



Facultade de Psicoloxía

Trabaja Fin de Máster

**Modalidad 1: revisión sistemática
con propuesta aplicada**

Autor/a del TFM

**Eficacia de los programas
de prevención universal de
consumo de sustancias en la
adolescencia**

Marina Alonso García-Cabezón

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Año 2024-2025

Trabaja Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicoloxía de la Universidade de Santiago de Compostela
para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	4
Resumo.....	5
Abstract.....	6
Introducción	7
1 Prevalencia de consumo de sustancias en la adolescencia.....	7
2 Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias	10
3 Aproximaciones a la prevención del consumo de sustancias	11
4 Objetivos del presente trabajo.....	15
Método	16
Resultados.....	18
1 Programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol	18
2 Programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol y de otras sustancias	19
3 Programas dirigidos a prevenir el consumo de otras sustancias	27
Discusión	34
1 Limitaciones e implicaciones para el futuro	39
Propuesta Aplicada.....	41

1	Justificación de la propuesta de intervención	41
2	Objetivos del programa.....	42
3	Descripción del programa	42
4	Procedimiento	43
5	Sesiones.....	43
6	Evaluación de los resultados del programa.....	54
	Conclusiones	55
	Referencias Bibliográficas.....	57
	Índice de Tablas	63
	Índice de Figuras.....	64
	Apéndice A: Listado de Acrónimos.....	65
	Apéndice B: Materiales para las sesiones	67

Resumen

El consumo de sustancias es un problema de salud pública. El consumo se inicia en la adolescencia, por lo que en este período resulta fundamental la prevención. El objetivo del presente trabajo fue hacer una revisión sistemática de la eficacia de los programas de prevención universal basados en la escuela desde el año 2010. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos PsycInfo, Scopus y Web of Science, donde se seleccionaron 14 artículos. Pese a la gran variedad de resultados, en general, estos mostraron la eficacia de este tipo de programas en cuanto a prevenir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, siendo la prevención del consumo de alcohol la que acumula mayor evidencia. La mayoría de los programas incluyeron el entrenamiento de habilidades de resistencia social y de desarrollo de competencias, y educación normativa. En base a la evidencia analizada, se elaboró una propuesta de prevención universal basada en la escuela del consumo de sustancias y dirigida a adolescentes de 12-14 años, combinando componentes de información, educación normativa y entrenamiento de diversas habilidades. Se concluye que la prevención universal del consumo de sustancias en la adolescencia parece ser eficaz y útil.

Palabras clave:

Consumo de sustancias, prevención universal, adolescencia, basado en la escuela, eficacia.

Resumo

O consumo de substancias é un problema de saúde pública. O consumo iníciase na adolescencia, polo que neste período resulta fundamental a prevención. O obxectivo do presente traballo foi facer unha revisión sistemática da eficacia dos programas de prevención universal baseados na escola dende o ano 2010. Para iso, realizouse unha revisión bibliográfica nas bases de datos PsycInfo, Scopus e Web of Science, onde seleccionáronse 14 artigos. Pese á gran variedade de resultados, en xeral, estes mostraron a eficacia deste tipo de programas en canto a previr o consumo de alcol, tabaco e drogas ilegais, sendo a prevención do consumo de alcol a que acumula maior evidencia. A maioría dos programas incluíron o adestramento de habilidades de resistencia social e de desenvolvemento de competencias, e educación normativa. En base á evidencia analizada, elaborouse unha proposta de prevención universal baseada na escola do consumo de substancias e dirixida a adolescentes de 12-14 anos, combinando compoñentes de información, educación normativa e adestramento de diversas habilidades. Conclúese que a prevención universal do consumo de substancias na adolescencia semella ser eficaz e útil.

Palabras chave:

Consumo de substancias, prevención universal, adolescencia, baseado na escola, eficacia.

Abstract

Drug use is a public health problem. Drug use begins in adolescence, which is why prevention is essential during this period. The aim of the current study was to conduct a systematic review of the efficacy of universal school-based prevention programmes since 2010. For this purpose, a literature review was carried out using the PsycInfo, Scopus, and Web of Science databases, resulting in the selection of 14 articles. Despite the wide range of results, overall, the findings support the efficacy of such programmes in preventing alcohol, tobacco, and illicit drugs use, with the strongest evidence found for alcohol prevention. The majority of the programmes included training in social resistance and competence development skills, and normative education. Based on the analysed evidence, a universal school-based drug use prevention proposal targeting adolescents aged 12-14 was developed, combining elements of information, normative education, and skills training. It is concluded that universal drug use prevention during adolescence seems to be both effective and useful.

Keywords:

Substance use, universal prevention, adolescence, school-based, efficacy.

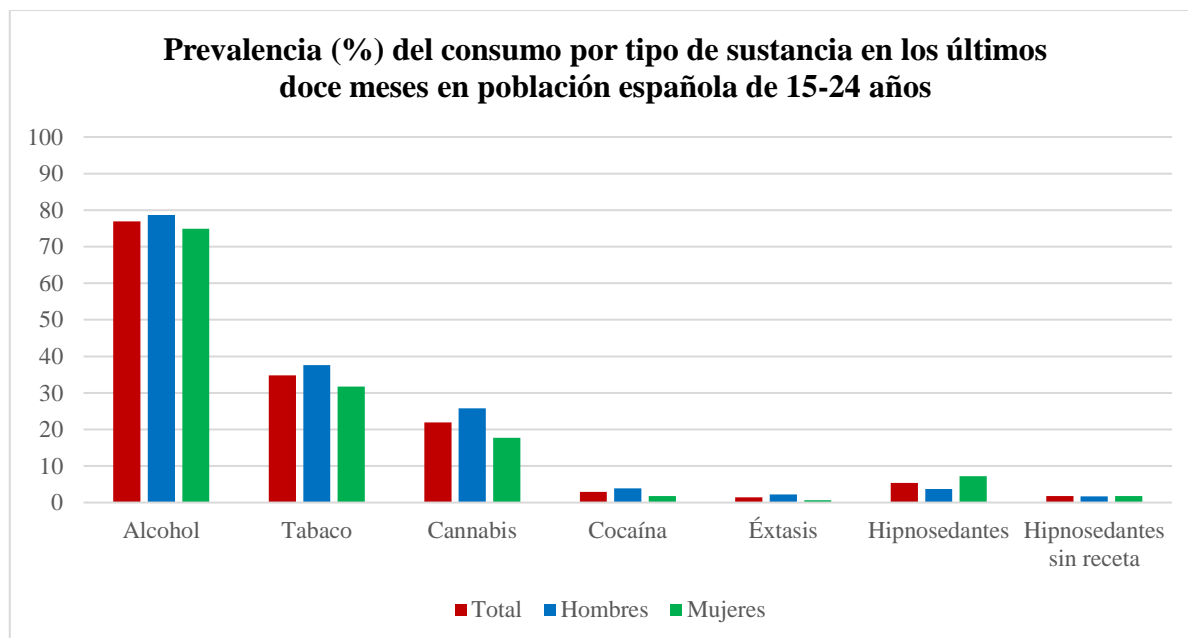
Introducción

1 Prevalencia de consumo de sustancias en la adolescencia

El consumo de sustancias es un grave problema de salud pública relevante en la actualidad. Según el informe EDADES llevado a cabo en el año 2024 por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) en una muestra de población de entre 15-24 años, el 42,5% de los hombres y el 42% de las mujeres consumieron una droga en los últimos doce meses (legal o ilegal). Además, el 18,5% de los hombres y el 19,9% de las mujeres informaron de haber consumido dos drogas, y el 15,5% de los hombres y el 12,8% de las mujeres, tres drogas. Tan sólo el 18,2% de los hombres y el 22,2% de las mujeres refirieron no haber consumido ninguna sustancia psicoactiva en los últimos doce meses. Examinando el consumo según el tipo de sustancia, como se observa en la Figura 1, el alcohol es la más prevalente (76,9%), seguida del tabaco (34,8%) y del cannabis (21,9%). Asimismo, existen diferencias de género para todas las sustancias, siendo la prevalencia mayor en hombres que en mujeres, a excepción de los hipnosedantes, cuya prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.

Figura 1

Prevalencia (%) del consumo por tipo de sustancia en los últimos doce meses en población española de 15-24 años

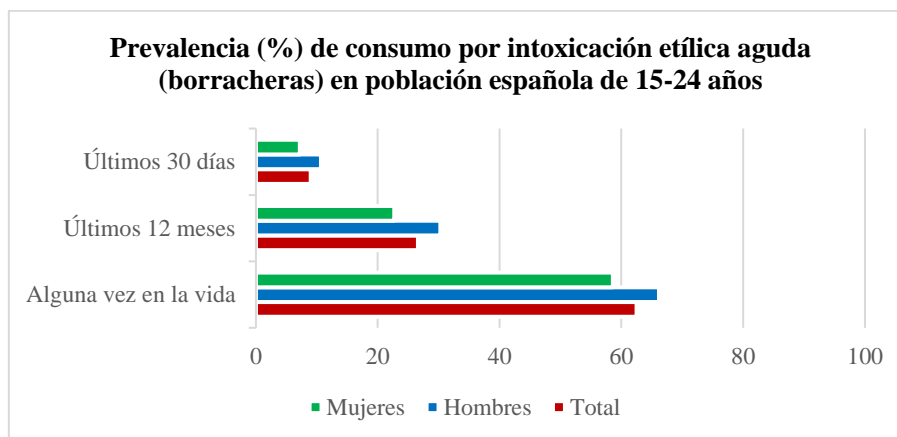


Nota. Elaboración propia a partir de los resultados del EDADES (2024)

Profundizando en mayor detalle en el uso de alcohol, el EDADES (OEDA, 2024) analiza los distintos patrones de consumo. La prevalencia vital de consumo por intoxicación etílica aguda, o más comúnmente conocida como borracheras, es de un 62,5% (ver Figura 2). Además, en los últimos 30 días un 9% informó de haber tenido alguna borrachera. De nuevo, se encuentran diferencias de género, siendo los hombres los que tienen una mayor prevalencia que las mujeres.

Figura 2

Prevalencia (%) de consumo por intoxicación etílica aguda (borracheras) en población española de 15-24 años vital, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días

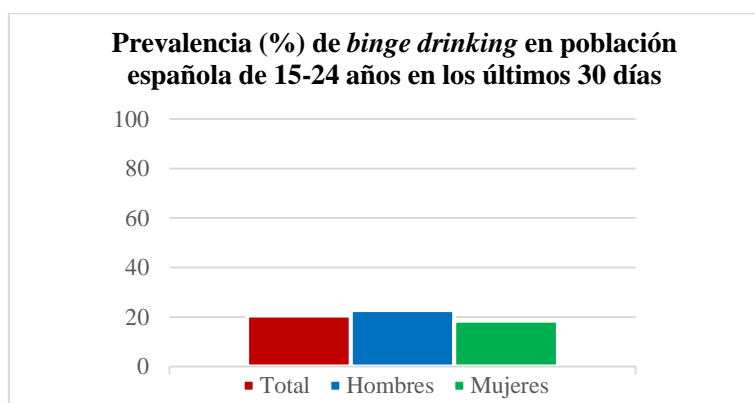


Nota. Elaboración propia a partir de los resultados del EDADES (2024).

De igual forma, el EDADES (OEDA, 2024) analiza la presencia de *binge drinking* o consumo de grandes cantidades de alcohol. El 20,6% informó de haber realizado esta práctica en los últimos 30 días, teniendo de nuevo, los varones una mayor prevalencia (ver Figura 3). Por último, la prevalencia del botellón en los últimos 12 meses es de un total 30,8%.

Figura 3

Prevalencia (%) de *binge drinking* en población española de 15-24 años en los últimos 30 días



Nota. Elaboración propia a partir de los resultados del EDADES (2024).

Respecto a la edad media de inicio de consumo, el alcohol y el tabaco son las sustancias legales cuyo consumo se inicia más tempranamente, en la adolescencia (16,4 años y 16,6 años, respectivamente) (OEDA, 2024). El cannabis es la droga ilegal con un inicio de consumo más temprano, a los 18,4 años de media. Datos de prevalencias específicas para estudiantes de secundaria sitúan las edades medias de inicio de consumo aún más pronto, siendo el alcohol a los 13,9 años, tabaco e hipnosedantes a los 14,1 años y cannabis a los 14,9 años (OEDA, 2023).

2 Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de sustancias

Cuando se habla de consumo de sustancias, es necesario hacer una distinción entre los conceptos uso, abuso y dependencia (Becoña, 2008). El uso se entiende por el consumo de una sustancia sin que esto conlleve consecuencias negativas en el individuo. Abuso hace referencia a un uso continuado pese a las consecuencias negativas que esto implica en la persona. Finalmente, la dependencia sucede cuando se hace un uso excesivo de la sustancia, produciendo consecuencias negativas significativas en el individuo en un periodo de tiempo prolongado.

La frecuencia acumulativa del uso de sustancias (alcohol, marihuana y otras drogas ilegales) a lo largo de la infancia, adolescencia, y/o adultez temprana se ha asociado con episodios de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), dependencia de alcohol y trastornos por consumo de sustancias a finales de los 20 años (Brook et al., 2002). El consumo de drogas precedería al TDM y a la dependencia de alcohol, no siendo una mera consecuencia de estos trastornos. A nivel neuropsicológico, el abuso de alcohol en la adolescencia se ha relacionado con un deterioro en memoria y las habilidades visuoespaciales en la adultez temprana (Hanson et al., 2011).

Existen numerosos factores de riesgo de consumo de drogas en la adolescencia. Factores de riesgo individuales serían la existencia de un diagnóstico psiquiátrico como TDM, un problema de conducta o Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), tener un historial de adicción o consumo previo, problemas de sueño, comorbilidad con una enfermedad física, exposición significativa a eventos traumáticos (historial de maltrato), percepciones y actitudes individuales (bajo riesgo o ningún riesgo asociado al consumo, alto nivel de disponibilidad y un número elevado de horas de uso diario de pantallas) y rasgos individuales como impulsividad, rebeldía, dificultades para regular emociones y alexitimia

(Gray y Squeglia, 2018; Nawi et al., 2021). Además, existe un efecto diferencial de género, siendo los hombres los que presentan un riesgo más alto de consumir que las mujeres (McHugh et al., 2018; Zakiniaez y Potenza, 2018). Por añadidura, en un estudio longitudinal de Brumback et al. (2021) la búsqueda de sensaciones se relacionó con un aumento en el uso de cannabis, a edades tan tempranas como los 15 años, y en la frecuencia del consumo de alcohol después de los 17.

En cuanto a los factores de riesgo ambientales, estos incluyen a los factores familiares y comunitarios. Los factores de riesgo familiares que se han asociado al consumo son los estilos parentales (dinámicas de las relaciones familiares y control psicológico materno), el consumo prenatal de sustancias, la negligencia parental, un bajo nivel educativo de los padres o conductas de riesgo parentales (Gray y Squeglia, 2018; Nawi et al., 2021). Por último, factores de riesgo comunitarios serían el abuso de sustancias por parte de los pares, y la disponibilidad percibida y la participación en actividades no estructuradas.

No obstante, también hay múltiples factores de protección ante el consumo. Factores protectores individuales que se han relacionado con una protección contra el desarrollo de hábitos de abuso de sustancias son ciertos rasgos individuales (rasgo de optimismo, altos niveles de mindfulness o rasgo de fobia social) y actitudes y percepciones individuales en contra del uso de sustancias y a favor de mantener la salud (Nawi et al., 2021). Además, las habilidades de afrontamiento se han asociado con una disminución del uso de alcohol en la adolescencia tardía (Brumback et al., 2021). Como factores protectores familiares, se han encontrado el conocimiento paterno y consciencia respecto al consumo, y el apoyo y los consejos familiares (Nawi et al., 2021). Finalmente, posibles factores de protección comunitarios serían fuertes creencias religiosas por parte de la comunidad, y el apoyo de adultos y la conexión con el colegio.

3 Aproximaciones a la prevención del consumo de sustancias

Según los modelos tradicionales de salud pública, existen dos tipos principales de prevención, prevención primaria y prevención secundaria (Kaplan, 2000). La prevención primaria requiere de un cambio comportamental, y se basa en la prevención de la enfermedad. Por el contrario, la prevención secundaria se basa en la detección y tratamiento de una enfermedad ya existente.

La prevención universal y la prevención selectiva se incluirían dentro de la prevención primaria (Kaplan, 2000). La prevención universal en salud mental se caracteriza por estar dirigida a toda la población general, incluyendo los miembros de grupos específicos como los/las niños/as (o en este caso, adolescentes) (IOM, 1994). Frecuentemente, se pueden aplicar sin consejo profesional o asistencia. Los beneficios superan a los riesgos y a los costes. Dentro de la prevención universal (o proactiva), hay dos subtipos: la prevención universal centrada en el sujeto y la prevención universal centrada en el contexto (Fernández-Ríos y Gómez, 2007). La prevención centrada en el sujeto incluye las intervenciones enfocadas a una parte de la población para evitar que puedan verse afectados por un problema específico. Esta clase de intervención se aplicaría a individuos antes de la aparición de síntomas. En cambio, la prevención centrada en el contexto se dirige a la modificación del ambiente en el que las personas viven y trabajan, evitando la exposición a variables contextuales relacionadas con la presentación de un problema concreto. Por otro lado, la prevención selectiva, también denominada reactiva, está dirigida a poblaciones de alto riesgo (Fernández-Ríos y Gómez, 2007). Por último, la prevención indicada se correspondería con la prevención secundaria. Se trata de reducir la prevalencia del problema o enfermedad, de una detección temprana.

Los colegios tienen un papel preventivo universal central en la adolescencia (Arango et al., 2018). Como contexto de prevención, es eficiente en cuanto a que permite intervenir sobre un gran número de estudiantes (Griffin y Botvin, 2010). En la actualidad, hay numerosos programas de prevención universal basados en la escuela que acumulan diversos niveles de evidencia empírica. Estos se pueden clasificar (Griffin y Botvin, 2010) en una o más de las siguientes categorías:

- 1) Entrenamiento de habilidades de resistencia social.
- 2) Educación normativa.
- 3) Entrenamiento de habilidades de desarrollo de competencias.

Los programas de entrenamiento de habilidades de resistencia social tienen como objetivo mejorar la conciencia de las distintas influencias sociales en el consumo de sustancias, así como enseñar habilidades específicas para resistir de forma efectiva las presiones por parte de los pares y de los medios de comunicación a la hora de beber, fumar o usar drogas (Griffin y Botvin, 2010). En cuanto a los programas de educación normativa, estos se enfocan en actividades y contenido para modificar percepciones erróneas de la alta prevalencia de consumo de sustancias, ya que muchos/as adolescentes sobreestiman esta prevalencia, lo que

puede llevar a la normalización del uso de sustancias. Por último, los programas que se basan en el entrenamiento de habilidades de desarrollo de competencias se centran en el proceso del aprendizaje social como aspecto relevante en las trayectorias de consumo de sustancias en adolescentes, enseñando habilidades generales personales y sociales para todo tipo de situaciones, no sólo en el contexto de consumo.

Los métodos interactivos, las sesiones estructuradas semanales impartidas por facilitadores/as formados/as y que permitan la práctica y el aprendizaje de habilidades sociales y personales (habilidades de resistencia, de toma de decisiones y de afrontamiento), al igual que la modificación de las percepciones de los riesgos asociados al consumo y las expectativas y las ideas erróneas de la naturaleza normativa del uso de sustancias se han identificado como características relacionadas con la eficacia y/o efectividad de este tipo de programas basados en la escuela (UNODC, 2018). Otros métodos como los meramente informativos y basados en el miedo han probado carecer de eficacia e incluso ser adversos. Tampoco el centrarse exclusivamente en el desarrollo de la autoestima y la educación emocional ha mostrado ser eficaz.

En general, estos programas han mostrado su eficacia para prevenir o reducir el consumo en la adolescencia. Por ejemplo, en un meta-análisis español de Espada et al. (2015) hallaron evidencia a favor de los programas de prevención en cuanto a la modificación de las actitudes hacia el consumo, siendo los modelos de educación para la salud y aprendizaje social los más eficaces. Asimismo, aunque inicialmente la eficacia de los programas fue baja, esta mejoraba en el seguimiento.

Además, en un meta-análisis de Tanner-Smith et al. (2018) encontraron que los programas de prevención universal de consumo de drogas tenían los mayores tamaños del efecto en los resultados del post-test en cuanto a conocimiento acerca del consumo, con efectos más pequeños en alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas ilegales. Estos autores destacan que no es realista exigir en prevención universal tamaños del efecto moderados o grandes según las directrices de Cohen (1988) típicas (0.20, 0.50 y 0.80 como límites de efectos pequeños, medianos y grandes, respectivamente), quien enfatizó la importancia del contexto de intervención a la hora de la aplicación de esta regla. En concreto, sugieren 0.17 como indicador de una intervención relativamente exitosa en el ámbito de drogas.

Por otro lado, es necesario ajustar el contenido del programa a la etapa de desarrollo (Onrust et al., 2016). En la adolescencia temprana (estudiantes de 6° de Primaria a 1° de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO)) los programas que incluyen estrategias de normas sociales tenían resultados más positivos que los que se centraban en la influencia social. En concreto, corregir las percepciones erróneas del consumo de sustancias por parte de los pares y de los niveles de aceptación. Esto correspondería con la categoría de educación normativa de Griffin y Botvin (2010). En cambio, en la adolescencia media (estudiantes de 2° a 3° de la ESO) los programas de prevención universal obtuvieron los peores resultados (Onrust et al., 2016), incluso hallando evidencia en contra del entrenamiento en habilidades de rechazo en esta etapa. No obstante, si se halló que los programas dirigidos a adolescentes en situaciones de riesgo podrían ser beneficiosos. Por último, en la adolescencia tardía (estudiantes de 4° de la ESO a 2° de Bachillerato) se encontró que los programas universales basados en un enfoque desde la influencia social y que enseñaban habilidades de rechazo mostraron efectos positivos. En cambio, en esta etapa los/las adolescentes en situaciones de riesgo no se beneficiaron de este enfoque.

La sustancia o sustancias en las que se centran los programas también es un aspecto relevante. Los hallazgos sugieren una intervención única para prevenir el uso inicial de todo tipo de tóxicos frente a una intervención dirigida al consumo de una sola sustancia (Faggiano et al., 2014; Foxcroft y Tsertsvadze, 2012; Norberg et al., 2013). Además, programas dirigidos a prevenir múltiples sustancias que se basan en enfoques psicosociales o del desarrollo mostraron mejores resultados (Foxcroft y Tsertsvadze, 2012).

No obstante, los programas de prevención no están exentos de limitaciones y de críticas. Varios meta-análisis han encontrado deficiencias en la calidad de los estudios, como una gran variabilidad y heterogeneidad de los resultados, y una falta de medidas del efecto, lo que imposibilitó incluirlos en los meta-análisis (Espada et al., 2015; Faggiano et al., 2014; Foxcroft y Tsertsvadze, 2012; Onrust et al., 2016). Esta variabilidad se dio incluso en evaluaciones del mismo programa (Faggiano et al., 2014), si bien Foxcroft y Tsertsvadze (2012) no encontraron este efecto. Por otro lado, aunque los programas de prevención universal son poco susceptibles de tener consecuencias iatrogénicas, es necesario vigilar los potenciales efectos adversos en el campo de prevención de consumo de drogas (Tanner-Smith et al., 2018).

4 Objetivos del presente trabajo

El presente trabajo se enfoca concretamente en la prevención universal centrada en el individuo a través de la escuela, siendo la población objetivo los/las estudiantes adolescentes. El motivo de centrarse en este tipo de prevención es que trata de evitar estas consecuencias negativas en la salud física y mental antes del inicio mismo de problema, además del elevado coste social y sanitario que ello conlleva.

Por lo tanto, los objetivos de la actual revisión son, en un primer lugar, revisar la evidencia científica sobre los efectos de los programas de prevención universal del consumo de sustancias en adolescentes en la escuela desde el año 2010. Con ello, se pretende hallar qué elementos de los programas han demostrado ser eficaces y/o efectivos y, por el contrario, cuáles no han probado su eficacia/efectividad o que incluso presenten evidencia que desaconseje su uso. En un segundo lugar, diseñar una propuesta de intervención preventiva psicológica en base a esta revisión.

Método

La búsqueda se realizó en tres bases de datos diferentes: PsycInfo, Scopus y Web of Science (WOS). Se filtraron los resultados según la siguiente ecuación de búsqueda:

(prevent* program) AND (efficacy OR effect*) AND (substance use OR drug) AND (adolescen*) AND (universal) AND (school-based)

Como se muestra en la Figura 4, se encontraron un total de 289 resultados. Se hallaron 81 resultados en PsycInfo, 39 en Scopus y 169 en Web of Science. Tras la eliminación de duplicados ($n = 96$), se procedió con el cribado mediante la lectura del título y resumen, siguiendo los criterios de elegibilidad. Se descartaron 139 artículos por no cumplir con los criterios de inclusión y/o por cumplir con los de exclusión.

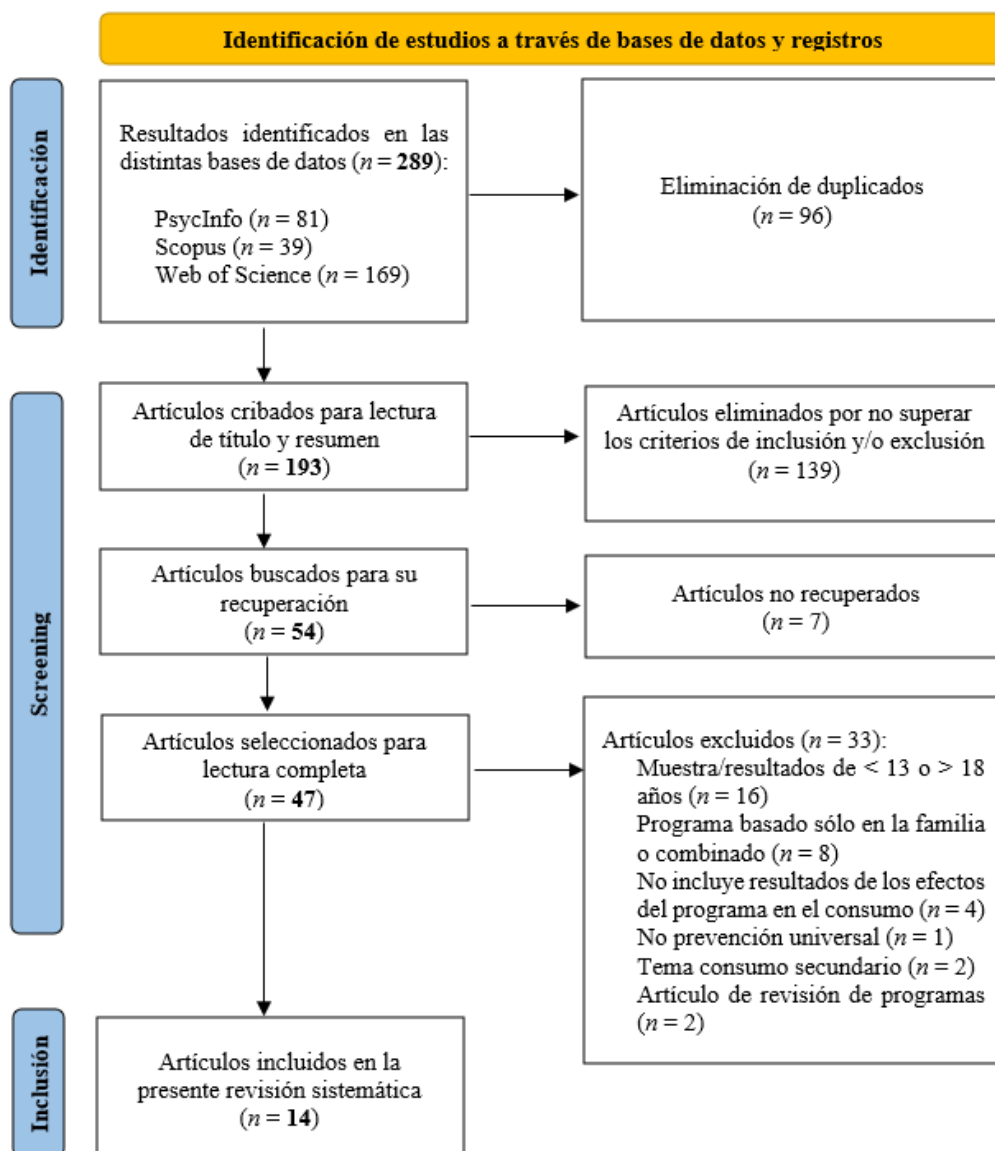
Los criterios de inclusión empleados fueron: 1) artículos científicos; 2) publicados entre enero del 2010 y septiembre del 2024; 3) en español o inglés; 4) con población adolescente (13-18 años); 5) estudios empíricos/cuantitativos. Los criterios de exclusión fueron: 1) artículos cuyo tema central no fuera la prevención del consumo de sustancias en el ámbito escolar centrados en los/las adolescentes; 2) estudios que no incluyan resultados de los efectos del programa sobre consumo de sustancias; 3) estudios sobre programas de prevención que no sea universal; 4) artículos sin acceso a texto completo necesario para verificar la elegibilidad del estudio.

En total, se buscaron 54 artículos para su recuperación, de los cuales siete no se pudieron recuperar. Se procedió a la lectura completa de 47 artículos para el cribado final. Se

descartaron 16 artículos debido a que su muestra era población menor de 13 años o mayor de 18, o que sólo incluyeran los resultados de los efectos en esas franjas de edad. Asimismo, se descartaron ocho artículos cuyos programas estaban enfocados sólo en la familia y no en la escuela, o que combinaban los dos enfoques, cuatro artículos por no incluir resultados de los efectos del programa en el consumo, un artículo por no ser prevención universal, dos artículos donde el consumo era un tema secundario y otros dos por tratarse de revisiones de los resultados de diversos programas. Por lo tanto, se escogieron 14 artículos para la selección final.

Figura 4

Diagrama de Flujo PRISMA



Nota. Adaptado de “The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews” (Page et al., 2021).

Resultados

La selección final de los 14 artículos se recoge en la Tabla 1, en la que se detallan los objetivos de los estudios, su diseño experimental, las características de la muestra, el tipo de programa aplicado y sus resultados principales. En este apartado nos centraremos en explicar con más detalle el tipo de programas aplicados y sus efectos sobre el consumo de sustancias (para consultar detalles sobre el diseño experimental o la muestra, ver Tabla 1). El análisis de los resultados encontrados se presenta en tres apartados, dependiendo del tipo de sustancia al que iba dirigido el programa. En concreto:

- 1) Programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol.
- 2) Programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol y de otras sustancias.
- 3) Programas dirigidos a prevenir otras sustancias distintas al alcohol.

1 Programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol

Del total de los artículos, tan sólo un estudio se centró en prevenir exclusivamente el consumo de alcohol, el estudio de Cutrín et al. (2021) realizado en España. Estos autores diseñaron un estudio piloto con el objetivo de evaluar la eficacia del programa “Mantente REAL” (*Keepin’ it REAL* en inglés) en el consumo de alcohol en el contexto español. El programa consiste en 12 lecciones integradas en el currículum escolar a lo largo del curso. Estas se basan no sólo en contenido relacionado con la prevención del consumo, sino que también incluyen actividades relacionadas con las situaciones de presión grupal características de la adolescencia, enseñando habilidades socioemocionales, decisionales y de evaluación de riesgos

y estrategias comportamentales para lidiar con estas situaciones de riesgo (*Refuse, Explain, Avoid y Leave*, en español, Rechaza, Explica, Aléjate, Levántate (REAL)).

Los resultados obtenidos en el post-test a los cuatro meses del inicio de la intervención señalaban que, aunque los dos grupos aumentaron de forma significativa la frecuencia y el consumo de alcohol, el incremento en el GI fue menor. Además, el número de episodios de intoxicación en comparación al GC fue significativamente menor ($p < .01$, $d = 0.28$), así como el consumo excesivo de alcohol ($p < .05$, $d = 0.22$).

2 Programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol y de otras sustancias

La mayoría de los artículos se enfocaron a prevenir múltiples sustancias a la vez. En concreto, del total, doce estudios emplearon programas dirigidos a prevenir alcohol y otras sustancias.

2.1 Prevención de consumo de alcohol y cannabis o marihuana

Más específicamente, cuatro evaluaron los resultados sobre el consumo de alcohol y marihuana/cannabis. De estos cuatro, tres utilizaron el mismo programa *Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis*, los estudios de Champion et al. (2016a), Newton et al. (2010) y Teesson et al. (2020), realizados en Australia. El programa está basado en la escuela y en Internet, adoptando un enfoque de influencia social y de minimización de daños asociados al uso de alcohol y de cannabis. Consiste en dos bloques de seis lecciones de 40 minutos. El primer bloque se aplica en la línea base y se llama *Climate Schools: Módulo de Alcohol*. El segundo, *Climate Schools: Módulo de Alcohol y Cannabis* se aplica a los seis meses, aproximadamente. Cada sesión incluye una parte individual de 15-20 minutos de duración donde el alumnado visualiza una animación de adolescentes experimentando situaciones de la vida real y problemas con el alcohol y cannabis. En la segunda parte, el/la profesor/a refuerza la información aprendida en los dibujos animados siguiendo unas actividades predeterminadas (debate, *role-playing* y/o fichas de trabajo).

Mientras que Champion et al. (2016a) y Newton et al. (2010) implementaron únicamente el *Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis*, Teesson et al. (2020) utilizaron también los programas *Climate Schools: Salud Mental* (prevención de depresión y de ansiedad) y *Climate Schools-Combined* (una combinación del *Climate Schools: Curso de Alcohol y*

Cannabis con el *Climate Schools: Salud Mental*) de forma separada. Newton et al. (2010) tenían como objetivo evaluar la eficacia a largo plazo (doce meses) del programa. El estudio de Champion et al. (2016a) quiso realizar un ensayo de validación cruzada del programa en una nueva cohorte de estudiantes. En cambio, el objetivo de Teesson et al. (2020) era evaluar y comparar la efectividad de los tres programas (*Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis*, *Climate Schools: Salud Mental* y *Climate Schools-Combined*).

Los resultados son distintos en cada estudio, si bien comparten ciertas similitudes. Los autores de los tres estudios encontraron que, en comparación con el GC, los/las estudiantes del GI mostraron de forma significativa un mayor conocimiento sobre el alcohol y el cannabis, incluso hasta 30 meses después de la línea base en el caso de Teesson et al. (2020). Respecto al consumo de alcohol, Newton et al. (2010) hallaron una reducción en el consumo semanal promedio de alcohol (DM = -0.63 uds. estándares, $p < 0.02$) y en la frecuencia del uso excesivo de forma significativa (DM = 0.05 ocasiones, $p < 0.02$) del GI frente al GC a los 12 meses, pero no diferencias en las expectativas del alcohol ni daños asociados al mismo. En cambio, Champion et al. (2016a) no encontraron efectos para ese consumo excesivo de alcohol, pero los/las estudiantes del GI fue menos probable que hubieran consumido alcohol (incluyendo un sorbo o una prueba) en los últimos seis meses (OR = 0.69, $p = 0.03$) y fueron menos propensos a tener la intención de beber alcohol en el futuro (OR = 0.62, $p = 0.02$). Teesson et al. (2020) en el GI combinada mostraron un menor crecimiento en la probabilidad de beber (OR = 0.25, IC 95% = 0.12-0.51) y de episodios de consumo excesivo de alcohol (OR = 0.15, IC 95% = 0.04-0.58) en comparación con los GC, así como mejores resultados en el uso de alcohol en comparación con los grupos de intervención no combinada.

En cuanto al consumo de cannabis, Champion et al. (2016a) no encontraron efectos para el uso de cannabis o la intención de usarlo, Newton et al. (2010) hallaron una reducción en la frecuencia de uso a los 6 meses del GI en comparación con el GC que no se mantuvo a los 12 meses, pero no encontraron diferencias significativas en las actitudes hacia el cannabis ni daños asociados al cannabis a los 12 meses. Por último, Teesson et al. (2020) no pudieron recoger datos al respecto por limitaciones éticas.

Respecto al otro estudio que evaluó resultados sobre el consumo del alcohol y marihuana, el estudio de Perona et al. (2022), se trata de un estudio realizado en España cuyo objetivo era evaluar la eficacia del programa de prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (IAMS) dirigido al consumo de alcohol y cannabis en adolescentes en Madrid.

Este consta de 3 sesiones donde se promueven la participación activa y la reflexión crítica, y durante las cuales se trabaja los siguientes componentes: 1) información sobre el proceso adictivo, 2) percepción de riesgo sobre el consumo en la adolescencia, 3) motivaciones para el consumo de alcohol y cannabis, 4) mitos y verdades sobre el alcohol y el cannabis, 5) toma de decisiones y 6) debate de creencias habituales sobre el consumo. Los resultados del post-test revelaron que los adolescentes del GI redujeron las actitudes favorables e intención de consumo de alcohol ($t = 5.77, p < 0.001, d = 0.21$ y $t = 3.01, p < .01, d = 0.12$, respectivamente), así como el consumo de alcohol ($t = 2.08, p < .05, d = 0.07$) en comparación con el GC. Asimismo, redujeron las actitudes favorables ($t = 6.19, p < .001, d = 0.23$) e intención de consumo de cannabis ($t = 2.98, p < .01, d = 0.11$). Además, aumentaron la percepción de riesgo sobre ambas sustancias, con diferencias muy significativas, pero con tamaños de efecto bajos (alcohol: $t = -5.02, p < .001, d = 0.20$; cannabis: $t = -3.99, p < .001, d = 0.14$). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el consumo de cannabis.

2.2 Prevención de consumo de alcohol, tabaco y marihuana

Cuatro estudios evaluaron el consumo de alcohol, tabaco y marihuana: Chirimwami y Van Ryzin (2024), Golonka et al. (2017) y Mogro-Wilson et al. (2017) realizaron sus estudios en Estados Unidos, mientras que Marsiglia et al. (2015) lo hicieron en México.

El objetivo de Chirimwami y Van Ryzin (2024) era evaluar la eficacia de *PeerLearning.net* para reducir la asociación con pares con conductas problemáticas y el uso de tabaco, alcohol y marihuana. Golonka et al. (2017) exploraron la factibilidad de una intervención mediante paradigmas de autopersuasión para provocar el cambio en conductas de alto riesgo entre adolescentes altamente influyentes. Marsiglia et al. (2015) evaluaron los efectos a largo plazo de su estudio piloto para valorar la factibilidad de una versión adaptada lingüísticamente al español de México del programa “Mantente REAL”. Por último, Mogro-Wilson et al. (2017) evaluaron la efectividad del *Refuse, Remove, Reasons* (RRR).

Chirimwami y Van Ryzin emplearon *PeerLearning.net*, un programa online de software basado en el *Cooperative Learning* (CL). El CL es un enfoque estructurado de desarrollo de habilidades sociales mediante el aprendizaje en grupos pequeños, brindando la oportunidad a la juventud en riesgo de crear amistades con jóvenes más prosociales, rompiendo el proceso de agrupamiento de pares desviados. Para las lecciones, el profesorado puede seleccionar las actividades de un catálogo, como puzzles, tutoría entre pares o proyectos grupales. Durante cada

sesión, el software distribuye las instrucciones y las tareas a realizar a los dispositivos del alumnado, dirige sus actividades según el horario preestablecido, apoya al profesorado en la gestión de los grupos y la observación, y proporciona reseñas y actividades grupales para después de la lección.

Golonka et al. (2017) usaron el *Teen's Life Choice Project* (TLC), un programa de enfoque psicosocial basado en la persuasión de los pares por parte de los/las líderes. De 8 semanas de duración, con sesiones de 50 minutos en las cuales los/las líderes crean mensajes antidroga en medio audiovisual que presentan al finalizar el programa a niños/as de su colegio. Las sesiones tratan temas como liderazgo, mensajes efectivos y la diseminación de información imparcial y científica sólida sobre alcohol, tabaco y marihuana.

Marsiglia et al. (2015) utilizaron el programa previamente mencionado, “Mantente REAL” en su versión acortada de 5 semanas (para una descripción más detallada, véase el subapartado de “programas dirigidos a prevenir el consumo de alcohol”).

Mogro-Wilson et al. (2017) escogieron el RRR, un programa de prevención universal de abuso de sustancias basado en el aula para estudiantes de institutos urbanos y suburbanos. Está basado en la teoría del aprendizaje social y el modelo de ayuda mutua. El programa incluye cinco componentes: 1) entrenamiento en habilidades de resistencia social, 2) educación normativa, 3) técnicas de enseñanza interactiva, 4) entrenamiento del profesorado y apoyo y 5) evaluación. Estos se enseñan en 5 sesiones con 4 tareas intersesión. Cada sesión se visualiza un vídeo de 5-10 minutos al que le siguen preguntas específicas y diversas actividades para promover la toma de decisiones saludable.

Los programas produjeron resultados muy diversos. Comenzando por el consumo de alcohol, Chirimwami y Van Ryzin (2024) encontraron que, en comparación con los/las estudiantes del GC, los/las adolescentes del GI informaron de forma significativa de un menor uso de alcohol en la post-intervención (22% menos, $p < .05$). Golonka et al. (2017) hallaron que los/las líderes del GI informaron de forma significativa de un menor número de bebidas alcohólicas en un episodio de consumo en comparación con el GC ($p = .010$). Asimismo, de forma marginalmente significativa, los/las líderes del GI informaron de tener un menor número de amigos/as que consumieran alcohol ($p = .097$). Marsiglia et al. (2015) observaron efectos en el consumo de alcohol, siendo menor en el GI, así como un efecto diferencial por género, donde las chicas del GI mostraron un menor crecimiento en el uso de alcohol, tanto en frecuencia

como en cantidad, en comparación con las del GC. Por el contrario, si bien Mogro-Wilson encontraron que, en comparación con el GC, el GI redujo de forma significativa la intoxicación por alcohol [$F(1, 1321) = 6.225, p = .013, \text{partial } \eta^2 = 0.005$], no hubo diferencias significativas en cuanto a su uso.

Continuando con el consumo de tabaco, Chirimwami y Van Ryzin (2024) apreciaron, en general, un menor uso de tabaco en el GI ($p < .05$). En el trabajo de Golonka et al. (2017), los/las líderes del GI informaron de forma significativa de tener un menor número de amigos/as que fumaran en comparación con el GC ($p = .014$). En cambio, en el estudio de Marsiglia et al. (2015) no hubo efectos significativos para el uso de cigarrillos. Tampoco Mogro-Wilson et al. (2017) encontraron diferencias significativas en el uso de cigarrillos.

Finalmente, respecto al consumo de marihuana, Chirimwami y Van Ryzin (2024) hallaron que los efectos en el uso de marihuana fueron marginalmente significativos, siendo el GI quien informó de un menor uso (16% menos, $p = .07$). Golonka et al. (2017) también encontraron que, de forma marginalmente significativa, los/las líderes del GI informaron de un menor uso de marihuana en el último mes ($p = .077$) y de tener un menor número de amigos/as que consumieran ($p = .072$). De igual forma, pese a que Marsiglia et al. (2015) observaron efectos en el consumo de marihuana, siendo menor en el GI, estos se basaron en una muestra de muy pocos adolescentes (sólo $n = 11$ consumieron en T1 y $n = 24$ en T3). En cambio, Mogro-Wilson et al. (2017) no encontraron diferencias significativas en el uso de marihuana.

Por otro lado, destacar que si bien Golonka et al. (2017) hallaron efectos en las tres sustancias, estos efectos de la intervención en el grupo de líderes no se extendieron al grupo de pares. Además, Mogro-Wilson et al. (2017) hallaron que, comparado con el GC, el GI aumentó de forma significativa la percepción del riesgo del uso de drogas [$F(1, 1336) = 10.583, p = .001, \text{partial } \eta^2 = 0.011$] y la percepción de las consecuencias negativas del uso de drogas [$F(1, 1330) = 25.015, p = .001, \text{partial } \eta^2 = 0.023$], así como una disminución de las normas sociales y de la aceptación de drogas [$F(1, 1335) = 5.813, p = .016, \text{partial } \eta^2 = 0.005$].

2.3 Prevención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales

Los cuatro estudios restantes incluyeron resultados sobre alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales sin especificar. Ferrer-Wreder et al. (2010) realizó su estudio en Estados

Unidos, Hodder et al. (2017) en Australia, Vigna-Talianti et al. (2021) en Nigeria, y Weichold y Blumenthal (2016) en Alemania.

El objetivo de Ferrer-Wreder et al. (2010) era evaluar la efectividad de dos programas basados en la evidencia combinados: el *Life Skills Training* (LST) y el *TimeWise: Taking Care of Leisure Time*. Hodder et al. (2017) evaluaron la efectividad de una intervención de “resiliencia” para reducir la prevalencia de tabaco, alcohol y drogas ilegales, así como aumentar los factores protectores individuales y ambientales. Vigna-Talianti et al. (2021) evaluaron los efectos del programa *Unplugged* en estudiantes de escuelas secundarias en Nigeria. Por último, Weichold y Blumenthal (2016) evaluaron la efectividad a largo plazo del programa de prevención IPSY en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.

Todos los estudios emplearon programas diferentes. Ferrer-Wreder et al. (2010) utilizaron dos programas, el LST y el *TimeWise: Taking Care of Leisure Time*. Debido a variaciones en la implementación, se crearon dos condiciones de intervención, una con los dos programas combinados y otra con sólo el LST. El LST comprende una serie de actividades creadas para ayudar a la juventud a desarrollar habilidades de resistencia de drogas, fomentar el desarrollo de habilidades personales de autogestión (como la toma de decisiones y la fijación de metas personales), y mejorar las habilidades sociales generales. De igual forma, se focaliza en la resolución de problemas, las relaciones interpersonales, el mantenimiento de la salud física y la corrección de expectativas normativas de abuso de sustancias. El *TimeWise* es un programa de promoción de la salud mediante el uso saludable del tiempo libre. Se enfoca en la reducción del uso de drogas en el tiempo de ocio, ayudando a los/las jóvenes a comprender mejor la relación entre el ocio y su desarrollo. Las lecciones están dirigidas a: 1) determinar intereses y pasatiempos significativos y satisfactorios, 2) comprender los beneficios de participar en el ocio saludable, 3) comprender la relación entre la motivación y la experiencia y participación en conductas saludables, 4) aliviar el aburrimiento y aumentar la experiencia óptima de tiempo libre, 5) aprender a responsabilizarse de la participación en las actividades deseadas y 6) identificar y superar las barreras para la participación.

Hodder et al. (2017) realizaron una intervención de “resiliencia” pragmática universal y basada en la escuela. La intervención incluye 16 estrategias generales destinadas a construir factores protectores individuales (autoeficacia, resolución de problemas, cooperación/comunicación, autoconsciencia, empatía, metas/aspiraciones) y ambientales (apoyo de la escuela, participación significativa en la escuela, apoyo de la comunidad y

participación significativa en la misma, apoyo del hogar, participación significativa en el hogar, relaciones de apoyo entre pares, pares prosociales).

Vigna-Talianti et al. (2021) implementaron el programa universal basado en la escuela *Unplugged*, que combina la competencia social y la influencia social. Consta de 12 unidades estandarizadas de 1 hora de duración, impartidas por el profesorado. Emplea técnicas interactivas y pretende el desarrollo y la mejora de habilidades sociales y personales, con un enfoque específico en la educación normativa. Asimismo, incluye sesiones informativas de las consecuencias del tabaco, alcohol y uso de drogas.

Weichold y Blumenthal (2016) utilizaron el *Life Skills Program IPSY (Information + Psychosocial Competence = Protection)*, un programa de prevención universal basado en la escuela, fundamentado en el modelo de *Life Skills* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en modelos de psicología del desarrollo en la etiología de problemas comportamentales en la juventud, además de hallazgos empíricos en factores de protección y de riesgo para abusos de sustancias. Consiste en 15 sesiones básicas de 45-90 minutos de duración, y 7 de refuerzo que se aplican en los dos cursos posteriores. El profesorado lleva a cabo las sesiones siguiendo un manual y después de una sesión de entrenamiento antes de cada parte del programa. Las actividades son interactivas, como role-playing y discusiones grupales, combinando entrenamiento de “Life Skills” intra e interpersonales con formación en habilidades específicas relacionadas con el consumo de sustancias como la resistencia al ofrecimiento de los pares.

Los resultados fueron, de nuevo, muy diversos e incluso contradictorios a las hipótesis iniciales planteadas. Comenzando por el consumo de alcohol, al contrario de lo esperado, Ferrer-Wreder et al. (2010) encontraron que, de forma significativa, el GC informó de un menor consumo vital de alcohol al finalizar el programa ($p = .047$). Hodder et al. (2017) no hallaron diferencias significativas entre el GI y el GC en cuanto a consumo de alcohol (alguna vez en la vida, reciente o de riesgo) en el seguimiento. Vigna-Talianti et al. (2021) sí encontraron que los estudiantes del GI informaron de forma significativa de una menor prevalencia del uso de alcohol en el último mes (28% menos, $p = 0.038$) y de un menor uso habitual, es decir, más de seis veces en el último mes (34% menos, $p = 0.051$) en comparación con el GC. Además, de forma marginalmente significativa, el GI informó de una menor prevalencia en el uso diario de alcohol, es decir, más de 20 veces en el último mes ($p = 0.094$). De igual forma, el GI disminuyó las creencias poco negativas acerca de las consecuencias del uso de alcohol ($p = .011$), el

ambiente desfavorable de la clase ($p = .002$), la percepción del uso de alcohol de los amigos ($p = 0.052$) y pares ($p = .022$) y bajas percepciones de riesgo en beber alcohol de forma ocasional ($p = .001$) en comparación con el GC. Por otro lado, las creencias negativas, las percepciones de riesgo y el ambiente de la clase se identificaron como mediadores en el uso de alcohol. Por último, si bien Weichold y Blumenthal (2016) encontraron efectos a corto plazo del programa en la frecuencia del consumo de alcohol, estos no se mantuvieron en el seguimiento.

Continuando con el consumo de tabaco, de nuevo, al contrario de lo planteado, Ferrer-Wreder et al. (2010) hallaron que, de forma significativa, el GC informaron de un menor consumo vital de tabaco comparado con el GI ($p = .047$). Tampoco encontraron Hodder et al. (2017) diferencias significativas entre el GI y el GC en el uso de tabaco (alguna vez en la vida o reciente). Vigna-Talianti et al. (2021) no observaron diferencias significativas para el uso de cigarrillos. Sólo Weichold y Blumenthal (2016) encontraron que, dos años después de la implementación del programa, el GI informó de forma significativa de fumar con menor frecuencia que el GC. Estos resultados se mantuvieron a lo largo de los 4.5 años del estudio.

Finalmente, en cuanto al uso de drogas ilegales, una vez más Ferrer-Wreder et al. (2010) hallaron que, de forma no significativa, el GC informó de mejores habilidades de rechazo de drogas que el GI y significativamente de menor consumo vital de otras drogas ($p = .047$). En general, los resultados encontrados son contradictorios con las hipótesis planteadas respecto a los potenciales efectos beneficiosos de los programas sobre el consumo. Sin embargo, cabe destacar que el GI mostró de forma significativa una menor intención de uso de drogas en comparación con el GC ($p = .037$) y unas mejores habilidades de asertividad ($p = .011$). Como en las otras sustancias descritas anteriormente, Hodder et al. (2017) no encontraron diferencias significativas en el seguimiento entre el GI y el GC en el uso de marihuana u otro tipo de sustancias, ni tampoco en los factores de protección individuales o ambientales. Tampoco Vigna-Taliana et al. (2021) observaron diferencias significativas en el uso de marihuana. No obstante, Weichold y Blumenthal (2016) hallaron que el GI informó de ser menos propenso al uso de drogas ilegales, en comparación con el GC, manteniéndose estos efectos a lo largo de los 4.5 años del estudio.

3 Programas dirigidos a prevenir el consumo de otras sustancias (distintas al alcohol)

Sólo un estudio intervino sobre un único tipo de sustancias distintas al alcohol. Se trata del estudio de Champion et al. (2016b), donde se evalúa la efectividad del programa de prevención *Climate Schools: Módulo de Éxtasis y Drogas Emergentes* sobre el consumo de éxtasis (MDMA) y nuevas sustancias psicoactivas (NSP) en Australia. El programa se basa en una intervención online que se realiza en la escuela en las clases de educación para la salud. Cada sesión consiste en actividades mediante animaciones online de 20 minutos, que se completan de forma individual por los/las estudiantes, seguido de ejercicios online opcionales implementados por el/la profesor/a, incluyendo debates y fichas online.

En el post-test, se hallaron diferencias significativas en el conocimiento de las NSP ($M_{GC}^1 = 2.78$, $DT_{GC} = 1.48$ y $M_{GI} = 3.85$, $DT_{GI} = 1.49$; $\beta = -0.42$, IC 95% = -0.62 a -0.21, $d = 0.77$) y del éxtasis ($M_{GC} = 9.57$, $DT_{GC} = 3.31$; $M_{GI} = 11.57$, $DT_{GI} = 3.61$; $\beta = 0.54$, IC 95% = 0.97 a 0.12, $p = 0.01$, $d = 0.73$), siendo el GI quien informó de un mayor conocimiento de ambas sustancias. En el seguimiento de doce meses, los estudiantes del GC era más probable que usaran NSP de forma significativa (1.8%) que los del GI (0.5%, OR = 10.17, 95% IC = 1.31-78.91). No obstante, no se encontraron diferencias significativas en las intenciones de usar éxtasis. Además, en el total de la muestra la prevalencia de éxtasis y NSP era baja, por lo que los resultados de la intervención estaban limitados.

¹ M_{GC} = Media del grupo control; DT_{GC} = Desviación típica del grupo control; M_{GI} = Media del grupo de intervención; DT_{GI} = Desviación típica del grupo de intervención

Tabla 1*Resumen de los resultados de los estudios y sus características principales*

Autores y año	Objetivo	Diseño del estudio	Muestra	Programa (s)	Resultados del programa
Champion et al. (2016a)	Realizar un ensayo de validación cruzada del programa en una nueva cohorte de estudiantes australianos	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) por conglomerados	Australia 1103 estudiantes de 13 colegios $M_{edad} = 13.25$ años, $DT = 0.47$ 65% mujeres 35% hombres Grupo intervención (GI): $n = 575$ Grupo control (GC): $n = 527$	<i>Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis</i> (basado en la escuela y en Internet)	- Resultados post-test. En comparación con el GC, los estudiantes del GI mostraron de forma significativa un mayor conocimiento sobre el alcohol y el cannabis, fue menos probable que hubieran consumido alcohol (incluyendo un sorbo o una prueba) en los últimos seis meses y fueron menos propensos a tener la intención de beber alcohol en el futuro. - No se encontraron efectos para el consumo excesivo de alcohol, el uso de cannabis o la intención de usarlo.
Champion et al. (2016b)	Evaluar la efectividad de un programa de prevención online basado en la escuela para éxtasis (MDMA) y nuevas sustancias psicoactivas (NSP)	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) por conglomerados	Australia 1126 estudiantes de 11 colegios $M_{edad} = 14.92$, $DT = 0.43$ 57% hombres 43% mujeres GI: $n = 636$ GC: $n = 490$	<i>Climate Schools: Módulo de Éxtasis y Drogas Emergentes</i> (basado en la escuela y en Internet)	- Resultados a los doce meses: GC era más probable que usaran NSP de forma significativa que el GI. - Resultados post-test: diferencias significativas en el conocimiento de las NSP y del éxtasis, siendo el GI el que informó de un mayor conocimiento en ambos casos. - No se encontraron diferencias significativas en las intenciones de usar éxtasis.
Chirimwami y Van Ryzin (2024)	Evaluar la eficacia de PeerLearning.net para reducir la	Ensayo controlado aleatorizado	Estados Unidos 813 estudiantes de 12 colegios	<i>PeerLearning.net</i> (basado en el	- Resultados post-intervención: en comparación con el GC, los estudiantes del GI informaron de forma significativa de un menor uso de alcohol.

Autores y año	Objetivo	Diseño del estudio	Muestra	Programa (s)	Resultados del programa
	asociación con pares con conductas problemáticas y el uso de tabaco, alcohol y marihuana	(RCT) por conglomerados a corto plazo	50.2% mujeres De 6º Primaria a 3º de la ESO GI: $n = 389$ GC: $n = 424$	<i>Cooperative Learning</i> (CL))	<ul style="list-style-type: none"> - Menor uso de tabaco en el GI. - Los efectos en el uso de marihuana fueron marginalmente significativos, siendo el GI quien informó de un menor uso.
Cutrín et al. (2021)	Evaluar la eficacia del programa “Mantente REAL” en el consumo de alcohol en el contexto español.	Estudio piloto	España 755 estudiantes de 12 colegios $M_{edad} = 12.24$, $DT = 0.56$ 47.1% mujeres GI: $n = 354$ GC: $n = 401$	<i>Keepin’ it REAL</i> / Mantente REAL (basado en el entrenamiento de habilidades de rechazo)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados del post-test a los cuatro meses: aunque los dos grupos aumentaron de forma significativa la frecuencia y consumo de alcohol, el incremento en el GI fue menor. Además, el número de episodios de intoxicación en comparación al GC fue significativamente menor, así como el consumo excesivo de alcohol.
Ferrer-Wreder et al. (2010)	Evaluar la efectividad de dos programas basados en la evidencia combinados: <i>Life Skills Training</i> (LST) y <i>TimeWise: Taking Care of Leisure Time</i>	Diseño cuasi-experimental con cohortes por edad	Estados Unidos 715 estudiantes de un colegio $M_{edad} = 12$ años (rango de edad de 11 a 16 años) GI: $n = 250$ GC: $n = 465$	Dos programas: 1) LST (basado en el aprendizaje social, la comunicación y teorías de problemas de la conducta) y <i>TimeWise</i> (promoción de la salud mediante el uso del tiempo libre) 2) Sólo LST	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados post-intervención: el GI mostró de forma significativa una menor intención de uso de drogas en comparación con el GC y unas mejores habilidades de asertividad. - Sin embargo, de forma no significativa, el GC informó de mejores habilidades de rechazo de drogas que el GI y significativamente de menor consumo vital de alcohol, tabaco y otras drogas. - Los resultados son contradictorios con las hipótesis planteadas respecto a los potenciales efectos beneficiosos sobre el consumo de los programas.

Autores y año	Objetivo	Diseño del estudio	Muestra	Programa (s)	Resultados del programa
Golonka et al. (2017)	Explorar la factibilidad de una intervención mediante paradigmas de autopersuasión para provocar el cambio en conductas de alto riesgo entre adolescentes altamente influyentes	Estudio exploratorio y descriptivo	Estados Unidos 324 estudiantes de distintos cursos (G. 6-12) en un colegio $M_{edad} = 12.2$ años 55.66% mujeres 44.34% hombres Estudiantes líderes GI: $n = 23$ GC: $n = 23$ Pares no líderes: GI: $n = 136$ GC: $n = 145$	<i>Teen's Life Choice Project</i> (TLC) (basado en la persuasión y con un enfoque psicosocial)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados post-intervención: los líderes del GI informaron de forma significativa de un menor número de bebidas alcohólicas en un episodio de consumo y de tener un menor número de amigos que fumaran en comparación con el GC. - De forma marginalmente significativa, los líderes del GI informaron de un menor uso de marihuana en el último mes y de tener un menor número de amigos que consumieran alcohol o marihuana. - Los efectos de la intervención en el grupo de líderes no se extendieron al grupo de pares.
Hodder et al. (2017)	Evaluar la efectividad de una intervención de “resiliencia” para reducir la prevalencia de tabaco, alcohol y drogas ilegales, así como aumentar los factores protectores individuales y ambientales	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) por conglomerados	Australia 3115 estudiantes de 32 colegios $M_{edad} = 12.6$ años, $DT = 0.53$ 50.02% mujeres 49.98% hombres GI: $n = 1909$ GC: $n = 1206$	Una intervención de “resiliencia” pragmática universal y basada en la escuela	Resultados en el seguimiento: no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el grupo control en el uso de tabaco (alguna vez en la vida o reciente), alcohol (alguna vez en la vida, reciente o de riesgo), marihuana u otro tipo de sustancias, factores de protección individuales o ambientales.
Marsiglia et al. (2015)	Evaluar los efectos a largo plazo de un estudio piloto para	Estudio piloto	México 431 estudiantes de dos colegios	<i>Keepin' it REAL/</i> Mantente REAL	Resultados: se observaron efectos en el consumo de alcohol y marihuana, siendo menor en el GI.

Autores y año	Objetivo	Diseño del estudio	Muestra	Programa (s)	Resultados del programa
	valorar la factibilidad de una versión adaptada lingüísticamente al español de México del programa Mantente REAL		$M_{edad} = 13.01$, $DT = 0.44$ 54.8% mujeres 45.2% hombres GI: $n = 206$ GC: $n = 225$		<ul style="list-style-type: none"> - No hubo efectos significativos para el uso de cigarrillos. - Se observó un efecto diferencial por género, donde las chicas del GI mostraron un menor crecimiento en el uso de alcohol (frecuencia y cantidad) en comparación con las del GC. - Los efectos para el consumo de marihuana se basaron en muy pocos adolescentes.
Mogro-Wilson et al. (2017)	Evaluar la efectividad del RRR, un programa de prevención universal de abuso de sustancias basado en el aula para estudiantes de institutos urbanos y suburbanos	Diseño cuasi-experimental, con un grupo de intervención y otro grupo control	Estados Unidos 1352 estudiantes de 12 colegios $M_{edad} = 14.7$, $DT = 0.67-0.74$ 51% hombres 48% mujeres GI: $n = 678$ GC: $n = 674$	<i>Refuse, Remove, Reasons</i> (RRR) (basado en la teoría del aprendizaje social y el modelo de ayuda mutua)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados post-test: en comparación con el GC, el GI redujo de forma significativa la intoxicación por alcohol. - Aumentó la percepción del riesgo y de las consecuencias negativas del uso de drogas. - Disminución de las normas sociales y de la aceptación de alcohol y de cigarrillos. - No se encontraron diferencias significativas en el uso de alcohol, cigarrillos o marihuana.
Newton et al. (2010)	Evaluar la eficacia a largo plazo (doce meses) de un programa basado en Internet de prevención universal de alcohol y cannabis en colegios	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) por conglomerados	Australia 764 estudiantes de 10 colegios $M_{edad} = 13.08$, $DT = 0.58$ 60% hombres 40% mujeres GI: $n = 397$ GC: $n = 367$	<i>Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis</i> (basado en la escuela y en Internet)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados a los 12 meses: comparado con el GC, el GI mostró mejorías en el conocimiento de alcohol y cannabis, una reducción en el consumo semanal promedio de alcohol y en la frecuencia del uso excesivo de forma significativa. - Reducción significativa del uso de cannabis a los 6 meses frente al GC, pero no a los 12 meses. - No se encontraron diferencias en las expectativas del alcohol, las actitudes hacia el cannabis o daños asociados al alcohol/cannabis.

Autores y año	Objetivo	Diseño del estudio	Muestra	Programa (s)	Resultados del programa
Perona et al. (2022)	Evaluar la eficacia del programa del IAMS dirigido al consumo de alcohol y cannabis en adolescentes en Madrid	Diseño cuasi-experimental pretest-postest con grupo control equiparado	España 1529 estudiantes de 12 colegios $M_{edad} = 15.36$ años, $DT = 1.13$ 51.8% hombres GI: $n = 790$ GC: $n = 469$	Programa de prevención del Instituto de Adicciones de Madrid Salud (IAMS) (basado en la información y en el aprendizaje e influencia social)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados del post-test: los adolescentes del GI redujeron las actitudes favorables e intención de consumo de alcohol, así como el consumo de alcohol en comparación con el GC. - Redujeron las actitudes favorables e intención de consumo de cannabis. - Además, aumentaron la percepción de riesgo sobre ambas sustancias, con diferencias muy significativas, pero con tamaños de efecto bajos. - No se encontraron diferencias significativas en el consumo de cannabis.
Teesson et al. (2020)	Evaluar la efectividad de una intervención preventiva online, universal y combinada basada en la escuela y enfocada a la depresión, ansiedad y el uso de sustancias en adolescentes.	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) por conglomerados multicéntrico	Australia 6382 estudiantes de 71 colegios $M_{edad} = 13.5$ años, $DT = 0.6$ 54.8% mujeres 45.2% hombres GI ₁ : $n = 1739$ GI ₂ : $n = 1594$ GI ₃ : $n = 1497$ GC: $n = 1556$	Tres programas: 1) <i>Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis</i> (prevención de sustancias) 2) <i>Climate Schools: Salud Mental</i> (prevención de depresión y ansiedad) 3) <i>Climate Schools-Combined</i> (prevención de depresión, ansiedad y sustancias)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados en el seguimiento para la prevención combinada a los 12, 24 y 30 meses: mayor conocimiento de alcohol/cannabis en el GI, menor crecimiento en la probabilidad de beber y de episodios de consumo excesivo de alcohol en comparación con los GC. - Mejores resultados en el uso de alcohol en comparación con los grupos de intervención no combinada.

Autores y año	Objetivo	Diseño del estudio	Muestra	Programa (s)	Resultados del programa
Vigna-Talianti et al. (2021)	Evaluar los efectos del programa <i>Unplugged</i> en estudiantes de escuelas secundarias en Nigeria	Ensayo controlado aleatorizado (RCT) por conglomerados	Nigeria 2685 estudiantes de 32 colegios $M_{edad} = 14.2$ años, $DT = 0.8$ 61.5% hombres 38.5% mujeres GI: $n = 1121$ GC: $n = 1564$	<i>Unplugged</i> (basado en la escuela y en la influencia social)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados post-intervención: los estudiantes del GI informaron de forma significativa de una menor prevalencia del uso de alcohol en el último mes y de un menor uso habitual (más de seis veces en el último mes) en comparación con el GC. - De forma marginalmente significativa, el GI informó de una menor prevalencia en el uso diario de alcohol (más de 20 veces en el último mes). - El GI disminuyó las creencias poco negativas acerca de las consecuencias del uso de alcohol, el ambiente desfavorable de la clase, la percepción del uso de alcohol de los amigos y pares y bajas percepciones de riesgo en beber alcohol de forma ocasional en comparación con el GC. - No se encontraron diferencias significativas para el uso de cigarrillos ni de marihuana. - Las creencias negativas, las percepciones de riesgo y el ambiente de la clase se identificaron como mediadores en el uso de alcohol.
Weichold y Blumenthal (2016)	Evaluar la efectividad a largo plazo del programa de prevención IPSY en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales	Diseño cuasi-experimental Estudio longitudinal	Alemania 1657 estudiantes de 44 colegios $M_{edad} (T1) = 10.5$ años, $DT = 0.64$ 52.7% mujeres 47.3% hombres GI: $n = 950$ GC: $n = 725$	Life Skills Program IPSY (<i>Information + Psychosocial</i>) (basado en el modelo de <i>Life Skills</i> de la OMS y en modelos de psicología del desarrollo)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados dos años después: el GI informó de forma significativa fumar con menor frecuencia y ser menos propenso al uso de drogas ilegales, en comparación con el GC. Estos efectos se mantuvieron a lo largo de los 4.5 años del estudio. - Los efectos del programa en la frecuencia del consumo de alcohol no se mantuvieron en el seguimiento.

Discusión

El principal objetivo de esta revisión era analizar la eficacia de los programas de prevención universal de consumo de sustancias en la adolescencia. Se han revisado 14 artículos científicos publicados desde enero del año 2010 hasta septiembre del 2024, los cuales emplean programas basados en la escuela dirigidos en su mayoría a población adolescente de 12-14 años, incluyendo a personas de ambos sexos.

Del total, sólo dos programas incluyeron resultados del consumo de una única sustancia: el *Climate Schools: Módulo de Éxtasis y Drogas Emergentes* y el Mantente REAL en su versión española. Ambos mostraron cierto grado de eficacia, el *Climate Schools: Módulo de Éxtasis y Drogas Emergentes* en cuanto a reducir el consumo de las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP), y mejorar el conocimiento de éxtasis y de NSP (Champion et al., 2016b); y el Mantente REAL respecto a la disminución del consumo y la frecuencia de uso de alcohol, así como del número de episodios de intoxicación (Cutrín et al., 2021). El resto de los programas recogieron información sobre el consumo de alcohol, tabaco, cannabis/marihuana y otras drogas ilegales sin especificar. Estos últimos presentaron una gran variedad de resultados, con distinto grado de efectividad/eficacia e incluso algunos mostraron no ser eficaces (e.g., una intervención de resiliencia pragmática de Hodder et al., 2017). Por añadidura, un estudio tuvo efectos contrarios a las hipótesis establecidas donde los/las estudiantes que participaron mostraron peores resultados que sus pares del grupo control de forma significativa (LST y *TimeWise: Taking Care of Leisure Time*, Ferrer-Wreder et al., 2010). En concreto, un mayor consumo vital de alcohol, tabaco y otras drogas, y de forma no significativa, peores habilidades

de rechazo, si bien sí se apreciaron efectos positivos en cuanto a la mejora de las habilidades de asertividad y una reducción de la intención de uso de drogas.

Como se presentaba en la introducción, la mayoría de los estudios apuestan por una intervención única para prevenir el uso inicial de todo tipo de sustancias (Faggiano et al., 2014; Foxcroft y Tsertsvadze, 2012; Norberg et al., 2013). Sin embargo, los resultados de la revisión sistemática realizada en este trabajo indican una gran disparidad en los efectos de este tipo de programas, por lo que no se puede afirmar que una intervención dirigida a prevenir el consumo de múltiples sustancias sea superior a una enfocada a una única droga.

En cuanto al tipo de sustancia, de nuevo, se hallaron una gran variedad de resultados. No obstante, la prevención del consumo de alcohol es la que acumula más evidencia. Casi todos los programas tuvieron algún tipo de efecto positivo relacionado con el consumo alcohol, especialmente sobre la cantidad o frecuencia de consumo. Los diferentes programas basados en el *Climate Schools* mostraron resultados positivos en cuanto a incrementar el conocimiento sobre el alcohol hasta 12 meses después, y disminuir la intención de beber alcohol, así como la probabilidad de consumo semanal y la frecuencia de uso excesivo de alcohol a los 12 meses (Champion et al., 2016a; Newton et al., 2010; Teesson et al., 2020). También los programas *PeerLearning.net* y Mantente REAL, en sus versiones española y mexicana, obtuvieron efectos positivos a la hora de disminuir del uso de alcohol (Chirimwami y Van Ryzin, 2024; Cutrín et al., 2021; Marsiglia et al., 2015). Además, el programa Mantente REAL en su versión mexicana encontró un efecto diferencial por género, siendo las chicas que participaron en el programa las que mostraron un menor crecimiento en el consumo de alcohol, tanto en frecuencia como en cantidad (Marsiglia et al., 2015). Este resultado es consistente con la presencia de mayor riesgo de consumo en hombres que en mujeres (McHugh et al., 2018; Zakiniaez y Potenza, 2018).

El *Teen's Life Choice* (TLC) tuvo resultados beneficiosos significativos para los líderes participantes y marginalmente significativos para su grupo de amigos/as, informando de un menor número de bebidas alcohólicas en un episodio de consumo y de tener un menor número de amigos/as que bebieran (Golonka et al., 2017). Sin embargo, esto no se generalizó al resto de los pares, por lo que los efectos son limitados. El *Refuse, Remove, Reasons* (RRR) consiguió resultados positivos respecto a reducir el número de episodios de intoxicación etílica y de la aceptación de alcohol, pero no su uso (Mogro-Wilson et al., 2017). Estos programas estarían

interviniendo sobre la influencia de los pares que consumen como factor de riesgo (Gray y Squeglia, 2018; Nawi et al., 2021).

Por su parte, otros programas como el del IAMS o el *Unplugged* lograron, además de una disminución en el uso de alcohol, una mejoría en variables cognitivas que se han presentado empíricamente como factores de riesgo del consumo (Gray y Squeglia, 2018; Nawi et al., 2021): reducción de actitudes favorables y creencias poco negativas acerca de las consecuencias del uso de alcohol, de la percepción del uso de alcohol de los/las amigos/as y de la intención de consumo de alcohol, así como aumento de la percepción de riesgo del consumo (Perona et al., 2022; Vigna-Talanti et al., 2021).

Sólo dos programas que se dirigían a prevenir el consumo de alcohol no hallaron resultados significativos, la intervención de resiliencia de Hodder et al. (2017) y el *Information + Psychosocial Competence = Protection* (IPSY) (Weichold y Blumenthal, 2016).

En definitiva, existe evidencia que apoya la eficacia de los programas de prevención universal basados en la escuela en el consumo de alcohol de adolescentes. En nuestro país, el alcohol es la sustancia más prevalente en la población de 15-24 años (OEDA, 2024), siendo la edad media de inicio de consumo a los 16,4 años (13,9 años en población secundaria, OEDA 2023). Por ello, no es de extrañar que los programas centren sus esfuerzos en la prevención del uso inicial de esta sustancia.

Acerca del consumo de tabaco, sólo los programas *PeerLearning.net* e IPSY obtuvieron efectos significativos reduciendo la frecuencia de uso de tabaco (Chirimwami y Van Ryzin, 2024; Weichold y Blumenthal, 2016). Por su parte, los programas TLC y RRR tuvieron efectos más limitados, reduciendo el número de amigos/as de los/las líderes que fumaban (Golonka et al., 2017) y disminuyendo la aceptación de cigarrillos, pero no su uso (Mogro-Wilson et al., 2017), respectivamente.

Con relación al uso de cannabis/marihuana, varios programas obtuvieron resultados positivos de forma significativa y dos de forma marginalmente significativa (*PeerLearning.net* y TLC). El programa Mantente REAL en su versión mexicana tuvo efectos significativos en la reducción del consumo de marihuana, pero estos se basaron en una muestra de muy pocos adolescentes (Marsiglia et al., 2015). El *Climate Schools: Curso de Alcohol y de Cannabis* obtuvo resultados positivos significativos en cuanto a aumentar el conocimiento sobre el cannabis (Champion et al., 2016; Newton et al., 2010) y reducir su uso a los 6 meses, pero no

a los 12 meses (Newton et al., 2010). Por otra parte, el *Climate Schools Combined* produjo un aumento significativo del conocimiento de cannabis a largo plazo, mas no se pudieron recoger datos sobre su uso por limitaciones éticas (Teesson et al., 2020). Asimismo, el programa del IAMS tuvo efectos en la reducción de actitudes favorables e intención de consumo de cannabis, y en el aumento de la percepción de riesgo (Perona et al., 2022). No obstante, el programa no influyó de forma significativa en el propio consumo. Otros programas recogieron datos sobre el consumo de cannabis o la marihuana, pero no obtuvieron efectos significativos. En concreto, el RRR (Mogro-Wilson et al., 2017), el *Unplugged* (Vigna-Talianti et al., 2021) y una intervención de resiliencia (Hodder et al., 2017).

Finalmente, sólo dos programas hallaron resultados positivos sobre el consumo de otras drogas ilegales. El primero, el *Climate Schools: Módulo de Éxtasis y Drogas Emergentes*, dirigido expresamente a prevenir su consumo, consiguió una disminución significativa de la probabilidad de uso de NSP, y un aumento significativo en el conocimiento de las NSP y del éxtasis (Champion et al., 2016b). El segundo, el IPSY, redujo la propensión al uso de drogas ilegales, manteniéndose estos efectos a largo plazo (Weichold y Blumenthal, 2016). Programas como el LST junto con el *TimeWise* (Ferrer-Wreder et al., 2010), la intervención de resiliencia de Hodder et al. (2017) o el *Unplugged* (Vigna-Talianti et al., 2021) dirigidos igualmente a la prevención de sustancias ilegales no encontraron efectos significativos.

Debido al carácter universal de los programas, es decir, su enfoque a población general, se podría explicar la escasez de efectos significativos en el consumo de cannabis/marihuana y/u otras drogas ilegales. Por un lado, pocos adolescentes consumen sustancias ilegales a las edades de implementación de los programas, que, en su mayoría, se centran en estudiantes de 12-14 años (sólo dos estudios incluyeron adolescentes de hasta 18 años: Golonka et al., 2017 y Perona et al., 2022). Por ejemplo, en España la edad media de inicio de consumo de cannabis es de 18,4 años (OEDA, 2024), si bien otros estudios sitúan la edad de inicio en 14,9 años en población de educación secundaria (OEDA, 2023). Varios estudios mencionan la baja prevalencia en la muestra total del consumo de estas sustancias (e.g., Champion et al., 2016b; Marsiglia et al., 2015). Por otro lado, limitaciones éticas como en el estudio de Teesson et al. (2020) podrían desalentar a investigadores a la hora de recoger información sobre el uso de sustancias ilegales. No obstante, todos los hallazgos encontrados son consistentes con los principios de la prevención universal, donde los beneficios superan a los riesgos y a los costes (IOM, 1994).

Por otra parte, todos los estudios se basan en algún componente de la clasificación propuesta por Griffin y Botvin (2010). En su inmensa mayoría, los programas incluyen el entrenamiento de habilidades de resistencia social, cuyo objetivo es mejorar la conciencia de las diferentes influencias sociales en el consumo de sustancias y enseñar habilidades específicas para resistir de forma efectiva las presiones de los pares y de los medios de comunicación. Además, todos los programas que incluyeron este componente también integraron contenidos relacionados con la educación normativa, cuyo propósito principal es modificar percepciones erróneas de la alta prevalencia de consumo de sustancias (Griffin y Botvin, 2010). Este tipo de programas son los que mejor funcionan en la etapa vital en la que se encuadran los estudios analizados, la adolescencia temprana (Onrust et al., 2016).

Por último, únicamente tres estudios utilizaron programas centrados de forma exclusiva en el entrenamiento de desarrollo de competencias, que tienen como objetivo la enseñanza de habilidades generales personales y sociales para todo tipo de situaciones, no sólo en el contexto de consumo (Griffin y Botvin, 2010). A saber, el *TimeWise*, que se aplicó de forma conjunta con el programa multicomponente LST (Ferrer-Wreder et al., 2010), una intervención basada en la resiliencia y el *PeerLearning.net*. Sólo el *PeerLearning.net* obtuvo resultados significativos, mencionados previamente, en el uso de alcohol y de tabaco (Chirimwami y Van Ryzin, 2024).

Es decir, casi todos los estudios emplearon programas multicomponentes (e.g., el *Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis*, *Climate Schools: Módulo de Éxtasis y Drogas Emergentes*, Mantente REAL) que obtuvieron en menor o mayor medida resultados positivos, a excepción del programa LST (Ferrer-Wreder et al., 2010). En general, los resultados son consistentes con lo que la evidencia previa señala como eficaz y/o efectivo para este tipo de programas, es decir, incluir contenido relacionado con el aprendizaje de habilidades personales y sociales, y la educación normativa (UNODC, 2018; Griffin y Botvin, 2010).

Una de las críticas a los programas de prevención universal de consumo de sustancias basados en la escuela son las inconsistencias en las evaluaciones del mismo programa (Faggiano et al., 2014). En esta revisión, dos programas se evaluaron en más de un estudio, el *Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis* y el Mantente REAL. El programa *Climate Schools: Curso de Alcohol y Cannabis* mostró resultados consistentes respecto a aumentar el conocimiento de alcohol y de cannabis y reducir el consumo de alcohol de forma significativa en comparación con el GC (Champion et al., 2016a; Newton et al., 2010). Además, en ambos

estudios no se encontraron diferencias significativas en el uso de cannabis; si bien Newton et al. (2010) observó una reducción significativa del uso a los 6 meses, este efecto no se dio a los 12 meses. Tampoco ambos estudios encontraron diferencias significativas en las actitudes/intenciones de consumo. La diferencia principal radica en la frecuencia de consumo excesivo de alcohol, donde Champion et al. (2016a) sí hallaron diferencias significativas, mientras que Newton et al. (2010) no. Estas diferencias se pueden explicar parcialmente por la diferencia en la recogida de datos, ya que Champion et al. (2016a) evaluó el programa a los 6 meses y Newton et al. (2010) incluyó los resultados a los 12 meses. Con relación al programa Mantente REAL, ambos estudios encontraron resultados significativos en el uso de alcohol (Cutrín et al., 2021; Marsiglia et al., 2015), pero Cutrín et al. (2021) no observaron un efecto diferencial de género. No obstante, por lo que respecta a los efectos principales sobre el consumo de sustancias, los resultados sobre las evaluaciones del mismo programa en diferentes estudios parecen no mostrar resultados altamente inconsistentes, en línea con lo que indica la revisión de Foxcroft y Tsertsvadze (2012).

1 Limitaciones e implicaciones para el futuro

Esta revisión presenta varias limitaciones. En primer lugar, la elección de las palabras clave utilizadas, así como las bases de datos empleadas podrían haber dejado fuera estudios que aportaran evidencia igualmente válida. En segundo lugar, los criterios de exclusión e inclusión escogidos. Por ejemplo, en un intento de homogeneizar los resultados, se determinó como criterio de exclusión los programas basados en la escuela que realizasen el cambio parcial o totalmente a través de la familia. Además, debido al criterio de inclusión seleccionado de población de 13-18 años, estudios que se centraron en los seguimientos consecutivos cuando los/las estudiantes ya eran jóvenes adultos/as quedaron igualmente excluidos.

Por otra parte, puesto que se incluyeron todos los estudios que fueran empíricos y cuantitativos, independientemente del tipo del diseño, esto podría explicar la gran heterogeneidad en los resultados. La mitad de los artículos emplearon ensayos controlados aleatorizados (RCT por sus siglas en inglés), cuatro se decantaron por un diseño cuasiexperimental, dos fueron estudios piloto y uno un estudio exploratorio y descriptivo. Inclusive, dentro de los RCT hubo variaciones, todos fueron por conglomerados, pero uno además tuvo un diseño multicéntrico. Como es evidente, todos estos diseños tienen diferentes grados de calidad y rigurosidad metodológica, por lo que aportan diferentes niveles de evidencia. Otro aspecto que podría explicar esta variedad de resultados es la gran diferencia en

los tamaños de las muestras de los estudios, siendo $N = 6382$ la de mayor tamaño (Teesson et al., 2020) y $N = 324$ la menor (Golonka et al., 2017).

Por todos estos motivos, futuras revisiones deberían centrarse en los efectos a largo plazo de las intervenciones, seleccionando estudios longitudinales y ampliando el rango desde la adolescencia a la adultez temprana. Otra posible línea de investigación serían los programas basados en la escuela, pero que impliquen a la familia. De igual modo, puesto que algunos estudios identificaron efectos diferenciales en subgrupos (e.g., género o raza/etnia), futuras investigaciones deberían analizar la posible presencia de estos, dado que los tamaños del efecto podrían verse afectados y, con ello, la eficacia de la intervención.

Propuesta Aplicada

1 Justificación de la propuesta de intervención

El consumo de sustancias es un problema de salud pública presente en nuestra sociedad actual. El alcohol, el tabaco y el cannabis/marihuana son las sustancias más consumidas en España, y tienen su inicio en la adolescencia (OEDA, 2023, 2024). El abuso de sustancias a edades tempranas se ha asociado a consecuencias perjudiciales en la salud (e.g., episodios de TDM), en especial cuando se da una frecuencia acumulativa hasta el inicio de la adultez (Brook et al., 2002). Por ello, resulta imprescindible una prevención universal, antes de que el problema llegue a manifestarse. Las escuelas han probado su utilidad como contexto de intervención, gracias al gran número de estudiantes al que se puede llegar a través de ellas (Arango et al., 2018; Griffin y Botvin, 2010).

Como se ha comentado en detalle en esta revisión, hay una gran variedad de programas de prevención universal basados en la escuela que han demostrado tener efectos significativos a la hora de reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección frente al consumo de sustancias. Estos suelen intervenir sobre las creencias, percepciones de riesgo y expectativas asociadas al consumo, incluyendo componentes de educación normativa y de información, así como el entrenamiento en una gran diversidad de habilidades para la toma de decisiones, resolución de problemas, rechazo de ofrecimiento de sustancias y fomentar las relaciones con pares prosociales.

Por lo tanto, el programa “Decidiendo”, es un programa de prevención universal de consumo de sustancias, basado en la escuela y dirigido a adolescentes de 12-14 años. Se trata

de una propuesta aplicada de prevención de elaboración propia, inspirada en la evidencia aportada por diferentes prácticas de prevención de esta revisión, como la adaptación española del “Mantente REAL” (Cutrín et al., 2021) o las diferentes versiones del *Climate Schools* (Champion et al., 2016a; Champion et al., 2016b; Newton et al., 2010; Teesson et al., 2020). Específicamente, se centra en prevenir o retrasar el inicio del consumo de alcohol, ya que es la sustancia cuyo consumo se inicia más tempranamente, desde un enfoque interactivo.

2 Objetivos del programa

El objetivo general del programa es prevenir o retrasar el inicio del consumo de alcohol en adolescentes. De manera más específica, los objetivos son:

- Modificar las creencias y percepciones erróneas asociadas al consumo de alcohol.
- Modificar las expectativas hacia el consumo de alcohol.
- Mejorar las habilidades sociales, competencias y resistencia a la presión.
- Reducir la cantidad y la frecuencia de consumo de alcohol.

3 Descripción del programa

3.1 Población objetivo

Este programa está diseñado para implementarse en centros educativos de enseñanza secundaria. En concreto, está dirigido a adolescentes de 12-14 años que cursen primero o segundo de la ESO, a fin de intervenir antes de la edad media de inicio de consumo. Se trabajará con clases enteras de alumnos/as, sin aplicar criterios de inclusión o exclusión para participar en el programa.

3.2 Componentes del programa

Se trata de un programa multicomponente, basado en los tres tipos de programas de prevención universal para prevención de consumo de sustancias de Griffin y Botvin (2010): el entrenamiento en habilidades de resistencia social, la educación normativa y el entrenamiento de habilidades de desarrollo de competencias.

Por lo tanto, los componentes principales serían:

- 1) Información.

- 2) Educación normativa.
- 3) Entrenamiento en habilidades sociales, competencias y resistencia a la presión.
- 4) Entrenamiento del profesorado.

3.3 Recursos materiales y humanos

Los recursos materiales necesarios son: al menos un ordenador por aula para las actividades online, hojas impresas para las actividades de lápiz y papel, y útiles de escritura.

Respecto a los recursos humanos, es preciso un/a profesor/a por clase a intervenir, y al menos dos psicólogos/as para todo el programa. Las actividades del programa serán llevadas a cabo por profesores, preferiblemente los/las tutores/as, que recibirán una sesión de formación. Esta sesión y las evaluaciones del programa las realizarán profesionales de la psicología.

4 Procedimiento

Se contactará con múltiples centros educativos y se les presentará la intervención hasta conseguir al menos dos dispuestos a participar. Una vez seleccionados los centros y obtenido el consentimiento informado de los/las participantes, se aleatorizará la asignación de la intervención a los centros, sirviendo al menos un centro como grupo control (no reciben el programa) y otro como grupo de intervención (reciben el programa). Esto permitirá la comparación de los resultados al finalizar el programa. Antes de comenzar, se realizará una sesión de entrenamiento al profesorado, proporcionando información sobre el programa, los objetivos y cómo realizar las actividades. Se establecerá un día fijo en horario escolar para realizar las sesiones de forma semanal, previamente acordado con los centros según su disponibilidad. En total, son 8 sesiones, de unos 50 minutos de duración cada sesión y una sesión de seguimiento a los 6 meses, también con una duración de 50 minutos. Todas las sesiones tienen un formato presencial y grupal.

5 Sesiones

Para un resumen de los objetivos y la estructura de las sesiones, ver la Tabla 2. A continuación, se detallan los contenidos de cada sesión.

5.1 Sesión 1: Presentación de programa

Los objetivos son presentar el programa, fomentar la adherencia al mismo y obtener información acerca del consumo de alcohol para establecer una línea base.

Estructura de la sesión

Presentación del programa. Se introducirán en esta primera sesión los contenidos y los objetivos del programa, explicando la importancia de las tareas para casa. Para esta primera sesión estará presente un/a profesional de la psicología, junto con el/la profesor/a de la clase.

Cuestionarios. Se cumplimentarán los cuestionarios mencionados previamente como medida pre-intervención, que se meterán en un sobre cerrado para asegurar la confidencialidad. Esto permitirá hacer una comparación al finalizar el programa y en el seguimiento. La presencia del profesional de la psicología general sanitaria permitirá resolver las posibles dudas y asegurar que se cubran de forma adecuada.

5.2 Sesión 2: Conocimiento sobre el alcohol parte 1

Los objetivos de la sesión son mejorar el conocimiento del alumnado sobre el alcohol, modificar las creencias y percepciones normativas de su consumo, y desmontar los mitos asociados al consumo.

Estructura de la sesión

Actividad 1 (25 minutos). Esta primera parte de la sesión es individual. Cada estudiante responderá desde su dispositivo electrónico las preguntas del *Kahoot!*, una web que permite crear cuestionarios interactivos, proporcionando *feedback* inmediato de las respuestas correctas. El contenido de las preguntas incluye preguntas sobre las prevalencias sobre el consumo de alcohol, mitos y verdades relacionados con el consumo de alcohol e información general (ver Apéndice B1 para ejemplos de preguntas). Esta actividad permite una toma de contacto con la temática del programa desde la educación normativa, y brinda la oportunidad al docente de establecer un punto de partida de los conocimientos sobre el tema de los/las alumnos/as.

Actividad 2 (25 minutos). Debate en base a las respuestas del *Kahoot!* Se trata de fomentar la participación activa de todo el alumnado, haciendo preguntas para identificar las

posibles creencias erróneas respecto a las prevalencias del consumo entre la gente joven, los efectos del alcohol y mitos relacionados con el consumo. El/la profesor/a deberá hacer preguntas del estilo: *¿Qué dato os sorprendió más?, ¿Qué es lo que ya sabíais?*

Tarea para casa. Lectura de un folleto con información general sobre el alcohol, los mitos y su consumo.

5.3 Sesión 3: Conocimiento sobre el alcohol parte 2

Los objetivos de esta sesión son mejorar el conocimiento del alumnado sobre el alcohol, modificar las creencias y percepciones normativas de su consumo e identificar actividades alternativas sin alcohol.

Estructura de la sesión

Repaso de la sesión anterior (5 minutos). El/la profesor/a deberá hacer un breve resumen de los temas tratados en la sesión anterior.

Actividad 1 (15 minutos). Actividades sociales sin alcohol. De forma individual, deberán escribir una serie de actividades para realizar que no impliquen consumir alcohol. El/la profesor/a deberá enfatizar la importancia de incluir todo tipo de actividades (deportivas, culturales, etc.), donde al menos una sea gratuita o de bajo coste para intentar abarcar el mayor rango de situaciones y preferencias posibles.

Actividad 2 (30 minutos). Razones por las cuales los/las adolescentes deciden beber o no beber alcohol. En grupo, deben identificar al menos 10 razones por las cuales los/las adolescentes deciden beber y otras 10 por las cuales no. A continuación, deberán votar las razones para NO beber con las que más estén de acuerdo o que consideren más importantes. Por último, deberán compartir las actividades sociales sin alcohol de la actividad 1, proponiéndolas como alternativas a las razones por las cuales los/las adolescentes beben.

Tarea para casa. Reflexionar acerca de las razones personales para no beber.

5.4 Sesión 4: Alcohol en los medios de comunicación

Los objetivos de esta sesión son identificar las estrategias de persuasión para el consumo de alcohol empleadas por los medios de comunicación y elaborar mensajes efectivos contrarios al consumo.

Estructura de la sesión

Actividad 1 (25 minutos). Presentación de diferentes anuncios, clips de películas y series de televisión donde se promueva el consumo de alcohol y se normalice el consumo entre adolescentes. Después, debate acerca de las diferentes estrategias de persuasión que utilizan en las campañas publicitarias, como contratar a personas de referencia, y los mensajes dañinos, como el empleo de alcohol como estrategia de afrontamiento, la continua representación de actividades social con alcohol, etc. Aquí el/la profesor/a deberá recordar las actividades sociales sin alcohol de la sesión 3 como alternativas.

Actividad 2 (25 minutos). En grupos de 5-6 personas, deberán elaborar un mensaje publicitario escrito contrario al consumo de alcohol en adolescentes como una pancarta, folleto, juego, etc. Podrán usar como referencia lo aprendido en las sesiones de “Conocimiento sobre el alcohol”, como las razones para no consumir y las actividades sociales sin alcohol de la sesión 3. El/la profesor/a deberá fomentar la creatividad, no dando demasiadas instrucciones sobre lo que deba contener el mensaje.

Tarea para casa. Terminar el mensaje publicitario.

5.5 Sesión 5: Aprendiendo a decir “NO”

Los objetivos de esta sesión son identificar situaciones de presión grupal y entrenar habilidades de resistencia social, en concreto, de rechazo de consumo de sustancias.

Estructura de la sesión

Repaso de la sesión anterior (10 minutos). Los/las alumnos/as mostrarán sus anuncios y los colgarán en el aula para que sean visibles.

Actividad 1 (10 minutos). Visualización de un vídeo donde se ejemplifica una situación de presión por partes de los pares para beber alcohol. Después, fomentar el debate con

preguntas como: *¿A vosotros/as o a alguien que conozcáis le ha pasado algo similar? ¿Cómo de probable creéis que os pase algo así en el futuro? ¿Es fácil decir que no?*

Actividad 2 (30 minutos). El/la profesor/a formará grupos de 5-6 personas. A continuación, estos grupos deberán escribir un guion breve inspirándose en una situación que hayan vivido donde sintieran presionados a decir que sí (con amigos/as, familiares, en el colegio, etc.) y trasladándola a una situación de ofrecimiento de consumo. A partir de la situación elegida, deben escribir una respuesta o conducta para decir “no” de una forma que consideren efectiva.

Tarea para casa: los grupos deberán grabar un vídeo corto (2 minutos) donde representarán la situación descrita en el guion.

5.6 Sesión 6: Evitando situaciones de riesgo

Los objetivos de esta sesión son identificar situaciones de riesgo asociadas al consumo, aprender estrategias para evitar dichas situaciones, aprender a irse de situaciones de riesgo y mejorar la capacidad de resolución de problemas.

Estructura de la sesión

Repaso de la sesión anterior (10 minutos). A modo de enlace con la sesión anterior, se iniciará esta sesión visualizando los cortos grabados por los diferentes grupos. A continuación, votarán al mejor corto que mejor ejemplifique cómo rechazar un ofrecimiento.

Actividad 1 (20 minutos). Identificando situaciones de riesgo. Cada persona deberá escribir en un trozo de papel una situación que consideren de riesgo para el consumo de alcohol. El/la profesor/a recogerá todos los papeles y sacará varios al azar. De forma grupal, la clase deberá encontrar una estrategia para evitar esa situación de forma efectiva.

Actividad 2 (20 minutos). Se presentarán una serie de situaciones potencialmente de riesgo. Mediante el *role-playing*, deberán practicar cómo evaluar el riesgo real de la situación y cómo emplear la estrategia de marcharse de allí. Por ejemplo, *“Vas a una fiesta de cumpleaños de un amigo/a y sus padres no están, ya que se ha quedado su hermano/a mayor. Te lo estás pasando bien, hasta que alguien decide que sería divertido que todos/as bebieais alcohol. Tú no quieres beber y quieres marcharte, pero no sabes cómo. ¿Qué haces?”*.

Tarea para casa. Completar una hoja de actividades de forma individual donde se presentan una serie de situaciones problema de la vida cotidiana y asociadas al consumo.

5.7 Sesión 7: Reduciendo los daños

Los objetivos de esta sesión son aumentar el conocimiento sobre el consumo excesivo y de riesgo de alcohol, aumentar la percepción de riesgo asociada al alcohol y minimizar los daños asociados a su consumo.

Estructura de la sesión

Repaso de la sesión anterior (5 minutos). El/la profesor/a deberá preguntar qué recuerdan de lo aprendido en la sesión anterior y apuntar los conceptos clave en la pizarra.

Actividad 1 (25 minutos). El *binge drinking* o el consumo excesivo de alcohol, las intoxicaciones etílicas y minimización del consumo. El/la profesor/a hará una breve introducción sobre qué es una unidad estándar, qué se considera consumo de riesgo y qué consumo excesivo de alcohol para adolescentes, qué son las intoxicaciones etílicas y los signos de aparición y en caso de beber, cómo minimizar el consumo de alcohol. A continuación, los/las alumnos/as completarán en el *Kahoot!* una serie de preguntas para afianzar los contenidos.

Actividad 2 (20 minutos). Consecuencias a corto y a largo plazo de beber alcohol de forma excesiva. Se repartirán sobres con una serie de consecuencias asociadas a beber alcohol de forma excesiva a modo de piezas de un puzle y una hoja con dos columnas, a corto plazo y a largo plazo. En grupos de 3-4 personas, deberán colocar estas piezas decidiendo cuáles encajan en cada categoría y ordenarlas de mayor a menor gravedad. Una vez hayan acabado todos los grupos, el/la profesor/a anotará la solución del ejercicio en la pizarra.

Tarea para casa. Lectura de un folleto informativo sobre cómo actuar ante una emergencia médica por intoxicación etílica.

5.8 Sesión 8: Cierre del programa

Los objetivos de esta sesión son reforzar los contenidos aprendidos y evaluar los resultados post-intervención.

Estructura de la sesión

Actividad 1. Para esta sesión estará presente el/la profesional de la psicología. Se resumirán los contenidos aprendidos durante todo el programa, reforzando los objetivos del mismo.

Cuestionarios. Se cumplimentarán los mismos cuestionarios de la sesión 1, junto con una encuesta de satisfacción del programa (ver Apéndice B2). El profesorado cubrirá de igual forma una encuesta para valorar el programa y la fidelidad de implementación (número de sesiones, actividades realizadas en total, respeto del calendario establecido, etc.).

5.9 Sesión 9: Seguimiento a los seis meses

Los objetivos de esta sesión son reforzar los contenidos aprendidos a lo largo del programa y evaluar los efectos del programa a medio plazo.

Estructura de la sesión

Actividad de refuerzo. Se hará un resumen de los conceptos principales del programa. Además, se resolverán las dudas y se comentarán las dificultades o barreras que hayan podido aparecer, debatiendo en grupo posible soluciones.

Cuestionarios. En esta sesión se cumplimentarán los mismos cuestionarios mencionados previamente.

Tabla 2

Resumen de las sesiones y actividades del programa “Decidiendo”

Sesión	Objetivos	Descripción	Tareas para casa
1	Presentar el programa, fomentar la adherencia y obtener información acerca del consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Presentación del programa</u> (objetivos, contenidos e importancia de las tareas para casa). Para esta sesión, estará presente el/la profesional de la psicología. - <u>Cuestionarios</u>. 	
2	Mejorar el conocimiento del alumnado sobre el alcohol, modificar las creencias y percepciones normativas de su consumo, y desmontar los mitos asociados al consumo	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Actividad 1 (25 minutos)</u>. <i>Kahoot!</i> sobre prevalencias sobre el consumo de alcohol, mitos y verdades relacionados con el consumo de alcohol e información general. - <u>Actividad 2 (25 minutos)</u>. Debate en base a las respuestas del <i>Kahoot!</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Lectura de un folleto con información general sobre el alcohol, los mitos y su consumo.
3	Mejorar el conocimiento del alumnado sobre el alcohol, modificar las creencias y percepciones normativas de su consumo e identificar actividades alternativas sin alcohol	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Repaso de la sesión anterior (5 minutos)</u>. El/la profesor/a deberá hacer un breve resumen de los temas tratados en la sesión anterior. - <u>Actividad 1 (15 minutos)</u>. De forma individual, elaborar un lista de actividades sociales sin alcohol. - <u>Actividad 2 (30 minutos)</u>. Listado 10 razones por las cuales los adolescentes deciden beber o no alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexionar acerca de las razones personales para no beber.

Sesión	Objetivos	Descripción	Tareas para casa
4	Identificar las estrategias de persuasión para el consumo de alcohol empleadas por los medios de comunicación y elaborar mensajes efectivos contrarios al consumo	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Actividad 1 (25 minutos)</u>. Presentación de diferentes anuncios, clips de películas y series de televisión donde se promueva y se normalice el consumo entre adolescentes. Debate acerca de las diferentes estrategias de persuasión empleadas. - <u>Actividad 2 (25 minutos)</u>. En grupos de 5-6 personas, elaborar un mensaje publicitario escrito contrario al consumo de alcohol en adolescentes como una pancarta, folleto, juego. 	- Terminar el mensaje publicitario.
5	Identificar situaciones de presión grupal y entrenar habilidades de resistencia social (rechazo de consumo de sustancias)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Repaso de la sesión anterior (10 minutos)</u>. Los/las alumnos/as mostrarán sus anuncios y los colgarán en el aula para que sean visibles. - <u>Actividad 1 (10 minutos)</u>. Visualización de un vídeo de situación de presión por partes de los pares para beber alcohol. Debate grupal. - <u>Actividad 2 (30 minutos)</u>. En grupos de 5-6 personas, deberán escribir un guion breve inspirándose en una situación que hayan vivido donde sintieran presionados a decir que sí, y trasladándola a una situación de ofrecimiento de consumo. Además, deberán escribir una respuesta o conducta para decir “no” de una forma efectiva. 	- Vídeo corto (2 minutos) donde representarán la situación descrita en el guion.

Sesión	Objetivos	Descripción	Tareas para casa
6	Identificar situaciones de riesgo asociadas al consumo, aprender estrategias para evitar dichas situaciones, aprender a irse de situaciones de riesgo y mejorar la capacidad de resolución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Repaso de la sesión anterior (10 minutos)</u>. Visualización de los cortos grabados por los diferentes grupos y votación del mejor corto. - <u>Actividad 1 (20 minutos)</u>. Identificando situaciones de riesgo. De forma individual, escribir situaciones de riesgo de consumo. El/la profesor/a seleccionará varias al azar. De forma grupal, encontrar una estrategia para evitarla de forma efectiva. - <u>Actividad 2 (20 minutos)</u>. Se presentarán una serie de situaciones potencialmente de riesgo. Mediante el <i>role-playing</i>, practicar cómo evaluar el riesgo real de la situación y cómo emplear la estrategia de marcharse. 	- Hoja de actividades de forma individual donde se presentan una serie de situaciones problema de la vida cotidiana y asociadas al consumo.
7	Aumentar el conocimiento sobre el consumo excesivo y de riesgo de alcohol, aumentar la percepción de riesgo asociada al alcohol y minimizar los daños asociados a su consumo	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Repaso de la sesión anterior (5 minutos)</u>. El/la profesor/a deberá preguntar qué recuerdan de lo aprendido en la sesión anterior y apuntar los conceptos clave en la pizarra. - <u>Actividad 1 (25 minutos)</u>. El <i>binge drinking</i> o el consumo excesivo de alcohol, las intoxicaciones etílicas y minimización del consumo. Introducción del profesor/a y <i>Kahoot!</i> - <u>Actividad 2 (20 minutos)</u>. Consecuencias a corto y a largo plazo de beber alcohol de forma excesiva. Resolución del “puzle” en grupos de 3-4 personas. 	- Lectura de un folleto informativo sobre cómo actuar ante una emergencia médica por intoxicación etílica.

Sesión	Objetivos	Descripción	Tareas para casa
8	Reforzar los contenidos aprendidos y evaluar los resultados post-intervención	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Actividad 1</u>. Para esta sesión estará presente el/la profesional de la psicología. Se resumirán los contenidos aprendidos, reforzando los objetivos del programa. - <u>Cuestionarios</u>. Se cumplimentarán los mismos cuestionarios de la sesión 1, junto con una encuesta de satisfacción del programa. El profesorado cubrirá una encuesta para valorar el programa y la fidelidad de implementación. 	
Sesión de seguimiento	Reforzar los contenidos aprendidos a lo largo del programa y evaluar los efectos del programa a medio plazo	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Actividad de refuerzo</u>. Resumen de los conceptos principales del programa. Dudas y dificultades o barreras que hayan podido aparecer, debatiendo en grupo posible soluciones. - <u>Cuestionarios</u>. 	

6 Evaluación de los resultados del programa

A fin de recoger información acerca de la eficacia del programa y del cumplimiento de los objetivos se pasarán los siguientes cuestionarios:

- Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol/*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Saunders et al., 1993, adaptación española de Rubio et al., 1998), para medir la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, y posibles episodios de *binge drinking*.
- Cuestionario de Expectativas del Alcohol en Adolescentes, versión breve/*Alcohol Expectancy-Adolescent Questionnaire, Brief* (AEQ-AB; Stein et al., 2007, adaptación española de Gázquez et al., 2015), para medir las expectativas negativas y positivas de los efectos del consumo de alcohol.
- Cuestionario de Información, subescala de alcohol (Maciá et al., 1993), para medir el conocimiento de alcohol (efectos e información básica).
- Cuestionario de Habilidades Sociales (CHASO; Caballo y Salazar, 2017), para evaluar las habilidades sociales, incluyendo el rechazo de peticiones.

Estos se aplicarán tres veces, antes de comenzar la intervención, al acabar y en la sesión de seguimiento a los 6 meses, tanto al grupo control como al de intervención. Además, al finalizar el programa se pasará una encuesta de valoración del programa al profesorado y al alumnado del grupo de intervención.

En base a la evidencia previa, se espera que el programa “Decidiendo” tenga efectos positivos reduciendo la frecuencia y la cantidad de alcohol consumido, reduciendo las expectativas positivas y modificando las creencias y percepciones erróneas asociadas al consumo, y mejorando las habilidades sociales, las competencias y la resistencia a la presión.

Conclusiones

La presente revisión tenía como objetivo analizar la eficacia de los programas de prevención universal basados en la escuela dirigidos al consumo de sustancias en la adolescencia desde el año 2010. Se encontró que, al igual que lo sugerido por la evidencia previa, la mayoría de los programas estaban dirigidos a prevenir conjuntamente el consumo de alcohol y de otras sustancias. No obstante, la gran disparidad de resultados en los efectos no permite concluir que una intervención dirigida a prevenir el consumo de múltiples sustancias sea superior a una enfocada a una única sustancia.

En cuanto al tipo de sustancia, la prevención del consumo de alcohol es la que acumula más evidencia, ya que casi todos los programas (10 de los 14 revisados) tuvieron algún tipo de efecto positivo relacionado con su consumo, especialmente sobre la cantidad o frecuencia. Acerca del consumo de tabaco, dos programas de 7 obtuvieron efectos significativos reduciendo su frecuencia de uso. Respecto al cannabis/marihuana, sólo un programa de 9 tuvo efectos significativos en la reducción del propio consumo. Por último, únicamente dos programas de 4 hallaron resultados positivos sobre el consumo de otras drogas ilegales.

En cuanto a sus componentes, se puede concluir que, en su mayoría, los programas revisados son multicomponentes que incluían el entrenamiento de habilidades de resistencia social y de desarrollo de competencias, y contenidos relacionados con la educación normativa.

En conclusión, parece que la prevención universal es útil y eficaz para evitar o reducir el consumo de sustancias en la adolescencia. Por ello, en base a esta evidencia se elaboró la actual propuesta de intervención preventiva.

Referencias Bibliográficas

- Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. y Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591-604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, edición revisada* (Vol. 1, pp. 375-402). McGraw-Hill.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Cohen, P. y Whiteman, M. (2002). Drug Use and the Risk of Major Depressive Disorder, Alcohol Dependence, and Substance Use Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59(11), 1039-1044. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.11.1039>
- Brumbach, T., Thompson, W., Cummins, K., Brown, S. y Tapert, S. (2021). Psychosocial predictors of substance use in adolescents and young adults: Longitudinal risk and protective factors. *Addictive Behaviors*, 121, 106985. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106985>
- Caballo, V. E. y Salazar, I. C. (2017). Desarrollo y Validación de un Nuevo Instrumento para la Evaluación de las Habilidades Sociales: El "Cuestionario de Habilidades Sociales" (CHASO). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1).
- Champion, K. E., Newton, N. C., Stapinski, L., Slade, T., Barrett, E. L. y Teesson, M. (2016). A cross-validation trial of an Internet-based Prevention Program for Alcohol and

- Cannabis: Preliminary Results from a Cluster Randomised Controlled Trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(1), 64-73. <https://doi.org/10.1177/0004867415577435>
- Champion, K. E., Newton, N. C., Stapinski, L. A. y Teesson, M. (2016). Effectiveness of a Universal Internet-Based Prevention Program for Ecstasy and New Psychoactive Substances: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Addiction*, 111(8), 1396-1405. <https://doi.org/10.1111/add.13345>
- Chirimwami, V. y Van Ryzin, M. J. (2024). Universal School-Based Substance Use Prevention Using Technology-Supported Cooperative Learning. *Prevention Science*, 25(3), 488-497. <https://doi.org/10.1007/s11121-024-01662-1>
- 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://dx.doi.org/10.5093/pi2020a19>
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D. y Guillén-Riquelme, A. (2015). 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>
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). Universal School-Based Prevention for Illicit Drug Use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>
- Fernández-Ríos, L. y Gómez, X. A. (2007). *La psicología preventiva en la intervención social*. Síntesis. <https://doi.org/10.13140/2.1.5025.1202>
- Ferrer-Wreder, L., Ca'dely, H. S. E., Domitrovich, C. E., Small, M. L., Caldwell, L. L. y Cleveland, M. J. (2010). Is More Better? Outcome and Dose of a Universal Drug Prevention Effectiveness Trial. *The Journal of Primary Prevention*, 31, 349-363. <https://doi.org/10.1007/s10935-010-0226-4>
- Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2012). Cochrane Review: Universal School-Based Prevention Programs for Alcohol Misuse in Young People. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(2), 450-575. <https://doi.org/10.1002/ebch.1829>

- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Martos, Á., Cardila, F., Barragán, A. B., Carrión, J. J., Garzón, A. y Mercader, I. (2015). Adaptación española del Cuestionario de Expectativas del Alcohol en Adolescentes, versión breve. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5, 357-369. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v5i3.138>
- Gray, K. M. y Squeglia, L. M. (2018). Research Review: What Have We Learned About Adolescent Substance Use? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 59(6), 618–627. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12783>
- Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2010). Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 505. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.005>
- Golonka, M. M., Peairs, K. F., Malone, P. S., Grimes, C. L. y Costanzo, P. R. (2017). Natural Peer Leaders as Substance Use Prevention Agents: The Teens' Life Choice Project. *Prevention Science*, 18, 555-566. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0790-4>
- Hanson, K. L., Medina, K. L., Padula, C. B., Tapert, S. F. y Brown, S. A. (2011). Impact of Adolescent Alcohol and Drug Use on Neuropsychological Functioning in Young Adulthood: 10-year Outcomes. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 20(2), 135-154. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2011.555272>
- Hodder, R. K., Freund, M., Bowman, J., Wolfenden, L., Campbell, E., Dray, J., Lecathelinais, C., Oldmeadow, C., Attia, J. y Wiggers, J. (2017). Effectiveness of a Pragmatic School-Based Universal Resilience Intervention in Reducing Tobacco, Alcohol, and Illicit Substance Use in a Population of Adolescents: Cluster-Randomised Controlled Trial. *BMJ Open*, 7(8), e016060. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016060>
- Kaplan, R. M. (2000). Two Pathways to Prevention. *American Psychologist*, 55(4), 382. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.4.382>
- Maciá, D., Olivares, J. y Méndez, F. (1993). Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia. En Méndez, F., Maciá, D. y Olivares, J. (Eds.). *Intervención conductual en contextos comunitarios I: Programas aplicados de prevención* (pp. 97-129). Pirámide.

- Marsiglia, F. F., Kulis, S. S., Booth, J. M., Nuño-Gutierrez, B. L. y Robbins, D. E. (2015). Long-Term Effects of the Keepin'it REAL Model Program in Mexico: Substance Use Trajectories of Guadalajara Middle School Students. *The Journal of Primary Prevention*, 36, 93-104. <https://doi.org/10.1007/s10935-014-0380-1>
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. y Greenfield, S. F. (2018). Sex and Gender Differences in Substance Use Disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Mogro-Wilson, C., Allen, E. y Cavallucci, C. (2017). A Brief High School Prevention Program to Decrease Alcohol Usage and Change Social Norms. *Social Work Research*, 41(1), 53-62. <https://doi.org/10.1093/swr/svw023>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/2139>.
- Nawi, A. M., Ismail, R., Ibrahim, F., Hassan, M. R., Manaf, M. R. A., Amit, N., Ibrahim, N. y Shafuridin, N. S. (2021). Risk and Protective Factors of Drug Abuse Among Adolescents: A Systematic Review. *BMC Public Health*, 21, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>
- Newton, N. C., Teesson, M., Vogl, L. E. y Andrews, G. (2010). Internet-based Prevention for Alcohol and Cannabis Use: Final Results of the Climate Schools Course. *Addiction*, 105(4), 749-759. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02853.x>
- Norberg, M. M., Kezelman, S. y Lim-Howe, N. (2013). Primary Prevention of Cannabis Use: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *PloS One*, 8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053187>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2023). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Resumen_ejecutivo.pdf

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2024). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf
- Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., y Smit, F. (2016). School-Based Programmes to Reduce and Prevent Substance Use in Different Age Groups: What Works for Whom? Systematic Review and Meta-Regression Analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 45-59. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.002>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. y Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perona, V. C., Franco, A. O., Galnares, I. G., Cantero, V. C., León, J. A. M. e Irlas, D. L. (2022). Evaluación de la eficacia de un programa de prevención escolar del consumo de alcohol y cannabis entre adolescentes: e202201004. *Revista Española de Salud Pública*, 96, 1-18. <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/321>
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C. y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198(1), 11-14.
- Tanner-Smith, E. E., Durlak, J. A. y Marx, R. A. (2018). Empirically Based Mean Effect Size Distributions for Universal Prevention Programs Targeting School-Aged Youth: A Review of Meta-Analyses. *Prevention Science*, 19(8), 1091-1101. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0942-1>
- Teesson, M., Newton, N. C., Slade, T., Chapman, C., Birrell, L., Mewton, L., Mather, M., Hides, L., McBride, N., Allsop, S. y Andrews, G. (2020). Combined Prevention for Substance Use, Depression, and Anxiety in Adolescence: A Cluster-Randomised

Controlled Trial of a Digital Online Intervention. *The Lancet Digital Health*, 2(2), e74-e84. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30213-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30213-4)

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2018). *International Standard on Drug Use Prevention*. UNODC, Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-drug-use-prevention-second-edition-2018>

Vigna-Taglianti, F., Mehanović, E., Alesina, M., Damjanović, L., Ibanga, A., Pwajok, J., Prichard, G., Van der Kreeft, P., Haur Virk, H. y Unplugged Nigeria Coordination Group. (2021). Effects of the "Unplugged" School-Based Substance Use Prevention Program in Nigeria: a Cluster Randomized Controlled Trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 228, 108966. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108966>

Weichold, K. y Blumenthal, A. (2016). Long-Term Effects of the Life Skills Program IPSY on Substance Use: Results of a 4.5-year Longitudinal Study. *Prevention Science*, 17, 13-23. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0576-5>

Zakiniaez, Y. y Potenza, M. N. (2018). Gender-related differences in addiction: A review of human studies. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 23, 171-175. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2018.08.004>

Índice de Tablas

Tabla 1. *Resumen de los resultados de los estudios y sus características principales...*pág. 28

Tabla 2. *Resumen de las sesiones y actividades del programa “Decidiendo”*pág. 50

Índice de Figuras

Figura 1. *Diagrama de flujo de la búsqueda sistemática*pág. 8

Figura 2. *Prevalencia (%) de consumo por intoxicación etílica aguda (borracheras) en población española de 15-24 años vital, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días*.....pág. 9

Figura 3. *Prevalencia (%) de binge drinking en población española de 15-24 años en los últimos 30 días*.....pág. 9

Figura 4. *Diagrama de Flujo PRISMA*.....pág. 17

Apéndice A: Listado de Acrónimos

CL. *Cooperative Learning*.

DM. Desviación Media.

EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España.

ESO. Educación Secundaria Obligatoria.

GC. Grupo Control.

GI. Grupo Intervención.

IAMS. Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

IC. Intervalo de Confianza.

IOM. *Institute of Medicine*, antiguo nombre para el actual *National Academy of Medicine*.

IPSY. *Information + Psychosocial Competence = Protection*.

LST. *Life Skills Training*.

NSP. Nuevas Sustancias Psicoactivas.

OEDA. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OR. Odds Ratio.

REAL. *Refuse, Explain, Avoid, Leave* o Rechaza, Explica, Aléjate, Levántate.

RRR. *Refuse, Remove, Reasons*.

TDAH. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

TDM. Trastorno Depresivo Mayor.

TLC. *Teen's Life Choice Project*.

Apéndice B: Materiales para las sesiones

Apéndice B1. Ejemplos de preguntas del *Kahoot!* de la segunda sesión²

1. ¿Cuántas personas de 15-24 años han bebido alcohol al menos una vez en el último año en España?
 - a. Muy pocas personas (12,3%).
 - b. La mitad (50,5%).
 - c. Tres cuartos (76,9%).
 - d. La gran mayoría (95,8%).
2. ¿Cuánta gente joven se emborrachó al menos una vez el año pasado en España?
 - a. Un cuarto de la gente joven (26,6%).
 - b. Tres cuartos de la gente joven (75,2%).
 - c. La gran mayoría (90,3%).
 - d. La mitad de la gente joven (49,5%).
3. * Respecto al alcohol, ¿cuál de estas frases es **VERDADERA**?
 - a. Una persona puede ser alcohólica bebiendo sólo cerveza.
 - b. Es fácil dejar de beber una vez que uno ha tomado la decisión de hacerlo.
 - c. Si tanta gente bebe alcohol es porque no es tan malo como se dice.
 - d. No existe relación entre fumar o beber alcohol y el consumo de otras drogas ilegales.
4. * Marca la frase **FALSA** relacionada con el alcohol.
 - a. Cualquier persona normal puede terminar siendo dependiente del alcohol.
 - b. El alcohol puede producir trastornos físicos y mentales.
 - c. Quién bebe alcohol para animarse, es fácil que busque efectos parecidos en otras drogas.
 - d. El alcohol es un estimulante, no un depresor.

² Las preguntas marcadas con un * están adaptadas del Cuestionario de Información (Maciá et al., 1993). El resto de preguntas son de elaboración propia.

5. Marca la frase **VERDADERA** relacionada con el consumo de alcohol.
- a. Los hombres y mujeres beben por igual.
 - b. Provoca los mismos efectos beber una cerveza que una bebida destilada como ron, whisky, vodka, etc.
 - c. El alcohol tiene efectos beneficiosos para la salud.
 - d. Una sola bebida alcohólica puede disminuir los reflejos a la hora de conducir.

Apéndice B2. Cuestionario de Satisfacción del programa “Decidiendo” para alumnos/as³

Fecha:

Código:

Por favor, marca con una **X** la casilla que corresponda a tu opinión, siendo **1= Nada de acuerdo**, **2= Poco de acuerdo** **3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo**, **4= Algo de acuerdo** **5= Totalmente de acuerdo**

	1	2	3	4	5
1. El programa ha estado bien organizado (información, horarios, tareas)					
2. La información proporcionada ha sido clara y fácil de entender					
3. Las actividades del programa han sido entretenidas					
4. Las actividades del programa han sido útiles y prácticas					
5. La duración del programa ha sido adecuada					
6. Sé más cosas que antes de empezar el programa					
7. En general, estoy satisfecho/a con el programa					

Observaciones:¿Qué fue lo que **más** te gustó del programa?
¿Qué fue lo que **menos** te gustó del programa?

¿Hay algo que te gustaría cambiar del programa (algo que te gustaría quitar o añadir, alguna sugerencia)?

³ Cuestionario de elaboración propia.