coste-beneficio³. Además, debido a que el resultado deseado de la prevención es, por definición, la ausencia de resultado (la adicción), el periodo de tiempo para verificar el impacto real y medible es largo y suele extenderse más allá del alcance de la mayoría de estudios, condicionando la validez de los resultados obtenidos. Por último, son pocos los estudios que proporcionan datos desglosados por sexo y son aún más escasos los que realizan una evaluación de los programas desde la perspectiva de género.

d) Programas basados en la evidencia “personalizados”

Otra de las principales limitaciones radica en la persistencia de una cierta desconfianza hacia los programas “basados en la evidencia”. Ciertos profesionales en prevención pueden mostrar recelo a implementarlos, creyendo que son demasiado normativos y que, en última instancia, minusvaloran la existencia de una experiencia profesional previa. En estos casos, manifiestan que prefieren trabajar “de abajo hacia arriba”, basándose en las necesidades detectadas, en lugar de lo que consideran intervenciones “de arriba hacia abajo”, alejadas del terreno. Es cierto que las intervenciones generadas a nivel local se basan en una comprensión e implicación más cercana al entorno (necesidades, recursos, agentes, mentalidades) y tienden a ser menos complejas que las intervenciones manualizadas, en el sentido de que tienden a confiar más en la transmisión de información, que en la formación de habilidades o en la modificación del comportamiento de forma directa. También requieren de un personal muy motivado y bien formado que sea capaz de utilizar algo más que las estrategias cognitivas para cambiar el comportamiento.

Por tanto, aun reconociendo que existen razones de mucho peso para implementar una intervención o política basada en la evidencia, también pueden existir barreras ideológicas y contextuales que limiten su uso y justifiquen otro tipo de abordajes.

Implementación de intervenciones preventivas basadas en la evidencia	
Obstáculos	Ventajas
A menudo parecen ir contra la “sabiduría” convencional	Ofrecen las mejores intervenciones, técnicas y políticas disponibles
Retan las creencias socioculturales y religiosas	Ofrecen la posibilidad de implementar los servicios de una manera más efectiva y eficiente

³ En términos de coste-efectividad de las intervenciones preventivas, una de las escasas revisiones sistemáticas realizadas en España (SIIS, 2013) concluye que los programas de prevención de adicciones resultan coste-efectivos: 38 intervenciones analizadas 32 se mostraron, a juicio de sus evaluadores/as, coste efectivas y apenas un 10% mostraron claramente ser no coste efectivas. En todo caso, los programas preventivos obtienen unos resultados sensiblemente mejores que los programas de tratamiento, en la medida en que su coste es sustancialmente menor y su alcance muy superior.

Requieren nuevas habilidades y formación especializada	Aportan una base más racional para la toma de decisiones sobre las políticas
Dificultad de mantener la fidelidad de la implementación, mientras se adapta a las necesidades específicas del grupo diana	Aportan un lenguaje común al conjunto de las intervenciones
Disponibilidad limitada de recursos	Ofrecen la oportunidad de desarrollar un concepto común para la evaluación de la investigación científica
Requieren monitorización y evaluaciones sistemáticas	Aportan un mayor conocimiento, formación, uniformidad en la provisión del servicio y clarificación sobre lagunas en el conocimiento científico actual

Fuente: EMCDDA, 2020

De todas formas, ambas estrategias —las intervenciones manualizadas basadas en la evidencia y la perspectiva más apegada al terreno—no tienen por qué contradecir la una a la otra. El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías aborda, en su Currículum de prevención europeo, tanto las estrategias de abajo hacia arriba como los programas ya existentes basados en la evidencia, al considerar que estas dos estrategias no son mutuamente excluyentes y pueden combinarse. La coexistencia de ambas estrategias puede dar lugar a un escenario en el que siempre se gana, tal y como muestran algunas experiencias exitosas⁴.

A este respecto, los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS) pueden resultar de utilidad para la adopción de una estrategia de abajo hacia arriba, garantizando que el proceso de implementación sea de alta calidad, mientras que los Estándares Internacionales (UNODC), en los que se enumeran las intervenciones basadas en la evidencia, ayudan a seleccionar una intervención de prevención de alta calidad para ser implementada.

⁴ Tal es el caso de la experiencia *Communities That Care* (Comunidades que cuidan, CTC por sus siglas en inglés) desarrollada en algunos países europeos (ctc-network.eu). Este sistema permite a las comunidades que analicen primero objetivamente sus necesidades específicas y el perfil del problema y que luego elijan la(s) intervención(es) más apropiada(s) para abordar su situación particular. El programa se describe con más detalle en el capítulo relativo al ámbito comunitario.

4. ESTRATEGIAS PARA UNA PREVENCIÓN EFECTIVA

4.1. CATEGORIZACIÓN DE LA EVIDENCIA

La revisión de literatura ha permitido constatar la existencia de diferentes enfoques en la categorización de las intervenciones preventivas en materia de adicciones. Los criterios de clasificación atienden, fundamentalmente, a los ámbitos de actuación, la perspectiva del curso de la vida y los niveles en función del riesgo.

- **Ámbitos de intervención.** Tanto las revisiones de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito UNODC (2018) como el *Curriculum* del Observatorio Europeo contra las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA (2020) optan por clasificar las actuaciones preventivas en función de los diferentes ámbitos en los que intervienen. Ambas clasificaciones comparten las referencias a los entornos escolar, familiar, comunitario y laboral. Cabe destacar por su importancia actual que el *Curriculum* del Observatorio Europeo incorpora también el de la prevención ambiental.
- **Nivel de riesgo de la población diana.** En el ámbito de las adicciones se ha utilizado tradicionalmente una clasificación de la prevención basada en el riesgo al que se halla expuesta cada persona o grupo poblacional: prevención universal, selectiva e indicada. La prevención universal se dirige al conjunto de población, sea a nivel nacional, regional, local, escuela, barrio, grupos familiares, etc. Su objetivo suele ser prevenir o retrasar el inicio del consumo y no implica la detección previa del riesgo de consumo. Los programas de prevención selectiva, por su parte, se dirigen a subgrupos de población que se hallan expuestos a factores de riesgo asociados al inicio y consumo continuado de drogas, sobre todo entre adolescentes y jóvenes. Por último, la prevención indicada se dirige a personas que ya consumen drogas, no han desarrollado aún una dependencia, pero muestran signos de hallarse en situación de riesgo (absentismo escolar o laboral, conducta antisocial, problemas psicológicos, familias con problemas de adicción). Su objetivo es prevenir el abuso y la escalada de problemas asociados al mismo y suele ser la más intensiva y costosa.
- **Perspectiva del curso de la vida.** El enfoque del curso de la vida parte de la constatación de que tanto la salud como los factores de vulnerabilidad o resiliencia a la iniciación en el consumo de sustancias varían según la edad. Durante las diversas etapas de desarrollo (lactancia y primera infancia, infancia intermedia, adolescencia, adolescencia tardía, juventud y edad adulta), las necesidades cambian y, en consecuencia, las estrategias de intervención también deben adecuarse. La importancia de este enfoque radica en que intervenciones basadas en la evidencia e implementadas en una etapa del desarrollo pueden incidir en etapas posteriores del desarrollo, que pueden comportar efectos aún más duraderos.
- **Tipo de sustancia.** Por último, cabe reseñar que algunas investigaciones y revisiones analizadas clasifican las intervenciones en función de la sustancia cuyo consumo o comportamiento se desea prevenir.

Partiendo de esta base, los resultados se han estructurado atendiendo fundamentalmente al primer criterio de ordenación, basado en los ámbitos de intervención:

- Prevención ambiental
- Prevención familiar
- Prevención escolar
- Prevención comunitaria

- Prevención en el ámbito laboral.

Complementariamente, la evidencia hallada en cada ámbito se ha vinculado con el grupo de edad al que hace referencia, teniendo en cuenta la perspectiva del curso de la vida. Igualmente, se ha detallado el tipo de intervenciones en función del nivel de riesgo de la población (universal, selectiva o indicada). Por último, con relación al tipo de sustancia, cuando la evidencia hallada hace referencia a una sola sustancia, este aspecto se ha hecho constar, de manera destacada⁵.

4.2. CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO A LA EVIDENCIA

Aun atendiendo al criterio de estructuración basado en los ámbitos, la revisión ha identificado algunos elementos de carácter más general o global que no tienen encaje específico en los citados ámbitos. En este primer apartado se presentan 4 tablas sobre prevención de adicciones analizada desde tres puntos de vista complementarios:

- En función del ámbito de actuación (tabla 1).
- Desde una perspectiva a lo largo de la vida (tabla 2).
- En base al nivel de eficacia (tabla 3).
- La última tabla recopila los programas concretos avalados por la ciencia, en función del ámbito de actuación en los que se aplican (tabla 4).

⁵ Fundamentalmente resaltándolo con tipografía negrita, a lo largo del texto.

TABLA 1. NIVEL DE EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES POR ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

ÁMBITO	Tipo de intervención	Población destinataria	Enfoque	Nivel de eficacia
AMBIENTAL	Políticas regulatorias	población en general, personas consumidoras, menores	universal	***** excelente
	Abordaje económico	Personas (potencialmente) consumidoras	universal	**** muy buena
	Entorno físico	Personas consumidoras en entornos de ocio	universal	** adecuada
FAMILIA	Intervenciones con mujeres embarazadas	Mujeres embarazadas con problemas de adicción	selectiva	* limitada
	Visitas perinatales en la primera infancia	Primera infancia	selectiva	** adecuada
	Competencias familiares y habilidades parentales	Infancia y adolescencia	universal, selectiva	**** muy buena
ESCUELA	Enfoque de influencia y normalización social	Infancia, adolescencia y juventud	universal	* limitada
	Basadas en información y conocimiento	Infancia, adolescencia y juventud	universal	insuficiente
	Competencias sociales -habilidades personales	Infancia, adolescencia y juventud	universal, selectivo	*** buena
	Abordaje de las vulnerabilidades	Infancia y adolescencia	selectiva, indicada	****/**(1)
	Combinación de enfoques	Infancia, adolescencia y juventud	universal	*** buena
	Mejora del entorno y clima escolar	Infancia, adolescencia y juventud	universal	*** buena
COMUNITARIO	Campañas en medios de comunicación	Población en general	universal	* limitada
	Intervenciones breves o entrevistas motivacionales	Personas usuarias de servicios sociales o de salud	indicada	**** muy buena
	Mentoría o intervención de pares	Adolescencia o juventud en situación de vulnerabilidad	selectiva	* limitada
	Intervenciones multicomponentes en la comunidad	Población general y grupos de riesgo	universal o selectiva	*** buena
LABORAL	Intervenciones preventivas en el medio laboral	Personas trabajadoras	universal, selectiva o indicada	*** buena

Fuente: elaboración propia a partir de EMCDDA (2020) y UNODC (2018). Para calificar el nivel de eficacia se ha seguido el baremo de UNODC: * limitada /** adecuada /***buena/****muy buena/*****excelente (1) Aglutina 3 tipos de intervención: educación selectiva 1º infancia (muy buena ****), refuerzo del vínculo-escuela (adecuada **) y abordaje de vulnerabilidades psicológicas individuales (adecuada**)

TABLA 2. NIVEL DE EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES DESDE LA PERSPECTIVA A LO LARGO DE LA VIDA

	Perinatal	1º Infancia (0-5 años)	Infancia media (6-10 años)	1º adolescencia (11-14 años)	Adolescencia-juventud (15-19 años)	Edad adulta >=20 años
AMBIENTAL				Políticas alcohol y tabaco <i>Universal *****</i>		
					Intervención en entornos de ocio <i>Universal **</i>	
FAMILIA	Visitas perinatales <i>Selectiva **</i>					
	Intervención en mujeres embarazadas con adicciones <i>Selectiva *</i>					
			Competencias parentales <i>Universal - Selectiva ****</i>			
ESCUELA		Educación 1º infancia <i>Selectiva ****</i>				
			Habilidades sociales y personales <i>Universal ***</i>			
			Mejora entorno escolar Gestión aula <i>Universal ***</i>			
			Permanencia de niñ@s en la escuela <i>Selectiva **</i>			
			Enfoque en vulnerabilidades individuales <i>Indicada ** adecuada</i>			
				Competencias sociales y personales <i>Universal - Selectiva ***</i>		
COMUNIDAD				Políticas educativas y culturales <i>Universal **</i>		
				Campañas en medios de comunicación <i>Universal - Selectiva *</i>		
				Intervenciones breves o motivacionales <i>Indicada ****</i>		
				Mentoría <i>Selectiva *</i>		
	Intervenciones multicomponentes basadas en la comunidad <i>Universal - Selectiva ***</i>					
LABORAL					<i>Universal - Selectiva - Indicada ***</i>	

Fuente: elaboración propia a partir de UNODC (2018) y EMCDDA (2020).

TABLA 3. INTERVENCIONES EN PREVENCIÓN DE ADICCIONES SEGÚN NIVEL DE EFICACIA	
Tipo de intervención	Nivel de eficacia
Políticas regulatorias (ambiental)	***** excelente
Abordaje económico (ambiental)	**** muy buena
Intervenciones breves o entrevistas motivacionales (comunitario)	**** muy buena
Competencias familiares y habilidades parentales (familiar)	**** muy buena
Competencias sociales y habilidades personales (escolar)	*** buena
Combinación de enfoques (escolar)	*** buena
Mejora del entorno y clima escolar (escolar)	*** buena
Intervenciones multicomponentes basadas en la comunidad (comunitario)	*** buena
Intervenciones preventivas en el medio laboral	*** buena
Abordaje de las vulnerabilidades (escolar)	(1)
Entorno físico (ambiental)	** adecuada
Visitas perinatales en la primera infancia (familiar)	** adecuada
Intervenciones con mujeres embarazadas (familiar)	* limitada
Enfoque de influencia y normalización social (escolar)	* limitada
Campañas en medios de comunicación (comunitario)	* limitada
Mentoría o intervención de pares (comunitario)	* limitada
Basadas en información y conocimiento (escolar)	insuficiente

Fuente: elaboración propia a partir de UNODC (2018) y EMCDDA (2020).

(1) Aglutina 3 tipos de intervención: educación selectiva 1^o infancia (muy buena ****), refuerzo del vínculo con la escuela (adecuada **) y abordaje de vulnerabilidades psicológicas individuales (adecuada**)

TABLA 4. PROGRAMAS CONCRETOS AVALADOS POR LA EVIDENCIA

Ámbito	Enfoque	Intervención	Breve descripción	Eficacia
AMBIENTAL	Entorno físico	Stad-Communities Preventing Alcohol Related Harm	Programa multicomponente de prevención del consumo irresponsable de alcohol en entornos nocturnos de ocio, basado en la comunidad. El programa implica a autoridades locales, agentes comunitarios y hostelería e incluye actuaciones diversas desde campañas en medios o grupos de participación hasta formación de personal de hostelería o la sustitución de vasos de cristal.	Media
FAMILIA	Visitas perinatales en la primera infancia	Nurse-Family Partnership	Programa selectivo de visitas a domicilio para mujeres embarazadas primerizas en situación o riesgo de exclusión. El programa, que abarca de la gestación a los dos años de edad del hijo o hija tiene por objetivo mejorar las aptitudes de crianza de las madres.	Alta
	Competencias familiares y habilidades parentales	EFFEKT - Mejora de Aptitudes Parentales frente al Consumo de Alcohol	Intervención de prevención universal orientada a adolescentes entre 13 y 16 años, que busca reducir el consumo de alcohol mediante el cambio de actitudes de sus madres/padres con relación al alcohol y el establecimiento de normas en el seno de la familia.	Alta
		Strengthening Families Programa De Competencia Familiar	Programa de intervención de prevención universal para familias con hijos e hijas de 3 a 16 años. Se ha aplicado en el estado español con la denominación “Programa de competencia familiar”; ha sido adaptado para la prevención selectiva en familias en situación de riesgo con menores de 7 a 12 años.	Media
		Coping Power - Empecemos	Programa de prevención indicada y multicomponente para niños y niñas de entre 6 y 10 años con problemas de conducta, sus familias y profesores. Implantada en Galicia bajo el nombre de “Empecemos”.	Alta
		Functional Family Therapy	Programa de prevención indicada y selectiva de intervención terapéutica a corto plazo (aproximadamente 30 horas) para menores infractores, de entre los 11 y 18 años y en riesgo de institucionalización, y para sus familias.	Alta
		Community Parent Education Programme (Cope)	Programa comunitario destinado a progenitores de niños y niñas hasta los 14 años, que presentan trastornos de conducta. Es un programa de educación para grupos grandes de padres y madres basado en la comunidad. No se centra específicamente en la prevención del uso de drogas.	Media
ESCUELA	Influencia y normalización social	BE Smokefree	Programa de prevención basado en la escuela que tiene por objetivo reforzar la capacidad del alumnado para gestionar la presión. Paralelamente, la intervención busca mejorar las expectativas y la percepción positiva de un estilo de vida libre de tabaco.	Alta
		Smokefree Class Competition SFC	Programa cofinanciado por la UE y extendido a 22 países, que se aplica generalmente con menores de entre 11 y 14 años. En el transcurso del programa, el aula en su conjunto adquiere el compromiso de no fumar en un plazo de seis meses. Si al menos el 90% de la clase sigue sin fumar, el aula se clasifica para una competición estatal y luego internacional, con posibilidad de obtener una serie de premios.	Media
	Competencias sociales y habilidades	Life Skills Training (Lst)	Programa universal de prevención de adicciones basado en la escuela. Su objetivo es prevenir no solo el consumo de drogas ilegales, alcohol y tabaco, sino también intervenir tempranamente frente a las conductas violentas y otros comportamientos de riesgo durante la etapa adolescente.	Alta
		Eigenständig Werden (Becoming Independent)	Programa de formación en habilidades para la vida que presenta un enfoque específico frente a las adicciones y el <i>bullying</i> . Se imparte a través de personal docente específicamente formado para ello y con niños y niñas de entre 6 y 9 años.	Alta

TABLA 4. PROGRAMAS CONCRETOS AVALADOS POR LA EVIDENCIA

Ámbito	Enfoque	Intervención	Breve descripción	Eficacia
	Abordaje de las vulnerabilidades	Psicología Positiva Multi componente en la Escuela	Tienen como objetivo aumentar el bienestar subjetivo y psicológico y reducir los indicadores de angustia psicológica más comunes en adolescentes (fundamentalmente depresión, ansiedad y estrés).	Alta
		Tnd Project Towards No Drug Abuse	Intervención escolar con fuerte enfoque comunitario, orientada a adolescentes de alto riesgo. El objetivo de la intervención es prevenir el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilegales.	Alta
		Preventure	Programa de prevención escolar breve, indicado para adolescentes con factores de riesgo en sus inicios de consumo de sustancias y/o desarrollo de otras conductas de riesgo.	Media
	Combinación de enfoques	PASE.Bcn	Programa dirigido por personal docente, de dos cursos escolares de duración y compuesto por: prevención del hábito de fumar mediante la educación en salud como parte del plan de estudios; ambiente escolar libre de humo y actividades de prevención del hábito de fumar fuera de la escuela.	Media
		Unplugged	Intervención de prevención escolar que incorpora componentes centrados en el pensamiento crítico en la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento creativo, la comunicación efectiva, el refuerzo de habilidades para la vida, el auto conocimiento, la empatía, la gestión emocional y del estrés y el cambio de creencias normativas sobre los efectos perjudiciales de las sustancias.	Alta
	Mejora del entorno y clima escolar	Good Behaviour Game Gbg	Más allá de un programa de prevención escolar al uso, constituye un modo de gestionar las aulas en escuelas primarias incorporando habilidades sociales en el alumnado. El programa enfatiza el rol de las referencias en la adaptación escolar y aplica técnicas basadas en la teoría social de aprendizaje.	Alta
COMUNIDAD	Mentoría-intervención de pares	A Stop Smoking In Schools Trial (Assist)	Programa educativo basado en la intervención de pares que tiene por objetivo promover el abandono del consumo de tabaco.	Alta
	Intervenciones multicomponente en la comunidad	Communities That Care - Ctc	Paquete de prevención, de gran flexibilidad, que ayuda a las comunidades a priorizar las necesidades y a identificar la población diana y adaptar la intervención en función de factores de riesgo y protección propios Se definen coaliciones comunitarias que desarrollan una estrategia común y movilizan a las comunidades en iniciativas de prevención y promoción de la salud.	Media
		Project Northland	Programa de prevención universal destinado a adolescentes entre los 12 y los 18 años. El programa interviene en múltiples niveles: enseña al alumnado habilidades para evitar de manera efectiva las influencias sociales para beber alcohol y modifica directamente el entorno social de las y los jóvenes (es decir, sus iguales, los padres y las madres, la escuela, y la comunidad).	Media
		Parentcorps	Programa de intervención selectiva y multinivel para niños y niñas de 3-4 años que residen en barrios vulnerables. El objetivo es crear entornos saludables y seguros tanto en el hogar como en la escuela, así como mejorar las relaciones entre progenitores y profesorado.	Alta
		Seattle Social Development Project	Intervención selectiva y combinada destinada a niños y niñas de 6 a 12 años de escuelas públicas en áreas con alta criminalidad. El programa incluye tres componentes: formación de profesorado, entrenamiento en competencias sociales para los y las menores y educación para padres/madres.	Alta
LABORAL	Intervenciones preventivas en el medio laboral	European Workplace And Alcohol Ewa	Intervención de nivel básico para producir cambios en cuanto al conocimiento sobre el impacto del alcohol en la salud, cambios en el patrón de consumo y cambios en las actitudes de los trabajadores.	Media

Tal y como se resume en las tablas anteriores, la revisión concluye que un sistema de prevención efectivo debe englobar una variedad de políticas e intervenciones en función de cuatro parámetros: el entorno en el que se desarrolla, la edad del grupo destinatario, el nivel de riesgo de la población diana y, por supuesto, la evidencia existente.

En cuanto a los **ámbitos de intervención**, la evidencia sugiere que:

- La modificación del entorno en el que se produce el consumo de drogas, es decir, las intervenciones basadas en la **prevención ambiental** y más concretamente las políticas regulatorias (control de puntos de venta, restricciones de acceso por edad, subida del precio de alcohol, prohibición de fumar en lugares públicos...) son las de mayor nivel de eficacia.
- Las intervenciones familiares basadas en un enfoque de **competencias y habilidades parentales** también destacan por su elevado nivel de eficacia. La evidencia sugiere que las intervenciones familiares universales que incluyen tanto a progenitores como a niños, niñas y adolescentes son más eficaces que las que incluyen únicamente a padres y madres o a los y las menores. Las intervenciones familiares con mujeres embarazadas o las visitas perinatales en la primera infancia han mostrado mayor efectividad en familias vulnerables (prevención selectiva).
- A pesar de su amplia implantación, la evidencia sobre el nivel de eficacia de los **programas escolares de prevención de adicciones no es concluyente**. Los modelos basados en competencias sociales y habilidades personales, las políticas de mejora del entorno o clima escolar y las intervenciones que incorporan múltiples enfoques obtienen un buen nivel de eficacia. Sin embargo, los enfoques de normalización social o basados en información y conocimiento no cuentan con evidencia suficiente. Estas intervenciones solo funcionan cuando se combinan con otros enfoques.
- En el **ámbito comunitario** destacan por su elevado nivel de eficacia las intervenciones breves en los servicios sociales y de salud, así como las intervenciones multicomponente en la comunidad. Por el contrario, el nivel de eficacia de las campañas mediáticas o de los programas de mentoría es limitado. Por último, los estudios sobre intervenciones preventivas en el **ámbito laboral**, aunque no muy numerosos, muestran con un buen nivel de eficacia.
- Finalmente, existe un amplio consenso en la consideración de que las **actividades de prevención multicomponentes** tienen mayor probabilidad de alcanzar resultados positivos que las circunscritas a un solo ámbito preventivo. Es decir, un modelo de prevención efectivo es el que llega a la población a través de múltiples entornos y abordajes (familias, centros educativos, comunidades, lugar de trabajo, medios de comunicación, etc.).

En cuanto al **enfoque del curso de la vida**, resulta esencial conocer los factores de vulnerabilidad del grupo destinatario en función de su edad. Así, la evidencia sugiere que ayudar a los, las niños y jóvenes durante su desarrollo y, sobre todo, en los períodos críticos de transición en los que son más vulnerables, puede incidir en posteriores etapas y comportar efectos más duraderos. En consecuencia, la evidencia sugiere que las **intervenciones en edades tempranas generan un mayor impacto que las realizadas en etapas posteriores** (UNODC, 2018; EMCDDA, 2020).

Con relación al **nivel de riesgo** y el abordaje de los factores de vulnerabilidad, algunas investigaciones alertan del peligro de una excesiva inclinación a programas dirigidos a grupos de alto riesgo — prevención selectiva o indicada—, lo que puede tener el efecto indirecto de estigmatizar a individuos identificados como tales y, por el contrario, privar a las personas o comunidades que se consideran de bajo riesgo, de intervenciones que podrían beneficiarlas. Esta estigmatización puede resultar especialmente perjudicial en el caso de niños, niñas y adolescentes, agravando la vulnerabilidad social y emocional existente (*Partnership to End Addiction*, 2022).

A nivel más específico, otro de los aspectos transversales emergentes en la revisión sobre prevención es la adopción de técnicas basadas en **ordenadores, internet y/o redes sociales**. Aunque son pocos los estudios que evalúan la efectividad de las intervenciones preventivas basadas en dispositivos electrónicos, la evidencia disponible sugiere que son efectivas. La investigación de Hopson (2015) halla pruebas de que las intervenciones basadas en internet y en dispositivos electrónicos son efectivas en la prevención o reducción del riesgo de adicciones: retrasan la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes, mejoran el conocimiento en torno a las drogas, reducen el tabaquismo entre adolescentes y se muestran especialmente efectivos en el caso de jóvenes con mayor riesgo de abuso de alcohol. Varios estudios cuestionan que las intervenciones por ordenador y/o internet tengan efectos añadidos en comparación con las intervenciones tradicionales; sin embargo, se sugiere que, aportando resultados similares, conllevan la ventaja de ser más coste-efectivas, por su gran alcance. La revisión sistemática de Wood (2014) también concluye que los programas universales de prevención de consumo de drogas ilegales basados en ordenadores fueron eficaces para reducir la frecuencia del consumo recreativo a medio plazo (< 12 meses), pero no inmediatamente después de la intervención.

4.3. PREVENCIÓN AMBIENTAL

Los enfoques tradicionales de la prevención tienen en común que se dirigen a individuos (adolescentes, padres o madres), grupos sociales (clases escolares, unidades familiares, grupos de pares) o poblaciones enteras, basándose en que las personas eligen sus comportamientos conscientemente a través de la toma de decisiones racionales. En base a este paradigma, las personas, incluidos los y las adolescentes, se conciben como seres racionales, capaces de razonar y de moderarse a sí mismos (a pesar de la evidencia de lo contrario), incluso en contextos que inducen a una alimentación poco saludable, al consumo de sustancias o a una conducta social problemática. Sin embargo, apenas se tienen en cuenta los factores del contexto social y ambiental que influyen en el individuo, así como los aspectos frecuentemente impulsivos, habituales o incluso automáticos que dominan las conductas.

Frente a estas limitaciones, el enfoque de prevención ambiental de las adicciones constituye un abordaje emergente que se basa en modificar el contexto en el que las personas toman decisiones. Las intervenciones ambientales buscan modificar el entorno donde se produce el uso de sustancias para desincentivarlo. Desde esta perspectiva esencial en Salud Pública, el objetivo de la prevención ambiental es identificar las amenazas y oportunidades del entorno social y físico y abordarlas con actuaciones que maximicen los puntos fuertes de la sociedad y minimizan las influencias negativas que puedan existir. En este sentido, resulta particularmente relevante en aquellos entornos en los que existen factores desencadenantes de comportamientos de riesgo —locales de ocio, tiendas de alcohol o espacios públicos— (Burkhart, 2022, EMCDDA 2018, 2020).

Uno de los precursores del concepto, Burkhart (2011) definió la prevención ambiental, de modo claro y didáctico, como aquellas estrategias que alteran las normas y los ambientes culturales, físicos, sociales y económicos en los que las personas hacen sus elecciones sobre el consumo de drogas y otras adicciones, sin basarse en la persuasión. Pero fue Foxcroft (2014) quien propuso introducirla formalmente como una nueva categoría de intervenciones de carácter preventivo. A pesar de que la definición del concepto de prevención ambiental es reciente, el abordaje es ya un pilar consolidado de la Estrategia de la Unión Europea sobre Drogas. El cuerpo teórico actual ya permite definir algunas características principales de la prevención ambiental⁶:

⁶ *European Society for Prevention Research EUSPR*

- Cambia el contexto (físico, económico, social, regulatorio, etc.) del comportamiento humano en lugar de centrarse principalmente en el control del comportamiento. *Ejemplo: cambiar el tamaño de la dosis o unidad estándar, o limitar las oportunidades de compra en lugar de hacer llamamientos para un consumo moderado.*
- Induce un cambio de normas sociales, valores y actitudes como impacto secundario. *Ejemplo: las prohibiciones de fumar han cambiado profundamente la aceptación social del tabaquismo en general, incluso entre quienes inicialmente se oponían a ellas.*
- Se pueden utilizar en diferentes niveles de contexto (micro, meso, macro) o en combinación (p. ej., familia, escuela, barrio, país). *Ejemplo: las horas de toque de queda para adolescentes, como en Islandia y Croacia, parecen facilitar la gestión familiar, reducir las intoxicaciones y reducir el consumo de sustancias entre la juventud.*
- Resulta particularmente relevante en entornos que contienen muchos desencadenantes potenciales de comportamientos nocivos. *Ejemplo: locales de ocio nocturno o áreas con alta densidad de locales de juego o de venta de alcohol.*

Las intervenciones ambientales utilizan el entorno para dirigirse a una población específica de forma indirecta y, por tanto, no tienen un contacto directo con esta población, como sería el caso de los programas escolares de prevención o de las intervenciones familiares. Por ello, otra de las ventajas de las intervenciones ambientales es que, si se implementan de forma correcta, pueden tener mayor alcance que las intervenciones comportamentales por sí solas. Sin embargo, la evidencia sugiere que debería implantarse tanto intervenciones comportamentales como ambientales de un modo coordinado y complementario (Burkhart, 2022, EMCDDA 2018, 2020).

En el caso de la infancia, la adolescencia y la juventud, la prevención ambiental adquiere una importancia aún mayor. La ciencia ha demostrado que las carencias en alguno de los determinantes sociales de la salud en la infancia (estabilidad económica, acceso a una educación de calidad, acceso a unos servicios de salud de calidad, entorno vecinal y vivienda seguros y entorno social y comunitario), pueden tener un impacto muy negativo en el riesgo de consumo de drogas y otras adicciones (Partnership to End Addiction, 2022). Por tanto, para ser verdaderamente efectivas, las intervenciones preventivas deben abordar un entorno más amplio que la infancia que crece (competencias personales), la escuela que educa (programas escolares) y los progenitores que crían (intervención familiar), mediante un abordaje más temprano, más amplio y colaborativo sobre los factores tanto individuales como ambientales.

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, divide las intervenciones ambientales en tres categorías principales, aunque existe una estrecha relación entre ellas (EMCDDA 2018, 2020):

- **Políticas regulatorias:** se refieren a cambios en el entorno legal que define qué comportamientos están permitidos y cuáles no (restricciones de edad, espacios libres de humo, conducción de vehículos, etiquetado, control de la publicidad, etc.).
- **Abordaje económico:** se centran tanto en las personas consumidoras como en las potenciales consumidoras a través fundamentalmente de la modificación de impuestos y del establecimiento de políticas de precios.
- **Entorno físico:** aspiran a modificar el entorno físico en el que se produce el consumo, fundamentalmente bares y clubes nocturnos en el caso de las personas adultas, o las escuelas en el caso de la infancia y adolescencia.

Qué funciona

A la hora de analizar la eficacia de las estrategias de prevención ambiental cabe apuntar que, a veces, no es sencillo diferenciar las medidas de prevención ambiental de aquellas realizadas en el ámbito comunitario, como las campañas mediáticas, por ejemplo.

En segundo lugar, una posible razón por la que la evaluación de las estrategias de prevención ambiental carece de la misma visibilidad que otros ámbitos, reside en el hecho de que los ensayos controlados aleatorios (ECA) clásicos son difíciles de realizar en este contexto; las evaluaciones a gran escala suelen ser muy costosas y consumen mucho tiempo. Por lo tanto, el estándar de oro tradicional “basado en la evidencia” no siempre se puede aplicar en la prevención ambiental y quizá sería razonable aplicar métodos alternativos como las evaluaciones de impacto, por ejemplo.

A pesar de estas limitaciones, la revisión de la evidencia en torno a la eficacia de la prevención de adicciones permite afirmar que las **estrategias de prevención ambiental son efectivas** (EMCDDA, 2020; UNODC, 2018; Burton 2016; Bühler, 2015). En concreto, la revisión de revisiones de la UNODC concluye que los enfoques de prevención ambiental a nivel macro, como la regulación del alcohol y el tabaco, parecen ser más efectivos que cualquier otro enfoque que se suele aplicar en el campo de la prevención del uso de sustancias.

Cabe destacar asimismo que, al igual que se constata en multitud de ámbitos de la prevención, también en el caso de las intervenciones ambientales, la literatura especializada sugiere que una combinación de intervenciones puede tener mayor impacto que las intervenciones ambientales aisladas. En la medida de lo posible, las actuaciones de prevención ambiental deben coordinarse con programas preventivos específicos a nivel escolar, familiar o en el lugar de trabajo y aportando una perspectiva selectiva e indicada, cuando se detecte la necesidad. Así, por ejemplo, las políticas de prevención integrales para evitar que la población menor de edad compre tabaco o alcohol implican la activación conjunta de intervenciones ambientales —aplicación y vigilancia constante de la ley de restricciones para menores; formación y sensibilización de minoristas de venta—, junto con intervenciones de prevención mediáticas y/o escolares para reforzar estos mensajes. De igual modo, aunque resulte un tanto obvio, cabe constatar que, para que las políticas regulatorias tengan los efectos positivos deseados, resulta imprescindible incorporar el correspondiente sistema sancionador, es decir, las medidas previstas solo serán eficaces si se acompañan de un régimen de inspección y sancionador (Becoña, 2021; UNODC, 2018).

A pesar de la amplia evidencia sobre su eficacia, la implantación de la prevención ambiental no resulta sencilla. La puesta en marcha de determinadas medidas de prevención ambiental se enfrenta a fuertes resistencias y las razones son variadas. Históricamente las sociedades tienden a rechazar las intervenciones que consideran restrictivas para sus libertades. Otra de las razones puede hallarse en la “invisibilidad” de algunas intervenciones ambientales frente a otras más obvias y visibles —aunque no tan efectivas— como las campañas mediáticas. Sin olvidar la presión de los grupos de interés y la industria que defienden la idea de responsabilidad individual frente a las intervenciones en el entorno. Frente a estas resistencias, la aprobación del Convenio marco de Naciones Unidas para el control del tabaquismo ha supuesto un hito que, como medida de prevención ambiental, ha demostrado que, cuando se implantan medidas de este tipo el efecto es espectacular, porque los cambios son rápidos, efectivos, y con claros resultados en poco tiempo en la reducción de la morbi-mortalidad, hospitalizaciones, efectos colaterales en otras personas, etc.

A modo de resumen, el siguiente cuadro sintetiza las principales intervenciones de prevención ambiental y su nivel de evidencia, según la revisión de la evidencia.

Estrategias de prevención ambiental para la prevención de adicciones			
Tipo de intervención	Población destinataria	Enfoque	Nivel de eficacia
Políticas regulatorias	población en general, personas consumidoras o menores de edad	Universal	***** excelente
Abordaje económico	Personas (activas o potencialmente) consumidoras	Universal	**** muy buena
Entorno físico	Personas consumidoras (entornos de ocio ⁷)	Universal	** adecuada

Fuente: elaboración propia.

a) Políticas regulatorias

Enfoque: universal

Personas destinatarias: población en general, personas consumidoras o menores de edad

Nivel de eficacia: excelente *****

Los abordajes regulatorios se refieren a cambios en el entorno legal que definen qué comportamientos de consumo están permitidos y cuáles son sancionables.

Este tipo de enfoque puede incluir leyes que controlan el acceso a las sustancias (restricciones de edad mínima, regulaciones de medicamentos o control de drogas ilegales), prácticas relativas al control de la exposición a publicidad engañosa o pro-consumo (publicidad, etiquetado...) o acciones relativas al comportamiento después del consumo de sustancias (conducción bajo los efectos del alcohol, prohibición de servir alcohol a personas visiblemente intoxicadas u obligación de proporcionar agua gratuita como condición para otorgar una licencia de ocio o de venta de alcohol).

A nivel micro, se podrían incluir también aquí las políticas de mejora del entorno escolar⁸ que intervienen en el medio con el fin de reducir o prevenir, directa o indirectamente, las conductas adictivas (EMCDDA; Burkhart, 2011).

Qué funciona

Las políticas regulatorias en torno al alcohol y tabaco tienen una excelente base científica de efectividad (Becoña, 2021; EMCDDA, 2020; Burton, 2016). En concreto, la revisión de revisiones de la UNODC (2018) concluye que los enfoques regulatorios de prevención ambiental a nivel macro resultan más efectivos que cualquier otro enfoque que se suele aplicar en el campo de la prevención de las adicciones⁹.

⁷ Las políticas para la mejora del entorno y del clima escolar, aun pudiendo ser entendidas como medidas micro de prevención ambiental, se han descrito en el apartado relativo a la prevención en el ámbito escolar.

⁸ Debido a su especificidad, este tipo de intervenciones se han descrito con más detalle en el apartado relativo a las intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar

⁹ De hecho, las políticas regulatorias son la única estrategia de prevención cuyo nivel de eficacia se califica como Excelente según los Estándares de la UNODC.

La evidencia sugiere que las políticas regulatorias sobre tabaco y alcohol más eficaces son aquellas que:

- Reducen la disponibilidad de los productos de tabaco y alcohol.
- Prohíben el acceso para las personas menores de edad.
- Aumentan la edad mínima para la venta.
- Prohíben los anuncios de tabaco y restringen la publicidad de productos de alcohol dirigida a la juventud.
- Refuerzan la implicación del sector minorista a través de programas formativos y de sensibilización.
- Aumentan el precio de venta de las sustancias adictivas mediante los impuestos.
- Garantizan una aplicación efectiva y coherente de estas políticas.

Con relación a la **regulación de la disponibilidad**, la evidencia sugiere que reducir la densidad de establecimientos de venta puede ser una medida útil para reducir la problemática social vinculada al consumo de alcohol. Sin embargo, los resultados sobre la reducción del propio consumo no son tan claros, probablemente porque la gente puede desplazarse a otras áreas o recurrir a otros medios para adquirir el alcohol que consume. Sí se ha demostrado que los beneficios de este tipo de intervenciones regulatorias se maximizan cuando se implantan en zonas especialmente deprimidas. Existe evidencia sobre la eficacia de las siguientes restricciones de la promoción, venta y consumo de alcohol en eventos públicos: establecer áreas libres de alcohol, tener carteles bien visibles indicando la prohibición de beber alcohol en menores, controlar la edad de acceso, sancionar al personal de hostelería que vendan alcohol a personas embriagadas o llamar a los servicios de urgencias cuando se detecta una persona con intoxicación (Becoña, 2021).

En cuanto a la reducción del horario de ventas, hay evidencia de que se reduce el daño vinculado al consumo del alcohol. Sin embargo, la evidencia sugiere que la efectividad solo es tal si el cierre es superior a dos horas por día y, sobre todo, si el cierre se aplica en horario de madrugada. Por el contrario, hay evidencia de que ampliar el horario de venta conlleva un aumento en el consumo y viceversa. También ha mostrado ser eficaz elevar la edad mínima para beber alcohol a los 21 años y controlar el acceso de los y las menores de edad a locales de venta de alcohol y prohibir consumir alcohol y otras drogas, así como su venta en las escuelas, institutos y universidades.

En el ámbito de la **regulación de la publicidad y el etiquetado**, existe evidencia sobre la relación entre el aumento del gasto en publicidad en alcohol y el (ligero) aumento de su consumo. Varios estudios han mostrado que la prohibición total de la publicidad en torno al alcohol es una política altamente efectiva y coste-efectiva en términos de salud pública (Holm, 2014; Cobiac, 2009; Meyer, 2009; Booth, 2008; Hollingworth, 2006). La prohibición de la publicidad de las bebidas alcohólicas es muy eficaz, sobre todo cuando se prohíbe en lugares públicos (ej., transporte público, establecimientos de venta de alcohol, centros educativos, vallas publicitarias, etc.), en los medios de comunicación de masas, la publicidad indirecta (publicidad encubierta, financiación de eventos, venta de productos con la misma marca, bebidas 0.0, etc.) o las promociones que incitan un mayor consumo de alcohol como las promociones 2 x 1 o las horas felices. La evidencia muestra, por el contrario, la falta de eficacia de las políticas de autorregulación por parte de la industria del alcohol (Becoña, 2021; Costello, 2012).

En el caso específico de la protección de los y las menores de edad, varias revisiones y estudios han mostrado que la exposición a la publicidad sobre alcohol entre jóvenes y adolescentes se asocia con un aumento de la probabilidad de iniciar el consumo de alcohol y, si ya lo hacen, con un aumento en la cantidad que consumen. La literatura destaca la efectividad de dos medidas concretas: la prohibición de la publicidad de alcohol en determinadas franjas horarias y la prohibición de alcohol en eventos deportivos (Brown, 2016; Health Forum, 2015; Patil, 2014; Anderson, 2009; Smith, 2009).

En cuanto a la información del etiquetado, a pesar de no haber evidencia sobre su eficacia en la reducción de consumo, sí da respuesta al derecho de la persona consumidora a estar informada.

La **prohibición de consumo de alcohol en espacios públicos** tiene por objetivo reducir los desórdenes asociados al consumo de alcohol. No hay evidencia sobre su efectividad en la reducción del consumo de alcohol, pero sí sobre su impacto negativo entre grupos de personas en situación de exclusión, fundamentalmente las personas en situación de calle, aunque también genera efectos no deseados entre las personas jóvenes.

En la actualidad, cobran gran importancia las políticas regulatorias relativas a los **juegos de azar y las apuestas deportivas** (Becoña, 2021). Con relación a la disponibilidad, la ciencia indica que, a mayor densidad de locales en una zona, mayor gasto en juego y en la participación de personas en el mismo (St.-Pierre et al., 2014). Los estudios realizados en diversos países sobre esta medida han mostrado ser eficaces, en el sentido de que regular el juego para disminuir el número de locales de juego o de apuestas tiene el efecto de reducir la cantidad jugada y los problemas de juego¹⁰. En el caso de la adolescencia y juventud, por ser edades de alta vulnerabilidad para el desarrollo de conductas de riesgo como el juego problemático; la regulación y control del mismo constituyen una de las medidas más importantes. La experiencia indica que cuanto más tarde pueden los jóvenes jugar en un país menor es la prevalencia de juego (Calado et al., 2016). La regulación de las estrategias de marketing del juego se considera fundamental, especialmente por su influencia en la población más joven. Con base en la evidencia empírica hasta la fecha, Monahan et. al. (2008) recomiendan las siguientes pautas para la regulación del juego y su impacto en la población juvenil:

- No se debe permitir que los anuncios de juegos de apuestas aparezcan en TV o radio en horario infantil, ni en lugares donde puedan ser vistos con frecuencia por personas jóvenes, como en vallas publicitarias, en transporte público, tiendas en las que acceden menores, ni publicaciones donde una proporción importante de lectores son menores de edad.
- A las empresas que generan principalmente sus ingresos por juego debe prohibírseles publicitarse a través del patrocinio de equipos y eventos deportivos.
- Los productos que promocionan el juego no deben fabricarse en tamaños infantiles ni estar disponible para la compra por parte de menores, ni regalarse en promociones o como premios.
- Las empresas de juego deberían tener restricciones para la utilización de personas conocidas con el fin de atraer a los y las jóvenes y aumentar la probabilidad de su implicación en el juego.
- La publicidad de juego como de sitios web de apuestas debe estar sujeta a las mismas tasas que para el juego presencial y tener prohibida la publicidad a través de SMS a teléfonos móviles.
- Los anuncios de productos de juegos de apuestas deben contener información precisa con respecto a las posibilidades de ganar y una advertencia visible que destaque los potenciales riesgos asociados al juego excesivo.

¹⁰ A modo de experiencia exitosa destaca la reforma de las máquinas tragaperras en Noruega. En 2007 se aprobó una nueva normativa sobre las máquinas reduciendo a un quinto las existentes, introduciendo el acceso controlado y la opción de restringir la cantidad máxima perdida. Los resultados mostraron tanto un descenso significativo en el juego (28% menos de gasto en máquinas tragaperras) y en la prevalencia de jugadores/as problemáticos/as.

- No deben usarse para publicitar productos de juego imágenes orientadas a los más jóvenes, incluidos animales, dibujos animados, música, celebridades o artistas.
- Los anuncios de juegos de apuestas no deben incluir ni representar a ninguna persona que sea o parezca menor de 25 años.
- Las regulaciones para los anuncios de juegos de apuestas deben ser obligatorias y evaluadas continuamente por un organismo regulador independiente.

b) Abordaje económico

Enfoque: universal

Población destinataria: personas consumidoras, personas potencialmente consumidoras

Nivel de eficacia: muy buena****

Los abordajes económicos de la prevención ambiental se centran tanto en las personas consumidoras como en las potenciales consumidoras a través fundamentalmente de impuestos, políticas de precios o incluso incentivos para fomentar elecciones más saludables. A pesar de que los impuestos sobre el alcohol y el tabaco se han percibido tradicionalmente más como un generador de ingresos económicos que como intervenciones beneficiosas para la salud poblacional, ha ido emergiendo mayor evidencia sobre la fuerte relación entre precio, consumo y daños.

En esta línea, la mayoría de los países europeos ha introducido grandes impuestos sobre los productos del tabaco y algunos han establecido un precio unitario mínimo de alcohol para reducir su asequibilidad. Igualmente, se pueden incentivar las opciones más saludables reduciendo el precio de las bebidas no alcohólicas o facilitando el acceso al agua en lugares recreativos como pubs y bares.

Qué funciona

La revisión de literatura muestra unanimidad al considerar que **subir el precio del alcohol y tabaco reduce su consumo** en la población en general y, por tanto, se considera una de las intervenciones más importantes y con mayor evidencia para la reducción del uso de estas sustancias.

- Según los Estándares Internacionales de la UNODC (2018), la revisión de la investigación científica sobre las intervenciones ambientales para el uso de sustancias mostró que aumentar el precio del **alcohol** comportaba varios resultados positivos: tenía un impacto tanto sobre quienes bebían moderadamente como sobre quienes bebían de forma intensiva, incluyendo el consumo excesivo entre la juventud en edad universitaria.
- La revisión realizada por Ubido et al. (2010) para el Observatorio de Salud Pública de Liverpool sobre el coste efectividad de los programas dirigidos a prevenir el consumo de **alcohol** concluye que la opción más coste efectiva para reducir los daños causados por el alcohol es la relacionada con el incremento de tasas y el establecimiento de precios mínimos por unidad de alcohol. Otra revisión específica de las políticas orientadas a la prevención del consumo de alcohol (Elder, 2010) halló una evidencia clara en relación a que el incremento en los impuestos que gravan el alcohol se relaciona con una reducción del consumo y de los daños asociados al mismo, de modo que un incremento de 10% en el precio del consumo se traduce en una caída de entre el 3% y el 10% en el consumo, si bien tales resultados dependen del nivel de ingresos de las personas consumidoras y de la elasticidad de la demanda de los diferentes grupos poblacionales.
- Con el fin de que esta subida de impuestos resulte efectiva resulta esencial que se concrete en un aumento del precio para el o la consumidora (*pass-through*). La experiencia británica

muestra que los productores tienden a asumir parte de la subida de impuestos en el caso de las bebidas más económicas y, por el contrario, suben el precio de las bebidas más caras en mayor medida que la subida de impuestos (Ally, 2014). Estas medidas repercuten negativamente en la efectividad de la subida de impuestos desde el punto de vista de salud pública, por lo que las políticas regulatorias deben establecer las actuaciones necesarias para evitarlo.

- Existe un considerable cuerpo de investigación que sugiere que las políticas reguladoras de alcohol y **tabaco** tienen efectos positivos en la reducción del consumo de **cannabis**. Además, existe una clara interrelación entre las trayectorias del consumo de cannabis y las del tabaco, de modo que, en Europa, el consumo de cannabis es mucho más frecuente entre quienes fuman tabaco. Algunos estudios han demostrado que unos precios más altos de tabaco disminuyen la intensidad del uso de la marihuana. También se ha encontrado una relación negativa entre el consumo de cannabis y los precios del alcohol, pero sólo en las personas jóvenes (Isorna, 2017).

En cuanto al **establecimiento de precio mínimo para el alcohol**, esta medida pretende asegurar que éste no estará accesible por debajo de un determinado precio. La literatura sugiere que el establecimiento de precios mínimos resulta efectivo y coste-efectivo en la reducción del consumo de alcohol. Esta efectividad es especialmente elevada en el caso de las personas que son grandes bebedoras. A este respecto, la experiencia de la provincia Saskatchewan (Canadá) mostró que un aumento del 10% en los precios mínimos del alcohol redujo el consumo en un 8,4%. Mientras, en la vecina provincia de Alberta, donde no se había implementado ninguna política de precios mínimos, no hubo cambios en el consumo de alcohol per cápita (Stockwell, 2012).

Parece que la combinación de ambas estrategias (subida de impuestos + control de precios mínimos) aumenta su impacto positivo y mejora el coste-efectividad. A este respecto, la revisión de literatura de Becoña (2021) concluye que el incremento de impuestos sobre el alcohol es muy eficaz, sobre todo cuando el incremento está por encima del IPC, cuando hay un precio mínimo para el alcohol y cuando se facilita que haya bebidas sin alcohol más baratas.

En el caso específico de los **juegos de azar** la evidencia sugiere que el abordaje económico resulta efectivo para reducir su uso. Por un lado, la cantidad que se apuesta influye en la probabilidad de apostar o no; por ello, se ha propuesto poner una cantidad mínima del coste de la apuesta y que ésta sea baja. Otro modo de reducir el gasto en juego es incrementar los impuestos sobre los premios que se obtienen sobre el juego. En varios países se ha limitado el pago de premios importantes para que no se haga de golpe, sino escalonando el pago de los mismos a lo largo de varios años, pues se sabe que si lo que se puede ganar no llega al doble de lo que se gana mensualmente disminuye la probabilidad de tener problemas con el juego. Existe evidencia además de que el cambio en la forma de juego puede reducir la atracción y el gasto en juego (la aplicación de restricciones sobre las horas de juego en Nueva Escocia, Canadá, produjo un descenso en el gasto en juego y en los problemas de juego). Asimismo, se sabe hace décadas que el tiempo entre la apuesta y el resultado influye en la mayor o menor frecuencia de juego; así, por ejemplo, la reducción de la frecuencia del evento en máquinas tragaperras de 5 a 15 segundos reduce el juego (Becoña 2021; Auer et al., 2018 y 2020)¹¹.

¹¹ Esta medida ya se ha aplicado en parte en España, a finales de los años 80 y principios de los 90, cuando el juego desbordaba a la población y acarreaba consecuencias negativas a una parte importante de los jugadores (Becoña, 2021)

c) Abordaje físico

Enfoque: universal

Población destinataria: personas en entornos de ocio

Nivel de eficacia: adecuada **

Los abordajes físicos aspiran a cambiar el entorno en el que se toman decisiones en torno a las pautas de consumo. Esto puede incluir tanto el microentorno (por ejemplo, el diseño de bares y clubes nocturnos para desalentar el consumo excesivo y rápido de alcohol) como el macroentorno, como la planificación de la ciudad y el diseño del paisaje (por ejemplo, la provisión de transporte gratuito durante la noche o la renovación de barrios desfavorecidos). Las intervenciones ambientales de carácter físico pueden llegar a aplicarse a elementos muy concretos como, por ejemplo, el diseño de vasos para bebidas alcohólicas (por ejemplo, haciéndolos altos y delgados, pero de menor volumen total, de modo que las personas consuman menos alcohol del que creen u obligando a que los vasos no sean de cristal, evitando problemas asociados a roturas, ruidos, etc.).

El entorno por excelencia para la implementación de medidas ambientales desde el entorno físico lo constituyen los espacios de ocio como los bares, clubes, y restaurantes, así como los entornos exteriores o especiales donde se celebran eventos a gran escala debido al alto riesgo de abuso de drogas, especialmente el alcohol (EMCDDA, 2020).

Qué funciona

La base científica sustenta la efectividad de las intervenciones de prevención ambiental basadas en el abordaje físico de los **entornos de ocio**, pero sin llegar al elevado nivel de eficacia de los dos enfoques anteriores, es decir, las políticas regulatorias o el abordaje económico (UNODC, 2018; Burton, 2016). En cuanto a las características que pueden considerarse relacionadas con la eficacia o efectividad del abordaje físico, los estándares de la UNODC recomiendan:

- Formar al personal y a responsables de hostelería en el suministro responsable y en el trato a la clientela que presenta síntomas de embriaguez.
- Proporcionar asesoramiento y acceso a tratamiento para el personal de hostelería que lo precisa.
- Incorporar un fuerte componente de comunicación para crear conciencia y mejorar la aceptación del programa.
- Implicar tanto a las fuerzas del orden, como a profesionales de servicios sociales y de salud.
- Garantizar la aplicación de las leyes y las políticas vigentes en materia de consumo de sustancias en los locales y en espacios públicos.

En general, la mayoría de las intervenciones de prevención en estos entornos de ocio comprenden una combinación de varios de estos componentes (EMCDDA, 2020). De hecho, la aplicación de medidas aisladas, como la formación de personal de hostelería, tiene un impacto pequeño en la reducción del consumo de alcohol (Burton 2016). Existen cuatro principios clave para realizar acciones efectivas en el ámbito local:

- Conocimientos sólidos sobre los temas de la vida nocturna local.
- Compromiso de crear un entorno de ocio nocturno seguro y saludable
- Alianza entre las agencias locales clave.
- Intervenciones basadas en la evidencia.

En el caso específicos de los **juegos de azar**, a nivel de entorno físico, la literatura apunta hacia la conveniencia de dilatar el tiempo entre la apuesta y el premio, reducir la música y ruidos (señales) en las máquinas recreativas o reducir el parpadeo de las luces de las máquinas recreativas mientras se está jugando (Becoña, 2021).

Programas concretos basados en la evidencia

Con relación a los programas de intervención ambiental en entornos de ocio que han mostrado su efectividad, cabe hacer referencia al recurso *Healthy Nightlife Toolbox* (Caja de Herramientas de Vida Nocturna Saludable) que ofrece herramientas de interés sobre prevención en el entorno de ocio nocturno (<http://www.hntinfo.eu/>). Entre los programas con mejores resultados y mayor calidad de la evidencia destacan *Bartender educational programme*, *Clubs against Drugs*, *Quality Nights o Glasgow Nightclub Glass Ban*.

Por su parte, la revisión de *Public Health England* (2016) destaca los siguientes programas: *Best Bar None* www.bbnu.com, *Pub Watch*¹² y *Challenge 25*¹³.

En el contexto del presente informe se ha seleccionado para su descripción más detallada el programa STAD, por haber sido considerado un programa referente en varias de las revisiones analizadas.

STAD – COMMUNITIES PREVENTING ALCOHOL RELATED HARM
<p>Descripción</p> <p>STAD es un programa multicomponente de prevención del consumo irresponsable de alcohol en entornos nocturnos de ocio, basado en la comunidad¹⁴. El programa implica a autoridades locales, agentes comunitarios y hostelería e incluye actuaciones diversas desde campañas en medios o grupos de participación hasta formación de personal de hostelería o la sustitución de vasos de cristal.</p> <p>STAD, implementado y evaluado originalmente en Suecia, se ha adaptado a diversos países europeos, también del sur de Europa. La versión original de STAD consta de tres acciones estratégicas clave:</p> <ul style="list-style-type: none">- Movilización comunitaria: creación de un comité para concienciar y aumentar los conocimientos con respecto a los daños relacionados con el alcohol por parte de los agentes claves en la comunidad: ayuntamiento, policía local, responsables de hostelería, sindicatos de personal del ocio nocturno y autoridades sanitarias, entre otros. Este comité actúa como grupo consultivo, reuniéndose con regularidad para discutir temas relacionados con el alcohol y la mejora de políticas.- Formación en RBS: implementación de programas de formación al personal de hostelería sobre servicio responsable de bebidas alcohólicas (RBS por sus siglas en inglés).- Aplicación más estricta de las leyes de alcohol existentes: colaboración conjunta entre el órgano que concede las licencias y la policía local para mejorar y garantizar la aplicación de las leyes en vigor y la formación en RBS.
<p>Resultados</p> <p>Existe evidencia sobre la efectividad del programa en la disminución de los delitos violentos (29%), disminución de los problemas relacionados con el alcohol en locales autorizados, una denegación</p>

¹² www.nationalpubwatch.org.uk

¹³ www.challenge25.org

¹⁴ Cabe apuntar en todo caso que STAD constituye un programa multicomponente con un fuerte componente de implicación de la comunidad, de modo que podría entenderse también como una intervención de carácter comunitario.

STAD – COMMUNITIES PREVENTING ALCOHOL RELATED HARM

claramente mayor de alcohol a clientes intoxicados/as, así como un rechazo cada vez mayor a servir alcohol a menores de edad.

En términos de coste-eficacia, la implementación de STAD puede ahorrar 39 euros por cada euro invertido (Burton, 2016; Calafat, 2010).

Calificado como beneficioso según valoración de la compilación de evidencia del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA (y “posiblemente beneficioso” en el marco del registro *Xchange*)

Más información:

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/multicomponent-programme-based-community-mobilisation-reduce-crimes-and-irresponsible-use-alcohol-recreational-premises_es

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/stad-%E2%80%93-stockholm-prevents-alcohol-and-drug-problems-environmental-strategy-nightlife-environments-focussing-improvement-compliance-alcohol-legislation-regarding-overserving-and-age-limits_en

4.4. PREVENCIÓN EN EL AMBITO FAMILIAR

Hasta muy recientemente, la mayoría de los programas preventivos se centraban en la adolescencia y más concretamente en el entorno escolar, es decir, las intervenciones de prevención se activaban cuando las conductas de riesgo relacionadas con las adicciones ya habían empezado a manifestarse.

Sin embargo, cada vez más investigadores e investigadoras, al igual que profesionales de Salud Pública y de atención sanitaria apuestan por un enfoque basado en los determinantes sociales de la salud que aparecen desde las primeras etapas de la vida, e influyen decisivamente en el desarrollo personal y en las conductas relacionadas con la salud en general y con las adicciones en particular. En este sentido, se aboga por cerrar la brecha existente entre los esfuerzos destinados a promocionar la salud infantil y a la prevención de adicciones. A pesar de esta creciente evidencia, los programas de prevención, fundamentalmente los desarrollados en la escuela, siguen incidiendo mayoritariamente en los factores individuales del menor y no en su entorno. Estas intervenciones deberían transitar hacia actuaciones más integrales y coordinadas con los agentes implicados en el entorno (*Partnership to End Addiction*, 2022).

Frente a esta realidad, los programas de prevención basados en la familia constituyen desde hace años uno de los enfoques más incipientes y efectivos en la prevención de las adicciones. Estas intervenciones se dirigen tanto a padres y madres exclusivamente, como a progenitores y menores conjuntamente. Las intervenciones familiares suelen combinar información sobre los daños del uso de drogas con sesiones sobre parentalidad positiva y comunicación efectiva (Bates, 2017).

En función de la literatura especializada analizada, las actuaciones preventivas que se desarrollan en el seno de la familia se han clasificado en tres líneas de intervención principales:

- Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas, fundamentalmente con adicciones previas.
- Visitas preventivas en la primera infancia.
- Fomento de habilidades y competencias parentales.

El siguiente cuadro sintetiza las intervenciones familiares principales y su nivel de evidencia.

Intervenciones familiares para la prevención de adicciones			
Tipo de intervención	Población destinataria	Enfoque	Nivel de eficacia
Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas	Mujeres embarazadas con problemas de adicción	Selectiva	* limitada
Visitas perinatales en la primera infancia	Primera infancia	Selectiva	** adecuada
Competencias y habilidades parentales	Infancia y adolescencia	Universal Selectiva	**** muy buena

Fuente: elaboración propia a partir de UNODC y EMDCCA

a) Intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas

Enfoque: prevención selectiva

Personas destinadas: mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad

Nivel de eficacia:¹⁵ limitada *

El consumo de alcohol y otras drogas durante el embarazo plantea riesgos para la futura madre y para el feto. Por consiguiente, resulta necesario advertir a las mujeres embarazadas sobre estos posibles peligros para su salud y la del futuro bebé, incluso cuando no se constaten trastornos relacionados con este consumo.

Lógicamente, esta intervención resulta especialmente necesaria en el caso de las mujeres que presentan problemas de adicción y que habitualmente se encuentran en situación de especial vulnerabilidad. Cabe tener en cuenta que el embarazo y la maternidad son períodos de cambios importantes y en ocasiones estresantes, lo cual puede hacer que las mujeres con problemas de adicción se vuelvan especialmente receptivas para abordar los trastornos relacionados con este consumo. Por tanto, puede y debe ofrecerse con carácter prioritario a las mujeres embarazadas con problemas de uso de sustancias, facilitando recursos para gestionar dicho consumo y el acceso a servicios de tratamiento basados en la evidencia científica.

Qué funciona

La revisión realizada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) concluye que, según la evidencia disponible, el **nivel de eficacia de las intervenciones dirigidas a las mujeres embarazadas consumidoras es limitada**. Ninguna revisión muestra hallazgos con respecto a los resultados primarios —consumo de drogas—; en cambio, con respecto a los resultados secundarios, se concluye que proporcionar un tratamiento integrado basado en la evidencia a las mujeres embarazadas puede tener un impacto positivo en el desarrollo y el funcionamiento emocional y conductual del niño, así como en las aptitudes parentales. Sin embargo, el horizonte temporal para la sostenibilidad de estos resultados no está claro.

A este respecto, las directrices de la Organización Mundial de la Salud (2014) establecen que los profesionales de la salud:

- durante el embarazo y en todas las visitas de atención prenatal, deben preguntar lo antes posible a todas las mujeres embarazadas sobre su consumo (actual y pasado) de alcohol y otras sustancias y, en el caso del tabaco, también sobre su exposición al humo ajeno.
- deben ofrecer una intervención breve a todas las mujeres embarazadas que consumen alcohol o drogas,
- deben ofrecer una evaluación integral y atención personalizada a mujeres embarazadas o en posparto con trastornos por consumo de alcohol u otras sustancias,
- cuando sea necesario, deben ofrecer o remitir a servicios de desintoxicación bajo supervisión médica.

En cuanto a la eficacia de las intervenciones, tanto la OMS (2014) como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020) han definido las características de las intervenciones con mujeres embarazadas que se vinculan con **mejores resultados**:

¹⁵ Nivel de eficacia de este tipo de intervención, en función de los resultados de la revisión de revisiones de la UNODC.

- Intervenciones multidisciplinarias prenatales personalizadas en función de las necesidades de la madre y del bebé.
- Acceso a terapia farmacológica y/o psicosocial ajustada a las necesidades de la paciente.
- Servicios integrados de tratamiento para las mujeres embarazadas que sufren adicciones, incluyendo atención a trastornos mentales concurrentes.
- Intervenciones que incorporan actuaciones basadas en aptitudes parentales para el fomento de un apego positivo.

b) Visitas perinatales en la primera infancia

Enfoque: prevención selectiva

Personas destinatarias: familias en situación de vulnerabilidad, con recién nacidos

Nivel de eficacia:¹⁶ adecuada **

Las primeras interacciones de los niños y niñas, con anterioridad a la etapa de escolarización, se producen en el seno de la familia. Cuando esta interacción con los progenitores y personas cuidadoras no es la adecuada (ya sea porque carecen de aptitudes parentales, por el carácter disfuncional del entorno, porque sufren problemas asociados a la salud o carencias de tipo socioeconómico), los niños y niñas pueden desarrollar vulnerabilidades que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos de comportamiento en etapas posteriores.

En esta primera infancia, los principales objetivos de las intervenciones preventivas se concretan en el fomento de un vínculo seguro con las personas cuidadoras, la adquisición de habilidades lingüísticas y de funciones cognitivas ejecutivas, como la autorregulación y las actitudes y competencias sociales activas.

En el marco de estos programas, una enfermera cualificada o trabajador social cualificado visita a las (futuras) madres para proporcionarles apoyo relacionado con habilidades de crianza y para abordar una serie de asuntos relacionados con la salud, la vivienda, el empleo o formalidades legales. Habitualmente, estos programas no se dirigen a todas las mujeres sino a aquellas que viven en entornos más vulnerables y en circunstancias más difíciles que las de la población en general. Frecuentemente se trata además de madres primerizas. La OMS recomienda también los programas de visitas prenatales y al lactante como medida de prevención del maltrato infantil (OMS, 2016).

Qué funciona

La revisión realizada por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) concluye que, en lo referente a los resultados primarios de la prevención, las visitas perinatales en la primera infancia pueden prevenir el consumo de sustancias en etapas posteriores de la vida y también pueden ser rentables en función de los costos, teniendo en cuenta el ahorro que supondrán en el futuro en concepto de asistencia social y costos médicos. **El nivel de eficacia de estas intervenciones se considera adecuada.** En cuanto a los resultados secundarios, los niños y niñas incluidos en estos programas tenían menos probabilidades de presentar trastornos psicológicos (manifestaciones relacionadas con la somatización por ansiedad, estrés o depresión) y más posibilidades de obtener una puntuación más alta en las pruebas de rendimiento en lectura y matemáticas. Entre las madres que participaron también se dieron menos casos de

¹⁶ Nivel de eficacia de este tipo de intervención, en función de los resultados de la revisión de revisiones de la UNODC.

disfuncionalidades en el rol maternal, fundamentalmente como consecuencia del consumo de alcohol y otras drogas.

La revisión de COPOLAD (2014) también sugiere que las visitas domiciliarias a familias compuestas por mujeres solteras con bajos ingresos resultaron ser medianamente efectivas a los 15 años de seguimiento; más concretamente se constata una reducción en el número de cigarrillos fumados por día entre progenitores y en el número de días en los que consumieron alcohol en los últimos seis meses.

En base a la literatura y a la consulta con personas externas, tanto la UNODC (2018) como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020) consideran que los programas preventivos basados en visitas perinatales a domicilio **alcanzan mejores resultados** cuando:

- Las visitas corren a cargo de personal médico con formación especializada en este tipo de intervenciones.
- Las intervenciones se realizan de modo periódico desde el nacimiento y hasta los dos años, al principio cada dos semanas y después cada mes, pudiéndose reducir la frecuencia gradualmente.
- Se promocionan recursos para la adquisición de aptitudes parentales básicas y de pautas para una crianza adecuada.
- Se incluyen actividades de apoyo a las madres para poder hacer frente a dificultades relacionadas con la salud física y psíquica, la vivienda, la alimentación, el empleo o formalidades legales, cuando sea necesario.

NURSE-FAMILY PARTNERSHIP
<p>Descripción</p> <p>Programa selectivo de visitas a domicilio para mujeres embarazadas primerizas en situación o riesgo de exclusión, con el objetivo de mejorar las aptitudes de crianza. El programa se extiende hasta los dos años de edad del hijo o hija. Entre los objetivos del programa destacan la mejora las rutinas de higiene, salud y alimentación, así como eliminar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. También se trabaja en el desarrollo de aptitudes para la crianza.</p> <p>Las visitas, llevadas a cabo por personal de enfermería específicamente formado, se producen cada dos semanas y duran entre 60 y 90 minutos. Adaptaciones del programa se han implantado en algunos países europeos (Alemania, Inglaterra, Países Bajos).</p>
<p>Resultados</p> <p>Las diversas evaluaciones han mostrado que el programa produce resultados positivos en la mejora de salud mental y física, de relaciones padres-hijos, problemas de delincuencia o maltrato infantil, entre otros . En términos de coste-efectividad, por cada 12.437 dólares invertidos se calcula un retorno de 16.993 dólares.</p> <p>El programa obtiene la calificación de efectividad máxima en el Registro Blueprints¹⁷.</p>
<p>Más información:</p> <p>https://www.blueprintsprograms.org/programs/35999999/nurse-family-partnership/</p>

¹⁷ Blueprints: Registry of Experimentally Proven Programas: <https://www.blueprintsprograms.org/>

c) Competencias y habilidades parentales

Enfoque: universal o selectivo

Personas destinatarias: familias con hijos e hijas, en situación (o no) de vulnerabilidad

Nivel de eficacia:¹⁸ muy buena ****

Tal y como se ha mostrado previamente, la investigación ha demostrado que cuando los riesgos en la vida de un niño o niña se reducen, se convierte en menos vulnerable a los problemas sociales y de salud, incluyendo el consumo de drogas, conforme va madurando. Por tanto, las intervenciones preventivas desarrolladas en edades tempranas pueden tener un mayor impacto que las realizadas en etapas posteriores generando un efecto “cascada” y comportando efectos aún más duraderos (UNODC, 2018; EMCDDA, 2020).

Los programas orientados a reforzar las competencias y habilidades parentales tienen por objetivo apoyar a los progenitores, en última instancia, a ser mejores padres y madres. Un estilo cariñoso de crianza en el que los progenitores establecen normas para inculcar comportamientos aceptables, están al tanto de lo que hacen sus hijos e hijas en su tiempo libre y de las amistades que frecuentan, facilita, a su vez, que sus hijos e hijas desarrollen mejores aptitudes personales y sociales. El desarrollo de estas aptitudes sociales y personales por parte de los hijos e hijas se considera uno de los factores de protección más eficaces contra el futuro consumo de sustancias y otros comportamientos de riesgo.

Estos programas pueden desarrollarse desde la primera infancia hasta la adolescencia y pueden tener tanto un carácter universal —destinado a cualquier familia con hijos e hijas— como selectivo —específicamente orientado a familias en situación de vulnerabilidad—. En consecuencia, se trata de la modalidad de intervención preventiva más extendida de entre las que se llevan a cabo en el ámbito familiar.

Qué funciona

Las revisiones de evidencia llevadas a cabo por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013 y 2018) concluyen que **el nivel de eficacia de los programas basados en las competencias parentales es muy bueno.**

Existe abundante evidencia en torno a la eficacia del abordaje de competencias parentales en la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes, con efectos generalmente persistentes a medio y a largo plazo:

- La extensa revisión de revisiones llevada a cabo por *Health Research Board* irlandés (Bates, 2017) evidencia que las intervenciones preventivas universales basadas en la familia que implican tanto a padres y madres como hijos e hijas son efectivas y mejoran sus resultados cuando abarcan diferentes ámbitos.
- Una megarevisión de más de 45 revisiones sistemáticas (Das, 2016) sobre intervenciones orientadas a la prevención de adicciones en la adolescencia muestra que, en el caso del **tabaco**, las intervenciones familiares que inciden en las dinámicas familiares resultan efectivas en la prevención de su consumo.
- La extensa revisión sistemática realizada con el objetivo de evaluar la efectividad de las intervenciones para ayudar a las familias a impedir que los y las adolescentes (11 a 14 años) comiencen a fumar **tabaco** (Thomas et al, 2015) halló que estos programas de prevención

¹⁸ Nivel de eficacia de este tipo de intervención, en función de los resultados de la revisión de revisiones de la UNODC.

eran efectivos en la reducción del consumo de cigarrillos en adolescentes. La evidencia resultó más sólida en el caso de los programas de alta intensidad.

- La revisión de COPOLAD (2014) concluye que los programas integrales orientados a la familia, que incluyen la capacitación de padres, niños y familias enteras, resultan ser eficaces en reducir el consumo de **cannabis** entre adolescentes a corto y medio plazo. Otras revisiones (Jackson et al, 2012) también han hallado evidencia sobre la eficacia de estas intervenciones, particularmente, en la reducción del inicio en el consumo del **cannabis**.
- Una revisión en torno a la efectividad de los programas familiares o parentales de prevención (Strang, 2012) concluyó que existe evidencia sobre su efectividad en la reducción del inicio del consumo de **drogas**, en general.
- Una revisión de tres revisiones de *Cochrane Library* (Foxcroft, 2012) analizó la eficacia de programas de prevención universales en niños y adolescentes basados en la familia (12 estudios, 14.595 participantes). A pesar de que la calidad de las investigaciones se valoró como pobre, se concluye que la mayoría de este tipo de intervenciones demuestran efectos positivos estadísticamente significativos en la reducción del abuso de **alcohol** entre la juventud, beneficios que persisten a corto y medio plazo. Existe evidencia asimismo sobre la eficacia de las intervenciones con perspectiva de género entre hijas y progenitores, generalmente madres, en el corto y medio plazo (Best Practice Portal, EMCDDA).
- Frente a esta evidencia sobre la efectividad —que la UNODC califica como “muy buena” — cabe traer a colación las conclusiones de una de las más recientes revisiones de *Cochrane Library* (Gilligan, C., 2019) en la que se analiza la efectividad de los programas basados en la familia en la prevención del consumo o abuso de **alcohol** en menores en edad escolar (hasta 18 años). La revisión incluye 46 estudios (con 39.822 menores participantes) de los que 27 son programas universales, 12 selectivos y 7 indicados. En términos generales, la revisión concluye que no hay evidencia sobre la efectividad de las intervenciones basadas en la familia en términos de prevalencia, frecuencia o volumen de consumo de alcohol en las personas jóvenes. Sin embargo, cabe destacar que algunos análisis específicos en subgrupos, como por ejemplo las intervenciones universales únicamente o las centradas en grupos étnicos minoritarios, sí mostraron efectos positivos. Algunos estudios sí mostraron efectos positivos de la intervención, en resultados secundarios (consumo de alcohol en progenitores, implicación familiar o consumo perjudicial de alcohol), aunque se trata de beneficios reducidos. En ningún caso se hallaron efectos adversos tras la intervención.
- Un informe elaborado para el Centro para la Prevención del Uso de Drogas (CSAP) del SAMHSA (Miller y Hendrie, 2009) sobre el coste efectividad de las intervenciones de carácter preventivo pone de manifiesto que los programas de intervención familiar pueden tener un impacto preventivo mayor, aunque resultan más costosas, que otro tipo de intervenciones, como la adquisición de habilidades personales en el ámbito escolar. En el marco de este informe destaca la referencia a las intervenciones orientadas a **hijos e hijas de personas consumidoras de drogas**, pues la evidencia al respecto es escasa. La revisión concluye que estas intervenciones familiares selectivas pueden ser efectivas en la reducción de la frecuencia del consumo de drogas ilegales y de cannabis.

En cuando a las características de los programas de habilidades parentales que se asocian con una **mayor eficacia o efectividad**, la literatura destaca las siguientes (UNODC, 2018; COPOLAD,2014):

- ✓ implican a toda unidad familiar, durante todas las etapas del desarrollo del programa; la intervención combinada con padres/madres e hijos/hijas es más efectiva que la que forma únicamente a los progenitores y/o exclusivamente a los menores de edad,

- ✓ se trata de programas dirigidos a padres y madres de estudiantes de un amplio abanico de edades,
- ✓ aquellos que son impartidos por personal facilitador, debidamente formado para comunicarse con los progenitores, suelen ser más eficaces que los programas asistidos por ordenador,
- ✓ se trata de programas intensivos compuesto de varias sesiones (a menudo unas 10 sesiones o más en el caso de entornos vulnerables o con problemas de adicción), frente a actuaciones más breves,
- ✓ ofrecen facilidades para la participación activa de los padres y madres (por ejemplo, reducción de las horas de trabajo, comidas, cuidado de los niños, transporte o un pequeño premio para los que completen las sesiones),
- ✓ se centran en mejorar los lazos familiares, es decir, el vínculo y apego entre padres e hijos, basado en el cariño,
- ✓ apoyan a padres y madres en el desempeño de un papel más activo en las vidas de sus hijos e hijas (estar al tanto de sus actividades y amistades, participar en su educación),
- ✓ ayudan en la aplicación de una disciplina positiva y adecuada para el desarrollo de un comportamiento aceptable,
- ✓ incorporan intervenciones orientadas específicamente a las mujeres y dirigidas a las madres y a las hijas,
- ✓ facilitan el acceso de las familias en situación de mayor vulnerabilidad a los servicios especializados de orientación y asesoramiento,
- ✓ tal y como se reitera a lo largo de la presente revisión, la literatura especializada sugiere que los programas de intervención familias mejoran sus resultados cuando tiene carácter multicomponente, es decir, cuando se combinan diferentes ámbitos de intervención de un modo coordinado.

En cuanto a los **contenidos** que debe incorporar este tipo de programas de desarrollo de habilidades parentales, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2020) concluye que, en el caso familias con menores de hasta 7 años, estas intervenciones presentan mejores resultados cuando:

- ✓ Enseñan a padres y madres a mostrar receptividad y a responder adecuadamente a las necesidades y peticiones de sus hijos e hijas, mostrando afecto y empatía.
- ✓ Se centran en interacciones parento-filiales positivas, mediante interacciones no disciplinarias, como el juego o actividades creativas, formando a los padres y madres en refuerzo positivo.
- ✓ Aprendizaje de nuevas habilidades de afrontamiento de conflictos y de gestión de la ira para afrontar las situaciones de cambio y/o de estrés, tanto en el seno de la familia como a nivel más general.
- ✓ Desarrollan el conocimiento de padres y madres sobre las emociones propias y las de los hijos/hijas y la capacidad de expresión en relación a las mismas: habilidades de la escucha activa frente a los hijos/as, apoyo para el reconocimiento y expresión adecuada de emociones y reducción de la comunicación negativa como el sarcasmo.
- ✓ Facilitan el establecimiento de rutinas específicas, como compartir la hora de la comida o la hora de acostarse, en las que pueden crearse oportunidades para hablar con las hijas e hijos sobre temas importantes.

- ✓ Enseñan a los padres y madres cómo supervisar efectivamente las actividades fundamentales de sus hijos e hijas tanto en la vida escolar como fuera de ella (dónde están, con quién y qué están haciendo).
- ✓ Enseñan estrategias de disciplina y establecimiento de reglas efectivas y adecuadas a cada edad y momento de desarrollo infantil, educando a los niños y niñas sobre las consecuencias de su comportamiento.
- ✓ Están estructuradas para que padres y madres practiquen estas habilidades con sus hijas/hijos, mediante interacciones reales entre miembros de la familia, tanto en las sesiones como en el hogar.

Por el contrario, entre los aspectos de los programas de aptitudes parentales que pueden relacionarse con la **ineficacia o incluso con efectos adversos**, la UNOCD (2018) y el Observatorio Europeo (2015, 2020) apuntan hacia las siguientes características:

- × Se limitan a facilitar a los progenitores información sobre adicciones para que puedan hablar de ello con sus hijos e hijas.
- × Se centran exclusivamente en los niños y niñas, sin implicar a padres y madres.
- × Socavan la autoridad de los progenitores, frente a las personas responsables de la intervención.
- × Se implementan mediante clases magistrales como vía principal.
- × Los lleva a cabo personal insuficientemente capacitado.

En el ámbito específico de la salud, la Organización Mundial de la Salud (2016) también recomienda los programas basados en el desarrollo de las aptitudes parentales para apoyar el desarrollo positivo en la infancia, para prevenir la violencia entre las personas jóvenes, para gestionar los trastornos de comportamiento en niños, niñas y adolescentes y para prevenir el maltrato infantil. Se recomienda que este tipo de intervenciones de promoción de la salud:

- promuevan activamente las interacciones entre la madre y el niño, preferentemente en el marco de los programas sobre salud materno infantil activados para apoyar a niños y niñas en riesgo (enfermedad, desnutrición, vulnerabilidad...),
- ofrezcan un tratamiento y apoyo psicológico a las madres con depresión o con algún otro trastorno agravado por el consumo de sustancias,
- proporcionen capacitación a los y las cuidadoras para que sepan tratar a los niños y a los adolescentes con trastornos de desarrollo, como discapacidad intelectual u otros problemas que entorpecen el desarrollo (como, por ejemplo, el autismo).

Programas avalados por la evidencia

A partir de la constatación de que existe evidencia suficiente que avala los efectos positivos de las intervenciones preventivas desarrolladas en el seno de la familia, se han recopilado y descrito los siguientes programas concretos cuya eficacia se considera probada. Cabe destacar que varios de los programas, en la línea de las recomendaciones basadas en la evidencia, incorporan una perspectiva multicomponente y se aplican en diversos ámbitos de manera coordinada.

Programas de prevención universal en el ámbito familiar

EFFEKT - Programa de mejora de las aptitudes parentales frente al consumo de alcohol

Descripción

EFFEKT es una intervención de prevención universal orientada a adolescentes entre los 13 y 16 años, que busca reducir el consumo de alcohol en adolescentes mediante el cambio de actitudes de sus madres/padres con relación al alcohol y mediante el establecimiento de normas en el seno de la familia.

Resultados

EFFEKT ha sido calificada como “beneficiosa” en el registro de Xchange de evidencia en prevención, lo que indica el nivel máximo de eficacia (EMCDDA, 2020).

El programa ha sido evaluado en Suecia, Países Bajos y Estonia y ha mostrado resultados positivos en la reducción de borracheras. La evaluación danesa mostró que los resultados son más positivos cuando se realiza una intervención combinada en progenitores y adolescentes (frente a intervenciones que incluyen uno solo de los grupos).

Más información:

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/effekt%C3%B6rebro_en

Programas de prevención universal o selectiva en el ámbito familiar

STRENGTHENING FAMILIES – Programa de competencia familiar

Descripción

Strengthening Families – Programa de Competencia Familiar es un programa de intervención de prevención universal para familias con hijos e hijas de entre 3 y 16 años.

La intervención ha sido adaptada a diferentes contextos con resultados positivos, aunque mayoritariamente destinado a padres y madres con hijos e hijas adolescentes. Se ha aplicado en el estado español con la denominación [Programa de competencia familiar](#) y adaptado para prevención selectiva con familias de riesgo con hijos de 7-12 años.

Resultados

El programa ha sido objeto de varias evaluaciones externas que han mostrado su eficacia en la prevención del consumo de drogas en varios entornos y ámbitos, incluso a largo plazo.

Es uno de los pocos programas universales de prevención familiar que resulta efectivo para la prevención del consumo de alcohol en jóvenes. También ha evidenciado un impacto positivo indirecto en la reducción de la delincuencia, depresión, ansiedad, comportamientos sexuales de riesgo, además de mejores resultados académicos. La calidad de la evidencia es más alta en el grupo de edad de 10-14 años.

Hay que señalar que la evidencia procede mayoritariamente de los Estados Unidos y no de Europa y por tanto, su validez de contexto para Europa no está demostrada (EMCDDA 2017 y 2020; Vázquez, 2018).

Más información:

<https://strengtheningfamiliesprogram.org/>

[Programa de competencia familiar](#)

Programas de prevención selectiva en el ámbito familiar

COPING POWER - EMPECAMOS

Descripción

Coping Power y su versión implantada en Galicia bajo el nombre de “Empecemos” es un programa de prevención indicada y multicomponente para niños (entre 6 y 10 años) con problemas de conducta de inicio temprano, sus familias y profesores. Los objetivos de Empecemos son cambiar las prácticas educativas de los padres, fomentando un seguimiento eficaz del comportamiento, las prácticas educativas positivas y una estructuración adecuada del contexto. También tiene como objetivo mejorar la cantidad y la calidad de las interacciones positivas entre padres e hijos invirtiendo el ciclo de coacción, mediante la promoción de actividades compartidas y del tiempo que pasan juntos. También se refuerzan los lazos entre familia y escuela. El uso de material audiovisual facilita el modelado y la transmisión de contenidos como un medio más directo y flexible que la instrucción didáctica, los esquemas escritos o la mera discusión.

Resultados

Coping Power es un programa validado empíricamente, la base Xchange lo califica como beneficioso en base a la evidencia existe (máximo nivel de eficacia¹⁹). Una evaluación de Empecemos (Romero, 2019) con 128 menores con problemas de conducta en 18 escuelas públicas sugiere que Empecemos mejora las habilidades sociales, emocionales y cognitivas y reduce los problemas de conducta, sobre todo con relación al profesorado. El estudio no evalúa los resultados referidos al consumo de drogas.

Más información:

Coping Power: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/coping-powerutrecht-coping-power_en

Empecemos: <http://www.buenaspracticasadicciones.es/bbpp/buenaPracticaDetalle.jsf?bbpp=14>

FUNCTIONAL FAMILY THERAPY

Descripción

Functional Family Therapy [Terapia Familiar Funcional] es un programa de prevención indicada y selectiva de intervención terapéutica a corto plazo (aproximadamente 30 horas) para menores infractores, de entre los 11 y 18 años y en riesgo de institucionalización y para sus familias.

El programa FFT está diseñado para mejorar las habilidades, el apoyo y la comunicación familiar. La FFT debe ser implementada por un equipo de 3 a 8 terapeutas cualificados, con un número de casos de entre 10 y 12 familias.

Resultados

El programa ha obtenido la calificación de efectividad máxima en el Registro Blueprints²⁰.

Se califica como “probablemente beneficioso” según el portal Xchange (EMCDDA) pues hay evidencia sobre su efectividad en reducir los problemas de conducta de los y las jóvenes. Implantado y evaluado en Canadá, Estados Unidos, Irlanda y Suecia.

Más información:

<https://www.blueprintsprograms.org/programs/28999999/functional-family-therapy-fft/>

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/functional-family-therapy-fft_en

COMMUNITY PARENT EDUCATION PROGRAMME (COPE)

¹⁹ Beneficioso: intervenciones para las que se hallaron efectos consistentes y relevantes en dos o más estudios de excelente calidad en Europa

²⁰ Blueprints: Registry of Experimentally Proven Programs: <https://www.blueprintsprograms.org/>

Descripción

Community Parent Education Programme (COPE) es un programa comunitario destinado a progenitores de niños y niñas hasta los 14 años, que presentan trastornos de conducta. Es un programa de educación para grupos grandes de padres y madres basado en la comunidad que no se centran en la prevención del uso de drogas.

Los grupos pueden constar de 25 a 30 padres/madres (divididos en grupos más pequeños) que se reúnen en sesiones semanales de 2 horas durante 10 semanas. En cada sesión se enseña una nueva estrategia (prestar atención al comportamiento positivo, equilibrar el tiempo y la atención entre hermanos, ignorar interrupciones menores, gestionar las crisis, planificar con antelación o utilizar sistemas de recompensa).

Resultados

El programa se califica como “posiblemente beneficioso” según el portal Xchange (EMCDDA) en base a su aplicación en Suecia, donde se confirma empíricamente que COPE reduce los problemas de conducta entre los y las adolescentes.

Más información:

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/community-parent-education-programme-cope-large-group-community-based-programme-parents-children-behavioural-disorder-symptoms_en

4.5. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO DE LA ESCUELA

Los programas de prevención de adicciones destinados a la población infantil y adolescente persiguen alguno de los siguientes objetivos: aumentar el conocimiento sobre los riesgos y efectos del uso de drogas, cambiar las creencias, actitudes y comportamientos en torno a este consumo, aumentar las habilidades personales y las competencias sociales y paliar el efecto de los factores de vulnerabilidad que influyen en el comportamiento adictivo (Bates, 2017; Burton, 2016).

El medio escolar es uno de los mejores espacios para la prevención del uso de sustancias en la infancia y la adolescencia, debido a que muchas niñas y niños pasan más tiempo en la escuela que con sus madres y padres. De hecho, la literatura científica muestra que, en el ámbito de la prevención de adicciones destinada a la infancia y la adolescencia, los programas desarrollados en el entorno escolar constituyen, de lejos, las intervenciones más implantadas y evaluadas (EMCDDA, 2020).

En consecuencia, se constata *de facto* una cierta asimilación entre los programas de prevención escolar y la prevención hacia la población adolescente en general, lo que genera una cierta dificultad a la hora de sistematizar la evidencia en categorías diferenciadas. A ello se suma otra limitación a la hora de interpretar los hallazgos aportados por las evaluaciones y determinar qué tipo de intervención escolar presenta mejores resultados, derivada del hecho de que muchos programas recurren a una combinación ecléctica de diversos enfoques. Esta limitación en la caracterización de las intervenciones puede ser una razón que explique los resultados contradictorios de algunas de las revisiones y metaanálisis, que quizá han tendido a ser generalmente optimistas acerca de los beneficios de los programas de prevención escolar (Das, 2016; COPOLAD, 2014).

A pesar de estas dificultades, y en base a la evidencia localizada en el desarrollo de la presente revisión, se ha procurado construir una clasificación que permita aglutinar de la manera más lógica posible las intervenciones que se desarrollan en el medio escolar para la prevención de las adicciones, en función del abordaje adoptado:

- Enfoque de influencia y normalización social.
- Basadas en información y conocimiento.
- Enfoque de competencias sociales y habilidades personales.
- Abordaje de las vulnerabilidades.
- Combinación de enfoques múltiples.
- Mejora del entorno y el clima escolar.

Qué funciona

En base a la clasificación sobre las diferentes intervenciones escolares generada a partir de la revisión de literatura, el siguiente cuadro sintetiza los tipos de intervención escolar más destacados, indicando la población destinataria, el nivel de riesgo y el nivel de eficacia según la evidencia existente al respecto:

Intervenciones escolares para la prevención de las adicciones			
Tipo de intervención	Población destinataria	Enfoque	Nivel de eficacia
Enfoque de influencia y normalización social	Infancia, adolescencia y juventud	universal	* limitada
Basadas en información y conocimiento	Infancia, adolescencia y juventud	universal	insuficiente
Enfoque de competencias sociales y habilidades personales	Infancia (solo universal), adolescencia y juventud	universal o selectivo	*** buena
Abordaje de vulnerabilidades	Infancia y adolescencia	selectiva o indicada	****/** ²¹
Combinación de abordajes múltiples	Infancia, adolescencia y juventud	universal	*** buena
Mejora del entorno y clima escolar	Infancia, adolescencia y juventud	universal	*** buena

Fuente: elaboración propia.

En los apartados siguientes se describen con detalle las características de los seis tipos de abordajes detectados, así como la evidencia existente para cada una de ellas. Desde una perspectiva más amplia, en esta sección introductoria se ha recopilado la evidencia detectada en torno a la eficacia

²¹ Aglutina tres tipos de intervención con diferentes niveles de eficacia: educación selectiva en la primera infancia (eficacia muy buena ****), refuerzo del vínculo con la escuela (eficacia adecuada **) y abordaje de vulnerabilidades psicológicas individuales (eficacia adecuada**)

de los programas de prevención escolar, desde una perspectiva más global. La literatura sugiere que, a pesar de tratarse de intervenciones ampliamente implantadas y con gran apoyo, **la evidencia** sobre la efectividad de los programas de prevención basados en la escuela, en general, **es poco concluyente** (Burton, 2016; Martineau, 2013; Strøm, 2014; OCDE, 2015):

- La amplia revisión de 46 revisiones sistemáticas sobre intervenciones orientadas a la prevención del consumo de drogas en la adolescencia muestra que, en el caso del **tabaco**, los programas de prevención basados únicamente en la escuela son efectivos en la reducción del consumo y en el retraso del inicio; sin embargo, falta evidencia sobre el impacto a largo plazo de dichos programas (Das, 2016). Otra de las más extensas revisiones realizadas sobre los programas escolares de prevención del consumo de tabaco (Thomas, 2013) analizó más de 134 estudios, incluyendo la participación de más de 428.000 estudiantes de entre 5 y 18 años. Una de las principales conclusiones del estudio es la que muestra que hubo un significativo efecto positivo de la intervención en el caso de menores que no habían fumado con anterioridad y que el efecto se consta más allá del año posterior.
- En el entorno estatal, un metaanálisis centrado en analizar la eficacia de los programas escolares de prevención de **adicciones en España** (21 estudios publicados entre 2002 y 2013) mostró que la eficacia preventiva de los programas fue baja, aunque era algo mayor en las medidas de seguimiento (Espada 2015).
- El metaanálisis sobre la eficacia de los programas de prevención del consumo de **alcohol** en la escuela llevado a cabo por Kyrrestad (2014) halló alguna evidencia sobre resultados positivos, pero resultó ser baja entre los y las adolescentes.
- En el caso del **cannabis**, la evidencia no parece avalar emprender programas de prevención específica del consumo de cannabis, aislados de otras drogas. Las personas que consumen cannabis no poseen características que diferenciales, al menos no en las primeras etapas del consumo. Para la mayor parte de adolescentes, la disponibilidad de una droga aumenta la probabilidad del primer consumo, y el uso frecuente de una droga de bajo nivel de riesgo percibido (como las drogas legales) parece aumentar la probabilidad de consumir drogas de “siguiente nivel” como el cannabis. Algunos autores concluyen por tanto que la prevención debe empezar por las drogas legales (Isorna 2017, Felpeto, 2014).
- Un informe elaborado para el Centro para la Prevención del Uso de Drogas (CSAP) del SAMHSA sobre el coste efectividad de las intervenciones de carácter preventivo (Miller y Hendrie, 2009) considera que, si se aplicaran a escala nacional —en Estados Unidos— programas escolares de prevención efectivos se retrasaría, por término medio, en dos años la edad de inicio en el consumo de **drogas** y se reduciría en más de 1,5 millones el número de personas consumidoras. Sin embargo, una de las conclusiones más llamativas del informe recuerda que si bien el 80% de jóvenes norteamericanos participa en programas escolares de prevención de drogodependencias, sólo un 20% lo hace en programas cuya efectividad ha sido acreditada; en estos programas validados, señala el informe, cada dólar de gasto se traduce en un ahorro de 18 dólares.
- Uno de los aspectos transversales emergentes lo constituye la adopción de técnicas basadas en **ordenadores, internet y/o redes sociales**. La investigación de Hopson (2015) halla evidencia de que las intervenciones en línea o basadas en dispositivos electrónicos son efectivas en la prevención o reducción del riesgo de adicciones: retrasan la edad de inicio de consumo de alcohol en adolescentes, mejoran el conocimiento en torno a las drogas, reducen el tabaquismo entre adolescentes y se muestran especialmente efectivos en el caso de jóvenes con mayor riesgo de abuso de alcohol. A pesar de que algunos estudios cuestionan que las intervenciones por ordenador y/o internet tengan efectos añadidos en comparación con las intervenciones tradicionales, se concluye que aportan la ventaja de resultar más coste-efectivas, por su gran alcance.

En cuanto a las consideraciones **éticas** de las intervenciones preventivas en la escuela, desde la Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (*EUSPR*, 2019), se pone el énfasis en el hecho de que la prevención escolar se dirige a personas menores de edad, que no han expresado explícitamente su consentimiento. Esta circunstancia hace aún más apremiantes la responsabilidad para garantizar que cualquier intervención dirigida a los niños, niñas o adolescentes esté libre de daños o efectos no deseados. Desde la EUSPR se cita como buena práctica el sistema de la República Checa para la acreditación de profesionales de prevención, en el que solamente quienes acrediten un número mínimo de horas de capacitación en prevención basada en la evidencia pueden trabajar en el sistema educativo. Se reconoce así que la prevención es delicada, puede ser dañina y no cualquier persona puede llevarla a cabo.

El Currículum de Prevención Europeo desarrollado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2020) presenta la siguiente tabla sintetizando las características de las intervenciones preventivas que funcionan en la escuela y, por el contrario, cuáles no están respaldadas por la evidencia:

Qué es lo que Sí funciona	Qué es lo que NO funciona
<p>Aplicación y Estructura</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Métodos interactivos y trabajo en grupo ✓ Sesiones muy estructuradas ✓ Seguir un currículum ✓ Implementado por profesionales formados ✓ Programas multicomponentes ✓ Duración de las sesiones de 10 a 15 semanas <p>Contenidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Habilidades de toma de decisiones, comunicación y resolución de problemas ✓ Habilidades sociales y personales, y relaciones con las iguales ✓ Auto-eficacia y asertividad ✓ Habilidades de resistencia a las adicciones ✓ Refuerzo del compromiso personal ✓ Apoyo para el éxito académico y el fomento de hábitos de estudio ✓ Refuerzo de normas antidroga 	<p>Aplicación y Estructura</p> <ul style="list-style-type: none"> × Didácticas como impartir clase × Debates no estructurados o espontáneos × Excesivo peso del juicio e intuición del profesorado × La evidencia de las actuaciones de prevención dirigidas por pares (frente a la de personas adultas) es débil × Actividades individuales y pocas actividades. × La evidencia del uso de sesiones de refresco en los años siguientes es débil × Posters y panfletos <p>Contenidos</p> <ul style="list-style-type: none"> × Proporcionar información sobre drogas específicas, puede convertir al alumnado en personas consumidoras más informadas. × Centrarse únicamente en reforzar la autoestima × Los (sensacionalistas) testimonios de personas exadictas pueden hacer la adicción más atractiva × Realización de pruebas aleatorias de drogas. × Tácticas de miedo que exageran y falsean los peligros del consumo de drogas, contradiciendo las propias experiencias del alumnado y de sus iguales

a) Enfoque basado en la influencia y normalización social

Enfoque: prevención universal

Personas destinatarias: Infancia, adolescencia y juventud

Nivel de eficacia: limitada *

Los programas basados en un enfoque de influencia social se centran en fomentar la capacidad para rechazar el uso de sustancias y hacer frente a la influencia del grupo para que las niñas y niños, adolescentes y jóvenes puedan enfrentarse a las presiones sociales que les inducen al consumo de drogas y, desde una perspectiva más general, puedan hacer frente a las situaciones difíciles de un modo positivo.

Además, este tipo de intervenciones brinda la oportunidad de explicar, de una forma adecuada para su edad, las diferentes normas sociales, las actitudes y las expectativas positivas y negativas asociadas al consumo de drogas y sus consecuencias. También tienen como finalidad modificar las creencias en cuanto a la prevalencia, la aceptación social y a las pautas de consumo de drogas entre iguales. Habitualmente, los enfoques de influencia social suelen emplear métodos de educación normativa y de formación en habilidades de resistencia ante las adicciones.

En el caso concreto de las personas jóvenes, la evidencia muestra que su consumo de alcohol está basado en gran medida en la percepción sobre cuál es el consumo que realizan sus iguales. Estas percepciones son a menudo incorrectas, casi siempre sobreestimando el consumo ordinario de sus pares. Partiendo de este hecho, los programas basados en un enfoque de influencia y de normalización social (*social norms information*) se basan en la creencia de que esta percepción errónea puede corregirse y, como consecuencia, se puede reducir el consumo.

Qué funciona

La revisión ha permitido detectar varios estudios en torno a los resultados de los programas basados en el enfoque de influencia y normalización social. En general, existe alguna **evidencia** sobre la eficacia de este tipo de intervención, pero esta es **limitada y poco consistente**.

- El Observatorio Europeo considera que hay evidencia limitada sobre la efectividad de las intervenciones centradas en la normalización social (EMCDDA 2018).
- Una revisión sistemática (Faggiano, 2014) concluyó que los programas basados en enfoques de influencia social no muestran resultados consistentes.
- Sin embargo, la extensa revisión sobre la evidencia en reducción de la demanda de drogas de COPOLAD (2014) apunta hacia el hecho de que, en general, los programas basados en la influencia social tienen un notable apoyo empírico, aunque a menudo sus resultados tienden a desaparecer con el tiempo. Para el caso concreto del **alcohol**, parece demostrado que los programas de la influencia social son superiores a los de habilidades para la vida porque son capaces de prevenir el abuso de esta sustancia, aunque no influyen en la prevalencia de uso. Otras revisiones sostienen que los estudios disponibles proporcionan evidencia empírica de la efectividad en la prevención o reducción del consumo de sustancias a largo plazo de los programas basados en la influencia social, 15 años después de haber completado el programa, especialmente si han incluido sesiones de repaso.
- La extensa revisión sistemática sobre la efectividad de los programas basados en un enfoque de influencia y normalización social dirigidos a jóvenes **universitarios** concluye que no hay beneficios significativos asociados a las intervenciones informativas en normas sociales para la prevención del abuso de **alcohol**, aunque se hallaron algunos efectos positivos menores en la reducción de la cantidad de alcohol consumida y en el *binge drinking* (Foxcroft, 2015).

Por su parte, la amplia revisión de la UNODC (2018) establece una serie de características que pueden considerarse relacionadas con la **eficacia o efectividad** de los programas:

- ✓ Utilizar métodos interactivos;
- ✓ Programas impartidos en una serie de sesiones estructuradas (normalmente entre 10 y 15) una vez a la semana, a menudo ofreciendo sesiones de refuerzo durante varios años;
- ✓ Programas impartidos por facilitadores (o pares) debidamente capacitados;
- ✓ Reforzar las percepciones de los riesgos asociados al consumo de sustancias, haciendo hincapié en las consecuencias inmediatas;
- ✓ Disipar las falsas ideas sobre la naturaleza normativa y las expectativas sobre el uso de drogas.

Por el contrario, entre las características que pueden considerarse relacionadas con la ineficacia o la **inefectividad o con resultados adversos** de las intervenciones, el estudio apunta hacia:

- ✗ Utilizar métodos no interactivos como, por ejemplo, conferencias, como método principal;
- ✗ Facilitar información descontextualizada, y especialmente suscitar temores;
- ✗ Programas impartidos en sesiones de diálogo no estructuradas;
- ✗ Utilizar a personas ex consumidoras de drogas como testimonio.

La revisión apunta hacia el hecho de que los programas dirigidos a los y las adolescentes jóvenes podrían prevenir mejor el consumo de sustancias que los dirigidos a niños y niñas más pequeños o a adolescentes de mayor edad.

Programas avalados por la evidencia

BE smokeFREE
<p>Descripción</p> <p>El programa BE smokeFREE es un programa de prevención basado en la escuela que tiene por objetivo reforzar la capacidad del alumnado para gestionar la presión. La intervención también busca mejorar las expectativas y la percepción de un estilo de vida libre de tabaco. El programa es impartido por personal de la escuela durante tres cursos académicos entre adolescentes de entre 12 y 15 años. Se compone de 8 sesiones de una hora el primer año, 5 el segundo y 6 el tercero.</p>
<p>Resultados</p> <p>Calificado como beneficioso según valoración del registro Xchange del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA, lo que equivale a la valoración máxima en términos de evidencia de efectividad. Los resultados de su rigurosa evaluación desarrollada en Noruega muestran efectos positivos y significativos en términos de consumo de tabaco (autoinforme), con una menor probabilidad de convertirse en persona fumadora habitual. Los y las participantes en el programa también tuvieron una menor probabilidad de consumir cannabis.</p>
<p>Más información:</p> <p>https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/be-smokefree_en</p>

Smokefree Class Competition SFC

Descripción

Estas intervenciones basadas en el uso de incentivos en el aula parten del hecho de que el consumo de tabaco en la edad adulta suele tener inicio en la adolescencia. A la inversa, si una persona no se inicia en el consumo de tabaco en la adolescencia es improbable que lo haga después. Es más, una vez que se adquiere el hábito de fumar, la probabilidad de abandonarlo es inversamente proporcional a la edad de inicio. Este tipo de enfoque se basa en la teoría de la influencia social y la presión del grupo para la prevención del consumo de tabaco.

En el caso del programa *Smokefree Class Competition SFC*, cofinanciado por la Unión Europea y aplicado en 22 países, la clase en su conjunto (generalmente de entre 11 y 14 años) adquiere el compromiso de no fumar en un plazo de seis meses. Si al menos el 90% de la clase sigue sin fumar, el aula se clasifica para una competición primero estatal y luego internacional, con posibilidad de obtener atractivos premios. En otro tipo de programas, las clases con menor porcentaje de fumadores obtienen directamente algún premio.

Resultados

Una de las pocas revisiones (Hefler, 2018) que ha evaluado el efecto de los incentivos en la prevención del inicio del consumo de tabaco entre menores de entre 5 y 18 años, sugiere que la implementación de incentivos, en el marco del programa SFC, puede tener efectos positivos en retrasar el inicio del consumo de tabaco. Los investigadores sugieren que el establecimiento de incentivos más atractivos sí pudieran tener un efecto más positivo; destacan, en todo caso, que los datos parecen mostrar que el programa no produce efectos negativos. Investigaciones recientes sí hallaron evidencia sobre su efectividad (EPIC).

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

b) Enfoques basados en información y conocimiento

Enfoque: prevención universal

Personas destinatarias: Infancia, adolescencia y juventud

Nivel de eficacia: limitada *

Los programas centrados en el conocimiento y la información parten de la suposición de que el consumo de drogas está influenciado por la falta de información, como por ejemplo, un escaso conocimiento sobre los riesgos y los peligros asociados al consumo. Los informes del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (*EMCDDA, en sus siglas en inglés*) muestran que la utilización de estos enfoques se encuentra ampliamente extendida en Europa.

Qué funciona

A pesar de su elevada implantación, en términos generales, cabe afirmar que la **evidencia** sobre las intervenciones basadas únicamente en la transmisión de **información y conocimiento en el medio escolar es limitada**.

Así, el propio Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías considera que los programas que solo se basan en facilitar información sobre los riesgos del consumo de drogas han demostrado no ser eficaces para prevenir el consumo. Estas intervenciones aumentan el conocimiento del alumnado, pero no alcanzan el objetivo de prevenir el consumo, sino que tienden a convertir al alumnado en personas consumidoras más informadas (EMCDDA, 2015, 2017). Los Estándares

Internacionales de la Prevención del Uso de Drogas de la UNODC concluyen que, de forma consistente, el suministro de información, las tácticas de choque y el uso de testimonios de personas ex consumidoras de drogas se consideran ineficaces. En esta misma línea, una de las más extensas revisiones sobre el tema (Faggiano, 2014) concluye que las intervenciones basadas en la información no mostraron efectividad en la prevención del consumo, más allá de la mejora del conocimiento por parte de los y las menores participantes en el programa.

Más allá de las limitaciones de la evidencia se ha considerado pertinente hacer referencia al Posicionamiento de la Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (*EUSPR*, 2019), donde muestra su preocupación al respecto de la implementación de algunas formas particularmente controvertidas, las llamadas tácticas de choque, donde se transfieren a niños, niñas y adolescentes imágenes o relatos duros (a veces de personas ex consumidoras) sobre las consecuencias del consumo²². La EUSPR considera que este tipo de intervenciones no solamente **son ineficaces y caras, sino que también pueden ser activamente perjudiciales**, dando como resultado reacciones opuestas a las que se persiguen. Sin embargo, este tipo de intervenciones carece de base científica. La falta de información o la falta de concienciación sobre los peligros de las adicciones no han sido identificadas como factores de riesgo para el consumo de drogas; es decir, no es la falta de información lo que hace que los y las jóvenes adopten conductas adictivas. La neuropsicología muestra por qué dar información no disuade a los jóvenes del consumo de drogas y otros comportamientos problemáticos: el comportamiento adolescente está más determinado por el contexto social que por las decisiones personales. Los y las adolescentes responden más intensamente a los estímulos emocionales y sociales, y toman más en consideración las opiniones de sus pares. La búsqueda de recompensas aumenta en presencia de sus iguales, cuando se estimula el sistema socioemocional del cerebro. Además, los desequilibrios neurobiológicos pueden resultar en una falta de conciencia del riesgo. Por lo tanto, parece ser normativo, determinado biológicamente, hasta un cierto punto inevitable, que los y las adolescentes sean propensas a explorar el riesgo. La capacidad de formar juicios maduros necesita tiempo para desarrollarse y, por tanto, es poco probable que las estrategias para simplemente dar información (cognitiva-informativa) hagan a los adolescentes más sabios, menos impulsivos y con más visión de futuro. Algunos enfoques preventivos pueden ser incluso perjudiciales, ya que pueden aumentar el interés para iniciarse en el uso de sustancias o participar en prácticas de consumo dañinas. Así, algunos estudios indican que un mayor **nivel de información puede estar asociado con un mayor consumo de sustancias**. Más allá, la investigación sugiere que las tácticas de choque y la excitación pueden resultar inspiradoras para quienes sienten atracción por el riesgo, el peligro y las nuevas sensaciones²³. Un ejemplo particularmente bien investigado de este impacto negativo es la campaña del gobierno de Estados Unidos de 2003 contra el cannabis, que se basó en contenidos visuales sobre cómo se consume cannabis y con qué consecuencias. Esta campaña no redujo el consumo del cannabis, sino que, al contrario, aumentó la intención de probarlo entre aquellos que nunca antes

²² En diversos países europeos se están aplicando intervenciones centradas en la transmisión de los efectos extremos del abuso de drogas por parte de personas ex consumidoras (o teatralizadas). Uno de los ejemplos más extendidos de este tipo de abordaje es la iniciativa llamada "*Revolution Train*". Se trata de un tren funcional, especialmente equipado, que mediante herramientas prácticas interactivas, que abarcan todos los sentidos corporales, supuestamente educa a grupos de adolescentes de 12-17 años, para cambiar la comprensión y sus conocimientos sobre las drogas legales e ilegales y otros comportamientos adictivos. De forma que los grupos que participan en esta visita guiada, se supone que experimentarán los peores resultados del consumo de sustancias mediante el uso de técnicas audiovisuales llamativas.

²³ En otros campos de la prevención, programas como *Scared Straight* y otras intervenciones con visitas a prisiones suponían que confrontar a jóvenes con las consecuencias de la conducta criminal en la vida real reduciría el riesgo de convertirse en delinquentes. Sin embargo, la ciencia de la prevención ha demostrado que estas intervenciones no solo son ineficaces, sino que incluso pueden aumentar el riesgo de que los y las jóvenes cometan más delitos.

habían escuchado hablar del cannabis. Esto sucedió así porque la campaña aumentó la percepción (la “creencia normativa”) de que todo el mundo lo estaba consumiendo.

En consecuencia, desde la EUSPR no se cuestiona el valor de proporcionar a las personas jóvenes información objetiva, creíble y equilibrada sobre las sustancias; sino el valor de proporcionar información y nada más que esto. En realidad, la prevención no consiste solamente en sensibilizar y crear conciencia: se trata de cambiar el comportamiento —y de mantener esos cambios— y de general, lograr una socialización positiva; y el suministro de información por sí solo contribuye muy poco a estos objetivos.

c) Competencias sociales y habilidades personales

Enfoque: universal o selectivo

Personas destinatarias: infancia (solo universal), adolescencia y juventud

Nivel de eficacia: buena ***

A partir de la infancia media, los niños y niñas pasan más tiempo fuera de la unidad familiar; están casi siempre en la escuela y con compañeros de su misma edad. Si bien la familia sigue siendo el principal agente de socialización, en esta etapa la escuela y los grupos de iguales desempeñan un mayor papel cada vez importante. Por tanto, a partir de esta edad, las habilidades sociales y las actitudes prosociales adquieren mayor relevancia y se convierten en factores fundamentales de protección que determinan también la manera en la que el niño o niña se enfrentará y se vinculará con la escuela y con sus compañeros. En este grupo etario comienza el desarrollo del comportamiento orientado al logro de objetivos, el control de los impulsos y la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas.

La siguiente fase de desarrollo, la adolescencia, se caracteriza por la exposición a nuevas ideas y comportamientos, a través de un mayor contacto con personas y organizaciones más allá de los experimentados en la infancia. Es una etapa de desarrollo en la que se “prueban” las funciones y responsabilidades de persona adulta y es, además, un momento en el que, debido a la “plasticidad” y maleabilidad del cerebro del adolescente, al igual que ocurre en la infancia, es un momento propicio para que las intervenciones refuercen o, por el contrario, modifiquen las experiencias anteriores. Pero precisamente este deseo de asumir una mayor independencia hace que este período pueda ser propicio para tomar decisiones irreflexivas y adoptar comportamientos potencialmente nocivos, como las conductas sexuales de riesgo o adictivas. Por ello, las aptitudes sociales positivas y una salud mental y emocional resilientes siguen estando entre los principales factores de protección durante la adolescencia.

Los programas de prevención basados en un enfoque de competencias sociales y personales asumen que el riesgo de adicción aumenta entre personas con pocas habilidades sociales y personales. Las intervenciones a menudo se basan en teoría del aprendizaje social que asume que los comportamientos relacionados con las conductas adictivas están influenciados por la imitación del comportamiento ajeno. Este tipo de programas tienen como objetivo enseñar habilidades generales y cognitivo-conductuales en torno a la toma de decisiones, la resistencia frente a la presión social o de grupo, la mejora de la educación afectiva, la autoestima o la gestión del estrés y la ansiedad (Public Health England, 2016; UNODC, 2018; Faggiano, 2014).

Qué funciona

La eficacia de los programas de competencias sociales y habilidades personales **se encuentra avalada por la investigación.**

- El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2020) sugiere que la evidencia sobre los programas de prevención basados en habilidades sociales y personales es buena, en el caso de la infancia y adolescencia. Sin embargo, no hay evidencia sobre su efectividad durante la juventud y la edad adulta.
- La extensa revisión de la UNODC (2018) concluye que los programas escolares centrados en el desarrollo de aptitudes personales y sociales en el contexto del aula puede prevenir el consumo de **tabaco, alcohol y drogas**, especialmente en un seguimiento a más largo plazo (más de un año). La eficacia de las estrategias que se centran solo en la resiliencia se limitó al uso de **drogas ilegales**.
- Un metaanálisis de revisión de 82 intervenciones basadas en el aprendizaje de habilidades sociales y emocionales ha mostrado que este enfoque se vincula a una mejora del desarrollo juvenil positivo, incluyendo las **adicciones** (Taylor; 2017).
- La extensa revisión de Cochrane (Faggiano, 2014) sugiere que los programas basados en competencias muestran una cierta reducción tanto en el uso de **drogas** como en la mejora del conocimiento sobre las drogas en comparación con el plan de estudios ordinario; sin embargo, estos efectos no son estadísticamente significativos.
- Una de las más extensas revisiones realizadas sobre los programas escolares de prevención del consumo de **tabaco** (Thomas, 2013) concluye los programas que emplean un enfoque de competencia social junto con los que combinan enfoque de competencia social junto con enfoque social se mostraron como los más efectivos.
- La revisión de tres revisiones de *Cochrane* (Foxcroft, 2012) que analizó la eficacia de programas de prevención escolares universales concluyó que los programas basados en enfoque psicosocial o de desarrollo de habilidades o normas sociales (como *Life Skills Training programme*, *Unplugged*²⁴ o *Good Behavior Game*²⁵), tenían más probabilidad de reportar resultados positivos (modestos en todo caso) a lo largo de los años (hasta 12 años después en el caso de GBG). Los efectos positivos más habituales fueron la ausencia de borracheras y de grandes ingestas de alcohol, aunque cabe advertir que en general, la calidad de los estudios se consideró pobre.

La amplia revisión de la UNODC (2018) establece una serie de características que pueden considerarse relacionadas con la **eficacia o efectividad de** los programas:

- ✓ Contenidos orientados a aprender y practicar un conjunto de competencias personales y sociales, en particular las capacidades para hacer frente a los problemas, adoptar decisiones adecuadas y la capacidad de resistencia.
- ✓ Programas impartidos en una serie de sesiones estructuradas (normalmente entre 10 y 15) una vez a la semana, a menudo ofreciendo sesiones de refuerzo durante varios años más.
- ✓ Programas impartidos por profesores o facilitadores debidamente capacitados.
- ✓ Generan impacto en la percepción de riesgo asociada al abuso de drogas, con énfasis en las consecuencias inmediatas.

²⁴ Programa escolar multicomponente basado en la evidencia, descrito en su apartado correspondiente.

²⁵ Programa de mejora para la gestión del aula basado en la evidencia, descrito en su apartado correspondiente.

- ✓ Ofrecen mejores resultados cuando se dirigen a adolescentes jóvenes que cuando lo hacen a la infancia media o a jóvenes o más mayores.
- ✓ Utilización de métodos interactivos.

Por el contrario, entre las características que pueden considerarse relacionadas con la **ineficacia o la inefectividad o con resultados adversos** de las intervenciones, el estudio apunta hacia:

- × Abordar solamente cuestiones relacionadas con la toma de decisiones o con los valores éticos o juicios morales.
- × Facilitar información sobre sustancias específicas
- × Basarse en enfoques que suscitan temores o miedos.
- × Programas impartidos en sesiones de diálogo no estructuradas.
- × Utilizar métodos no interactivos como, por ejemplo, las charlas o discursos, como método principal.

Programas avalados por la evidencia

LIFE SKILLS TRAINING (LST)
<p>Descripción</p> <p><i>LifeSkills Training</i> o Programa de habilidades para la vida es un programa universal de prevención de adicciones basado en la escuela. Su objetivo es prevenir el consumo de drogas, alcohol y tabaco, las conductas violentas y otras conductas de riesgo en la adolescencia. Para ello, se basa en el aprendizaje de competencias sociales y de autogestión por parte de los y las alumnos, así como en información y técnicas de rechazo específicamente orientadas a las drogas. Incorpora 30 sesiones distribuidas a lo largo de 3 años (15, 10 y 5 sesiones). Constituye uno de los programas de prevención basados en la evidencia más extendidos en Estados Unidos y Reino Unido.</p> <p>Resultados</p> <p>Existe abundante evidencia sobre su efectividad en la reducción del consumo y en el aumento de la edad de inicio, con resultados significativos sostenidos en el tiempo. El beneficio se estima en 1.419 \$ por persona frente a 105 \$ de coste del programa.</p> <p>El programa cuenta con la máxima calificación de efectividad en el Registro Blueprints. Dado que la evidencia procede mayoritariamente de los Estados Unidos, el registro Xchange del EMCDDA recomienda profundizar en el estudio de su efectividad aplicado al entorno europeo.</p> <p>Más información:</p> <p>www.lifeskills-education.co.uk</p> <p>https://www.blueprintsprograms.org/programs/5999999/lifeskills-training-lst/</p>

EIGENSTANDIG WERDEN (BECOMING INDEPENDENT)

Descripción

Eigenstandig Werden (Becoming Independent) es un programa de formación en habilidades para la vida con un enfoque específico en adicciones y *bullying*. Se imparte a través de personal docente específicamente formado para ello a niños y niñas de entre 6 y 9 años.

Se compone de un total de 42 sesiones, de en torno a 90 minutos, distribuidas a lo largo de 4 cursos escolares (10 sesiones por curso). En las sesiones se emplean técnicas variadas, desde ejercicios de relajación hasta juegos de rol, espectáculos de marionetas o canciones.

Resultados

Calificado como beneficioso según valoración del registro Xchange del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA, lo que equivale al nivel máximo de eficacia.

El programa ha sido evaluado en Alemania mediante grupo de control con niños y niñas de 6 años de edad. Se evidenciaron efectos positivos en los patrones de conducta de los y las menores, aunque no en las habilidades personales (pensamiento crítico, asertividad, autonomía personal...)

Más información:

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/eigenstandig-werden-becoming-independent_en

Intervenciones de psicología positiva multicomponente basadas en la escuela

Descripción

Las intervenciones de psicología positiva multicomponente basadas en la escuela tienen como objetivo aumentar el bienestar subjetivo y psicológico y reducir los indicadores de angustia psicológica más comunes (es decir, depresión, ansiedad y estrés) en adolescentes. Las intervenciones de psicología positiva, con base científica, se enfocan en fortalecer emociones, pensamientos y comportamientos positivos a través de actividades y rutinas diarias.

Resultados

Este tipo de intervenciones alcanzan la valoración de beneficiosas (máxima calificación de eficacia) en la base de datos de evidencia del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA²⁶. Una reciente revisión sistemática con metaanálisis (Tejada-Gallard, 2020), evidenció que las intervenciones de psicología positiva multicomponente basadas en la escuela son significativamente efectivas para mejorar el bienestar subjetivo, el bienestar psicológico y síntomas de depresión.

Más información:

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/school-based-multicomponent-positive-psychology-interventions-well-being-and-distress_en

²⁶ https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/school-based-multicomponent-positive-psychology-interventions-well-being-and-distress_es

d) Abordaje de las vulnerabilidades

Algunos de los factores que hacen a las personas vulnerables (o, por el contrario, resilientes) a la iniciación en el consumo de sustancias varían según la edad. Tal y como se ha mostrado previamente, durante la época prenatal y la primera infancia, los patrones de crianza constituyen uno de los principales factores externos de vulnerabilidad o de protección; sin embargo, a edades más tardías, la influencia de otros entornos, fundamentalmente la escuela y el barrio, también influyen en la mayor o menor vulnerabilidad frente a consumo de drogas y a otros comportamientos de riesgo. A nivel individual, son factores importantes de vulnerabilidad la predisposición genética, los rasgos de la personalidad o los problemas de salud mental; por el contrario, el bienestar psicológico, las competencias sociales o las habilidades personales contribuyen a que las personas sean menos vulnerables o más resilientes (UNODC, 2018).

En consecuencia, el abordaje de las vulnerabilidades se desarrolla en diferentes ámbitos: la comunidad (iniciativas multicomponentes o programas de mentoría), la familia (refuerzo de habilidades parentales, visitas prenatales o a mujeres embarazadas) y, como se describe a continuación, también en la escuela.

Una gran ventaja de la intervención preventiva en la escuela es que las intervenciones se pueden implementar con carácter universal, con toda la población escolar y no sólo con quienes están en un grupo de alto riesgo (selectiva) o con aquellas personas que son vulnerables (indicada). Además, los mensajes transmitidos a toda la población infantil en las escuelas pueden transmitirse a aquellos menores identificados como especialmente vulnerables, pero sin el inconveniente de estigmatizarlos. En este sentido, la evidencia muestra que la implementación de programas específicamente dirigidos a jóvenes vulnerables juntando a jóvenes de alto riesgo en un solo grupo puede retroalimentar y aumentar su comportamiento de riesgo. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, a edades más avanzadas, los jóvenes adolescentes que se encuentran en mayor riesgo de padecer adicciones pueden hallarse fuera del sistema educativo y necesitar, por tanto, de intervenciones específicas (*Partnership to End Addiction*, 2022; EMCDDA, 2020).

La revisión de literatura ha permitido identificar los siguientes abordajes principales de las vulnerabilidades individuales desde el ámbito escolar:

- Educación selectiva en la primera infancia.
- Promoción de la permanencia en la escuela (prevención del abandono escolar).
- Vulnerabilidades psicológicas individuales²⁷.

▪ Educación selectiva en la primera infancia

Enfoque: prevención selectiva

Personas destinatarias: niños y niñas (2 y 5 años) en situación de vulnerabilidad

Nivel de eficacia: muy buena ****

Los programas de educación en la primera infancia se orientan a niños y niñas en situación de vulnerabilidad, a menudo por su procedencia de zonas desfavorecidas. Estos programas preventivos se desarrollan en la etapa preescolar e infantil (entre 2 y 5 años) y su objetivo es

²⁷ Los programas multicomponentes en la comunidad se dirigen a menores en situación de vulnerabilidad podrían enmarcarse en este apartado, pero dado su carácter más comunitario que escolar se han desarrollado en el capítulo de la prevención en la comunidad. Este mismo criterio se ha seguido en el caso de los programas de mentoría destinados a personas jóvenes en situación de vulnerabilidad.

reforzar el desarrollo social y cognitivo de estos niños y niñas con el fin desarrollar y fortalecer los factores de protección frente a una posible adicción en edades más avanzadas.

Qué funciona

Según la extensa revisión realizada, el **nivel de eficacia de los servicios de educación selectiva en la primera infancia es muy buena**. Estos programas pueden reducir el consumo de tabaco, marihuana y otras drogas en niños y niñas que crecen en comunidades desfavorecidas. Estas intervenciones educativas en la edad temprana también generan otros beneficios vinculados con el refuerzo de la salud mental, la mejora de los resultados académicos o la prevención de otras conductas de riesgo. La evidencia sugiere además que las intervenciones tempranas, principalmente los programas genéricos en edad preescolar originan efectos positivos a largo plazo, que se extienden hasta los 18 años (UNDOC, 2018; *Public Health England, 2015*).

En cuanto a las características que se consideran asociadas a la **eficacia o efectividad** de los programas educativos en la primera infancia, según la literatura, destacan:

- ✓ Sesiones impartidas con mucha regularidad, a menudo diarias, y durante largos períodos de tiempo.
- ✓ Programas impartidos por profesorado debidamente capacitado.
- ✓ Programas centrados en la mejora de las competencias cognitivas, sociales y lingüísticas adecuadas a la etapa preescolar e infantil.
- ✓ Contenidos orientados a su preparación futura para el contexto escolar, sus roles como estudiantes y los retos académicos.
- ✓ Prestación complementaria de otros tipos de apoyo socioeconómico destinado a las familias vulnerables.

■ Programas orientados a reforzar el vínculo con la escuela

Enfoque: prevención selectiva

Personas destinatarias: niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad

Nivel de eficacia:²⁸ adecuada **

Los programas escolares destinados a reforzar la adherencia a la escuela promueven la participación del alumnado, los vínculos positivos y el compromiso con la escuela con el objetivo de reducir el absentismo escolar y mejorar los resultados académicos. Estas intervenciones suelen tener un carácter selectivo y a menudo se aplican conjuntamente con otras intervenciones de prevención, como la educación basada en el desarrollo de competencias, las políticas escolares para prevenir el consumo de sustancias o los programas de refuerzo de las competencias parentales o la participación familiar.

Qué funciona

La revisión de revisiones de la UNODC (2018) concluye que existe evidencia sobre el impacto positivo de este tipo de intervención, pero basada únicamente en los resultados de dos revisiones identificadas²⁹. Así, un estudio constató que **estas estrategias contribuyen a prevenir el uso de todas las drogas**, mientras que otro solamente notificó resultados positivos sobre el

²⁸ Nivel de eficacia de este tipo de intervención según concluye la revisión de revisiones de la UNODC.

²⁹ Fletcher (2008) y Hodder et al (2017).

uso de drogas ilegales, pero sin resultados significativos sobre el uso de tabaco y alcohol. Por tanto, el nivel de eficacia se considera adecuada.

En cuanto a las características que pueden considerarse relacionadas con la **eficacia o efectividad** de los programas orientados a reforzar el vínculo con la escuela destacan:

- ✓ Apoyar los valores escolares positivos
- ✓ Reforzar el compromiso con la escuela;
- ✓ Mejorar la participación de los y las estudiantes en el centro.

▪ **Abordaje de vulnerabilidades psicológicas individuales**

Enfoque: prevención indicada

Personas destinatarias: niños, niñas y adolescentes con vulnerabilidades

Nivel de eficacia: adecuada **

Diversos estudios han puesto de manifiesto los factores de vulnerabilidad de determinados grupos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en relación con el riesgo desarrollar un uso problemático de drogas. Este grupo comprende, por ejemplo, niños, niñas, adolescentes o jóvenes que abandona el sistema educativo, procedentes del sistema de protección, inmigrantes sin referentes adultos, infractores, etc. La evidencia indica, además, que con frecuencia estos menores y jóvenes se hallan expuestos a las drogas a una edad muy temprana.

Entre los factores de vulnerabilidad individual que requieren una intervención prioritaria hay que citar, especialmente a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental. Los trastornos mentales que se inician durante la infancia media (como la ansiedad, los problemas de déficit de atención con hiperactividad o los trastornos de conducta) pueden impedir el desarrollo de un vínculo sano con la familia, la escuela, el juego cooperativo con los compañeros, el aprendizaje adaptativo y la autorregulación. Este grupo de menores presenta además un mayor riesgo de consumo de drogas. A ello se suma el hecho de que algunos rasgos de personalidad propios de la adolescencia como, por ejemplo, la búsqueda de sensaciones, la impulsividad, la ansiedad o la desesperación se asocian con un mayor riesgo de consumo de sustancias. Y a la inversa, el propio consumo de sustancias adictivas se vincula con menores niveles de bienestar psicológico. Por ello, apoyar lo antes posible a los niños, niñas, adolescentes y a sus familias para que puedan hacer frente a los trastornos psíquicos y de comportamiento es una importante estrategia de prevención, también en la escuela (UNODC, 2018).

El principal objetivo de los programas de prevención indicada es ayudar a estos adolescentes, que se encuentran en una especial situación de riesgo, a manejar de manera constructiva las emociones asociadas a su personalidad, en lugar de utilizar estrategias negativas de afrontamiento como el consumo peligroso y nocivo de drogas. El enfoque es, por tanto, similar al de los programas universales de refuerzo de las competencias: gestionar las presiones sociales, afrontar los conflictos y las situaciones problemáticas y ser capaces de interactuar en diversos contextos personales y grupales. Sin embargo, dadas las características de vulnerabilidad de este colectivo de jóvenes y adolescentes, estas intervenciones indicadas requieren la participación de profesionales más especializados, cuya capacitación va más allá de las aptitudes propias del personal docente (Vázquez, 2018).

Qué funciona

La revisión de literatura sugiere que los programas que abordan las vulnerabilidades psicológicas individuales presentan un **nivel de eficacia adecuada, aunque la evidencia no es uniforme**.

- La revisión de revisiones de la UNODC (2018) concluye que estos programas, aplicados en la infancia media, pueden reducir las tasas de consumo de **alcohol** en un período de seguimiento de dos años. En lo referente a los resultados secundarios, este tipo de intervención puede influir en los factores que afectan al consumo de drogas en etapas posteriores de la vida como, por ejemplo, el autocontrol. La revisión también apunta hacia el hecho de que existen indicios de que la educación universal basada en el desarrollo de competencias puede tener también efectos preventivos entre los grupos de alto riesgo, como los y las menores que padecen trastornos mentales.
- El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, sin embargo, concluye que **no hay estudios ni evidencia suficiente** con relación a las intervenciones de prevención dirigidas a vulnerabilidades psicológicas individuales (EMCDDA, 2020).
- En cuanto al coste-efectividad, una reciente revisión de siete programas de prevención de drogas destinadas a menores y jóvenes vulnerables (Pennington, 2018), concluyó que no había evidencia al respecto. Sin embargo, la evidencia parece sugerir que seguimientos más prolongados en el tiempo podrían demostrar mejores efectos de las intervenciones.
- Con relación a las entrevistas motivacionales breves desarrolladas en la escuela, parece que éstas suelen ser inefectivas en prevenir el uso de drogas (Bates, 2017). La revisión de la UNODC (2018) advierte que no existe evidencia sobre el uso de las intervenciones breves en menores de 15 años, en ningún entorno.
- Una de las pocas revisiones desarrolladas en nuestro entorno (Vázquez, 2018) concluye que existen pocos estudios sobre programas de prevención selectiva centrados en el consumo de **alcohol y cánnabis** dirigidos a jóvenes vulnerables, siendo la mayoría programas mixtos, con un componente mayor de aplicación universal³⁰. En todo caso, sugiere que los programas que obtuvieron mejores resultados abordaron las emociones negativas asociadas al consumo, trabajando las habilidades para afrontarlo, y consiguieron reducir la frecuencia del consumo de alcohol, pero raramente de cánnabis.
- La revisión de Sussman (2014) mostró que los programas de prevención selectiva dirigidos a jóvenes vulnerables son efectivos cuando incluyen el refuerzo explícito de la motivación, el entrenamiento en habilidades sociales y la toma de decisiones, y la actitud crítica ante las influencias sociales que invitan al consumo.
- El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2012) concluye que los programas interactivos dirigidos a jóvenes vulnerables se han mostrado eficaces en la reducción del consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

A pesar de la falta de uniformidad en cuanto a la evidencia, sí se establecen las características que pueden considerarse relacionadas con la **eficacia o efectividad** de las intervenciones preventivas orientadas a adolescentes y jóvenes vulnerables (UNODC, 2018; Vázquez, 2018; Sussman, 2014; NIDA, 2012):

- ✓ Programas organizados de forma adecuada para evitar cualquier posibilidad de estigmatización. Se recomienda comenzar la intervención partiendo de sesiones

³⁰ La escasez de programas selectivos completos sobre consumo de alcohol y cannabis ha motivado que autores como Newton (2010) recomienden el uso combinado de programas efectivos universales como el que implementaron con éxito en Sydney (Climate Schools: Alcohol and Cannabis Course) con otros diseñados para adolescentes con consumos de riesgo como el programa Pre-Venture. Este programa ha mostrado mayor efectividad para reducir el “binge drinking” y el uso de otras drogas ilegales

universales, dinámicas y participativas en el conjunto del aula, normalizando las intervenciones complementarias adaptadas a las necesidades del grupo diana.

- ✓ Selección de participantes, basada en la ayuda de instrumentos de eficacia probada, con unos determinados rasgos de personalidad.
- ✓ En cuanto a los contenidos, deben combinar los siguientes abordajes: talleres en grupo, actividades muy personalizadas, entrenamiento de habilidades sociales, actitud crítica ante las influencias sociales, actividades de ocio supervisadas y actividades de competencias multiculturales. La evidencia sugiere que los programas que hacen hincapié en la promoción de actitudes, comportamientos y habilidades para la vida son más eficaces en la reducción del uso de sustancias que los que se centran en los objetivos afectivos, tales como la autoestima.
- ✓ Cuentan, para su implantación, con un manual que recoja los pasos a seguir en la implementación, la descripción, el número y el orden de las sesiones y los componentes y contenidos principales; así como con personal dinamizador (psicólogos o profesores) cuya formación específica se refleja en dicho manual.
- ✓ Se componen de una serie no excesivamente larga de sesiones (entre 2 y 8).
- ✓ Proporcionan a las personas participantes las competencias necesarias para manejar de manera positiva las emociones asociadas a su personalidad, las habilidades para hacer frente a los problemas y adoptar decisiones, y la capacidad de resistencia, especialmente en relación con el consumo de drogas.

Programas avalados por la evidencia

TND PROJECT TOWARDS NO DRUG ABUSE
<p>Descripción</p> <p>El programa <i>TND Project Towards No Drug Abuse</i> es una intervención escolar con un fuerte enfoque comunitario, orientada a adolescentes en situación de alto riesgo. El objetivo de la intervención es prevenir el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas ilegales. El programa, impartido por educadores para la salud o profesores, consta de 12 sesiones interactivas de 40 minutos, a lo largo de 3 semanas. A lo largo de las sesiones se desarrollan actividades de motivación para no usar drogas; y de desarrollo de habilidades de autocontrol, comunicación y toma de decisiones. El programa se imparte universalmente y se ha implementado tanto en centros ubicados en zonas vulnerables como en entorno sin especial vulnerabilidad.</p>
<p>Resultados</p> <p>Destaca su amplia cobertura, su aplicación con éxito en contextos de diversidad cultural y socioeconómica, la robustez de su diseño evaluativo, la amplitud de estudios de evaluación en los que se han constatado los efectos significativos en diversas variables. Los resultados muestran una reducción de la frecuencia del uso de alcohol y drogas ilegales; así como en la reducción del consumo de tabaco y cannabis, aunque únicamente cuando era administrado por especialistas de la salud. El programa ha alcanzado la calificación máxima de eficacia en el repositorio de programas basados en la evidencia <i>Blueprints</i>³¹. En cuanto al coste-beneficio, se estima un coste de 69 \$ con un beneficio de 396 \$ por persona.</p>
<p>Más información:</p> <p>https://www.blueprintsprograms.org/programs/34999999/project-towards-no-drug-abuse/</p>

³¹ Blueprints: Registry of Experimentally Proven Programs: <https://www.blueprintsprograms.org/>

PREVENTURE

Descripción

Preventure es un programa de prevención escolar breve, indicado para adolescentes con factores de riesgo en sus inicios de consumo y/o conductas de riesgo.

Este riesgo se evalúa mediante un cuestionario de personalidad y a aquellos que se detecta este riesgo (pensamientos negativos, ansiedad, impulsividad y búsqueda de sensaciones) se les invita a participar en 2 sesiones de 90 minutos, en grupos de 8 personas con personal formado específicamente en la metodología del programa.

El objetivo es capacitar a los y las adolescentes participantes para reconocer su propia personalidad y dotarles de herramientas para identificar y modificar las conductas negativas.

Resultados

El programa ha sido implantado y evaluado en diversos países europeos (Reino Unido, Países Bajos, República Checa). Los estudios confirman que se trata de un programa riguroso en términos de implementación, cobertura, formación de personal y diseño evaluativo.

Las evaluaciones han mostrado efectos significativos tanto en variables intermedias, como de reducción de consumos:

- protector del consumo de cannabis a los 6 meses y reducciones en la frecuencia de consumo de cannabis a los 12 y 18 meses³².
- reducción significativa de la frecuencia de uso de cocaína y otras drogas a los 6 y 24 meses,
- reducción significativa de la frecuencia de consumo de alcohol y del abuso intensivo o “binge drinking” a los 6 meses de seguimiento, que desaparece a los 12, 18 y 24 meses,

Preventure ha sido calificado como una intervención potencialmente beneficiosa³³ por parte del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías

Más información:

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/personality-targeted-substance-misuse-intervention-preventure_en

OTROS PROGRAMAS

Otros programas avalados por la evidencia son:

- *Seattle Social Development Project SSDP*
- *Coping Power* – Empecemos.

Ambos programas se han descrito con mayor detalle en el apartado de intervenciones desarrolladas en el ámbito de la comunidad, debido a su marcado carácter multicomponente.

³² Autores como Vázquez (2018) destacan la dificultad de encontrar efectos sobre el consumo de cannabis, especialmente en adolescentes con consumos de riesgo, lo que convierte al programa Pre-Venture en una intervención de referencia en la prevención selectiva del consumo de cannabis.

³³ Intervenciones para las que se hallaron efectos consistentes y relevantes en al menos un estudio de excelente calidad en Europa

e) Combinación de abordajes en el medio escolar

Enfoque: universal

Personas destinatarias: infancia, adolescencia y juventud

Nivel de la eficacia: buena ***

Los programas de prevención escolar con un carácter multicomponente son aquellos que combinan uno o varios de los enfoques previamente descritos, es decir, las competencias sociales y las habilidades personales, la influencia y las normas sociales o la información y el conocimiento en torno a las drogas.

Más allá de este planteamiento, el carácter multicomponente de las intervenciones también puede hacer referencia a su implantación simultánea en uno o varios ámbitos, es decir, no se despliegan únicamente en el medio escolar, sino que también se implantan en otros entornos de manera coordinada (familiar o comunitario, fundamentalmente).

Qué funciona

Tal y como sucede en otros ámbitos de la prevención, también en el medio escolar la evidencia parece apuntar hacia el hecho de que aquellas intervenciones que combinan diversos enfoques y/o se aplican de manera coordinada en varios ámbitos -y no solo en la escuela- ofrecen una mayor eficacia que las intervenciones simples. Y, por tanto, su nivel de eficacia se valora como buena.

- El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías considera que los programas que combinan un enfoque de competencias sociales y de influencia social, corrigiendo concepciones normativas erróneas y desarrollando competencias sociales y habilidades de rechazo, obtienen resultados más prometedores. Existe alguna evidencia sobre la reducción de las **conductas adictivas** a corto y largo plazo, aunque no pueda considerarse concluyente (EMCDDA, 2015, 2017). Revisiones anteriores señalaban que los programas integrales que combinan información con entrenamiento en habilidades de rechazo, autocontrol y habilidades sociales, suelen ser más efectivos (Lemstra, 2010).
- La revisión de revisiones de la UNODC (2018) concluye que algunos programas que combinan enfoques de competencia e influencia sociales previenen el consumo de tabaco, alcohol y drogas, con efectos pequeños pero uniformes, que subsisten a largo plazo (> 12 meses).
- La extensa revisión impulsada por el *Health Research Board* irlandés (Bates, 2017), mostró que las intervenciones preventivas del uso de drogas y de salud sexual pueden ser más efectivas si se enfocan a múltiples entornos y no solo al medio escolar, aunque el impacto en el uso de drogas parece limitado. Determinados programas de prevención escolar, bien estructurados y manualizados y que combinan el refuerzo de habilidades como la toma de decisiones o el rechazo a la presión social y ofrecen información, tiene un impacto positivo en el uso de **cannabis**. La evidencia para el resto de las sustancias no es concluyente.
- Una extensa revisión de 46 revisiones sistemáticas sobre intervenciones orientadas a la prevención de adicciones en la adolescencia (Das, 2016) confirma que, en el caso de las **drogas ilegales**, los programas escolares basados en una combinación de competencias sociales y enfoque de influencia social muestran efectos protectores en la prevención del consumo de drogas ilegales en general y el cannabis en particular. En el caso del **alcohol**, los programas de prevención en la escuela que incluyen feedback personalizados, identificación de situaciones de riesgo e intervenciones breves se asociaron con una reducción en la frecuencia del consumo.

- Una revisión sistemática de *Cochrane* (Faggiano 2014) sobre la eficacia de los programas universales en la escuela halló que los programas escolares basados en una combinación de competencia social y enfoques de influencia social eran más efectivos que los programas simples en términos de reducción del consumo de **cannabis** a corto y medio plazo.
- Una de las más extensas revisiones realizadas sobre los programas escolares de prevención del consumo de **tabaco** (Thomas, 2013), mostró un significativo efecto positivo y sostenido en el caso de menores que no habían fumado con anterioridad. En cuanto a los programas que son más efectivos, la revisión concluye que los programas que combinan enfoque de competencia social junto con enfoque social se mostraron como los más efectivos.
- Una amplia revisión previa (Faggiano, 2010) ya halló que los programas escolares que implementan los conceptos de influencia social y habilidades para la vida eran efectivos en la reducción de episodios de embriaguez por consumo de **alcohol**.

Programas avalados por la evidencia

PASE.bcn
<p>Descripción</p> <p>El Enfoque Europeo sobre la Prevención del Hábito de Fumar (<i>European Smoking Prevention Framework Approach –ESFA–</i>) aborda cuatro grupos: adolescentes, progenitores, escuelas y entorno comunitario. El programa está dirigido por personal docente y dura aproximadamente dos cursos escolares. Los componentes del programa consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) prevención del hábito de fumar mediante la educación en salud como parte del plan de estudios (las sesiones sobre prevención del hábito de fumar utilizan un enfoque de habilidades sociales); (ii) ambiente escolar libre de humo (políticas regulatorias y formación a maestros y progenitores); (iii) actividades regionales de prevención del hábito de fumar fuera de la escuela (por ejemplo, mediante publicidad regional y actividades libres de humo para adolescentes). <p>Resultados</p> <p>El programa ha sido implementado en seis países europeos (Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Portugal, España, Reino Unido). Para satisfacer las necesidades locales y culturales, cada país desarrolló y utilizó sus propios materiales, teniendo en cuenta las metas y los objetivos centrales.</p> <p>El programa desarrollado por la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) se denomina PASE.bcn. Los resultados de su aplicación en Cataluña muestran que hubo menos jóvenes que empezaron a fumar entre los y las participantes en el programa (estadísticamente significativo) y más jóvenes del grupo control que empezaron a fumar semanalmente (marginamente significativo). No hubo ningún efecto sobre la intención de comenzar a fumar en el próximo año.</p> <p>El registro Xchange del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA califica el programa PASE.bcn/ESFA como “posiblemente beneficioso”, lo que implica que se han hallado algunos resultados positivos en al menos una evaluación europea de calidad aceptable. El programa también forma parte del Portal de Buenas Prácticas de la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas</p> <p>Más información:</p> <p>http://www.buenaspracticasadicciones.es/bbpp/buenaPracticaDetalle.jsf?bbpp=4</p> <p>https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/european-smoking-prevention-framework-approach-esfaprevenci%C3%B3-de-les-addiccions-substancies-l%E2%80%99escola-pasebcn_en</p>
UNPLUGGED

Descripción

El programa Unplugged es una intervención de prevención basado en la escuela que incorpora componentes que se centran en el pensamiento crítico, la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento creativo, la comunicación efectiva, el refuerzo de las habilidades para la vida, el auto conocimiento, la empatía, la gestión emocional y el estrés, el cambio de las creencias normativas y los conocimientos sobre los efectos perjudiciales de las sustancias para la salud.

El currículum consta de 12 sesiones de una hora impartidos una vez a la semana por el profesorado de la escuela que anteriormente haya asistido a un curso de formación de dos días y medio.

Resultados

Revisiones de la evidencia (Isorna, 2017; Foxcroft, 2012; Faggiano, 2010) han mostrado que Unplugged consigue una reducción significativa del riesgo de consumo de tabaco, alcohol y cannabis, que persisten a los dos años.

El registro Xchange del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA califica Unplugged como “beneficioso”, lo que equivale a la calificación máxima en términos de eficacia, evidenciando que es probable que sea eficaz en diferentes contextos.

Más información

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/unplugged_en

f) Políticas de mejora del entorno escolar

Enfoque: prevención universal

Personas destinatarias: Infancia, adolescencia y juventud

Nivel de evidencia: buena ***

A partir de la primera infancia, los niños y niñas pasan cada vez más tiempo fuera de la familia; están casi siempre en la escuela y con compañeros de su misma edad. En este sentido, factores tales como las normas comunitarias, la cultura escolar y la calidad de la educación se vuelven cada vez más importantes para el desarrollo seguro y saludable desde el punto de vista emocional, cognitivo y social.

Las políticas de mejora del entorno escolar buscan mejorar el medio con el fin de reducir o prevenir, directa o indirectamente, el consumo de drogas. En este sentido, estas intervenciones de mejora del entorno escolar hilan con las estrategias de prevención ambiental que, tal y como se ha descrito con mayor detalle en el apartado correspondiente incluyen, entre otras, las “estrategias de mejora del clima y ethos (forma común de vida o de comportamiento que adopta un grupo de individuos que pertenecen a una misma sociedad) en los centros educativos” (Burkhart, 2011).

La revisión de literatura ha permitido detectar dos tipos de intervención principales, ambas de carácter universal, para la mejora del entorno escolar:

- políticas escolares sobre el consumo de drogas a nivel de centro,
- programas de mejora del ambiente en el aula.

▪ Políticas escolares frente al consumo de drogas

Las políticas escolares frente al consumo de sustancias buscan controlar el uso de drogas en las instalaciones escolares y durante el funcionamiento normal de la escuela y de las actividades escolares, tanto por parte del personal como del alumnado.

Estas políticas también buscan crear mecanismos transparentes y no punitivos para el abordaje adecuado de los incidentes relativos al consumo de drogas y para poder transformarlos en una oportunidad educativa y de promoción de la salud.

Estas intervenciones son universales, aunque también pueden incluir componentes selectivos, como pruebas de detección, intervenciones breves o derivación a determinados servicios. A menudo se aplican conjuntamente con otras intervenciones de prevención, como el desarrollo de competencias personales, la mejora de gestión del aula o la formación de padres. Se trata de intervenciones relativamente baratas, relativamente fáciles de implementar y con un amplio alcance (UNODC, 2018; Public Health England, 2016).

Qué funciona

La evidencia sugiere que prohibir el consumo de alcohol y drogas, así como su venta, en las escuelas, institutos y universidades **resulta eficaz** para prevenir o reducir el consumo de alcohol y tabaco (Becoña, 2021; UNODC, 2018; Hefler, 2017; Coppo, 2014).

La extensa revisión de la UNODC halló algunos estudios que aportaron evidencia sobre la eficacia de las políticas escolares, aunque más de la mitad no aportaron evidencia sobre los efectos. Los estudios que reportaron conclusiones constataron que la probabilidad de que se consumiera **tabaco** en las escuelas era menor en los centros en los que se prohibía dicho consumo que en los centros que adoptaban actitudes más permisivas. Se encontró alguna evidencia que demostraba que el nivel de formalidad de las políticas (por ejemplo, políticas escritas) y de su aplicación también influyen en los hábitos de fumar.

Con relación a las intervenciones desarrolladas en centros de **educación superior y universidades**, la revisión de la UNODC (2018) concluye que algunas intervenciones ambientales, las campañas de promoción de las normas sociales y las intervenciones basadas en las terapias cognitivas y conductuales y en el desarrollo de competencias podrían resultar beneficiosas para prevenir el consumo nocivo de **alcohol**, en particular las intervenciones breves basadas en la motivación y las intervenciones normativas personalizadas, tanto a través de ordenadores como personalmente.

La UNODC apunta asimismo hacia las características de las políticas escolares que pueden considerarse relacionadas con la **eficacia o efectividad**:

- ✓ Apoyar el funcionamiento escolar ordinario, promover un entorno escolar positivo e inclusivo (evitando las interferencias innecesarias);
- ✓ Políticas desarrolladas con la participación de todas las partes interesadas (estudiantes, personal docente, personal no docente y padres y madres);
- ✓ Normas que se aplican a todas las personas presentes en la escuela —estudiantes, profesores, personal y visitantes— y a todas las sustancias psicoactivas —tabaco, alcohol y drogas ilegales—;
- ✓ Especificar claramente los lugares (instalaciones escolares) o las ocasiones (funcionamiento escolar) en los que se aplica esta política;

- ✓ Abordar las infracciones mediante una política de sanciones positivas, y no punitivas, proporcionando —o remitiendo a— servicios de asesoramiento, tratamiento u otros servicios psicosociales y de atención de la salud.
- ✓ Aplicar las políticas de manera sistemática y puntual, incluyendo medidas de refuerzo positivo que faciliten el cumplimiento.

Por el contrario, entre las características que se relacionan con **la ineficacia o la inefectividad** destaca la realización de pruebas aleatorias de detección del uso de drogas.

▪ **Gestión y mejora del clima en el aula**

Los programas de gestión o de mejora del ambiente en el aula persiguen un doble objetivo: reforzar las capacidades del profesorado en el manejo del aula y ayudar a los y las niñas a socializar su papel como estudiantes, al tiempo que reducen los problemas de conducta a una edad temprana.

En este tipo de intervenciones, el profesorado suele recibir formación y apoyo para llevar a cabo en el aula una serie de intervenciones no docentes con el objetivo de inculcar comportamientos prosociales y de prevenir o reducir los comportamientos inadecuados por parte del alumnado. El objetivo final de estos programas es facilitar la gestión socioemocional por parte del alumnado y, en segunda instancia, mejorar su rendimiento académico. Se trata de intervenciones de carácter universal, al orientarse al conjunto del aula, y se suelen implementar en las aulas de educación primaria (con niños y niñas de entre 6 y 10 años, principalmente).

Qué funciona

La evidencia sugiere que la eficacia de los programas de gestión y mejora del clima en el aula es **buena**, aunque más vinculada a resultados secundarios que a beneficios directamente relacionados con el consumo de drogas.

La revisión de revisiones de *Campbell Collaboration* (Oliver, 2011), halló evidencia con relación a los efectos secundarios, mostrando que las prácticas de los y las profesores en el manejo del aula reducen significativamente los problemas de comportamiento en clase, incluidos los comportamientos agresivos, refuerzan las conductas prosociales y mejoran el rendimiento académico. Si bien la amplia revisión de estudios de la UNODC (2018) concluye que no hay evidencia concluyente sobre los resultados primarios —consumo de drogas—, sí constata beneficios a nivel de efectos secundarios —mejora de la conducta y los resultados escolares—.

La investigación también permite establecer las características que se consideran están asociadas a la **eficacia o efectividad** de las intervenciones orientadas a una mejor gestión del aula:

- ✓ Los programas se imparten durante a una edad temprana, los primeros años escolares;
- ✓ Incluyen estrategias para reconocer los comportamientos adecuados y responder adecuadamente a ellos;
- ✓ Proporcionan información sobre las expectativas;
- ✓ Requiere participación activa por parte de los y las niñas.

En esta misma línea, la revisión de COPOLAD (2014), concluye que los programas que modifican el entorno escolar (como programas que se centran en mejorar la disciplina y el clima escolar, así como mejorar las aptitudes de los maestros para la gestión del aula), aun no teniendo un

contenido específicamente relacionado con las drogas pueden, sin embargo, reducir el uso de drogas porque crean un contexto más positivo para el desarrollo de los y las menores. Este tipo de intervención puede ser incluso más efectivo que aquellos que tratan de modificar el comportamiento individual.

Programas avalados por la evidencia

GOOD BEHAVIOUR GAME GBG
<p>Descripción</p> <p><i>Good Behavior Game</i> no es un programa de prevención escolar al uso, sino más bien un modo de gestionar las aulas en escuelas primarias incorporando habilidades sociales en el alumnado. El programa enfatiza el rol de las referencias en la adaptación escolar del menor y aplica técnicas basadas en la teoría social de aprendizaje.</p> <p>El GBG utiliza un formato de juego a nivel de aula con equipos y recompensas para socializar al alumnado en el papel de estudiante y reducir el comportamiento agresivo y disruptivo en el aula, que es un factor de riesgo para el uso de sustancias en la adolescencia y juventud, para el trastorno antisocial de la personalidad y para el desarrollo de un comportamiento violento y delictivo. La clase se divide en diversos grupos de 4 a 7 alumnos o alumnas (equilibrados en términos de género) y se explican las “reglas del juego”: ser amable, trabajar con calma, levantarse solo con permiso y seguir las indicaciones correspondientes. Estas normas se aplican durante las clases ordinarias y periódicamente se indica en qué medida se han cumplido estas reglas.</p> <p>Durante las primeras semanas de la intervención, se juega el GBG tres veces a la semana, durante diez minutos cada vez, en períodos del día cuando el ambiente de clase es menos estructurado y el alumnado se encuentra trabajando de forma independiente. Los períodos de juego se van aumentando en duración y frecuencia a intervalos regulares; a mediados del curso puede que se juegue cada día. Al principio, el profesorado anuncia el comienzo del período de juego y reparte recompensas cuando concluye el juego. Más adelante, el profesorado retrasa las recompensas hasta el final del día o de la semana escolar. Con el tiempo, el GBG se juega en diferentes momentos del día, durante distintas actividades y en diversos lugares, así que el juego evoluciona y pasa de ser altamente predecible en términos de cuándo y dónde tiene lugar, a ser impredecible, siendo retrasada la recompensa, para que el alumnado aprenda que se espera un buen comportamiento en todo momento y en todos los lugares (<i>Partnership for End Addiction</i>, 2022).</p>
<p>Resultados</p> <p>El registro Xchange del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías EMCDDA califica el programa GBG como “beneficioso”, lo que equivale a la calificación máxima en términos de eficacia, evidenciando que es probable que sea eficaz en diferentes contextos.</p> <p>Las evaluaciones del programa han mostrado beneficios a largo plazo en la reducción del uso de drogas, los problemas de conducta y de salud mental en jóvenes. Los datos sugieren que el programa funciona fundamentalmente en aulas en las que los comportamientos negativos son más habituales (donde por otra parte hay más margen de mejora). Los Estándares de la UNODC afirman que la intervención no sólo genera como resultado una reducción en el uso de sustancias, sino también se relaciona con una reducción a largo plazo de problemas de salud mental a lo largo de la vida, generando un efecto “cascada” que ayuda a traer resultados positivos en la posterior edad adulta. A pesar de no tratar específicamente la prevención de las drogas, sino de la mejora del ambiente de la clase, el programa es efectivo en la reducción del consumo de sustancias. Es uno de los pocos programas de prevención en los que los beneficios persisten desde la niñez hasta la primera juventud.</p>
<p>Más información:</p> <p>https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/good-behaviour-game_en</p>

4.6. PREVENCIÓN EN LA COMUNIDAD

La prevención comunitaria parte del hecho de que la implicación de la comunidad constituye un componente necesario para alcanzar una prevención eficaz frente al consumo de drogas. En el contexto de la prevención comunitaria, se busca la transformación de situaciones colectivas mediante la organización y la acción asociativa de uno o varios agentes y suele contar con la implicación de profesionales de los ámbitos social, sanitario y/o educativo. La mayoría de los equipos profesionales en prevención suelen trabajar de facto en varios niveles de la comunidad (asociaciones, centros educativos, servicios primarios, familias, medios de comunicación...). Este carácter comunitario y apegado al entorno hace que, en determinados estudios, las fronteras respecto de la prevención ambiental resulten algo difusas.

En este sentido, la “comunidad” se entiende como un lugar donde se pueden desarrollar e implementar sistemas de prevención efectivos. Sin embargo, tal y como se ha mencionado en el resto de los ámbitos analizados hasta el momento, pero especialmente en el caso de las intervenciones comunitarias, la evidencia sugiere que los programas que combinan diferentes ámbitos (familias, escuela...), y no solo exclusivamente la comunidad, resultan ser más efectivos (Bates, 2017; EMCDDA, 2020).

En función de la revisión de literatura realizada, se han clasificado las actuaciones de prevención comunitaria en cuatro tipos principales de intervenciones.

Intervenciones comunitarias para la prevención del uso de adicciones			
Tipo de intervención	Población destinataria	Enfoque	Nivel de eficacia
Campañas en medios de comunicación	Población en general	Universal	* Limitada
Intervenciones breves desde Servicios Sociales o de Salud	Personas usuarias de servicios sociales o de salud	Indicada	**** Muy buena
Programas de mentoría o intervención de pares	Adolescencia o juventud en situación de vulnerabilidad	Selectiva	* Limitada
Intervenciones multicomponentes basadas en la comunidad	Población general y grupos de riesgo	Universal Selectiva	*** Buena

Fuente: elaboración propia a partir de UNODC (2018)

a) Campañas en medios de comunicación

Enfoque: prevención universal o selectiva

Personas destinatarias: Adolescencia, juventud, edad adulta

Nivel de eficacia:³⁴ limitada *

Implementar una campaña mediática suele ser a menudo la primera opción a la hora de activar medidas de prevención frente al fenómeno de las adicciones; hasta el punto de que, en ocasiones y debido a su gran visibilidad y su alcance, constituyen la principal —o incluso la única— intervención que se activa para la prevención del consumo de drogas.

En general, tales campañas se implementan y difunden mediante anuncios de televisión, programas de radio, anuncios en periódicos o revistas, folletos y carteles en espacios públicos. Al margen de estas intervenciones tradicionales a través de los medios de masas, las nuevas tecnologías han potenciado la generación de programas de prevención basados en el potencial de internet y las redes sociales que generalmente son consumidos por personas jóvenes. En todo caso, resulta indudable que la exposición a los medios de comunicación y redes sociales ejerce una enorme influencia en el desarrollo psicosocial de las personas jóvenes y puede influir de manera considerable en el inicio de comportamientos de riesgo, como el consumo de drogas. Las personas más jóvenes, debido al contexto de su desarrollo neurológico, son especialmente sensibles a la influencia de la cultura popular, por lo que sus actos no son simples consecuencias del desconocimiento sobre cuestiones de salud.

Generalmente, las campañas en los medios de comunicación de masas se perciben como soluciones prioritarias e inmediatas, pues además de transmitir públicamente el mensaje de que “se está haciendo algo”, tienen muchas características que los hacen atractivos para la prevención (EMCDDA 2020, UNODC, 2018):

- **Coste y alcance.** Una buena campaña mediática puede llegar a una audiencia masiva con un gasto mínimo: el costo por persona alcanzada en una campaña suele ser extremadamente bajo comparado con un abordaje comunitario o escolar.
- **Respuesta rápida.** Un mensaje de prevención se puede difundir rápidamente para responder a una necesidad emergente: por ejemplo, una nueva droga que está causando daños en la sociedad.
- **Capacidad de focalizar.** Una campaña se puede planificar y enfocar para que alcance con mayor efectividad al grupo diana del mensaje de prevención (p.ej., adolescentes jóvenes, estudiantes de universidad, clientela de la vida nocturna).
- **Entretenimiento.** Si se hace bien, los medios pueden entretener a la vez que transmiten su mensaje de prevención.
- **Influenciar a quienes lideran la opinión.** Los medios pueden alimentar el debate político y público y jugar un papel para educar e influenciar a los agentes líderes de opinión sobre las respuestas más efectivas para hacer frente al uso de sustancias.
- **Influir en la agenda de prevención.** Los medios de comunicación pueden ayudar a modelar indirectamente las actitudes individuales y comunitarias. Por ejemplo, podrían promover el apoyo comunitario para la inversión en prevención basada en la evidencia o reducir las actitudes estigmatizantes hacia las personas adictas.
- **Carácter multicomponente y coordinación.** Las campañas en los medios son más efectivas cuando se combinan con otros abordajes orientados a la prevención y se utilizan para

³⁴ Nivel de eficacia de este tipo de intervención, en función de los resultados de la revisión de revisiones de la UNODC.

coordinar diferentes grupos (por ejemplo, escuelas, empresas, líderes y lideresas) en el marco de una estrategia de campaña coordinada. Es entonces cuando las campañas de prevención mediáticas pueden alcanzar su mayor impacto.

Qué funciona

A pesar de las citadas ventajas, la eficacia de la utilización de campañas publicitarias y otras actuaciones preventivas basadas en medios de comunicación continúa siendo una cuestión controvertida. La abundancia de campañas de prevención en medios no parece avalada por la ciencia, pues hay **poca evidencia sobre su efectividad**. Las razones para esta carencia de evidencia pueden basarse, en parte, en la dificultad de llevar a cabo evaluaciones rigurosas de las campañas mediáticas.

En todo caso, son numerosos los investigadores que señalan que las campañas preventivas en medios de comunicación, por sí solas, no resultan efectivas para reducir el consumo de drogas. Un análisis de los diferentes métodos basados en la utilización de medios de comunicación, realizado para la Organización Mundial de la Salud, concluyó que el uso de medios de comunicación como único instrumento preventivo no resultaba eficaz para reducir el consumo de sustancias psicoactivas, si bien las campañas en los medios de comunicación podían, en ciertos casos, contribuir a crear conciencia acerca de las consecuencias negativas del uso de drogas (COPOLAD, 2014).

La evidencia disponible permite afirmar que el nivel de eficacia de las campañas mediáticas para la prevención de adicciones es limitado:

- Existe alguna evidencia sobre la efectividad de las campañas mediáticas centradas en la prevención del consumo de **tabaco**, cuando éstas se combinan con otros componentes preventivos (UNODC, 2018). Así una revisión de Cochrane Library sobre la efectividad de las campañas para la prevención del tabaquismo entre personas jóvenes hasta 25 años (Carson-Chahhoud, 2016) halló evidencia, limitada, sobre la efectividad en 3 de los 8 estudios analizados. Los otros 5 estudios no detectaron ningún efecto (tampoco negativo).
- Sin embargo, en el resto de las **drogas**, los estudios presentan conclusiones contradictorias sobre los efectos de las campañas e incluso se constatan efectos no deseados (UNODC, 2018; Bates, 2017; EMDCCA 2015). Así, una revisión de más de 45 revisiones sistemáticas (Das 2016) sobre campañas en medios de comunicación orientadas a la prevención del consumo de drogas en la adolescencia concluye que la evidencia sobre su efectividad es muy limitada.
- Una extensa revisión realizada para el Departamento de Salud del Gobierno inglés sobre la efectividad y coste efectividad de las políticas de control en la lucha contra el **alcohol** (Burton, 2016), concluye que, a pesar de su popularidad, no hay evidencia sobre la efectividad de las campañas mediáticas que aspiran a modificar los patrones de consumo de alcohol; estas campañas en los medios mejoran el conocimiento y la conciencia, pero tienen poco impacto directo en el consumo de alcohol.
- La revisión de COPOLAD (2014) considera que existe cierta evidencia de que las campañas publicitarias son más efectivas cuando se combinan con otros componentes, especialmente con programas escolares, en particular cuando las campañas incluyen un acercamiento interpersonal, son emitidas durante largos períodos de tiempo, se utilizan diversos estilos y formatos adaptados a los diferentes grupos de edad y tienen en cuenta las necesidades e intereses de los sujetos a los que se dirigen.

- Una revisión sistemática de 84 estudios concluyó que las campañas antitabaco en medios de comunicación de masas resultan eficaces pero sólo en combinación con otros componentes como los programas escolares y de base comunitaria (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- La revisión de 23 estudios (Ferri, 2013) sobre la efectividad de las campañas en medios de comunicación para la prevención del uso de **drogas ilegales** entre personas jóvenes hasta 26 años concluye que no existe evidencia que avale los efectos de las campañas mediáticas en el uso de drogas ilegales en la juventud. Únicamente se halló evidencia leve que sugiere que los anuncios en televisión pueden reducir el consumo de cannabis; sin embargo, se advierte de que algunas intervenciones parecen tener efectos adversos aumentando el riesgo de consumo.
- Con relación a las adicciones vinculadas a los **juegos de azar**, la evidencia parece sugerir que las campañas informativas sobre las negativas consecuencias del juego son eficaces a la hora de reforzar la conducta de rechazo e incrementar la conciencia social sobre el problema. Cuando las campañas se dirigen a las personas jóvenes deben incluirse mensajes tanto para ellas como para sus progenitores. Una campaña informativa, si se mantiene en el tiempo, y no hay una campaña en contra por parte de la industria, conlleva, de un modo lento pero real, un cambio de opiniones, actitudes y creencias. Sin embargo, resulta menos eficaz, o ineficaz, para las personas que ya presentan una adicción. El problema es el coste pues para que una campaña informativa para que sea eficaz exige que se mantenga en el tiempo y debe ir acompañada de medidas regulatorias de prevención ambiental (Becoña, 2021; Williams et al., 2007).
- En el caso de las intervenciones basadas en **ordenadores e internet**, parece haber más **evidencia sobre su efectividad**. La evidencia derivada de algunas revisiones sugiere que las intervenciones realizadas a través de ordenadores y/o Internet pueden tener efectos positivos en la prevención del consumo de **cannabis**. Resultados de otros estudios en los que se combinan intervenciones informáticas con implicación familiar también evidencian efectos positivos en cuanto al consumo de cannabis por parte de personas jóvenes. La evidencia parece sugerir, asimismo, que los programas universales para adolescentes son inefectivos en reducir el consumo inmediato, pero pudieran tener beneficios a medio plazo. (Bates, 2017; Patnode, 2014; Ferri, 2013; Tait, 2013).

Los Estándares Internacionales de la UNODC (2018) consideran que las campañas mediáticas que pretenden resultan más **eficaces o efectivas** cuando cumplen los siguientes requisitos:

- ✓ Campañas orientadas a cambiar las normas culturales sobre el consumo de drogas, y/o educar sobre las consecuencias del uso, y/o sugerir estrategias para resistir la presión para el consumo.
- ✓ Conexión de las campañas mediáticas con otras intervenciones de prevención del uso de sustancias que se desarrollan en la familia, escuela o comunidad, dada la evidencia sobre la mayor efectividad de los esfuerzos de prevención multicomponentes.
- ✓ Fundamentadas en una sólida base teórica y con mecanismos de evaluación sistemáticos.
- ✓ Diseño de los mensajes sobre la base de una sólida investigación; ello implica testar los mensajes, los materiales y las plataformas mediáticas antes de lanzar la campaña.
- ✓ Identificación precisa del grupo diana al que se destina la campaña, pues la evidencia sugiere que no hay ninguna “solución de talla única”; por ejemplo, las campañas de prevención dirigidas a la infancia deben tener a las madres y a los padres como objetivo.
- ✓ Exposición adecuada del grupo diana a la campaña, durante un período de tiempo apropiado y no excesivamente breve. Se propone una duración mínima de 3 años (no necesariamente

continuada) y con gran intensidad (mínimo de 4 semanas de duración y entre 167 y 350 spots en radio y televisión)

- ✓ Combinación de presencia en el medio escolar (al menos 8 sesiones por curso y/o posters o carteles) junto con el uso de mensajes repetidos en los medios de comunicación (radio televisión, periódicos).

Por otro lado, también hay investigaciones y evidencia sobre las características de las campañas que pueden considerarse relacionadas con **su ineficacia o ineffectividad**:

- Campañas que no se centran en los determinantes más relevantes del comportamiento. Decir a la gente “sencillamente di no” no es efectivo. Si los mensajes se centran en lo negativo sin dar ningún consejo sobre cómo debería comportarse alguien para evitar las consecuencias negativas, resulta poco efectivo.
- Mensajes exagerados que reflejan situaciones extremas. Aunque el uso de sustancias es un comportamiento de riesgo, consecuencias extremas como la muerte, la discapacidad o la sobredosis son muy raras. En consecuencia, si el público conoce a personas que han consumido una sustancia psicoactiva sin los efectos catastróficos representados en las campañas mediáticas, la credibilidad del anuncio se pierde y pueden hacer que el público diana ignore las recomendaciones más útiles y relevantes.
- Asustar a la gente es una técnica que debe utilizarse con precaución. La evidencia sobre comunicación sugiere que los mensajes que causan demasiado miedo en los grupos diana los llevan a priorizar la gestión de estos sentimientos de miedo en lugar de modificar el comportamiento sobre el que se les advierte. Esto puede hacer que las personas destinatarias ignoren el mensaje y agudicen la conducta de riesgo para demostrar que no sufrirán daño. El mensaje del miedo puede ser útil, pero solo a un nivel que motive un cambio de comportamiento o la búsqueda de ayuda.
- Las campañas mediáticas mal ideadas o de escasos recursos pueden resultar contraproducentes provocando que el grupo destinatario rechace o desprecie otras intervenciones de prevención más eficaces.

En definitiva, a las dificultades metodológicas para evaluar los resultados de las campañas mediáticas, se añade el hecho de que, a pesar de la evidencia científica sobre las mejores técnicas de persuasión para incidir efectivamente en las actitudes y conductas, lamentablemente muchas campañas mediáticas no aplican este conocimiento. Por el contrario, es habitual que se confíe en ideas que intuitivamente parecen buenas, pero que no tienen ninguna base ni teórica ni empírica (EMCDDA, 2020).

Por último, dada la determinante exposición de las personas jóvenes a las redes sociales y su innegable influencia en su desarrollo psicosocial, desde UNODC (2018) se advierte sobre la imperiosa necesidad de profundizar en la investigación sobre la efectividad de las campañas de los medios de comunicación y su influencia en las personas jóvenes.

b) Intervenciones breves o entrevistas motivacionales (en servicios de salud o servicios sociales o escuela)

Enfoque: prevención indicada

Personas destinatarias: personas usuarias de servicios sociales o de salud

Nivel de eficacia:³⁵ muy buena ****

Qué es

La intervención breve consiste en sesiones de asesoramiento personalizado que buscan reforzar la motivación individual para el cambio de la conducta no deseada. Se orienta a personas que hacen un consumo de riesgo, pero no han desarrollado una adicción y por tanto no suelen buscar tratamiento. Las intervenciones las llevan a cabo profesionales de los servicios de salud o trabajadores sociales formados para ello. En general, la intervención breve se lleva a cabo en centros de atención primaria de salud, en servicios de urgencias o en centros de servicios sociales, aunque también se han desplegado en el marco de programas escolares o de prevención laboral.

Durante las sesiones, que no suelen ser más de cuatro y con una duración de entre 5 y 15 minutos, se identifica primero si existe un problema de abuso de sustancias y, en caso afirmativo, se proporciona un asesoramiento básico inmediato, incluyendo la derivación a otros tratamientos, en caso necesario. Se suelen emplear técnicas de entrevista motivacional, intervención psicosocial en la que se examina el consumo de sustancias y se ayuda a la persona a tomar decisiones y a establecer objetivos al respecto, buscando generar un cambio de comportamiento. La extensión del uso de ordenadores y dispositivos móviles ha conllevado el desarrollo de intervenciones breves o motivacionales mediante sistemas electrónicos (UNODC, 2018; Bates, 2017; Foxcroft, 2016; Newton, 2013).

Qué funciona

Las revisiones llevadas a cabo en torno a la evidencia de las intervenciones breves o entrevistas motivacionales concluyen que éstas son **muy efectivas** a la hora de reducir de manera significativa el consumo de sustancias.

Esta evidencia se considera concluyente en una amplia variedad de drogas y diferentes grupos de edad. Hay abundante evidencia sobre la efectividad (y coste-efectividad) de las intervenciones breves y motivacionales para reducir el consumo de **alcohol** llevadas a cabo en servicios sociales y de salud con personas que presentan un consumo de riesgo. Son intervenciones con un buen retorno de inversión, aunque su éxito depende de su amplia implementación, de los recursos destinados y de la dedicación disponible del personal. Sin embargo, varios estudios advierten de que las magnitudes de los efectos son reducidas y no persisten más allá de los 6 o 12 meses posteriores a la intervención (UNODC, 2018; Burton, 2016; Campbell Collaboration, 2016; O'Donnell, 2013; Strang, 2012).

En cuanto al ámbito de intervención, la revisión de Bates (2017) confirma que las intervenciones basadas en entrevistas motivacionales que se desarrollan en **centros de atención primaria o en servicios de urgencia** parecen mostrar beneficios, aunque la evidencia no es concluyente. La revisión realizada por Ubido (2010) para el Observatorio de Salud Pública de Liverpool sobre el coste efectividad de los programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol pone de manifiesto el elevado nivel de coste efectividad de los programas de screening y de las intervenciones breves desarrolladas en los servicios de salud primaria. También se consideran coste efectivas las

³⁵ Nivel de eficacia de este tipo de intervención, en función de los resultados de la revisión de revisiones de la UNODC

intervenciones motivacionales y de *counselling* y el despliegue de profesionales sanitarios especializados en el tratamiento de los problemas derivados del consumo de alcohol en la red hospitalaria.

Una revisión sobre entrevistas motivacionales en centros de atención primaria a **jóvenes vulnerables** en riesgo de consumo de drogas (VanBuskirk, 2014) sugiere que hay evidencia (limitada) sobre su efectividad para la prevención de adicciones en atención primaria. Los autores de la revisión sí hallaron efectividad en la modificación de otras conductas de salud; otros estudios ya habían confirmado evidencia que sugiere que las intervenciones breves tienen impacto positivo en el consumo de alcohol. La revisión de Newton (2013) sobre la efectividad de las entrevistas motivacionales en los servicios de urgencia con jóvenes con historial de consumo de cannabis muestra evidencia sobre la efectividad en la mejora de abstinencia del uso de cannabis.

En cuanto a las **intervenciones breves desarrolladas en escuelas** la evidencia no es tan uniforme. Mientras algunos estudios concluyen que son inefectivas en prevenir las adicciones (Bates, 2017) y que no existe evidencia sobre el uso de las intervenciones breves en menores de 15 años (UNODC, 2018); sin embargo, otras revisiones sistemáticas concluyen que los programas de prevención en la escuela que incluyen intervenciones breves se asocian con una reducción en la frecuencia del consumo (Das, 2016). Sí parece haber evidencia sobre los beneficios de las intervenciones breves basadas en la motivación para prevenir el consumo nocivo de alcohol que se desarrollan en las escuelas de educación superior y en las universidades (UNODC, 2018).

En cuanto a las intervenciones realizadas por **medios informáticos** y/o internet, la evidencia sugiere que son efectivas, pero en menor medida que las presenciales (UNODC 2018; Foxcroft, 2016; VanBuskirk, 2014; Newton, 2013), fundamentalmente debido a la menor duración de los resultados positivos (Donoghue, 2014). La amplia revisión de *Campbell Collaboration* (2016) confirma que las intervenciones breves por ordenador reducen significativamente el consumo de alcohol a corto plazo, pero no hay evidencia de efectos a largo plazo. Sin embargo, y a pesar de la (débil) evidencia sobre su efectividad, se recomienda no descartar las intervenciones breves por ordenador puesto que son sencillas de administrar, tiene un bajo coste y no producen efectos adversos.

La Organización Mundial de la Salud, por su parte, recomienda la detección y las intervenciones breves relacionadas con el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol en centros de salud de atención primaria, salvo en áreas de baja prevalencia de consumo de alcohol, donde la detección de todos los pacientes puede no ser rentable, aunque las intervenciones breves pueden ser adecuadas para los consumidores de alcohol identificados. La detección del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol debe realizarse mediante instrumentos que puedan incluirse con facilidad en la práctica clínica habitual (por ejemplo, AUDIT, ASSIST).

c) **Mentoría, tutoría e intervención entre pares**

Enfoque: prevención selectiva

Personas destinatarias: jóvenes o adolescentes en situación de vulnerabilidad

Nivel de eficacia:³⁶ limitada *

La mentoría, tutoría o intervención entre pares constituye un sistema de apoyo mutuo que se basa en los principios de acuerdo, respeto y responsabilidad compartida.

En el caso de los programas de mentoría o tutoría, suele implicar una interacción entre niños, niñas y adolescentes (a menudo de entornos desfavorecidos) y personas adultas no familiares como profesores, entrenadores u otros miembros de la comunidad que se comprometen a organizar

³⁶ Nivel de eficacia de este tipo de intervención, en función de los resultados de la revisión de revisiones de la UNODC.

actividades y a pasar regularmente parte de su tiempo libre con estas personas jóvenes. Su fortaleza se basa en el hecho de que las conductas relativas a la salud, incluyendo el consumo de drogas, suelen estar influenciadas por las actitudes y consejos de personas que se perciben como referentes. Se entiende que la mentoría propicia un entorno de respeto y comunicación reforzado por un lenguaje y cultura comunes y una percepción de igualdad que genera confianza. En este sentido, la mentoría a través de personas adultas como, por ejemplo, el profesorado puede ser menor efectivo en cuanto que la persona joven se visualiza como supeditada a una figura de autoridad y siente que su capacidad de tomar decisiones no es tal (Bates, 2017; Public Health England, 2016).

Las intervenciones por pares o entre iguales, por su parte, constituyen estrategias de transmisión de información sobre salud, valores o actitudes entre personas de características y edades similares. Se desarrollan habitualmente en centros escolares y en menor medida en centros comunitarios, clubes nocturnos o entidades juveniles (MacArthur, 2015).

Qué funciona

La literatura no es concluyente, aunque parece apuntar hacia el hecho de que los programas de mentoría arrojan efectos positivos en determinadas sustancias, aunque la evidencia es limitada:

- Según la revisión llevada a cabo por la UNODC (2018), existe evidencia sobre la efectividad de los programas selectivos de prevención para adolescentes en situación de exclusión basados en la mentoría, aunque su eficacia es limitada. En esta misma línea, el *currículum* del EMCDDA (2020) considera que los programas de mentoría para la juventud en riesgo de implicarse en comportamientos de riesgo no ofrecen evidencias sólidas de efectividad, aunque la implementación de un programa de actividades bien estructurado, llevado a cabo por personas mentoras con formación puede comportar resultados positivos.
- La revisión de la UNODC (2018) advierte, en todo caso, que este tipo de intervención debe tratarse con precaución en el caso de **grupos de muy alto riesgo**, ya que existe el riesgo de que se produzcan efectos adversos (por ejemplo, un aumento del consumo de sustancias). Los métodos basados en ordenadores suelen producir efectos pequeños en todas las drogas. En esta misma línea, algunos estudios concluyen que la evidencia parece sugerir que los programas de mentoría resultan menos efectivos cuando se dirigen a adolescentes y personas jóvenes en situación de alto riesgo, aunque se trata de pocos estudios y, por tanto, los resultados no son concluyentes (Bates, 2017; Thomas, 2013).
- La revisión de 46 revisiones sistemáticas sobre intervenciones orientadas a la prevención del consumo de **drogas** en la adolescencia (Das, 2016) concluye que la evidencia sobre la efectividad de los programas de mentoría en adolescentes es muy limitada.
- En el caso de las intervenciones basadas en la participación de pares o iguales, la evidencia es contradictoria. Por un lado, la literatura sugiere que ofrecen resultados positivos en la prevención del consumo de tabaco, alcohol y probablemente el cannabis entre adolescentes. En una revisión sistemática (Thomas, 2011) la tutoría entre pares (concebida como una relación de apoyo en la que una persona ofrece apoyo, orientación y asistencia concreta a un/a compañero/a), basada en el intercambio de experiencias y conocimiento sin expectativa de beneficio personal, resultó más efectiva que ninguna intervención en la prevención del consumo de **alcohol**. Existe evidencia que respalda la tutoría entre pares como un enfoque eficaz para involucrar a las personas en actividades de desarrollo de habilidades y de refuerzo de conductas que previenen el consumo de drogas (Petosa y Smith, 2014). Sin embargo, esta eficacia relativa no se aplica a seguimientos a uno o dos años (Best Practice Portal, EMCDDA). Mientras algunos autores sugieren que este tipo de intervención no es eficaz e incluso puede resultar contraproducentes en determinados grupos calificados

como de alto riesgo otros apoyan sin reservas su utilidad (COPOLAD, 2014; MacArthur, 2015).

- La OMS considera que los programas de mentoría cuentan con evidencia sobre su efectividad a la hora de prevenir la violencia juvenil³⁷.

En todo caso, la UNODC (2018) considera que las siguientes características de los programas de mentores para personas jóvenes se relacionan con una mayor **eficacia o efectividad** (UNODC, 2018):

- ✓ Proporcionar capacitación adecuada para las personas mentoras;
- ✓ Facilitar herramientas y apoyo a las personas mentoras;
- ✓ Intervenciones basadas en programas de actividades muy estructurados.

Programas avalados por la evidencia

A pesar de que la evidencia de los programas de mentoría para prevenir las adicciones es limitada, la eficacia del siguiente programa concreto sí se considera probada.

A STOP SMOKING IN SCHOOLS TRIAL (ASSIST)
<p>Descripción</p> <p>El programa educativo basado en la intervención de pares ASSIST tiene por objetivo promover el abandono del consumo de tabaco. En el marco del programa, los y las estudiantes adolescentes nominan a compañeros del aula considerados influyentes.</p> <p>Los y las alumnos seleccionados son formados por capacitadores en promoción de la salud durante dos días en torno a los riesgos de fumar, los beneficios de no fumar, habilidades para promover el no fumar entre sus pares, etc. El alumnado mentor lleva a cabo contactos informales con el resto de los compañeros durante un período de 10 semanas y llevar un registro diario de estas conversaciones destinadas a abandonar el consumo de tabaco.</p>
<p>Resultados</p> <p>El Registro de evidencia en prevención del Observatorio Europeos de las Drogas y las Toxicomanías Xchange, califica el programa como “Beneficioso”, su puntuación máxima³⁸.</p> <p>El programa se evaluó en un ensayo controlado aleatorio en Gales, Reino Unido, en el que participaron niños de 12 a 14 años. ASSIST logró una reducción estadísticamente significativa a favor de la intervención en las probabilidades de ser un fumador habitual según los datos de seguimiento al finalizar el programa, así como al año y a los dos años.</p>
<p>Más información:</p> <p>https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/stop-smoking-schools-trial-assist_en</p>

³⁷ OMS (2017), Nota orientativa sobre medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes para respaldar la aplicación en los países.

³⁸ Beneficioso: intervenciones para las que se hallaron efectos consistentes y relevantes en dos o más estudios de excelente calidad en Europa

d) Intervenciones multicomponentes basadas en la comunidad

Enfoque: prevención universal o selectiva

Personas destinatarias: cualquier grupo de edad

Nivel de eficacia: buena ***

Las iniciativas multicomponentes se basan en la combinación y coordinación de varias actuaciones preventivas (intervenciones familiares, basadas en la escuela, en la comunidad) con el fin último de incidir con más efectividad en las poblaciones destinatarias. Tal y como se ha constatado a lo largo de la presente revisión, existe evidencia que demuestra que cuando se simultanean intervenciones para dirigirlas a varias poblaciones en contextos múltiples, se potencian los beneficios de la prevención. Es decir, es más probable que sean efectivas las intervenciones o estrategias que abordan múltiples dominios de los factores de riesgo y de protección —la persona y sus iguales, la familia, la escuela y la comunidad— que aquellas que lo hacen en un solo ámbito (EMCDDA, 2020; UNODC, 2018).

En este sentido, las intervenciones multicomponentes basadas en la comunidad no necesariamente constituyen un programa en sí mismo, sino que pueden implicar la activación simultánea de uno o varios programas, destinados al mismo grupo de población, pero desde diversos ámbitos, potenciando así los beneficios obtenidos.

Qué funciona

La revisión de literatura muestra que existe evidencia sobre la efectividad de las iniciativas comunitarias en la prevención de adicciones:

- Las extensas revisiones llevadas a cabo por la UNODC (2018), califican el nivel de eficacia de las intervenciones comunitarias en la prevención del consumo de cualquier **droga** como “buena”³⁹.
- Una revisión sistemática de 222 estudios, entre ellos 103 ECA, señala que los enfoques integrales que involucran a la comunidad, la escuela y la familia son más eficaces en la reducción o retraso del consumo de **tabaco, alcohol y las drogas ilegales**, en comparación con los programas que inciden sólo en la comunidad. Igualmente son más eficaces los programas escolares y comunitarios dirigidos a jóvenes de alto riesgo y a individuos de alto riesgo, en comparación con aquellos dirigidos a individuos de bajo riesgo (Best Practice Portal, EMCDDA).
- Una revisión centrada en los resultados de programas de prevención de **cannabis** sometidos a evaluaciones sistemáticas (Norberg, 2013) muestra que los programas primarios de prevención pueden ser efectivos en la reducción del consumo de cannabis entre personas jóvenes, aunque la mayoría de los efectos son significativamente pequeños. Confirma además que los programas universales que abarcan diferentes ámbitos (programas escolares, con la familia, mentoring y componentes mediáticos), parecen ofrecer mejores resultados que aquellas intervenciones que solo abarcan un ámbito o son selectivos.
- La extensa revisión de (46) revisiones sistemáticas sobre intervenciones orientadas a la prevención del consumo de drogas en la adolescencia (Das 2016) muestra que, en el caso del **tabaco**, los programas de prevención multicomponentes basados en la comunidad muestran impactos positivos.

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

- Por último, la revisión de revisiones de *Cochrane Library* (Foxcroft, 2012) que analizó la eficacia de programas de prevención multicomponentes en niños, niñas y adolescentes concluyó que, a pesar de que los estudios analizados mostraban poca calidad, la mayoría de ellos muestran efectos significativos en la prevención del abuso de **alcohol** en la juventud, efectos que persisten en el medio y largo plazo.
- Frente a esta evidencia, COPOLAD (2014) advierte de que el hecho de que las intervenciones comunitarias se encuadren dentro de programas multicomponentes que simultanean el trabajo en la comunidad con actuaciones en otros ámbitos, como la escuela o la familia, dificulta la identificación de los efectos producidos por los programas de prevención comunitaria y concluye, por tanto, que la base en la evidencia de los mismos resulta globalmente muy débil (COPOLAD).

En base a la evidencia existente y a la consulta con personas expertas, la UNODC (2018) ha establecido un conjunto de características que pueden considerarse relacionadas con la **eficacia o efectividad** de las iniciativas comunitarias de prevención de las adicciones:

- ✓ Trabajan en diversos ámbitos comunitarios simultáneamente (familias, centros escolares, ámbito laboral, lugares de ocio, etc.).
- ✓ Ofrecen a las comunidades y los agentes implicados formación y recursos adecuados.
- ✓ No se trata de actuaciones puntuales, sino que las iniciativas se mantienen a medio plazo (más de un año).
- ✓ Facilitan la posterior aplicación de las políticas ambientales sobre el tabaco y el alcohol a nivel local.
- ✓ Involucran a las universidades y centros de investigación para fomentar la implantación de programas de base empírica, su supervisión y evaluación.

Programas avalados por la evidencia

A partir de la constatación de que existe evidencia suficiente que avala los efectos positivos de las intervenciones preventivas desarrolladas en el ámbito de la comunidad, se detallan a continuación intervenciones que se ha hallado que tienen resultados prometedores según varias evaluaciones en Estados Unidos y en diferentes países europeos (EMCDDA)⁴⁰.

Cabe recordar que las intervenciones multicomponentes en la comunidad no necesariamente constituyen un programa independiente, sino que puede tratarse de la puesta en marcha de una o varias intervenciones, destinados al mismo grupo de población, pero desde diversos ámbitos⁴¹.

⁴⁰ Cabe destacar asimismo el programa *Community Parent Education Programme (COPE)* destinado a progenitores de niños y niñas hasta los 14 años, que, aún incorporando un enfoque comunitario, ha sido descrito en el apartado relativo a las intervenciones familiares.

⁴¹ Así, el programa *Unplugged*, una intervención de prevención escolar basada en la evidencia (descrita en el apartado de prevención escolar), se diseñó para reducir el uso de sustancias en adolescentes entre los once y catorce años; para ello se abordan dos influencias a nivel micro —la escuela y el grupo de iguales—. Si se combina de manera sincronizada con una intervención centrada en la familia que tiene por objetivo el mismo grupo de edad, como por ejemplo *EFFEKT*, los resultados positivos podrían verse aumentados ya que, en conjunto, los dos programas abordan una gama más amplia de influencias y agentes de socialización (EMCDDA, 2020).

Intervenciones multicomponentes en el ámbito comunitario

COMMUNITIES THAT CARE - CTC

Descripción

Communities That Care (Comunidades que cuidan) es un paquete de prevención, de gran flexibilidad, basado en la comunidad. CTC es un marco de trabajo que ayuda a las comunidades a priorizar las necesidades y a identificar la población diana y adaptar la intervención en función de los factores de riesgo y protección detectados. Se definen coaliciones comunitarias que desarrollan una estrategia común y movilizan a las comunidades en iniciativas de prevención y promoción de la salud.

La iniciativa *Communities That Care* consta de cinco componentes centrales:

- Puesta en marcha: valoración de la disposición de la comunidad.
- Organización: involucrar a las principales partes interesadas y formar una coalición comunitaria para supervisar las actividades de la CTC.
- Desarrollar un perfil de la comunidad: usando los datos epidemiológicos para identificar los factores de riesgo y de protección.
- Crear un plan: revisión de las intervenciones basadas en la evidencia diseñadas para reducir los factores de riesgo que se han identificado en la comunidad, para fomentar los factores de protección, y para seleccionar la mejor opción de una serie de intervenciones efectivas para las personas, sus familias, las escuelas y las comunidades.
- Implementación de intervenciones con alta fidelidad y evaluación de la implementación con regularidad utilizando los datos para realizar los cambios necesarios.

Por regla general, las comunidades suelen necesitar entre un año y 18 meses para definir su plan. El objetivo es que cuando la planificación se haya completado, las comunidades sean capaces de implementar aquellas políticas de prevención más efectivas para el abordaje de los factores de riesgo y de protección identificados.

Resultados

Las evaluaciones han mostrado que, tras la implantación en varias comunidades en los Estados Unidos, el enfoque de Comunidades que Cuidan (CTC) ha producido cambios positivos entre la juventud, incluyendo reducciones significativas en el inicio de consumo de alcohol y tabaco, la delincuencia y la violencia, y una mejora significativa en los correspondientes factores de protección en comparación con las comunidades de control. En el estudio original, estas reducciones se sostuvieron entre dos y cuatro años y la diferencia significativa en el inicio del comportamiento delictivo persistió hasta los 19 años de edad... Por tanto, se da por demostrada una reducción cuantificable de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección en el tiempo (EMCDDA 2017)

El registro de Blueprints⁴² lo califica como “prometedor”, lo que significa que tiene buena evidencia de efectividad.

Más información:

<https://www.blueprintsprograms.org/programs/444999999/communities-that-care/>

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/communities-care-ctc-approach-prevent-use-and-reduce-youth-problematic-behaviours_es

PROJECT NORTHLAND

⁴² Blueprints: Registry of Experimentally Proven Programs: <https://www.blueprintsprograms.org/>

Descripción

Project Northland es un programa de prevención universal destinado a adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. El programa interviene en múltiples niveles: trabaja para enseñar al alumnado habilidades para evitar de manera efectiva las influencias sociales para beber alcohol, mientras que a la vez modifica directamente el entorno social de las y los jóvenes (es decir, sus iguales, los padres y las madres, la escuela, y la comunidad).

Los componentes principales de la intervención incluyen el currículum de clase, el liderazgo de iguales, las actividades extracurriculares impulsadas por la juventud, los programas de participación de padres y madres así como el activismo comunitario.

Resultados

El proyecto Northland ha sido calificado como “posiblemente beneficioso” en Xchange, lo que significa que, aunque hay evidencia de su efectividad en los Estados Unidos, se recomienda más investigación para demostrar que también es efectivo en contextos europeos (ha sido adaptado y evaluado en Croacia).

Más información

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/project-northland_en

COPING POWER - EMPECEMOS

Descripción

Coping Power y su versión implantada en Galicia bajo el nombre de “Empecemos” es un programa de prevención indicada y multicomponente para niños (entre 6 y 10 años) con problemas de conducta, sus familias y profesores.

Los objetivos de Empecemos son cambiar las prácticas educativas de los padres y madres, fomentando un seguimiento eficaz del comportamiento, de las prácticas educativas positivas y de la mejora de la cantidad y la calidad de las interacciones positivas entre progenitores y menores invirtiendo el ciclo de coacción, mediante la promoción de actividades compartidas y del tiempo que pasan juntos.

Además de mejorar los vínculos entre progenitores, hijos e hijas, el programa también refuerza los lazos entre familia y escuela.

Resultados

Coping Power es un programa validado empíricamente, la base Xchange lo califica como “beneficioso” (calificación máxima⁴³) en base a la evidencia existente. Una evaluación de Empecemos (Romero, 2019) con 128 menores con problemas de conducta sugiere que mejora las habilidades sociales, emocionales y cognitivas y reduce los problemas de conducta, sobre todo con relación al profesorado. El estudio no evalúa los resultados referidos al consumo de drogas.

Más información:

Coping Power: https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange/coping-powerutrecht-coping-power_en

Empecemos: <http://www.buenaspracticasadicciones.es/bbpps/buenaPracticaDetalle.jsf?bbpps=14>

PARENTCORPS

⁴³ Beneficioso: intervenciones para las que se hallaron efectos consistentes y relevantes en dos o más estudios de excelente calidad en Europa

Descripción

Parent Corps es un programa de intervención selectiva y multinivel para niños y niñas de 3-4 años que residen en barrios vulnerables. El objetivo es crear entornos saludables y seguros tanto en el hogar como en la escuela, así como mejorar las relaciones entre progenitores y profesorado.

Resultados

La evidencia muestra que el programa mejora el rendimiento académico, así como la capacidad de expresar y gestionar emociones por parte de los niños y niñas.

El registro Blueprints⁴⁴ le otorga calificación máxima en términos de resultados positivos en cuanto a gestión y expresión de emociones y rendimiento académico.

Más información:

<https://www.weareparentcorps.org/>

<https://www.blueprintsprograms.org/programs/1291999999/parentcorps/>

SEATTLE SOCIAL DEVELOPMENT PROJECT

Descripción

Seattle Social Development Project SSDP constituye una intervención selectiva y combinada (destinada a niños y niñas (6 a 12 años) de escuelas públicas en áreas con alta criminalidad de Seattle (Estados Unidos). El programa incluye tres componentes: formación de profesorado, entrenamiento en competencias sociales para los y las menores y educación para padres/madres. El programa busca promover la cohesión entre la escuela y familias y fortalecer las habilidades sociales de los y las menores. Se trate de una intervención de larga implementación (hasta 6 años de duración).

Resultados

El programa SSDP destaca por haber sido objetivo de una de las evaluaciones de más largo seguimiento, siempre mediante ensayo con un grupo de control.

El impacto del programa se ha evaluado en multitud de estudios y en múltiples periodos, desde su puesta en marcha hasta el momento en que los y las menores participantes alcanzaron los 18, 21, 24 y 27 años. Los resultados de este seguimiento durante más de 20 años, muestra efectos positivos a lo largo del tiempo aunque no siempre igualmente significativos, en diversos ámbitos como el resultado académico, los problemas de conducta, la salud mental, la educación sexual y el consumo de drogas. Sin embargo, la evidencia muestra que los efectos positivos en el uso de sustancias dejan de ser positivos a los 24 y 27 años. Las evaluaciones sugieren que las intervenciones que se prolongaron durante los 6 años mostraron resultados más positivos que los que se desarrollaron únicamente en los últimos cursos (11-12 años).

Más información:

<https://www.shaperivco.org/promiseppractice/index/view?pid=495>

⁴⁴ Blueprints: Registry of Experimentally Proven Programas: <https://www.blueprintsprograms.org/>

4.7. PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

Debido al tiempo sustancial que las personas adultas permanecen en el lugar de trabajo, las intervenciones desarrolladas en el medio laboral constituyen una oportunidad única para poder influir en los factores de riesgo conductuales que influyen en el desarrollo de patrones de conducta no saludables. Los entornos laborales proporcionan además un espacio para nuevas experiencias, normas y comportamientos que pueden ser distintos de los que se han aprendido en la familia o en la escuela.

En términos cuantitativos, el lugar de trabajo es donde la población adulta suele pasar una cantidad significativa de su vida, por lo que el grado hasta el cual la experiencia laboral resulta gratificante y satisfactoria en vez de estresante o debilitante puede tener un impacto muy elevado en la salud y bienestar de la persona, incluyendo el riesgo de desarrollar problemas con el uso de sustancias.

También en el contexto del trabajo, la evidencia parece mostrar que las y los jóvenes corren un riesgo particularmente alto, ya que se ha detectado que la tensión laboral aumenta significativamente el riesgo de desarrollar trastornos relacionados con el abuso de sustancias entre personas jóvenes adultas que previamente consumen drogas.

También desde el punto de vista empresarial, el consumo de sustancias también representa un coste importante, puesto que el personal con problemas de abuso de sustancias presenta un mayor absentismo laboral, una menor productividad, mayor propensión a causar accidentes, mayores gastos en atención sanitaria y de rotación de personal.

Pese a ello, desafortunadamente, las intervenciones de prevención en el contexto laboral en Europa son poco frecuentes en general, y aún menos cuando se trata de intervenciones basadas en la evidencia (Wolfenden, 2018; UNODC, 2018; EMCDDA, 2020).

Factores de riesgo en el medio laboral

La creciente evidencia empírica no sólo muestra las graves consecuencias de los consumos problemáticos de sustancias en el medio laboral, sino también el papel significativo del entorno de trabajo en las causas de este uso.

Además de los factores de riesgo generales para el uso de sustancias que afectan a toda la población, los factores estresantes relacionados con el entorno laboral, y en especial, las condiciones psicosociales (como por ejemplo, un alto nivel de demanda de trabajo, trabajos intensivos; la ejecución de labores monótonas o rutinarias; la falta de expectativas de promoción profesional; las bajas retribuciones o la inseguridad en el trabajo), parecen agravar la probabilidad de consumir diversas sustancias psicoactivas.

Factores de riesgo laboral que propician el consumo de drogas	
Organización del trabajo	Jornadas prolongadas/pocos descansos
	Rotación horaria/trabajo nocturno
	Ritmos de trabajo demasiado intensos
	Escasa posibilidad de promoción profesional
	Descansos durante la jornada laboral
Puesto de trabajo	Trabajos repetitivos y monótonos
	Condiciones climatológicas adversas
	Contaminación y toxicidad ambiental
	Trabajos aislados
	Traslados frecuentes de puesto de trabajo
	Disponibilidad de sustancias
	Cultura del puesto y/o profesión
Ambiente laboral	Competitividad/Conflictividad laboral
	Inestabilidad laboral
	Consumidores en el centro y tolerancia
	Accesibilidad general a ciertas sustancias

Fuente: Molina, C, et al (2018)

De acuerdo con esta perspectiva, las personas emplean las conductas adictivas como una técnica de reducción de la tensión y el estrés frente a su situación laboral. Por tanto, una mayor frecuencia de exposición a los estresores laborales parece generar un consumo de sustancias más elevado en cantidad y frecuencia, a menudo justo antes, durante o inmediatamente después de la jornada laboral. Esto genera un círculo vicioso en el que se genera un elevado daño en la salud (EMCDDA, 2017, 2020; Molina, 2018).

En consecuencia, tanto la evidencia como las principales recomendaciones de las instituciones más solventes en la materia convergen en la necesidad del “cambio de paradigma”, desde el enfoque asistencial y médico, hacia la perspectiva preventivo-promocional. Es decir, el principal objetivo de las políticas de gestión de las adicciones en el entorno laboral ha de trasladarse de las personas con adicciones, que requieren intervención asistencial, a aquellas en situación de riesgo que aún no han desarrollado una dependencia.

Qué funciona

La revisión de literatura sobre la evidencia de estrategias preventivas en el medio laboral parece sugerir que este tipo de intervenciones destinadas a las personas trabajadoras, sean consumidoras o no, **presentan un buen nivel de eficacia**.

Tipo de intervención	Población destinataria	Enfoque	Nivel de eficacia
Intervenciones preventivas en el medio laboral	Personas trabajadoras	Universal Selectiva Indicada	*** Buena

Fuente: elaboración propia a partir de UNODC (2018) y EMCDDA (2020)

La extensa revisión de *Cochrane Collaboration* sobre las estrategias de mejora de las intervenciones preventivas en el medio laboral (Wolfenden, 2018) sugiere que éstas pueden ser efectivas a la hora de modificar factores de riesgo relativos al consumo de riesgo de alcohol o tabaco —así como la dieta, la actividad física, la obesidad—. Se apunta, sin embargo, al hecho de que estas intervenciones se han implementado habitualmente con una pobre dotación de recursos y, por tanto, su impacto en la salud de las personas trabajadoras ha sido igualmente escasa.

La revisión de efectividad de la UNODC (2018) concluye igualmente que la prevención en el lugar de trabajo puede evitar el consumo concreto de **alcohol**⁴⁵, si bien no se halló evidencia sobre los efectos en la prevención de otras drogas, incluido el tabaco. Con respecto a otros hábitos relativos a la salud, sí parece haber un efecto positivo, por ejemplo, en la mejora de la forma física.

El trabajo de Colom i Farran (2018) confirma que existe evidencia sobre la eficacia de los programas de prevención del consumo de **alcohol** en los puestos de trabajo, aunque advierte que estos programas son eficaces cuando se incluyen dentro de programas más amplios relacionados con los estilos de vida, y especialmente cuando éstos van acompañados de entrenamiento en habilidades sociales, asesoramiento, información e intervención breve.

La evidencia recopilada permite, asimismo, determinar las características que pueden considerarse relacionadas con la **eficacia o efectividad** de las intervenciones preventivas de adicciones en el medio laboral (UNODC, 2018):

- ✓ Se desarrollan con la participación de todos los grupos de interés (empresa y personas empleadas).
- ✓ Garantizan la confidencialidad a las personas participantes.
- ✓ Se basan en una política del uso de drogas (no punitiva) en el lugar de trabajo, en cuya aprobación han participado todos los agentes implicados.
- ✓ Se integran en otros programas relacionados con la salud y el bienestar (por ejemplo, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares).
- ✓ Proporcionan intervenciones breves (también por internet), asesoramiento, derivación para tratamientos y servicios de reinserción a las personas empleadas que lo necesitan.
- ✓ Incluyen elementos claros de comunicación.

⁴⁵ Aunque con una posible variabilidad en los efectos por sexo, puesto que en un estudio se indica un efecto positivo en la reducción del consumo de alcohol entre las mujeres solamente.

- ✓ Incluyen cursos de gestión del estrés.
- ✓ Incluyen capacitación de personal directivo y personas empleadas para que desempeñen sus funciones en el seno del programa.
- ✓ Incluyen pruebas de alcohol y drogas solo como parte de un amplio programa con las características descritas en los puntos anteriores.

Programas avalados por la evidencia

EUROPEAN WORKPLACE AND ALCOHOL EWA
<p>Descripción</p> <p>En el estudio llevado a cabo en el marco de la EWA, en el que participaron 55 empresas de diferentes programas de prevención del consumo de alcohol dirigidos a más de once mil trabajadores de doce países europeos (entre ellos Cataluña), se vio que una intervención de nivel básico era fundamental para producir cambios en cuanto a su conocimiento sobre el impacto del alcohol en la salud, cambios en el patrón de consumo y cambios en las actitudes de los trabajadores. Por tanto, este nivel es el primer escalón para las acciones preventivas dentro de todas las empresas, ya sean grandes, medianas o pequeñas.</p>
<p>Resultados</p> <p>La experiencia puso en evidencia que las intervenciones preventivas eran bien recibidas y valoradas tanto por los empresarios como por todos los trabajadores. Por lo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El 80% de participantes profundizó su conocimiento sobre la repercusión que el consumo de alcohol tiene sobre la salud. - El 31% de trabajadores/as manifestó beber menos después del programa. - El 80% de trabajadores/as encontró útiles las intervenciones y el programa para su vida personal y para su trabajo. - El 95% de las empresas recomendarían a otras empresas estos programas.
<p>Más información:</p> <p>https://www.eurocare.org/projects.php?sp=the-european-workplace-and-alcohol-project</p>

5. BIBLIOGRAFÍA

- Ally AK et al. *Alcohol tax pass-through across the product and price range: do retailers treat cheap alcohol differently?*. *Addiction*, vol. 109, n. 12, 2014, p. 1994-2002.
- Anderson P, et al. *Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol*. *Lancet*. 2009; 373, p. 2234–46.
- Anderson P, et al. *Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies*. *Alcohol and Alcoholism*. 2009; p. 1–15.
- Arbex C. *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva, selectiva e indicada*. Madrid, Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales-ADES, 2013, 462 p.
- Auer M et al. *The effect of loss-limit reminders on gambling behavior: A real-world study of Norwegian gamblers*. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 2018, p. 1056-1067.
- Babor T et al. *La política de drogas y el bien público*. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2010, 372 p.
- Bates G et al. *The effectiveness of interventions related to the use of illicit drugs: Prevention, harm reduction, treatment and recovery. A "review of reviews"*. Serie: HRB Drug and Alcohol Evidence Reviews, Dublin, Health Research Board, 2017, 196 p.
- Becoña E. *La prevención ambiental en el consumo de drogas ¿Qué medidas podemos aplicar?*. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021, 272 p.
- Booth A et al. *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion. Part A: Systematic reviews*. School of Health and Related Research; 2008.
- Brown K. *Association between alcohol sports sponsorship and consumption: A systematic review*. *Alcohol and Alcoholism*. 2016; p. 1–9.
- de Bruijn A et al. *European longitudinal study on the relationship between adolescents' alcohol marketing exposure and alcohol use*. *Addiction*. 2016.
- Bühler A, Thrul, J. *Prevention of addictive behaviours. Updated and expanded edition of prevention of substance abuse*. Serie: Insights n. 18, Lisboa, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015, 102 p.
- Burkhart G et al. *Environmental prevention: Why do we need it now and how to advance it?*. *Journal of Prevention*, n. 43, 2022, p. 149-156.
- Burton, R et al. *The public health burden of alcohol and the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies. An evidence review + Annexes*. Londres, Public Health England, 2016, 241, 32 p.
- Calafat A. *Prevention interventions in recreational settings*, Council of Europe, Strasbourg, 2010.
- Carson-Chahhoud KV, et al. *Mass media interventions for preventing smoking in young people*. Serie: Cochrane Database of Systematic Reviews n. 6, Londres, Cochrane Library, 2017, 61 p.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Adverse Childhood Experiences (ACEs). Preventing early trauma to improve adult health*, 2021.

Cobiac L et al. *Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia*. *Addiction*. 2009;104(10), p. 1646–55.

Colom i Farran J (coord.) et al. *Guia per a la prevenció del consum d'alcohol i altres drogues i dels problemes relacionats en l'àmbit laboral*. Barcelona, Agència de Salut Pública de Catalunya, 2018, 71 p.

Consejo de la Unión Europea. *Plan de Acción de la UE sobre drogas 2021-2025*, 2021, 80 p.

COPOLAD - Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid, Entidad de Coordinación y Ejecución, 2014, 264 p.

Coppo A et al. *School policies for preventing smoking among young people (Review)*. Oxford, Cochrane Tobacco Addiction Group, 2014, 38 p.

Das JK et al. *Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews*. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, supl. 4, 2016, p. S61-S75.

Donoghue K et al. *The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: A systematic review and meta-analysis*. *J Med Internet Res*. 2014 Jun 2;16(6):e142

Elder R.W et al. *The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms*. *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 38, nº 2, 2010, págs. 217-229.

Espada J.P et al. *Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain*. *Psicothema*, vol. 27, n. 1, 2015, p. 5-12.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?*. Luxemburgo, Publications Office of the European Union, 2013, 52 p.

Faggiano F et al. *Universal school-based prevention for illicit drug use (Review)*. Oxford, Cochrane Tobacco Addiction Group, 2014, 167 p.

Ferri M et al. *Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people (Review)*. Serie: Cochrane Database of Systematic Reviews n. 6, Londres, Cochrane Library, 2013, 89 p.

Foxcroft DR et al. *Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults (Review)*. Serie: Cochrane Database of Systematic Reviews n. 7, Londres, Cochrane Library, 2016, 221 p.

Foxcroft DR et al. *Social norms information for alcohol misuse in university and college students (Review)*. Londres, The Cochrane Collaboration, 2015, 141 p.

Foxcroft DR. *Can prevention classification be improved by considering the function of prevention?* *Prevention Science*. 2014 Dec;15(6):818-22.

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. *Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews*. *Perspectives in Public Health*, vol. 132, n. 3, 2012, p. 128-134.

Foxcroft DR, Tsertsvadze A. *Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(5):CD009113.

Gilligan C et al. *Family-based prevention programmes for alcohol use in young people*. Serie: Cochrane Database of Systematic Reviews n. 3, Londres, Cochrane Library, 2019, 166 p.

Godwin J, Conduct Problems Prevention Research Group. *The Fast Track intervention's impact on behaviors of despair in adolescence and young adulthood*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 117(50), 2020, p. 31748-31753.

Guía para el personal delegado de prevención: ¿Qué podemos hacer con las adicciones en las empresas? = Prebentzio-delegatuentzako gida: Zer egin dezakegu enpresetan adikzioen aurka?. Barakaldo, Osalan, 2018, 20 p.

Hahn R et al. *Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms*. Am J Prev Med. 2010;39(6), p. 590–604.

Health Forum. *Alcohol marketing and young peoples. A literature review and mapping exercise*. UK Health Forum; 2015.

Hefler M et al. *Incentives for preventing smoking in children and adolescents (Review)*. Serie: Cochrane Database of Systematic Reviews n. 6, Londres, Cochrane Library, 2017, 44 p.

Hill KG, et al. *Outcomes of childhood preventive intervention across 2 generations: A nonrandomized controlled trial*. JAMA Pediatr. 2020 Aug 1;174(8), p. 764-771.

Hodder RK et al. *Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis*. Prev Med. 2017 Jul; 100: p 248-268.

Hollingworth W et al. *Prevention of deaths from harmful drinking in the United States: the potential effects of tax increases and advertising bans on young drinkers*. J Stud Alcohol Drugs. 2006;67(2):300–8.

Holm AL et al. *Cost-effectiveness of preventive interventions to reduce alcohol consumption in Denmark*. PLoS ONE. 2014;9(2):e88041.

Hopson L et al. *The effectiveness of electronic approaches to substance abuse prevention for adolescents*. Journal of Evidence-Informed Social Work, vol. 12, n. 3, 2015, p. 310-322.

Isorna M. *La evidencia científica en la prevención del consumo de cannabis*. En: *Cannabis: efectos, riesgos y beneficios terapéuticos*. Serie: Humanidades e Ciencias Xurídico-Sociais n. 116, Vigo, Universidad de Vigo, 2017, p. 217-253.

Jackson C et al. *Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review*. Addiction, Vol. 107, no. 4, 2012, p. 713-747.

Keen B et al. *Systematic review of empirically evaluated school-based gambling education programs*. Journal of Gambling Studies, 33, 2017, 301-325.

Kristjansson A L et al. *Testing risk and protective factor assumptions in the Icelandic model of adolescent substance use prevention*. Health Education Research, 2021.

Kyrrestad H et al. *Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials*. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy, vol. 9, n. 48, 2014, p. 1-11.

Lemstra M et al. *A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15*. Addiction research and theory, vol. 18, no. 1 (2010), p. 84-96.

MacArthur G.J et al. *Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: A systematic review and meta-analysis*. Addiction, vol. 111, n. 3, 2016, p. 391-407.

- Martineau F et al. *Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: An overview of systematic reviews*. *Prev Med*. 2013;57:278–96.
- Meier P et al. *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion*, School of EN Health and Related Research; 2009.
- Middleton J et al. *Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms*. *Am J Prev Med*. 2010;39(6):575–89.
- Miller TR, Hendrie D. *How should governments spend the drug prevention dollar?: A buyer's guide*. En: Preventing harmful substance use. West Sussex, John Wiley and Sons, 2009.
- Molina C et al. *La prevención del riesgo de adicciones en el medio laboral: obligaciones, recomendaciones y buenas prácticas. Claves para una nota técnica preventiva (NTP) del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT)*. Madrid, Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC, 2018, 44 p.
- Monaghan S, et al. *Impact of gambling advertisement and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimize harm*. *Journal of Gambling Issues*, 2008, 22, 252-274
- National Institute of Drug Abuse. *Preventing drug use among children and adolescents. A Research-based Guide for Parents, Educators and Community Leaders*. 2nd edition. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 2012.
- Newton AS. *Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review*. *Pediatric Emergency Care*, 29(5), 2013, p. 673-84.
- Newton NC et al. *Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course*. *Addiction* 2010;105(4), p. 749–59 p.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Currículum de Prevención Europeo. Un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia*. Madrid, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2020, 202 p.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017.
- Oliver R. *Teacher classroom management practices: Effects on disruptive or aggressive student behavior*, Systematic Campbell review, 2011.
- Oncioiu SI et al. *Environmental substance use prevention interventions in Europe*. Serie: Technical Report, Lisboa, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2018, 92 p.
- Organización Mundial de la Salud. *Recomendaciones de la OMS sobre la prevención y la gestión del consumo de tabaco y la exposición al humo ajeno durante el embarazo*, 2014.
- Patil S et al. *Youth exposure to alcohol advertising on television in the UK, The Netherlands and Germany*. *Eur J Public Health*. 2014 Aug;24(4):561–5.
- Patnode CD et al. *Primary care behavioral interventions to prevent or reduce illicit drug use and nonmedical pharmaceutical use in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force*, 2014.
- Pennington B et al. *The cost-effectiveness of seven behavioural interventions to prevent drug misuse in vulnerable populations*. *International Journal of Drug Policy*, vol. 57, 2018, p. 42-50.

Posicionamiento de la Sociedad Europea para la Investigación en Prevención (EUSPR) sobre enfoques ineficaces y potencialmente perjudiciales en la prevención del uso de sustancias. Palma, European Society for Prevention Research, 2019, 9 p.

Rethinking substance use prevention. An earlier and broader approach. Nueva York, *Partnership to End Addiction*, 2022, 80 p.

Romero E et al. *Prevención indicada de los problemas de conducta: entrenamiento de habilidades socioemocionales en el contexto escolar.* Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, vol. 6, n. 3, 2019, p. 39-47.

Salvador T et al. *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias.* Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

Salvador T et al. *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.* Murcia, Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias, Región de Murcia, 2010, 283 p.

Siegfried N et al. *Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents.* Cochrane Database Syst Rev. 2014;(11).

SIIIS Servicios de Información e Investigación Social, *Revisión sistemática de evaluaciones económicas relativas a los programas de prevención del consumo de drogas.* Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 65 p., 2013.

Smedslund G et al. *Effects of early, computerized brief interventions on risky alcohol use and risky cannabis use among young people.* Serie: Campbell Systematic Reviews n. 6, Oslo, The Campbell Collaboration, 2017, 195 p.

Smith L, Foxcroft D. *The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: Systematic review of prospective cohort studies.* Biomed Cent Public Health. 2009;9:51.

St-Pierre, et al. *How availability and accessibility of gambling venues influence problem gambling: A review of the literature.* Gambling Law Review and Economics, 18, 2014, 150-172.

Stockwell T, et al. *The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: Impacts on consumption and implications for public health.* Am J Public Health. 2012;102(12):e103–10.

Strang J et al. *Drug policy and the public good: evidence for effective interventions.* The Lancet, vol. 379, January 7, 2012, p. 71-83.

Strøm HK, et al. *Effectiveness of schoolbased preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials.* Subst Abuse Treat Prev Policy. 2014 Dec 13;9(1):48.

Sussman S, et al. *Alcohol, tobacco, and other drug misuse prevention and cessation programming for alternative high school youth: A review.* J Sch Health. 2014;84(11) p.748–58.

Tackling Harmful Alcohol Use. Organisation for economic co-operation and development; 2015.

Taylor RD, et al. *Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects.* Child Dev. 2017 Jul;88(4), p. 1156-1171.

Tejada-Gallardo C et al. *Effects of school-based multicomponent positive psychology interventions on well-being and distress in adolescents: A systematic review and meta-analysis.* J Youth Adolescence 49, 2020, p. 1943–1960.

- Thomas R et al. *School-based programmes for preventing smoking*. Serie: Cochrane Database of Systematic Reviews n. 4, West Sussex, John Wiley & Sons, Ltd., 2013, 425 p.
- Thomas R.E et al. *Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 2. Art. No.: CD004493.
- Trolldal B, et al. *Effects of a multi-component responsible beverage service programme on violent assaults in Sweden*. *Addict* Abingdon Engl. 2013 Jan;108(1) p. 89–96.
- Ubido J. et al. *Prevention programmes cost-effectiveness review: alcohol*. Serie: Observatory Report Series, nº 84, Liverpool, Liverpool Public Health Observatory, 2010, 17 p.
- UNODC, *Estándares internacionales para la prevención del uso de drogas*. Viena, United Nations Office on Drugs and Crime, 2018, 67 p.
- VanBuskirk. *Motivational interviewing with primary care populations: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 2014, p. 768-80.
- Vázquez, N, Gómez, D. *¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cánnabis en jóvenes vulnerables?*. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 92, e201810070, 2018, 18 p.
- Wilkinson C et al. *Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015*. *PHRP*. 2016;26(4).
- Wolfenden L et al. *Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, physical activity and obesity* (Review). Londres, The Cochrane Collaboration, 2018, 123 p.
- Wood SK et al. *Computer-based programmes for the prevention and management of illicit recreational drug use: A systematic review*. *Addictive Behaviors*, 39(1), 2014, 30-8.
- World Health Organisation. *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*, 2014.
- World Health Organisation. *INSPIRE Seven strategies for ending violence against children*, Organización Panamericana de la Salud, 2016, 112 p.