

ORIGINAL

Revisión sistemática sobre características y eficacia de los programas preventivos escolares en drogodependencias en España

Systematic review on the characteristics and efficacy of school preventive programs for drug addiction in Spain

VÍCTOR JOSÉ VILLANUEVA-BLASCO^{*,**}; JORGE MEDINA-MARTÍNEZ^{*}; JAVIER ZARAGOZA^{**,**}.

* Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España.

** Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD), España.

*** Facultad CC Humanas y de la Educación, Universidad de Zaragoza, Huesca, España.

Resumen

El ámbito escolar adquiere una gran relevancia en la prevención del consumo de drogas en estudiantes, ya que es donde pasan una mayor parte del tiempo y, puesto que en España la enseñanza es obligatoria hasta los 16 años, las intervenciones en este ámbito pueden alcanzar a la mayoría de niños en esa etapa. El objetivo de esta revisión sistemática fue determinar qué nivel de eficacia presentan los programas preventivos escolares que se han implementado en España. Siguiendo las recomendaciones PRISMA, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos Web of Science, PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus y Cochrane Library. La búsqueda arrojó 274 estudios, de los cuales fueron seleccionados 29 estudios. Se ha identificado que en España se han implementado 48 programas preventivos en drogodependencias en el contexto escolar, de los cuales tan solo 18 (37,5%) cuentan con evaluación de su eficacia siguiendo los criterios y estándares de una prevención eficaz. Por el contrario, los programas que no han sido evaluados distan en su diseño de estos estándares. Se concluye que en España conviven dos modelos de prevención escolar de las drogodependencias: un modelo que responde a esta denominación; y otro modelo calificado como “pseudo-prevención”, dado que su diseño no se ajusta a los estándares de la prevención eficaz ni su eficacia preventiva ha sido demostrada.

Palabras clave: programas preventivos, ámbito escolar, intervención, evaluación de eficacia, revisión sistemática

Abstract

The school environment is of great relevance in the prevention of drug use in students because it is where they spend most of their time and, since education is compulsory until upper secondary school in Spain, interventions in this area can reach the majority of children up to that stage. The objective of this systematic review is to determine the level of efficacy of the school preventive programs that have been implemented in Spain. Following the PRISMA recommendations, a systematic literature search was carried out in the Web of Science, PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, and Cochrane Library databases. The search yielded 274 studies, of which 29 studies were selected. It was found that 48 drug addiction prevention programs have been implemented in Spanish school context, of which only 18 (37.5%) had an evaluation of their effectiveness following the criteria and standards of effective prevention. Conversely, the programs that were not evaluated are far from these standards in their design. It is concluded that there are two models of school prevention of drug addiction in Spain: a model that meets this description; and another model classified as “pseudo-prevention”, since its design does not meet the standards of effective prevention nor has its preventive efficacy been demonstrated.

Keywords: preventive programs, school setting, intervention, efficacy evaluation, systematic review

La prevención escolar, entendida como un sistema de acciones dirigidas a garantizar que las condiciones educativas y socio-ambientales en las que los jóvenes se educan sean las más propicias para su sano desarrollo, es una de las estrategias más utilizadas; ya que los centros educativos pueden proporcionar un entorno óptimo, eficaz y efectivo para intervenir (Deogan et al., 2015; Lassi et al., 2015; Pereira y Sanchez, 2018). Atendiendo a la clasificación propuesta por Gordon (1987), la prevención universal tiene un enfoque más amplio, pero es menos intensa que la prevención selectiva e indicada, orientada a poblaciones más específicas con mayor problemática relacionada con el consumo de drogas, pero más costosa.

A lo largo de las últimas décadas han proliferado múltiples programas de prevención de drogodependencias con diferentes características. Uno de los criterios más utilizados para su clasificación ha sido la estrategia de intervención utilizada. Autores como Tobler (1986) y Tobler et al. (2000) catalogaron los programas preventivos en las siguientes tipologías: 1) centrados en información; 2) centrados en la educación afectiva; 3) que combinan la información con la educación afectiva; 4) de naturaleza psicosocial; 5) centra-

dos en desarrollar habilidades de resistencia; 6) enfocados en desarrollar habilidades genéricas (sociales y de vida); y 7) centrados en la promoción de alternativas (competencias y/o actividades).

De acuerdo con los estándares internacionales de la prevención del uso de drogas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018), los programas preventivos escolares más eficaces cuentan con las siguientes características: a) estar basados en modelos de competencia e influencia social; b) utilizar métodos interactivos; c) duración de 10-15 sesiones estructuradas, con sesiones de refuerzo; d) implementados por expertos capacitados; y e) entrenan en habilidades personales y sociales (como habilidades de afrontamiento, toma de decisiones y resistencia al uso de sustancias), abordan las percepciones de los riesgos, y desmienten conceptos erróneos sobre la naturaleza normativa y las expectativas del consumo de sustancias.

Villanueva (2017), a partir de diversas revisiones meta-analíticas (véase Cuijpers, 2002a; Faggiano et al., 2008a; Hansen, 1992; Skara y Sussman, 2003; Thomas et al., 2013; Tobler et al., 2000; Tobler y Stratton, 1997; Winters et al., 2007), concretó las características de los programas preventivos escolares eficaces (Tabla 1).

Tabla 1
Características de los programas eficaces de prevención en el ámbito escolar

Fundamentación teórica	- Modelo teórico de base contrastado y con evidencia empírica.
Orientación programa	- Modelo de influencia social. - Modelo de habilidades para la vida. - Modelo multicomponente.
Nivel educativo	- Desarrollo de programas adecuados a cada edad. - Mayor eficacia si se aplican entre los 11 y 14 años de edad.
Sustancias abordadas	- En función de la edad y la prevalencia de uso. - Preferentemente alcohol y tabaco, seguido por cannabis.
Principales componentes	- Consecuencias negativas del uso a corto plazo. - Abordaje de la norma social subjetiva: percepción subjetiva de la conducta y la actitud del entorno respecto al uso de drogas. Corrección de concepciones erróneas sobre la prevalencia del uso de drogas entre los iguales. - Técnicas para afrontar las influencias sociales indirectas y resistir a la presión social hacia el uso de drogas. - Entrenamiento en habilidades para la vida y de interacción social positiva. - Reforzamiento de actitudes en contra del uso de drogas y del compromiso personal contra el uso de drogas.
Metodología	- Activa, participativa e interactiva.
Sesiones	- Número mínimo recomendable de 10 sesiones. - Incluyen sesiones de refuerzo una vez acabado el programa.
Mediadores	- Profesionales expertos. - Profesorado debidamente formado. - Participación de iguales con perfil prosocial y contrario al uso de drogas.
Aplicación	- Sostenible en el tiempo, a largo plazo. - Aplicación completa del programa. - Rigor metodológico. - Realización de ajustes necesarios.
Evaluación	- Imprescindible la evaluación rigurosa para reflejar los efectos positivos. - Información sobre pérdidas. - Cambios de conducta. - Grupo control sin intervención.
Aspectos transversales	- Perspectiva de género en el diseño, implementación y evaluación. - Consideración de la interculturalidad.

En el contexto español, un metaanálisis (Espada et al., 2015a) y una evaluación de la eficacia revisada a partir de diversos metaanálisis (Fernández et al., 2002) identificaron que los programas preventivos escolares que mostraron mayor eficacia incluían: a) modelos de educación para la salud y aprendizaje social; b) abordaban la influencia social del consumo; c) tenían una metodología activa; d) usaban la combinación de soporte oral, escrito y audiovisual; e) eran implementados por profesionales y profesorado conjuntamente, con la participación de iguales; y f) contaban con sesiones de refuerzo.

A pesar de disponer de evidencias sobre lo que funciona y lo que no funciona en prevención, la transferencia al ámbito aplicado parece seguir siendo una tarea pendiente, conviviendo programas preventivos de diferente eficacia con programas sin evaluación alguna (Medina-Martínez y Villanueva-Blasco, 2023). Esto puede deberse a la falta de una mayor visibilidad y reconocimiento de los programas preventivos que han demostrado ser eficaces; ya que, en el contexto escolar español, se siguen realizando intervenciones de sensibilización o información que no cuentan con evidencia empírica. La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD], 2018) y el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 (DGPNSD, 2022) establecen entre sus prioridades mejorar la disponibilidad y eficacia de los programas de prevención basados en datos empíricamente contrastados. Estas estrategias a nivel nacional señalan que las coberturas de los programas preventivos han ido disminuyendo y la oferta está muy centrada en la educación; por ello, proponen como mejoras el actuar más sobre las condiciones sociales que promueven el consumo, así como garantizar la cobertura universal de programas basados en la evidencia y que cumplan con criterios de calidad (DGPNSD, 2018).

Por ello, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿En qué medida los programas preventivos aplicados en España muestran características en consonancia con los estándares de programas preventivos escolares eficaces? Y, esperando encontrar que algunos programas los cumplan y otros no, ¿el hecho de disponer de una evaluación de su eficacia es un indicador de que el programa posee un diseño acorde a dichos estándares de prevención eficaz? Consecuentemente, el objetivo general de esta revisión sistemática fue determinar qué nivel de eficacia presentan los programas preventivos escolares que se han implementado en España. Los objetivos específicos fueron: 1) identificar las características de los programas preventivos escolares aplicados en España; 2) reconocer cuáles han sido evaluados y cuál es su eficacia; y, finalmente, 3) comparar las características de los programas preventivos escolares que incluyen evaluación de su eficacia con aquellos que no incluyen evaluación.

Método

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

Para el primer objetivo, se realizó una búsqueda en los portales de buenas prácticas de Xchange (EMCDDA, s.f.), Prevención Basada en la Evidencia (Socidrogalcohol, s.f.) y Portal BBPP Adicciones (DGPNSD, s.f.). Para ello, se establecieron límites de país y ámbito de prevención para identificar los programas llevados a cabo en España y en el ámbito escolar.

Para el segundo objetivo, se realizó una revisión sistemática siguiendo los criterios de la declaración Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA) (Page et al., 2021). La búsqueda sistemática se realizó el 14/01/2023.

Se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica estructurada en 5 bases de datos (Web of Science, PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus y Cochrane Library) para recuperar artículos revisados por pares publicados en idioma inglés o español, sin límite por fecha. La estrategia de búsqueda combinó múltiples palabras clave previamente acordadas, que se desarrollaron desglosando el objetivo. Se siguió el marco de Población, Intervención, Comparación y Resultados (PICO) para realizar la búsqueda bibliográfica. Las referencias extraídas de cada una de las búsquedas en la base de datos se agruparon y almacenaron en una biblioteca de RefWorks. Se realizaron búsquedas y el autor principal de este manuscrito eliminó los duplicados.

La estrategia de búsqueda incluyó las palabras clave “Spain”, “alcohol”, “tobacco”, “cannabis”, “school prevention” y sinónimos. Estos términos se combinaron originando la siguiente estrategia de búsqueda: “spain” AND (“school prevention” OR “school intervention” OR “preventive program” OR “school-based” OR “school environment”) AND (“alcohol” OR “tobacco” OR “cannabis” OR “marijuana”). Además, se realizó una búsqueda inversa mediante la revisión de las listas de referencia de los estudios para identificar artículos no indexados en estas bases de datos.

Asimismo, los programas preventivos que contaban con publicaciones científicas de su eficacia, pero que no estaban indexados en portales de buenas prácticas, fueron considerados igualmente para el primer objetivo.

Criterios de elegibilidad

En relación al segundo objetivo, dos revisores (M-M y V-B) evaluaron los estudios que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión en los procesos de búsqueda iniciales: a) incluyeron programas preventivos del ámbito escolar; b) llevados a cabo en España; c) que abordaban el consumo de alcohol, tabaco y/o cannabis; d) publicados en revistas científicas con revisión por pares; y e) escritos en inglés o español.

Se excluyeron: a) artículos que abordaban adicciones comportamentales; b) revisiones bibliográficas y sistemáticas.

cas, metaanálisis, libros, capítulos de libros y comunicaciones a congresos; c) estudios focalizados en intervenciones para reducir el consumo de drogas sin resultados publicados; d) intervenciones preventivas no protocolizadas como programa; y e) estudios que no realizaban evaluación de resultados del programa.

Proceso de selección

Dos autores (M-M y V-B) identificaron los estudios buscados en tres pasos de acuerdo con la literatura (Gunnell et al., 2020). En primer lugar, los títulos y resúmenes de los artículos obtenidos de la búsqueda inicial se examinaron y seleccionaron en función de los criterios de elegibilidad desglosados anteriormente. En segundo lugar, los artículos de texto completo se analizaron en detalle y se seleccionaron para su elegibilidad. En tercer y último lugar, se analizaron manualmente las referencias bibliográficas de todos los artículos seleccionados para identificar artículos relevantes perdidos en la estrategia de búsqueda inicial. El proceso de búsqueda se resume en la Figura 1. La figura 1 se creó con la herramienta PRISMA recientemente actualizada para crear diagramas de flujo (Haddaway y McGuinness, 2020).

La revisión de artículos científicos sobre estudios de evaluación de la eficacia de programas preventivos en drogodependencias en España arrojó un total de 274 registros. Tras la eliminación de duplicados, se obtuvieron 173 estudios para la revisión de título y resumen, siendo excluidos 134 estudios. Consecuentemente, se revisó el texto completo de 39 artículos, de los cuales se excluyeron 10. Así, fueron incluidos 29 artículos en la revisión sistemática.

Extracción de datos

Dos autores (M-M y V-B) extrajeron los datos de forma independiente y sistemática de la lista final de estudios incluidos. Se identificaron y consideraron las siguientes categorías de los manuscritos: a) nombre del programa; b) autoría; c) año; d) sustancias; e) población beneficiaria; f) nivel de prevención (es decir, universal, selectiva o indicada); g) modelo teórico (por ejemplo, Teoría de acción razonada, Modelo de desarrollo social, etc.); h) metodología de aplicación (por ejemplo, audiovisual, interactiva, etc.); i) número de sesiones; j) perfil de los aplicadores (es decir, profesorado, expertos externos, etc.); k) principales componentes; y l) publicaciones de su eficacia. Las discrepancias entre los autores se resolvieron mediante decisión consensuada. Todos los datos extraídos se sintetizaron y agruparon mediante tablas creadas con Microsoft Excel.

Evaluación de la calidad metodológica

Se evaluó la calidad metodológica de los artículos usando el instrumento Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) (Hong et al., 2018). La MMAT es una herramienta de evaluación crítica diseñada para revisiones sistemáticas que incluyen estudios empíricos cuantitativos, cualitativos y mixtos. En el caso de los ensayos controlados aleatorizados (ECA), se utilizó la escala para ECA; y, en el caso de los estudios cuasiexperimentales, se utilizó la escala para estudios cuantitativos no aleatorizados.

La evaluación de la calidad metodológica de cada estudio se presenta en las Tablas 2 y 3. Todos los estudios cumplieron un mínimo del 40% de los criterios y el porcentaje medio de criterios cumplidos fue del 67,6%.

Figura 1
Diagrama de flujo

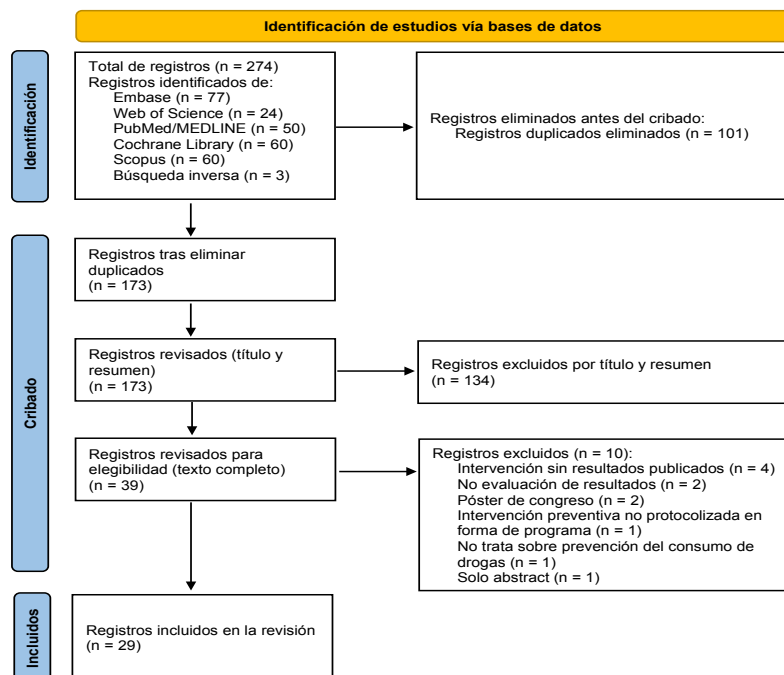


Tabla 2
Evaluación de la calidad metodológica para ECA

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	% de cumplimiento
Alarcó-Rosales et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Caria et al. (2011)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Cutrín et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Espada et al. (2014)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Espada et al. (2015b)	Sí	No	Sí	No	No	40
Faggiano et al. (2007)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Faggiano et al. (2008b)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Faggiano et al. (2010)	Sí	No	Sí	No	No	40
García et al. (2005)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
González et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	No	No	60
González et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	No	No	60
González et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Leiva et al. (2018)	Sí	Sí	Sí	Sí	No	80
Luna-Adame et al. (2013)	Sí	No	Sí	No	Sí	60
Romero et al. (2017)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Valdivieso et al. (2015)	Sí	Sí	Sí	Sí	No	80
Vargas-Martínez et al. (2019)	Sí	No	Sí	No	No	40
De Vries et al. (2003)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
De Vries et al. (2006)	Sí	Sí	Sí	No	No	60

Nota. P1: ¿Se realiza correctamente la aleatorización?; P2: ¿Los grupos son comparables al inicio?; P3: ¿Hay datos de resultados completos?; P4: ¿Los evaluadores de resultado están cegados a la intervención proporcionada?; P5: ¿Los participantes se adherieron a la intervención asignada?

Tabla 3
Evaluación de la calidad metodológica para estudios cuasiexperimentales

Referencia	P1	P2	P3	P4	P5	% de cumplimiento
Ariza et al. (2008)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Ariza et al. (2013)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	100
Barón-García et al. (2021)	No	No	Sí	No	Sí	40
Cabrera et al. (2022)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Calafat et al. (1995)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Espada et al. (2012)	No	Sí	Sí	No	Sí	60
Gómez-Fraguela et al. (2002)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80
Hernández et al. (2013)	No	Sí	Sí	No	Sí	60
Moral et al. (2009)	No	Sí	Sí	No	Sí	60
Villanueva et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	No	Sí	80

Nota. P1: ¿Los participantes son representativos de la población objetivo?; P2: ¿Son apropiadas las mediciones con respecto tanto al resultado como a la intervención (o exposición)?; P3: ¿Hay datos de resultados completos?; P4: ¿Se tienen en cuenta los factores de confusión en el diseño y el análisis?; P5: Durante el período de estudio, ¿se administró la intervención (o se produjo la exposición) según lo previsto?

Resultados

En la Tabla 4 se presentan los programas preventivos identificados a través de portales de buenas prácticas y mediante la búsqueda de estudios de evaluación de su eficacia. Se informa sobre su autoría y año, las sustancias abordadas, la población beneficiaria, su nivel de prevención, los modelos teóricos en los que se fundamentan, su metodología de aplicación, el número de sesiones que establecen, el perfil de los aplicadores, sus principales componentes y las publicaciones encontradas respecto a su eficacia.

Como puede observarse (Tabla 4), del total de 48 programas analizados, 41 se enmarcan en prevención univer-

sal (83,7%), de los cuales 30 abordan el consumo de alcohol (73,17%), 29 el de tabaco (70,73%), 16 el de cannabis (39,02%), y 3 drogas en general sin especificarse cuáles (7,32%). Los programas de prevención selectiva analizados son 4 (8,2%), de los cuáles 3 abordan el consumo de alcohol (75%), 1 el de cannabis (25%), 1 drogas en general sin especificarse cuáles (25%) y ninguno contempla el consumo de tabaco. Para prevención indicada se detectaron 2 programas (4,1%), de los cuáles 2 abordan el consumo de alcohol (100%), 2 el de tabaco (100%), 1 el de cannabis (50%), y ninguno drogas en general. Finalmente, 2 programas (4,1%) abordan varios niveles de prevención.

Tabla 4
Información sobre los programas preventivos incluidos en la revisión

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
A no fumar ¡me apunto!	Tabaco	Menores de 12-16 años, profesorado y familia	Universal	n.e.	Interactiva, participativa	n.e.	Profesorado	Riesgos, beneficios de no fumar, creencias, presión grupal y publicitaria, habilidades interpersonales y cognitivas, control de emociones	-
ALCAZUL	Alcohol, tabaco, cannabis	Adolescentes de 12-18 años	Universal	Teoría de acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)	Comunitaria	n.e.	Técnicos y monitores	Ocio saludable, información sobre drogas, actitudes prosociales, búsqueda de sensaciones	-
ALERTA ALCOHOL	Alcohol	Adolescentes de 16-18 años	Selectiva	I-change model (de Vries, 2017)	Online	6	n.e.	Beneficios de no consumir alcohol, actitudes, influencias sociales, autoeficacia, habilidades de resistencia	Vargas-Martínez et al. (2019)
Cine y Educación en Valores 2.0	Drogas en general (n.e.)	Menores de 6-16 años y su profesorado	Universal	n.e.	Audiovisual	n.e.	n.e.	Cine y valores	-
Construyendo Salud	Alcohol, tabaco, cannabis, otras	Menores de 12-14 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Teoría del autorrechazo (Kaplan, 1996), Teoría multietápica del aprendizaje social (Simons et al., 1988), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Teoría del autocontrol (Hirschi y Gottfredson, 1988),	Interactiva, participativa	16 (9 de refuerzo)	Profesorado formado	Componente informativo, toma de decisiones, autoimagen y autosuperación, control emocional, habilidades sociales, tolerancia y cooperación, ocio y tiempo libre	Gómez-Fraguela et al. (2002), Luna-Adame et al. (2013)
Construye tu Mundo	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 3-16 años	Universal	n.e.	Aprendizaje activo, IVAC	n.e.	Profesorado	Empatía, actitudes hacia la protección de la salud, autoestima, actitudes hacia las drogas, toma de decisiones, asertividad	-
Déjame que te cuente algo sobre... Los Porros	Cannabis	Menores de 13-16 años	Universal, selectiva	Teoría de acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)	Interactiva	5	Educadores/ monitores	Componentes informativo, actitudinal, normativo y afectivo del balance decisional	-
DINO Educación Preventiva de Drogas para Preadolescentes	Alcohol, tabaco	Menores de 10-12 años	Universal	Modelo Sistémico de la Intervención Orientadora (Álvarez, 1987)	Interactiva	n.e.	Profesorado	Autoestima, habilidades sociales, toma de decisiones, información sobre drogas, influencias sociales, hábitos saludables	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
DISCOVER. Aprendiendo a vivir	Alcohol, tabaco, cannabis, otras	Menores de 10-16 años	Universal	n.e.	Interactiva	9-13	Profesorado formado	Autoestima, resolución de conflictos, riesgos, habilidades relacionales, toma de decisiones	-
En la huerta con mis amig@s	Alcohol, otras	Menores de 5-10 años, su familia y profesorado	Universal	n.e.	Audiovisual	n.e.	Profesorado	Hábitos saludables, desarrollo psicoafectivo y social	-
En Plenas Facultades	Drogas en general (n.e.)	Jóvenes de 18-25 años	Universal	n.e.	Peer to peer	n.e.	Estudiantes	Sensibilización en abuso de drogas y adicciones, conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual	Barón-García et al. (2021)
Entre Todos	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 10-16 años	Universal	n.e.	Aprendizaje cooperativo	6-13	Técnicos y profesorado formado	Información sobre drogas, actitudes, valores, motivaciones, autoestima, habilidades sociales, toma de decisiones, hábitos saludables, ocio y tiempo libre	-
EmPeCemos	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 5-10 años y sus familias	Indicada	n.e.	Interactiva	12 (3 de refuerzo)	Terapeutas entrenados	Reconocimiento de emociones, autocontrol, resolución de problemas y toma de decisiones, habilidades sociales	Romero et al. (2017)
Galilei	Alcohol, cannabis, otras	Adolescentes de 15-21 años PCPI	Selectiva	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992)	Interactiva	14	Profesorado formado	Intenciones de consumo, actitudes frente a las drogas, creencias normativas, efectos de las drogas, habilidades para la vida, habilidades sociales y de resistencia, manejo de emociones, control de impulsos, control del estrés	-
ITACA	Tabaco	Menores de 12-16 años	Universal	Teoría de la influencia triádica (Flay, 1999)	Participativa	22	Profesorado	Influencias sociales y publicitarias, información sobre el tabaco, habilidades de resistencia, manejo de emociones, habilidades interpersonales, autoestima, pensamiento crítico, resolución de problemas	Leiva et al. (2018)
Juego de llaves	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 11-16 años	Universal	n.e.	Online	6-12	Profesorado formado	Gestión emocional, estrategias cognitivas, interacción social, ocio y tiempo libre, información sobre drogas, valores	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
KAMELAMOS GUINAR - Queremos Contar	Alcohol, otras	Población gitana: menores de 6-12 años, adolescentes de 13-18 años, mujeres de 18-32 años	Selectiva	Modelo de competencia (Albee, 1980)	Interactiva	n.e.	Profesionales y voluntariado	Información sobre drogas, habilidades de resistencia a la presión grupal, ocio y tiempo libre	-
La Aventura de la Vida	Alcohol, tabaco, otras	Menores de 6-11 años	Universal	Modelo de educación en habilidades para la vida (WHO, 1994), Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría constructivista (Piaget, 1962; Vygotsky, 1962)	Audiovisual, interactiva	n.e.	Profesorado	Información y actitudes hacia las drogas, percepción de riesgo, percepción normativa, habilidades para la vida	-
Mantente REAL (anteriormente keepin' it REAL)	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 11-15 años	Universal	n.e.	Participativa	12	Profesorado	Habilidades de resistencia a la presión, habilidades personales y sociales, comunicación, asertividad, resolución de problemas	Cutrín et al. (2021)
Me llamo Marcos. Jóvenes y Estilos de Vida	Alcohol	Adolescentes de 15-18 años	Universal	n.e.	Audiovisual	n.e.	n.e.	n.e.	-
Nexus. Programa para la prevención del consumo de drogas	Alcohol, tabaco	Menores de 10-13 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Teoría multietápica del aprendizaje social (Simons et al., 1988), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Teoría del autorrechazo (Kaplan, 1996), Teoría de la búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1979)	Interactiva, participativa	12	Instructores formados	Información sobre drogas, percepción de riesgo, creencias normativas, influencias sociales, habilidades de resistencia, habilidades de comunicación, inteligencia emocional, autoestima, ocio y tiempo libre, tolerancia y cooperación	-
¡ÓRDAGO! Afrontar el desafío de las drogas	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 12-16 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo de desarrollo social (Hawkins et al., 1992), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría constructivista (Piaget, 1962; Vygotsky, 1962), Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a)	Participativa	32	Profesorado formado	Información sobre drogas, creencias, actitudes, influencias sociales, autoestima, toma de decisiones, resistencia a la presión grupal, ocio y tiempo libre	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
PASE.bcn (ESFA)	Alcohol, tabaco	Menores de 12-13 años	Universal	ASE (de Vries et al., 1995)	Interactiva	7 (6-5 refuerzo)	Profesorado formado	Efectos de las drogas, presión grupal y publicitaria, educación normativa, habilidades de resistencia, planificación futura	Ariza et al. (2008), de Vries et al. (2003), de Vries et al. (2006)
Prevención del consumo de drogas	Alcohol, tabaco, cannabis, otras	Menores de 12-17 años	Universal	Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Modelo de educación para la salud	Participativa	9	Profesorado y profesionales externos (psicólogos y pedagogos)	Conocimientos sobre drogas, toma de decisiones, presión social y grupal	-
Programa de intervención psicosocial	Alcohol	Adolescentes de 12-18 años	Universal	n.e.	Participativa	8	Profesionales externos y profesorado formado	Información sobre alcohol, mitos, percepción de riesgo, habilidades sociales y de resistencia	Moral et al. (2009)
Programa de Prevención de Drogodependencias "CINENSINO"	Alcohol, tabaco	Menores de 11-13 años y su profesorado	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Hipótesis de la susceptibilidad (Mansilla y Vega, 1999)	Participativa	12	Profesorado	Conocimientos sobre drogas, riesgos, pensamiento crítico, autoestima, toma de decisiones, asertividad, resistencia a la presión de grupo, ocio saludable	-
Programa de prevención del IAMS	Alcohol, cannabis	Adolescentes de 13-18 años	Universal	Teorías evolutivas, perspectiva ecológica y teorías predictivas del consumo de drogas	Interactiva, participativa	3	Profesionales externos	Información sobre drogas, aprendizaje social e influencias sociales, percepción de riesgo	Cabrera et al. (2022)
Programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo	Tabaco	Menores de 12-14 años	Universal	n.e.	Participativa	8	Profesorado	Efectos del tabaco, asertividad, habilidades de resistencia, pensamiento crítico	García et al. (2005)
Programa Engoe	Drogas en general (n.e.)	Estudiantes > 12 años, profesorado, familias y jóvenes con consumos problemáticos (14-21 años)	Universal, selectiva, indicada	Modelo comprensivo-secuencial, Teoría multisistémica	n.e.	n.e.	Profesionales externos	Habilidades emocionales y sociales, educación en valores	-
Programa escalonado de prevención escolar - "Protegiéndote"	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 3-16 años, profesorado y familias	Universal	Modelo biopsicosocial	Interactiva	10	Profesorado formado	Información sobre drogas, control emocional, habilidades sociales, solución de problemas y toma de decisiones, hábitos en el aprendizaje escolar	-
Programa de Prevención de Drogodependencias para educación primaria BRÚJULA/ BRÚIXOLA	Alcohol, tabaco, otras	Menores de 6-12 años y sus familias	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1985), Modelo de educación para la salud	Participativa	9	Profesorado	Hábitos saludables, habilidades sociales, identidad personal	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
Programa preventivo en Cataluña	Tabaco	Menores de 11-15 años	Universal	n.e.	Participativa	7	Enfermeros escolares	Efectos del tabaco, influencia social y publicitaria, pensamiento crítico	Valdivieso et al. (2015)
Programa Rompecabezas	Drogas en general (n.e.)	Adolescentes de 16-21 años en situaciones de riesgo, educadores de centros de educación no-reglada/prelaboral	Selectiva	Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977), Modelo evolutivo (Kandel, 1980)	n.e.	n.e.	Profesorado y técnicos externos	Información sobre drogas, ocio y tiempo libre, desarrollo personal, habilidades sociales, responsabilidad en el trabajo	-
Programa Saluda	Alcohol, otras	Menores de 12-14 años	Universal	n.e.	Participativa	10	Profesorado, psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, monitores, animadores socioculturales	Resolución de problemas y toma de decisiones, ocio saludable, habilidades sociales y de resistencia, información sobre drogas, compromiso público, autorrefuerzo	Espada et al. (2012), Hernández et al. (2013)
Project EX	Tabaco	Adolescentes de 14-19 años	Universal	Modelo de motivación-habilidades de afrontamiento-compromiso personal	Participativa	8	Profesorado y educadores de la salud	Autocontrol, control de la abstinencia, manejo de emociones y del estrés, establecimiento de objetivos, autoestima	Espada et al. (2014), Espada et al. (2015b), González et al. (2015), González et al. (2016), González et al. (2018)
PPCDE	Alcohol, tabaco, otras	Estudiantes de Infantil, Primaria, ESO, Bachillerato y su profesorado	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977b), Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan (Calafat et al., 1985)	Debate/ coloquio, charlas	n.e.	Profesorado y técnicos externos	Información sobre drogas, autoestima, habilidades sociales y de resistencia, valores saludables, toma de decisiones, control emocional, ocio saludable	-
RyR2	Alcohol, tabaco, cannabis	Adolescentes de 18 años	Universal	Teorías cognitivo-conductuales y de aprendizaje social	Participativa	12-15	Profesionales externos (psicólogos y educadores)	Resolución de problemas, competencias emocionales, influencias sociales, pensamiento crítico, empatía, habilidades sociales y de negociación, valores	Alarcó-Rosales et al. (2021)
Respir@ire	Tabaco	Menores de 12-16 años	Universal	Modelo de educación para la salud	Participativa	16	Profesorado	Conocimientos sobre drogas, actitudes, habilidades sociales y de resistencia, toma de decisiones	-

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
Sé Tú Mismo/a	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 12-14 años	Universal	Modelos de influencia y competencia social	Interactiva	10	Expertos en prevención en drogodependencias	Habilidades de comunicación, educación emocional, empatía, asertividad, educación normativa, información sobre drogas, habilidades de resistencia	Villanueva et al. (2021)
Sobre Canyes i Petes (anteriormente xkpts.com)	Alcohol, cannabis	Menores de 14-16 años	Universal	ASE (de Vries et al., 1995)	Interactiva	5	Profesorado entrenado	Conocimientos sobre drogas, presión social y de grupo, entrenamiento de habilidades, resolución de problemas	Ariza et al. (2013)
SUSPERTU - Programa de Apoyo a Adolescentes	Alcohol, tabaco, otras	Adolescentes de 13-20 años en situaciones de riesgo y familias	Indicada	Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), modelo biopsicosocial	Participativa y dinámica	25	Profesionales externos	Conocimientos sobre drogas, actitudes, autoestima, control emocional, toma de decisiones, ocio saludable, habilidades sociales y de resistencia, rendimiento escolar	-
¿Te apuntas?	Alcohol, otras	Menores de 9-11 años	Universal	Modelo de mejora de la estima (Kaplan et al., 1986), Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), Modelo evolutivo (Kandel, 1980), Teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977a), Teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977)	Participativa	5	n.e.	Toma de decisiones y solución de problemas, habilidades sociales y de comunicación, pensamiento crítico, ocio y tiempo libre	-
Tú decides	Alcohol, tabaco, otras	Menores de 12-16 años	Universal	Modelo evolutivo (Kandel, 1980)	Interactiva	6	Profesorado formado	Información sobre drogas, toma de decisiones, habilidades sociales y de resistencia	Calafat et al. (1995)
Unplugged	Alcohol, tabaco, cannabis	Menores de 12-14 años	Universal	Modelo de influencia social (Sussman et al., 2004)	Interactiva	12	Profesorado entrenado	Conocimientos sobre drogas, habilidades sociales y de resistencia, educación normativa, habilidades intrapersonales, asertividad, pensamiento crítico, estrategias de afrontamiento, toma de decisiones, resolución de problemas, establecimiento de objetivos	Caria et al. (2011), Faggiano et al. (2007), Faggiano et al. (2008b), Faggiano et al. (2010)

Programa	Sustancia	Población beneficiaria	Nivel	Modelo teórico	Metodología aplicación	Nº sesiones (nº sesiones refuerzo)	Perfil de aplicadores	Principales componentes	Publicaciones de su eficacia
¿Vivir el momento?	Alcohol, tabaco	Menores de 12-14 años	Universal	n.e.	n.e.	5	n.e.	Resolución de problemas, habilidades de resistencia, valores prosociales, ocio saludable, pensamiento crítico	-
Y tú, ¿qué piensas?	Alcohol, tabaco, otras	Adolescentes de 13-18 años	Universal	n.e.	Audiovisual, debate	n.e.	n.e.	Ocio y tiempo libre, análisis de la publicidad y moda, habilidades interpersonales	-
Y tú, ¿qué sientes?	Drogas en general (n.e.)	Adolescentes de 13-18 años	Universal	n.e.	Audiovisual, reflexión	n.e.	n.e.	Componente emocional	-
5 top secrets sobre el cannabis	Cannabis	Adolescentes de 15-18 años	Universal	Teoría de acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975)	Participativa	7	Profesorado/ educador/ monitor	Información sobre cannabis, consecuencias, efectos, mitos	-

Nota. ASE: Attitudes-Social influences-Self-efficacy; ESFA: European Smoking Prevention Framework Approach; IAMS: Instituto de Adicciones de Madrid Salud; IVAC: Investigación, Visión, Acción y Cambio; n.e.: no especificado; PASE.bcn: Prevenció de les Addiccions a Substancies a l'Escola; RyR2: Reasoning and Rehabilitation V2.

Programas preventivos con estudios de evaluación de eficacia

ALERTA ALCOHOL

Vargas-Martínez et al. (2019) señalan que el programa mostró una reducción estadísticamente significativa de *binge drinking* a los cuatro meses de seguimiento. Este efecto era mayor cuanto mayor era la adherencia al programa, es decir, cuando se recibía un mayor número de sesiones completadas. La intervención no mostró un aumento significativo de la calidad de vida relacionada con la salud; sin embargo, se demostró que quienes redujeron el número de ocasiones de *binge drinking* percibieron una mayor calidad de vida relacionada con la salud, al igual que quienes tuvieron una mayor adherencia al programa.

Construyendo Salud

Gómez-Fraguela et al. (2002) reportan que el programa logró un incremento menor del consumo de tabaco y alcohol en el Grupo Experimental (GI) en comparación con el Grupo Control (GC), manteniendo este efecto tras 15 meses. En el seguimiento a los 27 y 39 meses, esas diferencias parecían atenuarse y dejaron de ser significativas. El seguimiento a los tres años evidenció una reducción significativa en el nivel de consumo general de cannabis, tranquilizantes y anfetaminas. Sin embargo, Luna-Adame et al. (2013) informan que no se hallaron efectos preventivos sobre el consumo de tabaco, ni inmediatos ni tras un año, pero que podía ser eficaz para evitar la escalada en el nivel de consumo de tabaco.

EmPeCemos

Romero et al. (2017) reportan que la participación en el programa se asoció con actitudes más desfavorables hacia

las drogas y menor intención de consumo de tabaco y alcohol. También se observaron efectos significativos en la prevención del consumo de tabaco, con una frecuencia menor tanto a lo largo de la vida como en el último mes en GI. No hubo diferencias significativas en la frecuencia de consumo de alcohol ni de cannabis, pero sí en la cantidad de consumo de alcohol, con un menor número de consumiciones y de episodios de embriaguez en GI respecto a GC.

En Plenas Facultades

Barón-García et al. (2021) informan que los beneficiarios del programa experimentaron una mejora significativa de su grado de conocimiento sobre drogas y sexualidad al final de las sesiones. Sin embargo, no hay evidencia sobre los efectos en el comportamiento de consumo de drogas.

ITACA

Leiva et al. (2018) informan que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de tabaquismo regular o el inicio de tabaquismo en GI y GC. De modo que no existe evidencia de que el programa sea efectivo para prevenir el uso de tabaco en adolescentes.

Mantente REAL

Cutrín et al. (2021) señalan que en GI se observaron aumentos relativamente menores en el consumo de alcohol, en comparación con GC. Hubo una reducción estadísticamente significativa para el consumo excesivo de alcohol y los episodios de intoxicación, así como una disminución marginalmente significativa para la frecuencia y cantidad de alcohol. Por tanto, este programa mostró ser efectivo para frenar el aumento del consumo de alcohol al inicio de la adolescencia y prevenir el uso problemático.

PASE.bcn (ESFA)

Con el programa, el GI reportó una diferencia significativamente menor de fumar semanalmente, más actitudes contrarias al tabaco, así como puntuaciones significativamente más altas en autoeficacia social e intenciones negativas hacia el tabaco (de Vries et al., 2003). Los efectos significativos para las creencias sobre los beneficios de no fumar continuaron a los 24 y 30 meses de seguimiento, y para la autoeficacia social continuaron tras 30 meses (de Vries et al., 2006). A los 12, 24 y 36 meses, el número de nuevos fumadores regulares fue significativamente inferior en GI (Ariza et al., 2008); aunque, según otro estudio (de Vries et al., 2006), este efecto desaparece a largo plazo.

Programa de intervención psicosocial

Moral et al. (2009) reportan que el programa mostró una reducción significativa de la cantidad de alcohol ingerido semanalmente a los dos, siete y 12 meses de seguimiento. También mostró un fortalecimiento de actitudes contrarias al consumo de alcohol y una mayor resistencia a la presión grupal. Asimismo, en el seguimiento a los 12 meses, el fortalecimiento actitudinal se mantenía en el GI Familiar y el de Sensibilización básica, identificándose una mayor eficacia de los programas capacitadores y de entrenamiento en competencias en comparación con los que eran solamente informativos.

Programa de prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (IAMS)

Cabrera et al. (2022) reportan un descenso significativo en GI respecto a GC de la intención de consumo de alcohol y cannabis y de las actitudes positivas hacia el consumo, así como un aumento de la percepción de riesgo. Además, mostró una reducción significativa del consumo de alcohol durante el último mes y una reducción en la norma subjetiva. Sin embargo, respecto al cannabis, las diferencias en el consumo no fueron significativas y la intervención no parece producir cambios en la autoeficacia para resistir el consumo.

Programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo

García et al. (2005) señalan que en GI hubo un menor aumento en la experimentación con el tabaco, así como un menor porcentaje de fumadores diarios, en comparación con GC. Asimismo, se desarrollaron más actitudes negativas hacia el consumo de tabaco. El programa presentó efectos positivos a corto plazo en la modificación de actitudes y en el consumo, pero estos disminuían a medio plazo (ocho meses de seguimiento).

Programa preventivo en Cataluña

Valdivieso et al. (2015) informan que este programa redujo la prevalencia e incidencia del tabaquismo en un 25% y un 26%, respectivamente, pero sin hallarse significación estadística. Por tanto, no existe una evidencia clara de su eficacia.

Programa Saluda

El programa aumentó las habilidades sociales y de resolución de problemas, y redujo las intenciones de uso de sustancias a corto plazo (Espada et al., 2012; Hernández et al., 2013). A los 12 meses, hubo una reducción significativa del uso de alcohol (Espada et al., 2012). Hernández et al. (2013) reportaron que redujo el porcentaje de episodios de embriaguez, disminuyó la percepción normativa, incrementó el conocimiento sobre alcohol y drogas de síntesis, y hubo un mayor porcentaje de participantes que realizaban actividades de ocio saludable (lectura y otras actividades al aire libre).

Project EX

El programa ha mostrado tener efectos inmediatos reduciendo significativamente la intención de fumar, los niveles de CO exhalado y la dependencia a la nicotina (Espada et al., 2014, 2015b; González et al., 2015, 2016, 2018). Asimismo, provocaba efectos positivos marginales en los conocimientos sobre el tabaco (Espada et al., 2014) y en la motivación para dejar de fumar (Espada et al., 2015b). Estos factores influían en que los participantes del GI redujeran su consumo de tabaco en comparación con GC (Espada et al., 2015b; González et al., 2015, 2016, 2018) y que algunos (14,28%) dejaran de fumar (Espada et al., 2015b). Estos cambios se mantenían a los seis meses (Espada et al., 2015b) y al año (González et al., 2015, 2016, 2018), lo cual muestra la eficacia del programa para reducir el consumo de tabaco a largo plazo.

Reasoning and Rehabilitation V2 (RyR2)

Alarcó-Rosales et al. (2021) señalan que, a los seis meses, en comparación con GC, GI mostró una reducción significativa en el uso de tabaco diario, el consumo de alcohol (incluido cualquier episodio de embriaguez) y la frecuencia de consumo de cannabis. Estos efectos positivos se mantuvieron a los 12 meses de seguimiento, aunque los beneficios para el uso de tabaco diario y los episodios de embriaguez mostraron cierta reducción.

Sé Tú Mismo/a

Villanueva et al. (2021) hallaron que el programa Sé Tú Mismo/a fue eficaz para moderar el aumento del consumo de cannabis en los últimos 12 meses, de modo que el GI mostró menos probabilidades de uso que GC. Además, disminuyó la probabilidad de consumo en los últimos 30 días en GI con respecto a su consumo anterior, mientras que en GC el consumo aumentó. A pesar de que a los seis meses de seguimiento los efectos preventivos disminuyeron, GI seguía teniendo menos probabilidades de consumir cannabis que GC.

Sobre Canyes i Petes

Ariza et al. (2013) informan que en el seguimiento a los 15 meses se observó una reducción significativa del 29% en los

consumidores de cannabis del último mes en el GI. Estas reducciones fueron del 34% y 36% cuando se consideraron los subgrupos de “GI aceptable” o “GI calificado”, respectivamente. Es decir, una mayor fidelidad en la implementación del programa se asoció con una mayor reducción del consumo de cannabis.

Tú Decides

Calafat et al. (1995) señalan que se evidenció un enlentecimiento en la curva de crecimiento en los consumos de alcohol y tabaco en GI frente a GC, además de otros efectos positivos (propiciaba un posicionamiento activo contra la oferta de droga, mayor responsabilidad y disponibilidad en buscar ayuda para compañeros con problemas de drogas, y una mejor comunicación familiar). En el seguimiento a los dos años todavía se mantenían los efectos positivos, aunque aumentarían los bebedores moderados en GI. En GC, el aumento del consumo fue progresivo a lo largo de todo el estudio.

Unplugged

El programa reducía significativamente los comportamientos problemáticos relacionados con el alcohol y los episodios de embriaguez (Caria et al., 2011; Faggiano et al., 2008b). Aunque no mostrara una reducción general del consumo de alcohol, los no bebedores y bebedores ocasio-

nales del GI progresaban hacia un consumo frecuente con menos frecuencia que en GC (Caria et al., 2011). A los 18 meses, la reducción del riesgo de episodios de embriaguez seguía persistiendo (Faggiano et al., 2010).

Respecto al tabaco, la prevalencia de tabaco era menor en GI incluyendo actividades con los padres comparado con GC (Faggiano et al., 2007). Asimismo, se ha mostrado una reducción en el número de cigarrillos diarios (Faggiano et al., 2008b). Este efecto desapareció a los 18 meses (Faggiano et al., 2010), aunque la intervención era eficaz para prevenir que los no fumadores comenzaran a fumar en comparación con GC (Faggiano et al., 2008b, 2010).

En cuanto al cannabis, se demostró que la prevalencia de uso de cannabis era significativamente menor en GI que en GC (Faggiano et al., 2007), persistiendo este efecto a los 18 meses (Faggiano et al., 2010). No obstante, los efectos en el uso de cannabis tenían una significación estadística marginal (Faggiano et al., 2008b).

Comparación de las características de los programas preventivos evaluados y los no evaluados

En la Tabla 5 se presenta la comparación de las principales características definitorias de los programas preventivos evaluados frente a los no evaluados.

Tabla 5

Comparación de las características entre los programas preventivos evaluados y los no evaluados

	Programas con evaluación de su eficacia	Programas sin evaluación de su eficacia
Sustancias	Alcohol (72,22%), tabaco (66,67%), cannabis (44,44%), otras (16,67%), n.e. (5,56%)	Alcohol (73,33%), tabaco (63,33%), cannabis (36,67%), otras (36,67%), n.e. (13,33%)
Población beneficiaria	Adolescentes de 12-14 años	Adolescentes de 10-16 años, poblaciones de riesgo
Nivel	Universal (88,89%), selectiva (5,56%), indicada (5,56%)	Universal (80%), selectiva (10%), indicada (3,33%), varios (6,67%)
Modelo teórico	Modelos de influencia social comprensivos. n.e. (38,89%)	Modelos generales de educación para la salud o biopsicosociales. Algunos modelos de influencia social. n.e. (36,67%)
Metodología de aplicación	Interactiva (<i>role-playing</i> , gamificación, debates, discusiones grupales)	Audiovisual, comunitaria, online, participativa
Nº sesiones (nº sesiones de refuerzo)	8-12 (3-9 sesiones de refuerzo). n.e. (5,56%)	5-12 (no sesiones de refuerzo). n.e. (40%)
Perfil de aplicadores	Profesorado (61,11%), profesionales externos (38,89%), enfermeros escolares (5,56%), estudiantes (5,56%)	Profesorado (60%), profesionales externos (36,67%), voluntariado (3,33%), n.e. (20%)
Principales componentes	Información sobre drogas junto con entrenamiento de habilidades generales para la vida, habilidades sociales y personales, control emocional, alternativas de ocio saludable, resistencia a la presión social y publicitaria, y educación normativa	Solo componente emocional. Solo componente informativo. Solo alternativas de ocio saludable. Algunos incluyen entrenamiento de habilidades generales para la vida

Nota. n.e.: no especificado.

Discusión

En el presente trabajo se intentó dar respuesta a en qué medida los programas preventivos escolares aplicados en España muestran características en consonancia con los estándares de programas preventivos escolares eficaces y cuáles están evaluados.

En relación al primer objetivo, consistente en determinar las características de los programas preventivos escolares aplicados, se evidencia que la prevención universal es la más desarrollada en España, siendo minoritaria la prevención selectiva e indicada. Sin embargo, según Offord (2000), los programas de prevención selectiva e indicada tienen algunas ventajas frente a los programas de prevención universal, como la posibilidad de tratar los problemas más tempranamente y ser potencialmente más eficientes; además, se han documentado efectos hasta nueve veces mayores que con los programas de prevención universal (Bröning et al., 2012). Indistintamente del nivel de prevención y en consonancia con la Teoría de las etapas de Kandel (1980), se observa que el alcohol es la sustancia que más se aborda, seguida del tabaco y, posteriormente, el cannabis. Es decir, los programas preventivos escolares se centran en el consumo de drogas legales y, minoritariamente, en las ilegales.

Respecto a los rangos de edad de la población beneficiaria, se observa una variabilidad importante. Mientras que algunos programas informan de una horquilla de 2-3 años, lo que equivaldría a su aplicación en dos cursos escolares, otros programas presentan un rango superior, llegando a ser de hasta 13 años. Esto sugiere reflexionar sobre la adecuación de los programas y sus componentes a edades concretas, tal y como se señala en la evidencia científica y en los estándares de calidad (EMCDDA, 2011; Robertson et al., 2004). No parece adecuado la aplicación de un programa preventivo en rangos de edad amplios, ya que las necesidades relacionadas con los consumos de sustancias son distintas, tal como señalan diversas teorías y autores (i.e., Jessor y Jessor, 1977; Kandel, 1980; Simons et al., 1988). También es sabido que los factores de riesgo y protección varían con la edad (Salvador y de Silva, 2010; U.S. Department of Health and Human Services, 2016), por lo que la eficacia de los distintos componentes puede ser distinta cuando se trabajan en rangos de edad amplios, complicándose la evaluación real de su eficacia.

Respecto al modelo teórico que toman de referencia estos 48 programas, y que determinan los componentes incorporados, se observa una amplia variabilidad. Lo más destacable es que el 37,5% no informa del referente teórico. Este hecho supone una limitación en el cumplimiento de los estándares de calidad, ya que se ha señalado la importancia de partir de un modelo teórico para el diseño de los programas preventivos (Becoña, 2001). Como afirman Vadrucci et al. (2016), toda intervención de prevención debe basarse en teorías reconocidas, ya que toda hipótesis debe basarse en postulados teóricos.

Siguiendo con el modelo de referencia, existe una gran variabilidad, con programas más centrados en componentes de habilidades para la vida y de influencia social, mientras que otros están más centrados en componentes informativos, emocionales y de ocio saludable. A este respecto, UNODC (2018) y Villanueva (2017) indican que la evidencia señala que son los modelos de competencia e influencia social los más eficaces.

En relación a las metodologías de aplicación, aunque todos los programas producen cambios significativos en conocimientos sobre las drogas, los no interactivos no tienen efectos positivos ni sobre las actitudes ni en la conducta de consumo (Fernández et al., 2002). Mientras que, para los programas interactivos, son varios los estudios (Cuijpers, 2002b; Fernández et al., 2002; Porath-Waller et al., 2010; Roona et al., 2000; Tobler et al., 2000) que establecen su eficacia para: a) la reducción del uso de tabaco; b) la reducción del uso de alcohol; c) la reducción de la conducción vial bajo la influencia del alcohol; d) la reducción del uso de cannabis y del uso de otras drogas ilícitas; y e) el retraso en la edad de inicio al uso de las sustancias. Por tanto, los programas meramente informativos suelen ser menos eficaces que los basados en la teoría de aprendizaje social y con una metodología activa (Moral et al., 2005), es por ello que los estándares internacionales de prevención (UNODC, 2018) recomiendan adoptar métodos interactivos en los programas preventivos.

La intensidad de aplicación del programa o número de sesiones, incluyendo las de refuerzo, también es variable; así como las metodologías de aplicación y el perfil de los implementadores. En relación al número de sesiones, UNODC (2018) y Villanueva (2017) señalan un mínimo recomendable de 10 sesiones estructuradas, con sesiones de refuerzo. De hecho, se demostró que los programas que involucran un mayor número de sesiones tienen un impacto positivo en el consumo de drogas tanto lícitas como ilícitas (Soole et al., 2008). No obstante, que un programa tenga un mayor número de sesiones o cuente con sesiones de recuerdo no significa que necesariamente vaya a ser más eficaz, pues la eficacia depende en gran medida de la orientación del programa y la metodología utilizada. Por su parte, dado que es habitual la desaparición con el transcurso del tiempo de los efectos positivos logrados a corto plazo por las intervenciones preventivas, se recomienda la posterior realización de sesiones de refuerzo o de afianzamiento (Fernández et al., 2002; McGrath et al., 2006; Ramos et al., 2010; Robertson et al., 2004).

Respecto al perfil de los implementadores, la evidencia empírica no parece tener una respuesta clara. Gázquez et al. (2011) no encontraron diferencias significativas en la reducción del consumo de tabaco cuando la intervención preventiva era realizada por docentes en comparación con psicólogos. Por otro lado, Moral et al. (2005) y Espada et al. (2002) encontraron una mayor eficacia cuando los pro-

gramas eran realizados por personas expertas. Asimismo, el alumnado que ha sido entrenado para la prevención del consumo de drogas también ha sido descrito como una buena opción (Klepp et al., 1986). Diversos autores (Espada et al., 2015a; Fernández et al., 2002; Villanueva, 2017) señalan que lo recomendable es que estén implementados por profesionales y profesorado conjuntamente, con la participación de iguales. Lo que recomiendan los estándares internacionales (UNODC, 2018) es que los programas preventivos deberían llevarse a cabo por una persona capacitada en el campo de la prevención de drogodependencias.

En definitiva, el análisis de las características de los programas preventivos escolares que se están aplicando en España permite establecer la existencia de una amplia heterogeneidad que, en muchos casos, no se corresponde con los estándares de programas preventivos escolares eficaces.

Este hallazgo nos lleva a los otros dos objetivos planteados en el estudio, referidos a qué programas preventivos han sido evaluados y cuál es su eficacia, y si estos presentan características en consonancia con la evidencia sobre programas preventivos eficaces, en contraposición a aquellos programas que no incluyen evaluación.

De los 48 programas preventivos escolares analizados, solo 18 (37,5%) cuentan con publicaciones en revistas científicas en las que se evalúan sus resultados. Los programas que cuentan con evaluaciones de su eficacia son: Project EX, Unplugged, PASE.bcn, Construyendo Salud, Programa Saluda, ALERTA ALCOHOL, En Plenas Facultades, EmPeCemos, ITACA, Mantente REAL, Programa de intervención psicosocial, Programa de prevención del IAMS, Programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo, Programa preventivo en Cataluña, RyR2, Sé Tú Mismo/a, Sobre Canyes i Petes, y Tú Decides.

De estos programas que han evaluado su eficacia, los que han mostrado ser más eficaces presentan las siguientes características: a) muestran coherencia entre la edad de la población beneficiaria y los componentes que incorporan, ajustándose al rango 12-14 años, en el que la mayor prevalencia de consumo es para el alcohol, el tabaco y el cannabis, siendo estas las sustancias abordadas; b) están basados en modelos de influencia social comprensivos; c) contemplan entre 7-16 sesiones y cuentan con sesiones de refuerzo; d) incorporan componentes de conocimientos e información, habilidades sociales y personales (toma de decisiones, empatía, comunicación efectiva, control de emociones y estrés, asertividad, autoestima, motivación, resolución de problemas), ocio saludable, resistencia a la presión social y publicitaria, pensamiento crítico, entrenamiento de habilidades generales para la vida y educación normativa; y e) se aplican mediante metodologías interactivas, incluyendo actividades como *role-playing* y gamificación. Es decir, las características de estos programas están en consonancia con los estándares internacionales y la evidencia científica previa sobre programas preventivos escolares eficaces.

En definitiva, aunque son varias las consideraciones a tener en cuenta en la elección de un programa preventivo para ser implementado en una escuela, en base a los hallazgos del presente estudio los dos programas que han mostrado tener una mayor eficacia son Project EX y Unplugged. La eficacia de estos está sustentada por varios estudios, siendo consistente y por tanto la mejor elección para ser aplicados en el contexto escolar. Asimismo, Unplugged cuenta con la ventaja de que aborda tanto el consumo de alcohol, como el de tabaco y cannabis; mientras que Project EX aborda exclusivamente el uso de tabaco.

Por el contrario, los programas preventivos sin evaluación de su eficacia, o con una evaluación de eficacia limitada al componente informativo, pero no referida al cambio comportamental del consumo de sustancias, muestran unas características que distan de estar en consonancia con la evidencia sobre prevención escolar eficaz. En relación a la edad, contemplan un rango amplio, lo que supone un desajuste entre edad y componentes abordados; ya que estos programas no contemplan sesiones escalonadas por edades, sino que desarrollan el mismo programa a distintas edades. Se basan mayormente en modelos generales de educación para la salud o biopsicosociales, incorporando solo ocasionalmente aspectos de los modelos de influencia social. El número de sesiones a implementar suele ser inferior a las 10 recomendadas y generalmente no se contemplan sesiones de refuerzo. En este sentido, también es destacable que 4 de cada 10 diez programas no informan del número de sesiones, lo que es indicativo de una falta de protocolización y planificación. Los componentes incorporados son mayormente de tipo informativo, emocional o alternativas de ocio saludable, lo que contrasta con la evidencia científica; ya que establece que estos componentes son los que ofrecen menor nivel de eficacia o, incluso, pueden ser iatrogénicos si la información aportada no se ajusta a la edad (Becoña, 2001; Moral et al., 2004). Respecto a la metodología de aplicación, se señala que suele ser audiovisual, comunitaria, *online* o participativa, lo cual no permite establecer claramente el nivel de interacción, que es lo que se ha determinado como más eficaz.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, en la mayoría de casos, la evaluación del consumo de drogas se ha realizado mediante cuestionarios autocumplimentados, por lo que pueden presentar sesgos de memoria o de deseabilidad social; no obstante, hay algunos artículos que controlaron este último sesgo con la técnica de *bogus pipeline* (Luna-Adame et al., 2013). En segundo lugar, algunos estudios contaron con una muestra muy reducida (Alarcó-Rosales et al., 2021; Hernández et al., 2013; Romero et al., 2017), por lo que puede no ser representativa de la población objetivo y los resultados son difícilmente generalizables. En tercer lugar, cabe destacar el sesgo de deserción en los estudios longitudinales que se alargaron en el tiempo, debido al abandono de participantes.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio señalan claramente que en España conviven dos modelos de prevención escolar de las drogodependencias. Por una parte, un modelo fundamentado en el diseño de los programas atendiendo a los principios y estándares de la prevención eficaz, que además han realizado esfuerzos por demostrar su eficacia a través de estudios científicos. Y, por otro lado, un modelo que podemos calificar de “pseudo-prevención” (Medina-Martínez y Villanueva-Blasco, 2023), entendiendo que la prevención en adicciones es una ciencia y que, consecuentemente, tanto su diseño como praxis deben estar fundamentados en la evidencia científica y la demostración de que realmente ofrece resultados preventivos.

En este sentido, los hallazgos del presente estudio convergen con la prioridad del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 (DGPNSD, 2022), que establece el interés en mejorar la disponibilidad y eficacia de los programas de prevención basados en datos empíricamente contrastados, así como con el proceso de acreditación de programas a través del Portal BBPP Adicciones (DGPNSD, s.f.). Socidrogalcohol (s.f.) fue pionero en España a través de la página Prevención Basada en la Evidencia, que establecía categorías a los programas en función de si estos habían sido evaluados correctamente y si mostraban resultados positivos. Estas iniciativas orientan el camino a seguir para una mayor concienciación de la praxis de la prevención desde el marco de la evidencia científica y las buenas prácticas. Otras iniciativas complementarias pueden ser limitar la financiación pública únicamente a la aplicación de aquellos programas cuya eficacia haya sido demostrada, y a aquellos cuyo diseño se alinea con los principios de la prevención eficaz y asumen el compromiso de realizar una evaluación de su eficacia. Asimismo, es sabido que no es suficiente con disponer de programas preventivos eficaces si luego su aplicación no se realiza de manera rigurosa o, si son precisos ajustes, que estos sean informados a través de una evaluación de proceso. Por tanto, es evidente la necesidad de profesionalización de la prevención a través de la acreditación de profesionales bajo criterios estandarizados, o la exigencia de titulaciones universitarias capacitantes para el desempeño profesional.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd; grant RD21/0009/0015).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño del estudio; en la recopilación, análisis o interpretación de datos; en la redacción del manuscrito, o en la decisión de publicar los resultados.

Referencias

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En *Action control* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg.
- Alarcó-Rosales, R., Sánchez-SanSegundo, M., Ferrer-Cascales, R., Albaladejo-Blazquez, N., Lordan, O. y Zaragoza-Martí, A. (2021). Effects of a school-based intervention for preventing substance use among adolescents at risk of academic failure: A pilot study of the Reasoning and Rehabilitation V2 program. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(11), 1488. <https://doi.org/10.3390/healthcare9111488>
- Albee, G. W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M. Gibbs, J. Lachenmayer y J. Sigal (Eds.), *Community psychology: Theoretical and empirical approaches* (pp. 117-139). Gardner Press.
- Álvarez, V. (1987). *Metodología de la orientación educativa* [Methodology of educational guidance]. Alfar.
- Ariza, C., Nebot, M., Tomás, Z., Giménez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V. y de Vries, H. (2008). Longitudinal effects of the European smoking prevention framework approach (ESFA) project in Spanish adolescents. *European Journal of Public Health*, 18(5), 491-497. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn050>
- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I., Suelves, J. M., De La Torre, R. y Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.012>
- Bandura, A. (1977a). *Social learning theory*. General Learning Press.
- Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://educational-innovation.sydney.edu.au/news/pdfs/Bandura%201977.pdf>
- Barón-García, T., Gómez, S., Amatller, O., Bosque-Prous, M. y Espelt, A. (2021). Evaluación del programa de prevención universal de consumo de sustancias y prácticas sexuales de riesgo en población universitaria “En plenas facultades”: Estudio cuasiexperimental [Evaluation of the universal prevention program for substance use and risky sexual practices in the university population “In full faculties”: A quasi-experimental study]. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202106082. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202106082.pdf
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas* [Theoretical bases that support drug prevention programs]. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/bases.pdf>

- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.-M., Schanig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. y Thomasius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance-affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7(23). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-23>
- Cabrera, V., Ordoñez, A., González, I., Civantos, V., Moriano, J. A. y Lloret, D. (2022). Evaluación de la eficacia de un programa de prevención escolar del consumo de alcohol y cannabis entre adolescentes [Evaluation of the effectiveness of a school prevention program for alcohol and cannabis use among adolescents]. *Revista Española de Salud Pública*, 96, e202201004. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/ORIGINALES/RS96C_202201004.pdf
- Calafat, A., Amengual, M., Farres, C. y Palmer, A. (1985). Life-style and drug use habits among secondary school students. *Bulletin on Narcotics*, 37(2-3), 113-123. <https://europepmc.org/article/MED/4074998>
- Calafat, A., Amengual, M., Guimerans, C., Rodríguez-Martos, A. y Ruiz, R. (1995). “Tú decides”: 10 años de un programa de prevención escolar [“You decide”: 10 years of a school prevention program]. *Adicciones*, 7(4), 509-526. http://www.irefrea.eu/uploads/PDF/Calafat%20et%20al_1995_Tu%20Decides_10%20a%C3%B1os.pdf
- Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R. y Galanti, M. R. (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents’ patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 182-188. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.003>
- Cuijpers, P. (2002a). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27(6), 1009-1023. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00295-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00295-2)
- Cuijpers, P. (2002b). Peer-led and adult-led school drug prevention: A meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32(2), 107-119. <https://doi.org/10.2190/LPN9-KBDC-HPVB-JPTM>
- Cutrín, O., Kulis, S., Maneiro, L., MacFadden, I., Navas, M. P., Alarcón, D., Gómez-Fraguela, J. A., Villalba, C. y Marsiglia, F. F. (2021). Effectiveness of the Mantente REAL program for preventing alcohol use in Spanish adolescents. *Psychosocial Intervention*, 30(3), 113-122. <https://doi.org/10.5093/pi2020a19>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD. (s.f.). *Portal de buenas prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones* [Portal of good practices in reducing the demand for drugs and other addictions]. <http://www.buenaspracticasadicciones.es/>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD. (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024* [National strategy on addictions 2017-2024]. DGPNSD. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N. ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD. (2022). *Plan de acción sobre adicciones 2021-24* [Addiction action plan 2021-24]. DGPNSD. https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf
- Deogan, C., Zarabi, N., Stenström, N., Högberg, P., Skärstrand, E., Manrique-García, E., Neovius, K. y Månsdotter, A. (2015). Cost-effectiveness of school-based prevention of cannabis use. *Applied Health Economics Health Policy*, 13(5), 525-542. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0175-4>
- Espada, J. P., González, M. T., Guillén-Riquelme, A., Sun, P. y Sussman, S. (2014). Immediate effects of Project EX in Spain: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *Journal of Drug Education*, 44(1), 3-18. <https://doi.org/10.1177/0047237915573523>
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D. y Guillén-Riquelme, A. (2015a). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*, 27(1), 5-12. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.106>
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Guillén-Riquelme, A., Soto, D. y Sussman, S. (2015b). Pilot clinic study of Project EX for smoking cessation with Spanish adolescents. *Addictive Behaviors*, 45, 226-231. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.02.009>
- Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M. y García-Fernández, J. M. (2012). Component analysis of a school-based substance use prevention program in Spain: Contributions of problem solving and social skills training content. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 13(1), 86-95. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0249-y>
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K., Orgilés, M. y Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España [Success or failure of drug abuse prevention in the school context? A meta-analysis of programs in Spain]. *Psicología Conductual*, 10(3), 581-602. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Espada_10-3oa.pdf
- Espada, J. P., Méndez, F. X. y Hidalgo, M. D. (2003). Cuestionario de consumo [Consumption questionnaire]. En J. P. Espada y F. X. Méndez (Eds.), *Programa Saluda: Prevención del abuso de alcohol y del consumo de drogas de síntesis* [Saluda Program: Prevention of alcohol abuse and synthetic drug use] (pp. 167-168). Pirámide.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. (s.f.). *Xchange prevention registry*. <https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals, EMCDDA manuals 7*. Publications Office of the European Union. www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Fabiani, L., Panella, M., Perez, T., Siliquini, R., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G. y the EU-Dap Study Group. (2008b). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47(5), 537-543. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.06.018>
- Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M. R. y EU-Dap Study Group. (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-dap design and study population. *Preventive Medicine*, 44(2), 170-173. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.09.010>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., Galanti, M. R. y the EU-Dap Study Group. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018>
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma, P. (2008a). School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Preventive Medicine*, 46(5), 385-396. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.11.012>
- Fernández, S., Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? [Evaluation of the effectiveness of school programs for the prevention of tobacco, alcohol and cannabis use: What do the meta-analyses tell us?]. *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 175-187. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300002&lng=es&tyng=es
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Flay, B. R. (1999). Understanding environmental, situational and intrapersonal risk and protective factors for youth tobacco use: The Theory of Triadic Influence. *Nicotine y Tobacco Research*, 1(2), S111-S114. <https://doi.org/10.1080/14622299050011911>
- García, P., Fernández, A., Sánchez, J. M., Carrillo, A., Alcaraz, J. y Abad, E. (2005). Ensayo controlado aleatorizado de un programa de promoción de la salud para la prevención del tabaquismo en un grupo de escolares [Randomized controlled trial of a health promotion program for the prevention of smoking in a group of schoolchildren]. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(1), 4-13. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)74711-0](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)74711-0)
- Gázquez, M., García del Castillo, J. A. y Espada, J. P. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de prevención escolar sobre el consumo de tabaco, según el tipo de aplicador [Differential efficacy of two school prevention programs on tobacco consumption, according to the type of applicator]. *Psicothema*, 23(4), 537-543. <http://www.psicothema.es/pdf/3919.pdf>
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo, Á. y Romero, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: Cuatro años de seguimiento de un programa [Prevention of drug use at school: Four years of follow-up of a program]. *Psicothema*, 14(4), 685-692. <https://www.psicothema.com/pdf/785.pdf>
- González, M. T., Espada, J. P., Orgilés, M., Soto, D. y Sussman, S. (2015). One-year effects of Project EX in Spain: A classroom-based smoking prevention and cessation intervention program. *PLoS One*, 10(6), e0130595. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130595>
- González, M. T., Espada, J. P., Orgilés, M., Morales, A. y Sussman, S. (2016). Nicotine dependence as a mediator of Project EX's effects to reduce tobacco use in scholars. *Frontiers in Psychology*, 7, 1207. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01207>
- González, M. T., Morales, A., Orgilés, M., Sussman, S. y Espada, J. P. (2018). Role of smoking intention in tobacco use reduction: A mediation analysis of an effective classroom-based prevention/cessation intervention for adolescents. *Addictive Behaviors*, 84, 186-192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.04.013>
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J. A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders* (pp. 20-26). Department of Health and Human Services.
- Gunnell, K., Poitras, V. J. y Tod, D. (2020). Questions and answers about conducting systematic reviews in sport and exercise psychology. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 13(1), 297-318. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2019.1695141>
- Haddaway, N. R. y McGuinness, L. (2020). *PRISMA2020: R package and ShinyApp for producing PRISMA 2020 compliant flow diagrams*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.4287835>
- Hansen, W. B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7(3), 403-430. <https://doi.org/10.1093/her/7.3.403>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>

- Hernández, O., Espada, J. P., Piqueras, J. A., Orgilés, M. y García, J. M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas Saluda: Evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles [Saluda drug use prevention program: Evaluation of a new version in Spanish adolescents]. *Health and Addictions / Salud Y Drogas*, 13(2), 135-144. <https://doi.org/10.21134/haaj.v13i2.210>
- Hirschi, T. y Gottfredson, M. R. (1988). Towards a general theory of crime. En W. Buikhuisen y S. A. Mednick (Eds.), *Explaining criminal behaviour. Interdisciplinary approaches* (pp. 88-97). Brill.
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M.-P., Griffiths, F., Nicolau, B., O’Cathain, A., Rousseau, M.-C. y Vedel, I. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Version 2018*. McGill University. http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf
- Jessor, R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth*. Academic Press.
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. *NIDA Research Monograph*, 30, 120-127.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 29(2), 345-377.
- Kaplan, H. B., Johnson, R. J. y Bailey, C. A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49(2), 110-128. <https://doi.org/10.2307/2786723>
- Klepp, K. I., Halper, A. y Perry, C. L. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56(9), 407-411. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1986.tb05783.x>
- Lassi, Z. S., Salam, R. A., Das, J. K., Wazny, M. K. y Bhutta, Z. A. (2015). An unfinished agenda on adolescent health: Opportunities for interventions. *Seminars in Perinatology*, 39(5), 353-360. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.06.005>
- Leiva, A., Estela, A., Bannasar-Veny, M., Aguiló, A., Llobera, J. y Yañez, A. M. (2018). Effectiveness of a complex intervention on smoking in adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 114, 88-94. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.06.009>
- Luna-Adame, M., Carrasco-Giménez, T. J. y Rueda-García M. M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the ‘Life Skills Training’ approach. *Health Education Research*, 28(4), 673-682. <https://doi.org/10.1093/her/cyt061>
- Mansilla, F. y Vega, P. (1999). Hipótesis de la susceptibilidad en drogodependencia: Reflexiones para un modelo etiológico [Hypothesis of susceptibility in drug dependence: reflections for an etiological model]. *Revista Española de Drogodependencias*, 24(1), 17-30. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v24n1_2.pdf
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. y Bellis, M. (2006). Drug use prevention among young people: A review of reviews. Evidence briefing update. *National Institute for Health and clinical excellence*. <http://www.cph.org.uk/showPublication.aspx?pubid=216>
- Medina-Martínez, J. y Villanueva-Blasco, V.J. (2023). Prevention versus pseudo-prevention: A systematic review of school drug prevention and its indexing in best practice portals. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01122-x>
- Moral, M. V., Ovejero, A., Sirvent, C. y Rodríguez, F. J. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas [Prevention and psychosocial intervention on the young psychoactive substances consumption: Comparison of four programs preventive efficacy]. *Psychosocial Intervention*, 14(2), 189-208. <http://www.copmadrid.org/web-copm/publicaciones/social/99051.pdf>
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J., Ovejero, A. y Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial [Attitudinal changes and reduction of alcohol consumption in adolescents from a psychosocial intervention program]. *Adicciones*, 21(3), 207-219. <https://doi.org/10.20882/adicciones.231>
- Moral, M. V., Sirvent, C., Ovejero, A. y Rodríguez, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas [Comparison of the preventive efficacy of psychosocial intervention programs on attitudes towards youth consumption of psychoactive substances]. *Trastornos Adictivos*, 6(4), 248-261. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13069836>
- Offord, D. R. (2000). Selection of levels of prevention. *Addictive Behaviors*, 25(6), 833-842. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(00\)00132-5](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(00)00132-5)
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pereira, A. P. D. y Sanchez, Z. M. (2018). Drug use prevention: Factors associated with program implementation in Brazilian urban schools. *BMC Public Health*, 18, 334. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5242-y>
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. Norton.
- Porath-Waller, A. J., Beasley, E. y Beirness, D. J. (2010). A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education y Behavior*, 37(5), 709-723. <https://doi.org/10.1177/1090198110361315>

- Ramos, P., Oliva, A., Moreno, C., Lorence, B., Jiménez, A. M., Jiménez, L., Hidalgo, M. V. y Antolín, L. (2010). *Los programas escolares para la prevención del consumo de sustancias. Análisis de las claves que determinan su eficacia* [School programs for the prevention of substance use. Analysis of the keys that determine its effectiveness]. Universidad de Sevilla, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. https://personal.us.es/oliva/Libro_drogas.pdf
- Roona, M., Streke, A., Ochshorn, P., Marshall, D. y Palmer, A. (2000). Identifying effective school-based substance abuse prevention interventions. En *Background Paper for Prevention 2000 Summit*. Social Capital Development Corporation.
- Robertson, E., David, S. y Rao, S. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad* [How to prevent drug use in children and adolescents. A science-based guide for parents, educators, and community leaders]. NIDA. https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf
- Romero, E., Rodríguez, C., Villar, P. y Gómez-Fraguela, X. A. (2017). Intervención sobre problemas de conducta tempranos como prevención indicada del consumo de drogas: Siete años de seguimiento [Intervention for early conduct problems as an indicated prevention of drug use: Seven years of follow-up]. *Adicciones*, 29(3), 150-162. <https://doi.org/10.20882/adicciones.722>
- Salvador, T. y de Silva, A. (2010). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la comunidad autónoma de la Región de Murcia* [Guide to good practices and quality in the prevention of drug addiction in the autonomous community of the Region of Murcia]. Plan Regional sobre Drogas. http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_Buenaspracticasprevencion_Murcia.pdf
- Simons, R. L., Conger, R. D. y Whitbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18(3), 293-315. <https://doi.org/10.1177/002204268801800301>
- Skara, S. y Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37(5), 451-474. [https://doi.org/10.1016/s0091-7435\(03\)00166-x](https://doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00166-x)
- Socidrogalcohol. (s.f.). *Prevención basada en la evidencia. Intervenciones evaluadas* [Evidence-based prevention. Interventions evaluated]. <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=intervenciones-evaluadas>
- Soole, D. W., Mazerolle, L. y Rombouts, S. (2008). School-based drug prevention programs: A review of what works. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 41(2), 259-286. <https://doi.org/10.1375/acri.41.2.259>
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W. y Newcomb, M. D. (2004). The motivation, skills, and decision-making model of “drug abuse” prevention. *Substance Use & Misuse*, 39(10-12), 1971-2016. <https://doi.org/10.1081/ja-200034769>
- Thomas, R., McLellan, J. y Perera, R. (2013). Programas escolares para la prevención del hábito de fumar [School programs for the prevention of smoking]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3>
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16(4), 537-567. <https://doi.org/10.1177/002204268601600405>
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336. <https://doi.org/10.1023/A:1021314704811>
- Tobler, N. S. y Stratton, H. H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18(1), 71-128. <https://doi.org/10.1023/A:1024630205999>
- United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. (2018). *International Standard on Drug Use Prevention. Second updated edition*. UNODC. https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services, HHS. (2016). Prevention programs and policies. En *Facing Addiction in America: The Surgeon General's Report on Alcohol, Drugs, and Health*. HHS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424850/>
- Vadrucci, S., Vigna-Taglianti, F. D., van der Kreeft, P., Vassara, M., Scatigna, M., Faggiano, F., Burkhart, G. y EU-Dap Study Group. (2016). The theoretical model of the school-based prevention programme Unplugged. *Global Health Promotion*, 23(4), 49-58. <https://doi.org/10.1177/1757975915579800>
- Valdivieso, E., Rey-Reñones, C., Rodríguez-Blanco, T., Ferre, C., Arija, V., Barrera, M. L., Granado-Font, E., Flores-Mateo, G. y the TAB_ES Study Group. (2015). Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: A cluster-randomized controlled trial in Spain. *Addiction*, 110(5), 852-860. <https://doi.org/10.1111/add.12833>
- Vargas-Martínez, A. M., Trapero-Bertran, M., Lima-Serrano, M., Anokye, N., Pokhrel, S. y Mora, T. (2019). Measuring the effects on quality of life and alcohol consumption of a program to reduce binge drinking in Spanish adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 205, 107597. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107597>
- Villanueva, V. J. (2017). Diseño y evaluación de la eficacia de un programa de habilidades para la vida en la prevención del consumo de sustancias en adolescentes [Tesis doctoral] [Design and evaluation of the effectiveness

- of a life skills program in the prevention of substance use in adolescents [Doctoral thesis]]. Universidad de Santiago de Compostela.
- Villanueva, V.J., Puig-Perez, S. y Becoña, E. (2021). Efficacy of the “Sé tú Mismo” (Be Yourself) program in prevention of cannabis use in adolescents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 1214-1226. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00219-6>
- de Vries, H. (2017). An integrated approach for understanding health behavior; The I-change model as an example. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 2(2), 1-6. <https://doi.org/10.19080/PBSIJ.2017.02.555585>
- de Vries, H., Backvler, E., Kok, G. y Dijkstra, M. (1995). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(3), 237-257. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb01593.x>
- de Vries, H., Dijk, F., Wetzels, J., Mudde, A., Kremers, S., Ariza, C., Duarte, P., Fielder, A., Holm, K., Janssen, K., Lehtovuori, R. y Candel, M. (2006). The European smoking prevention framework approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Education Research*, 21(1), 116-132. <https://doi.org/10.1093/her/cyh048>
- de Vries, H., Mudde, A., Kremers, S., Wetzels, J., Uiters, E., Ariza, C., Duarte, P., Fielder, A., Holm, K., Janssen, K., Lehtovuori, R. y Candel, M. (2003). The European smoking prevention framework approach (ESFA): Short-term effects. *Health Education Research*, 18(6), 649-663. <https://doi.org/10.1093/her/cyg033>
- Vygotsky, L. (1962). *Thought and language*. MIT Press. <https://doi.org/10.1037/11193-000>
- Winters, K. C., Fawkes, T., Fahnhorst, T., Botzet, A. y August, G. (2007). A synthesis review of exemplary drug abuse prevention programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(4), 371-380. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.10.002>
- World Health Organization, WHO. (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63552>
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Erlbaum.

