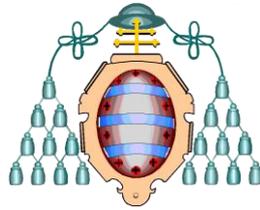


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria
2019-2021

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR UNIVERSAL DEL
CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**
(Diseño de un programa de intervención)

ELENA BINDU GONZÁLEZ ASTORGA

Oviedo, junio de 2021

Índice

Resumen / Abstract.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Descripción del problema y de la población objetivo.....	3
Datos epidemiológicos.....	5
Políticas de prevención del consumo de drogas	7
BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES DE LA INTERVENCIÓN.....	9
Modelos teóricos.....	9
Factores de riesgo y protección	10
El contexto escolar.....	15
La importancia de incluir a la familia.....	16
Características de programas preventivos universales escolares eficaces	18
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON LOS MISMOS OBJETIVOS	21
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	28
Objetivos distales y proximales	30
Espacio de implementación	30
Requisitos del centro educativo	30
Componentes de las sesiones.....	31
Sesiones de recuerdo.....	32
Metodología.....	32
Ventajas de este programa	32
RECURSOS Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS	34
Cronograma	34
Recursos humanos y estructura de colaboración	35

Formación del profesorado	36
Recursos materiales	37
EVALUACIÓN DE PROCESO Y RESULTADOS.....	37
Evaluación del proceso	38
Evaluación de resultados	38
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS	41

Resumen

El consumo de drogas entre los adolescentes es un problema sanitario y social. El objetivo de este trabajo es diseñar un proyecto de prevención para prevenir y retrasar el consumo de sustancias. Para ello se implementará el Programa de prevención escolar “Construyendo Salud”, dirigido a adolescentes de entre 12 y 14 años. El trabajo contempla los estándares europeos de calidad en prevención de drogas. La implementación de la intervención se realizará durante los dos primeros cursos de la ESO. En el primer curso se imparten 11 unidades durante 17 sesiones y en el segundo curso, 7 unidades a lo largo de 9 sesiones. Mediante el programa se enseñan habilidades y competencias personales y sociales que han demostrado ser eficaces para resistir la presión del consumo, con el fin de retrasar la edad de comienzo y reducir el número de adolescentes que consumen alcohol, tabaco y otras drogas. Se hace especial énfasis en los factores de riesgo y protección y en el potencial del entorno familiar como elemento de prevención.

Palabras clave: consumo de drogas, adolescentes, prevención universal, prevención escolar, habilidades sociales

Abstract

Drug use is a concern in our society, especially when referring to adolescents use. This study aimed to design a prevention project to avoid or delay substance use. To this end, the "Construyendo Salud" universal-school prevention program will be implemented in adolescents from 12 to 14-years. The work includes the European quality standards in drug prevention. The implementation of the intervention will take place during the first two courses of ESO. In the first year, 11 units are taught over 17 sessions and in the second year, 7 units are taught over 9 sessions. The program trains personal and social skills, and competencies that have been shown to be effective in resisting the pressure of drug use in order to delay the age of onset and reduce the number of adolescents who start using alcohol, tobacco, and other drugs. Special emphasis is placed on risk and protective factors and on the potential of the family environment as a key of prevention.

Keywords: drug use, adolescents, universal prevention, school prevention, social skills.

INTRODUCCIÓN

Según señala la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024) alrededor de 9,8 millones de españoles de entre 15 y 64 años han consumido cannabis al menos una vez en su vida, mientras que 2,6 millones han probado la cocaína. Por otro lado, un tercio de la población española ha consumido alguna droga ilegal a lo largo de su vida siendo el cannabis (9,5%; 2,1% a diario) y la cocaína (2%) las drogas ilegales más consumidas en el último año (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD], 2018).

Los estudiantes entre 14 y 18 años reconocen haber consumido en alguna ocasión sustancias como alcohol (77,9%), tabaco (41,3%), cannabis (33,0%), hipnosedantes (con o sin receta) (18,4%), cocaína (polvo y/o base) (3%) y éxtasis (2,6%) (Observatorio Español de las Drogas y Adicciones [OEDA], 2020). En cuanto a la edad, el inicio del consumo de las sustancias de mayor prevalencia (alcohol y tabaco) se aproxima a los 14 años (OEDA, 2020).

En el caso de los hipnosedantes (con o sin receta) se registra una edad de inicio de 14,3 años. El consumo de cannabis (droga ilegal más prevalente) se da entre los 14,6 y los 14,9 años. Los estudiantes que han consumido cocaína en alguna ocasión establecen el primer consumo a los 15,2 años, promedio muy similar al registrado para otras sustancias como el éxtasis (15,4 años), las anfetaminas (15,4 años) o los alucinógenos (15,2 años) (OEDA, 2020).

Con el objetivo de hacer frente a los anteriores datos, se propone la implementación de un programa de prevención escolar y universal para el consumo de drogas en la adolescencia basado en el programa elaborado por J.G. Botvin (1995), *Life Skills Training Program* (LST) en su adaptación española llamado Construyendo Salud.

Descripción del problema y de la población objetivo

El consumo de drogas es una problemática que se extiende desde la población adolescente hasta la población adulta y abarca todos los tipos de drogas. Preocupa especialmente la etapa de la adolescencia por ser una etapa vulnerable para el inicio de consumo de sustancias. A través de los datos arrojados por la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) (2018), se ha podido

observar cómo los adolescentes se inician a una edad temprana en el consumo de drogas.

Tal y como señalan Moncada y Palmerín (2007), el consumo exponencial que se produce en la adolescencia, puede corresponder a los difíciles, multitudinarios y notables cambios que se han venido produciendo como las relaciones y estructura familiar, los valores dominantes, las diferentes variables culturales interconectadas, las nuevas tecnologías y sus novedosas formas de aprendizaje y las formas de comunicación interpersonales. Por ello, la adolescencia debe ser la etapa donde haya una mayor presencia de los factores de protección (Díaz y Sierra, 2008).

El entorno en el que viven los adolescentes también puede ser un contexto facilitador para el consumo. El contexto sociocultural de nuestro país normaliza el consumo del adolescente debido a la relación casi inseparable entre ocio e ingesta de alcohol. El alcohol es una droga cuyos riesgos minimizan tanto la población adolescente como la población adulta. El entorno relacional del adolescente, la familia y el grupo de iguales puede ser uno de los factores más relevantes para el consumo de alcohol. Influye, por lo tanto, la presencia de compañeros consumidores que valoran positivamente el consumo, las creencias permisivas del entorno, la supervisión inadecuada y el déficit de apoyo parental (Lázaro Visa et al., 2009).

Las presiones escolares, la aceptación de la nueva imagen corporal, el aumento de la independencia, la aprobación por parte del grupo, etc., puede generar un importante estrés (Menéndez-Hernández et al., 2018). Esto puede conducir a los adolescentes a desarrollar conductas problemáticas.

Existen, también, variables personales que estarían afectando al inicio y mantenimiento del consumo como déficit en autoestima, en habilidades sociales, en resolución de problemas y en la expectativa de autoeficacia, locus de control externo, mitos y creencias erróneas referidas al consumo de alcohol y dificultades para el autocontrol emocional (Lázaro Visa et al., 2009).

Por todo ello, la prevención es uno de los componentes principales de una estrategia centrada en la salud (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018; World Health Organization [WHO], 2018). En primer lugar, si evitamos que los adolescentes consuman drogas legales estaremos evitando a su vez tener en nuestra sociedad adultos con problemas de trastorno por uso de sustancias. En segundo lugar, se

podrá prevenir un gran número de enfermedades asociadas a la presencia de este tipo de problemas. Por último, estaremos previniendo la escalada en el consumo hacia drogas ilegales ya que, el consumo de drogas legales se considera la puerta de entrada para el consumo de otras sustancias (Becoña, 2007, p.12).

En relación con la prevención del consumo de drogas legales, cabe destacar el creciente problema que existe con respecto al mal uso de medicamentos recetados (Coloma-Carmona et al., 2017). Estudios epidemiológicos de EE. UU. indican que las personas que abusan de los medicamentos recetados también es más probable que consuman otras drogas. El uso indebido de drogas presenta una alta comorbilidad con ciertos trastornos (por ejemplo, trastornos depresivos y de ansiedad), así como con trastornos por consumo de alcohol o drogas y la presencia de otras conductas problemáticas entre la educación secundaria y la universidad (Spoth et al., 2008).

Esto pone de manifiesto la necesidad de intervenir en los primeros años donde se puede presentar el consumo de drogas legales para prevenir una escalada al consumo de drogas ilegales y a la autoadministración de medicamentos farmacológicos.

La población objetivo del programa de prevención escolar que se propone la constituye los adolescentes de 12 a 14 años pertenecientes a los cursos 1º y 2º de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO).

Datos epidemiológicos

Los datos epidemiológicos publicados por el OEDA (2018), en cuanto a “consumo de drogas alguna vez en la vida” (ver tabla 1) y “evolución de la edad media de inicio (años) en el consumo de sustancias” (ver tabla 2) entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años en España desde 1994 hasta 2018, establecen claramente las necesidades de actuación.

Tabla 1. *Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2018.*

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	84,1	84,2	86,0	78,0	76,6	82,2	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9
Tabaco	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5	41,3
Cannabis	20,9	26,4	63,4	61,8	37,5	42,7	36,2	35,2	33,0	33,6	29,1	31,1	33,0
Hipnosedantes con o sin receta	6,9	7,7	7,7	8,8	8,5	10,0	12,1	17,3	18,0	18,5	16,1	17,9	18,4

Hipnosedantes sin receta	6,1	6,1	6,4	6,9	6,5	7,0	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8,0	8,6
Cocaína polvo y/o base	2,5	3,4	5,4	6,5	7,7	9,0	5,7	5,1	3,9	3,6	3,5	3,2	2,9
Éxtasis	3,6	5,5	3,6	6,2	6,4	5,0	3,3	2,7	2,5	3,0	1,2	2,3	2,6
Alucinógenos	5,1	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6	1,9
Inhalables volátiles	3,1	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3,0	2,7	2,3	1,9	0,9	1,0	1,7
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	2,2	1,3	1,4	1,7
Metanfetaminas	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6
Anfetaminas	4,2	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4	1,4	1,7	1,5
Heroína	0,5	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1,0	0,9	1,0	1,0	0,6	0,8	0,7
GHB	-	-	-	-	-	-	1,2	1,1	1,2	1,3	1,0	0,6	0,6
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,5	0,4

Nota: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018).

Tabla 2. Evolución de la edad media de inicio (años) en el consumo de drogas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2018.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7	13,7	13,9	13,9	14,0	14,0
Inhalantes volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14,0	13,6	13,8	13,2	13,4	13,9	13,8	14,0
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6	13,9	14,1	14,1
GHB	-	-	-	-	-	-	15,0	15,0	14,6	15,1	14,8	14,2	14,4
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,3	14,5
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4	14,4	14,0	14,0	14,5
Tabaco (cons. diario)	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5	14,6	14,6	14,7
Borrachera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,7	14,8
Cannabis	15,1	15,1	15,0	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9	14,8	14,8	14,9
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	15,0	15,0	14,6	15,2	14,8	14,6	15,1
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4	15,4	14,0	15,2	15,2
Alcohol (cons. semanal)	-	15,0	15,0	14,9	15,0	15,1	15,0	15,6	14,8	15,1	15,0	15,1	15,2
Cocaína polvo y/o base	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,3	15,3	14,9	15,5	15,0	15,1	15,2
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,1	15,2
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,0	15,2
Cocaína polvo	-	-	-	-	-	-	15,4	15,4	15,4	15,6	15,1	15,2	15,3
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3	15,8	15,2	15,2	15,4
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5	15,5	15,2	15,1	15,4

Hipnosedantes con o sin receta	-	-	-	-	-	-	-	13,8	14,0	13,9	14,3	13,9	13,7	14,0
Hipnosedantes sin receta	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,2	14,3	14,2	14,6	14,2	14,0	14,3	

Nota: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018).

Como se puede observar, los datos de todas las sustancias, en cuanto a porcentaje de consumo y edad media de inicio, han ido fluctuando a lo largo del periodo en el que se han registrado las cifras. Más específicamente, la prevalencia de consumo de alcohol y tabaco ha ido disminuyendo a lo largo de los años. Asimismo, la evolución de la edad media de inicio de consumo de alcohol y tabaco es decreciente.

La edad de inicio de consumo, se aproxima a los 14 años por lo que se puede justificar que el programa de prevención se enfoque a los adolescentes de 12 a 14 años. Es decir, se pretende acceder al grupo de edad inmediatamente anterior e intervenir antes del inicio y la escalada del consumo (Griffin et al., 2011).

Multitud de resultados de las intervenciones preventivas universales implementadas en la escuela secundaria sostienen que el retraso en la iniciación de sustancias durante la adolescencia reduce el uso problemático en la edad adulta (Spoth et al., 2014).

La adolescencia es un período de desarrollo en el que los jóvenes están expuestos a nuevas ideas y comportamientos. A diferencia de la infancia, en este periodo viven en mayor compañía de personas y organizaciones más allá de las habituales en la niñez. Es el momento de probar los roles y responsabilidades de los adultos (UNODC, 2018).

Políticas de prevención del consumo de drogas

El Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) es una iniciativa gubernamental que tiene como misión el diseño, establecimiento, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas que, en materia de adicciones, se desarrollan desde las Administraciones Públicas y entidades sociales en España (PNSD, 2021).

Uno de sus ámbitos de aplicación es dar respuesta al problema del consumo adolescente, así como otros asuntos relacionados con la prevención e intervención de

adicciones con y sin sustancia, tal y como se puede observar en las acciones propuestas en la ENA (2017-2024) (PNSD, 2018).

Según Komro (2020), las políticas efectivas diseñadas para prevenir y reducir los daños relacionados con el alcohol entre los jóvenes deben incluir el incremento de la edad mínima autorizada para beber a 21 años, un aumento de los impuestos sobre el consumo de alcohol y la formación a los jóvenes para que sean responsables. En relación con el tabaco, las políticas eficaces que tratan la prevención del tabaquismo juvenil proponen el acceso restringido a los productos del tabaco y el aumento de impuestos y precios. Por tanto, los impuestos, las restricciones publicitarias, las restricciones en el número de puntos de venta donde se adquiere alcohol y el acceso a estos, las restricciones sobre fumar tabaco en lugares públicos como hospitales, restaurantes y bares, y reducir la edad mínima legal son medidas eficaces para disminuir el consumo de alcohol y tabaco (Stockings, 2016).

Asimismo, es necesario promover intereses y aficiones saludables, fomentando un cambio en los estilos de vida, en las actividades de ocio y en las formas de relacionarse. Para ello se utilizarán estrategias que permitan la incorporación de aprendizajes y habilidades encaminadas a conseguir un ocio constructivo en contextos apartados de los ámbitos de consumo (Herrero Yuste, 2007).

Las políticas escolares y la cultura escolar desempeñan un papel importante en el refuerzo de la ausencia de uso de sustancias. Pero estas tienen que ser efectivas (Campello et al., 2014). El objetivo es establecer mecanismos transparentes y no punitivos para abordar las incidencias del consumo de drogas, de tal manera que se convierta en una oportunidad educativa y de promoción de la salud. Estas políticas tienen ciertas características (UNODC, 2018):

- Apoyar el funcionamiento normal de la escuela, no interrumpirlo.
- Desarrollarse con la participación de todas las partes interesadas (estudiantes, profesores, personal y padres).
- Especificar claramente las sustancias a las que se dirige, así como las ubicaciones (instalaciones escolares) y ocasiones (funciones escolares) a las que la restricción afecta.

- Aplicarse a todos los miembros del contexto escolar (estudiantes, maestros, personal, visitantes, etc.) y a todas las sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol, drogas).
- Abordar las infracciones de las políticas a través de sanciones positivas al proporcionar tratamiento y otros cuidados de salud y psicosociales, en lugar de aplicar castigos.
- Cumplirse de manera constante y rápida, incluido el refuerzo positivo.

BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES DE LA INTERVENCIÓN

Modelos teóricos

El problema del consumo de drogas se ha intentado abordar desde múltiples enfoques, teorías y modelos.

Tal y como afirma Becoña (2007, p. 11), una conducta como el consumo de drogas va a exigir una explicación socio-psico-biológica, porque el aspecto más relevante para explicar el consumo o la ausencia de éste, en una sociedad como la nuestra es, en primer lugar, debido a factores sociales, en segundo lugar, a factores psicológicos y, finalmente, a factores biológicos.

El programa que aquí se propone se centra en el entrenamiento en habilidades genéricas con base en El Modelo de Entrenamiento en Habilidades de Botvin (1995). Este propone que es imprescindible entrenar a los adolescentes no solo en habilidades para rechazar las drogas, sino también en otras habilidades de carácter general. Parte de la premisa de la multicausalidad del inicio del consumo de cualquier sustancia y, en consecuencia, trata de cubrir distintas esferas que pueden ser deficitarias en los jóvenes, con el objetivo de que puedan confrontar la tentación de consumir cualquier droga, como forma de compensar tales déficits.

El programa se orienta principalmente a la prevención del consumo de drogas legales, que constituyen la puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales (cannabis, cocaína, éxtasis...). Si se reduce el consumo de las primeras, muy posiblemente se producirá una disminución en el consumo de estas últimas (Becoña, 2001).

La idea de que las drogas legales son la puerta de entrada para el consumo de otras drogas fue propuesta por Kandel (1975). Está basada en que el consumo de drogas

sigue unos pasos secuenciales. Primero se empieza por drogas de iniciación (legales) que sirven de elemento facilitador y como puerta de entrada para el posterior consumo de otras sustancias (drogas ilegales). Las etapas que siguen los consumidores, según estudios realizados por Kandel, son las siguientes: 1) cerveza o vino; 2) cigarrillos o licores; 3) marihuana; 4) otras drogas ilegales (Becoña, 2002). La autora, además de plantear esta secuencia de etapas, propone cuatro factores predictores del consumo: variables familiares, variables del grupo de iguales, factores individuales e implicación en conductas problema. Dichos factores impactan de manera diferente en las distintas etapas de consumo, siendo la implicación en conductas problema, la presencia de amigos consumidores y el consumo en el medio familiar los más importantes. En general, los factores sociales parecen más relevantes en las primeras etapas del consumo, mientras que los factores psicológicos tienen más importancia en las etapas posteriores (Luengo et al., 1999).

Factores de riesgo y protección

Se entiende por factores de riesgo aquéllos que pueden incrementar las probabilidades de que una persona se inicie o progrese en el consumo de drogas o en el comportamiento adictivo. Y se entiende por factores de protección las variables que pueden disminuir este riesgo, reduciendo la probabilidad de inicio y/o progresión en el consumo de drogas o en el comportamiento adictivo (National Institute of Drug Abuse [NIDA], 2004).

Los programas de prevención se basan en las siguientes afirmaciones recogidas por la literatura científica sobre los factores de riesgo y protección del consumo de drogas (Becoña, 2001, p. 44):

- 1) “Hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento del comportamiento adictivo o del consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras.
- 2) Hay una progresión del consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de las personas que consumen las primeras respecto a las que no consumen.

- 3) Toda una serie de variables socioculturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio, mantenimiento y progresión o no en el consumo de una a otras sustancias”.

La probabilidad de que una persona llegue a consumir drogas y pueda acabar desarrollando un consumo problemático o un comportamiento adictivo está íntimamente relacionada con los factores de riesgo y de protección y cómo coexistan (Becoña, 2001). Cuanto más se conozcan los factores de riesgo y protección y los posibles riesgos asociados al consumo de drogas u otras conductas problemáticas, mejor conoceremos las causas por las que las personas consumen o dejan de consumir drogas (Becoña, 2002). De tal manera que, si cambiamos el balance entre los factores de riesgo y protección, siendo los primeros menos predominantes que los segundos, el inicio y la progresión en el consumo de drogas se podrá ver aplazado.

Sin embargo, el hecho de identificar ciertos factores de riesgo en un individuo, no implica que obligatoriamente vaya a desarrollar conductas desviadas como el consumo de drogas, sino que, si lo comparamos con un individuo sin esos factores, tendrá una mayor probabilidad de llegar a implicarse en conductas problema. Los factores de riesgo son probabilísticos, pero no determinantes (Luengo et al., 1999).

Es decir, la relevancia que tienen estos factores en cada persona es diferente ya que estos cambian su valor en función a su edad o su sexo entre otros, por ello es esencial que el diseño de programas preventivos se adapte lo máximo posible a las características específicas de la población a la que va dirigido, ya que solo así podrán conseguirse los mejores resultados (Choquet et al., 2008; López y Rodríguez-Arias, 2010; Sánchez-Pardo, 2014; Schulte et al., 2009).

Con respecto a la prevención también es relevante conocer que el efecto acumulado por la presencia de diversos factores de riesgo, la falta de factores de protección, y sus interacciones puesto que es lo que genera una mayor vulnerabilidad en las personas para el inicio del consumo y el desarrollo de conductas de abuso o dependencia (Sánchez-Pardo, 2014).

Se presentan a continuación los factores sobre los que debe incidir la prevención, según diferentes autores, con el fin de moderar su efecto.

Para el NIDA (2004), existen diversos factores de riesgo individuales (conducta agresiva precoz), familiares (falta de supervisión por los padres), por parte de los

iguales (abuso de sustancias), escolares (disponibilidad de drogas) y comunitarios, (pobreza) que conducen a un inicio temprano de consumo. Pero también es cierto que se puede disminuir, fomentando los factores de protección individuales (auto-control), familiares (monitoreo de los padres) por parte de los iguales (aptitud académica), escolares (políticas anti-drogas) y comunitarios (fuerte apego al barrio).

Tal y como se señala en la tabla 3, Becoña (2002) establece, a partir de los datos del *Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)* (2001), los siguientes factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.

Tabla 3. *Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas*

Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	- Rebeldía.	- Oportunidades para la implicación prosocial
	- Amigos que se implican en conductas problema	- Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial
	- Actitudes favorables hacia la conducta problema	- Creencias saludables y claros estándares de conducta
	- Iniciación temprana en la conducta problema	- Sentido positivo de uno mismo
	- Relaciones negativas con los adultos	- Actitudes negativas hacia las drogas
	- Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad	- Relaciones positivas con los adultos
Iguales	- Asociación con iguales delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas	- Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas y otras
	- Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad	- Resistencia a la presión de los iguales, especialmente a las negativas

	- Susceptibilidad a la presión de los iguales negativa	- No fácilmente influenciable por los iguales
Familia	- Historia familiar de conductas de alto riesgo - Problemas de manejo de la familia - Conflicto familiar - Actitudes parentales e implicación en la conducta problema	- Apego - Creencias saludables y claros estándares de conducta - Altas expectativas parentales - Un sentido de confianza básico - Dinámica familiar positiva
Escuela	- Temprana y persistente conducta antisocial - Fracaso académico desde la escuela elemental - Bajo apego a la escuela	- Oportunidades para la implicación prosocial - Refuerzos/reconocimiento para la implicación prosocial - Creencias saludables y claros estándares de conducta - Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro - Clima instruccional positivo
Comunidad	- Disponibilidad de drogas - Leyes y normas de la comunidad favorables al consumo de drogas - Deprivación económica y social extremas - Transición y movilidad - Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria	- Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad - Descenso de la accesibilidad a la sustancia - Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes - Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad
Sociedad	- Empobrecimiento - Desempleo y empleo precario	- Mensajes de resistencia al uso de drogas

- Discriminación
- Mensajes pro–uso de drogas en los medios de comunicación
- Descenso de la accesibilidad
- Incremento del precio a través de los impuestos
- Aumentar la edad de compra y acceso
- Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas

Nota: Adaptado de Becoña (2002).

Becoña (2002), a través del Modelo Comprensivo e Integrador del Consumo de Drogas, diferencia seis etapas en la relación del individuo con la progresión del consumo de drogas. Además, estas etapas están directamente influidas por ciertos factores de riesgo y protección. Las fases son las siguientes:

- Fase previa o de disposición: es la etapa anterior al consumo donde interactúan factores de predisposición biológica, psicológica (aprendizaje, personalidad, inteligencia...), socio-cultural y la integración de la predisposición de los anteriores factores.
- Fase de conocimiento: durante esta fase el ambiente ejerce una fuerte influencia. El ambiente constituido por familia, escuela, grupo de iguales y medios de comunicación facilitan que se generen expectativas, creencias y normas a través del aprendizaje y la socialización.
- Fase de experimentación e inicio del consumo: esta se da cuando se puede observar si el individuo incurre o no el consumo de sustancias. Es en esta fase cuando se debe poner especial énfasis sobre la percepción de riesgo de los adolescentes. Así, los programas escolares de prevención de consumo de sustancias deben incidir en este aspecto para que los jóvenes perciban de forma claras los riesgos derivados del consumo. De esta manera, las creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones, disponibilidad, accesibilidad y precio de la sustancia, percepción de riesgo, estado emocional, habilidades de afrontamiento, toma de decisiones, familia, escuela, iguales,

medios de comunicación etc., pueden resultar ser factores de riesgo o protección y están muy vinculadas con el hecho de que se produzca un primer consumo.

- Fase de consolidación (del uso al abuso o dependencia): dependiendo de las consecuencias (positivas o negativas) del consumo de drogas se optará por la decisión de mantener o no la conducta, es decir, de abandonar el consumo o seguir consumiendo y pasar al abuso y posteriormente a la dependencia. Para tomar dicha decisión, influye la aceptación o rechazo de la familia e iguales, la función reforzante del consumo, los estados emocionales, la percepción de riesgo, así como los efectos sobre el propio individuo
- Fase de mantenimiento o abandono: Si se consolida el consumo, habrá sujetos que mantendrán este consumo durante un largo tiempo, pero otros lo abandonarán por diferentes motivos. Para que se dé el abandono o el mantenimiento de consumo de sustancias existen múltiples causas externas (presión de la familia, amigos, judicial etc.) e internas (físicas, afectivas, cognitivas etc.).
- Fase de recaída: A pesar de que algunas personas abandonan el consumo de sustancias, puede suceder que se dé un nuevo consumo, es decir, una recaída, debido a la fuerza del hábito y las oportunidades de acceso al consumo.

De esta forma, Becoña incluye los distintos factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la evolución de la relación del individuo con la sustancia a través de las diversas etapas.

El contexto escolar

Durante la adolescencia, las intervenciones preventivas se hacen, en gran medida, a través de programas en el ámbito escolar. Así, el contexto de intervención en el cual se implementa el presente programa es el educativo. Existe cierto consenso acerca de que el medio educativo es el espacio ideal de intervención cuando hablamos de prevención universal (Matellanes, 2002; UNODC, 2018). En él tienen lugar las primeras interacciones con los iguales y el contacto con figuras diferentes a las familiares.

Además, es el entorno en el que el sujeto tiene la oportunidad de conseguir sus primeros logros socialmente reconocidos.

En 1990, con la aprobación de la LOGSE, el entorno escolar recibe un impulso instaurándose así la transversalidad de la Educación para la Salud en la Escuela (Moncada y Palmerín, 2007). Hoy en día, con la ley de educación vigente, (LOMLOE, 2020) se establece la promoción transversal de la educación para la salud desde Primaria.

A pesar de que el ámbito escolar está reconocido como un ambiente idóneo para desarrollar acciones preventivas (UNODC, 2018) ya que garantiza el acceso a todos los grupos de edad de la población más joven, existe una limitación importante en los centros educativos a la hora de aplicar programas de prevención: la imposibilidad de incluir a los jóvenes que se ausentan con frecuencia o abandonan la escuela y que resultan ser, precisamente, un grupo de alto riesgo de consumo de sustancias (Stockings et al., 2016). Lo mismo ocurre con aquellos alumnos que son expulsados de los centros educativos por mal comportamiento, corren el riesgo de incurrir en patrones problemáticos de consumo de drogas. Según la EMCDDA (2010), los niveles de consumo de drogas son más altos entre los alumnos que no acuden o son desalojados del centro escolar, que entre los escolares asistentes.

Por otro lado, interviniendo en el contexto escolar podemos controlar un factor de riesgo, el propio contexto escolar, ya que puede ser un lugar de socialización propicio para el inicio de consumo de drogas (Muñoz et al., 2016). La escuela es un lugar de apoyo y donde se pueden fomentar las habilidades sociales, pero también un lugar de estrés, que presenta oportunidades para el consumo de sustancias (Campello et al., 2014).

La revisión de MacArthur et al. (2018) comparó intervención a nivel individual, escolar y familiar dirigida a comportamientos de riesgo múltiple en los jóvenes. Los resultados indican que las intervenciones escolares universales que se enfocan en conductas de riesgo múltiple, pueden ser efectivas para prevenir el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilícitas y comportamiento antisocial y, pueden tener un efecto favorable.

La importancia de incluir a la familia

Se aborda también la necesidad de incluir al entorno familiar en la prevención. Según afirma UNODC (2009b), los padres son un potente factor protector para niños y adolescentes con respecto al abuso de sustancias. Aunque los factores de riesgo y

protección son numerosos y ocurren en múltiples niveles de influencia, los factores familiares son centrales en la etiología del consumo de sustancias en los adolescentes.

Por tanto, ayudar a las familias a desarrollar habilidades relacionadas con la prevención del uso de sustancias en los hijos representa un aspecto importante y viable para abordar este problema de salud pública (Griffin et al., 2011). Así, si los padres pueden aprender a gestionar eficazmente la mala conducta de sus hijos y desarrollar una disciplina y resolución de problemas adecuadas, los adolescentes pueden desarrollar competencia social y emocional y reducir el comportamiento problemático en casa y en la escuela (UNODC, 2009a).

Se ha observado que los programas de capacitación en habilidades familiares son efectivos para prevenir muchos comportamientos de riesgo, incluido el abuso de sustancias. Los resultados de la investigación confirman que el entrenamiento en habilidades produce mejores resultados que los programas que brindan solo a los padres información sobre sustancias. Más específicamente, programas que incluyen capacitación en habilidades para hijos y familias y que se implementan desde la infancia hasta la adolescencia han demostrado que cambian positivamente el funcionamiento familiar y la crianza de los hijos. Esto da como resultado entornos más saludables y de mayor apoyo en el que los niños pueden crecer y desarrollarse (UNODC, 2009b). En un estudio realizado por Crowley et al. (2014), donde se comparó la eficacia de implementar los programas *Life Skills Training (LST)*, *All Stars* y *Project Alert* junto con el programa de prevención familiar SPF 10-14, para reducir el uso de opioides sin prescripción médica, se encontró que el conjunto LST+SFP 10-14 fue el más eficaz para reducir el uso de opioides sin prescripción médica.

Por otro lado, se ha visto en numerosas ocasiones que las actuaciones preventivas del consumo de drogas durante la adolescencia que se dirigen a las familias, no tienen una gran participación y el reclutamiento de los padres puede ser difícil (Secades-Villa et al., 2011). En este sentido, los autores que han aplicado el programa de prevención familiar “Familias que Funcionan” (SFP 10-14) observaron que la tasa de participación familiar fue muy escasa con respecto a la cantidad de familias a las que se les ofreció participar en el programa (Errasti et al., 2009).

Griffin et al. (2011) observaron que las bajas tasas de participación siguen siendo problemáticas para muchos programas, en particular los programas que requieren

que los padres asistan a reuniones en el centro escolar. Por ello, implementaron el Programa LST para Padres. Es una intervención preventiva de 15 sesiones que consiste en un DVD de habilidades para padres y una guía escrita que contiene asignaciones de “tareas” para los padres y la familia en general. El programa fue diseñado para ser autoadministrado por los padres e implementarse durante un período de 15 semanas. Los padres aprenden información específica sobre cómo reforzar mejor las habilidades que sus hijos aprenden en el programa escolar LST, incluida información y ejercicios que promueven las habilidades de autogestión personal, como la autoestima, la toma de decisiones, el establecimiento de metas y el afrontamiento de la ansiedad junto con habilidades sociales clave y habilidades específicas de resistencia social relacionadas con las drogas. Si bien el formato del programa para padres de LST complementa el programa de la escuela secundaria LST, el Programa para Padres también fue diseñado para ser implementado independientemente de la programación de prevención basada en la escuela.

Los resultados mostraron que los padres expuestos al Programa para Padres LST tenían mejores habilidades parentales relevantes para la prevención del uso de sustancias en comparación con los padres del grupo de control no expuestos al programa, y los efectos de la intervención seleccionados persistieron hasta un año después. Además, los padres participantes vieron el programa como un método viable basado en el hogar para mejorar las habilidades que están asociadas con la reducción en el uso de sustancias en las primeras etapas. Los padres calificaron el conjunto de materiales de intervención de alta calidad, viabilidad y atractivo tanto para los padres como para los jóvenes.

En un estudio realizado por Villar et al. (2004) se demostró que la intervención familiar no presencial produce efectos beneficiosos sobre la intención de consumo de los adolescentes y produce efectos positivos sobre la participación de las familias, principalmente en familias con hijos en 1º de la ESO.

Características de programas preventivos universales escolares eficaces para el consumo de sustancias en adolescentes

Se describen a continuación las características de los programas universales escolares de prevención de consumo de drogas dirigidos a adolescentes que han demostrado ser

eficaces (Brotherhood y Sumnall, 2013; Campello et al., 2014; Espada et al., 2015; Faggiano et al., 2014; Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a; Foxcroft y Tsertsvadze, 2011b; Gázquez-Pertusa et al., 2009; NIDA, 2004; Thomas et al., 2013; UNODC, 2018):

- Utilizar la evidencia de la efectividad; debe consultarse la evidencia científica, es decir, utilizar el conocimiento existente sobre “lo que funciona”.
- Enfoque teórico de las intervenciones: las intervenciones deben tener una base teórica, no es suficiente con acciones meramente informativas. Se ha demostrado que los programas basados en enfoques de competencia social e influencia social tienen mejores resultados y que las intervenciones basadas exclusivamente en ofrecer información o los programas basados exclusivamente en la resistencia como *Drug Abuse Resistance Education* (DARE), no son efectivos. Se observa también efectividad en una revisión de programas escolares para la prevención del hábito de fumar, que comparó las diferencias entre implementar programas combinados de competencia social e influencia social y programas con un enfoque meramente informativo. Los programas deben promover una educación preventiva basada en la competencia y la influencia social. Programas basados en la combinación de enfoques de competencia social e influencia social parecen tener resultados efectivos en la prevención del consumo de cualquier droga.
- Metodología de aplicación: las actividades y tareas de los programas deben realizarse a través de una metodología interactiva, es decir, una metodología que incluya al alumno de manera directa a través de debates, *role play*, *brainstorming* o trabajo en subgrupos. En los programas de prevención basados en habilidades, los docentes implican a los estudiantes en actividades interactivas. Estas acciones tienen como finalidad proporcionar a los jóvenes la oportunidad de aprender y practicar una variedad de habilidades personales y sociales (competencia social). Estos programas se enfocan en promover el rechazo de las sustancias. Estas habilidades permiten a los jóvenes contrarrestar las presiones sociales para consumir sustancias y, en general, confrontar las situaciones desafiantes de la vida de una manera saludable. Además de ser programas basados en habilidades, brindan la oportunidad de discutir, de una manera apropiada para la edad, las diferentes normas sociales, actitudes y expectativas positivas y negativas asociadas con el uso de sustancias, incluyendo

las consecuencias. También pretenden cambiar las creencias normativas y abordar la prevalencia típica y la aceptabilidad social del uso de sustancias entre los iguales, es decir, la influencia social.

- Duración del programa y sesiones de refuerzo: los programas de prevención deben ser a largo plazo, entendiéndose estos como aquellos programas que tienen una durabilidad de entre 10 y 15 sesiones. Además, deben incluir intervenciones repetidas para fortalecer las metas originales de la prevención. Las investigaciones indican que los beneficios de los programas de prevención en la escuela disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria. Se ha observado que las intervenciones que muestran la persistencia de los efectos durante varios años son más útiles que las intervenciones que muestran algunos efectos inmediatos o a corto plazo.
- Programas genéricos o específicos: la evidencia de la eficacia ha sido a su vez, plasmada en una revisión que compara programas específicos de alcohol, programas genéricos (prevención de drogas y prevención psicosocial y del desarrollo) y otros programas enfocados en alcohol y cannabis o únicamente en tabaco. De esta manera, los programas genéricos tienen la ventaja de tener un impacto potencial en un conjunto más amplio de conductas problemáticas y pueden ser más efectivos frente a programas de prevención específicos del alcohol. Es decir, se prefiere los programas genéricos frente a aquellos específicos de las sustancias.
- Equipo experto: es necesaria la formación del profesorado o del personal que vaya a implementar el programa para asegurar la eficacia de este.
- Momento ideal para las intervenciones: existen tres períodos en que los efectos de las intervenciones pueden optimizarse más. Éstos son previamente al inicio del consumo de la sustancia, durante el período en que la mayoría está experimentando una exposición inicial, y cuando la prevalencia aumenta y el contexto de consumo cambia. Algunos datos apuntan a que la eficacia de las intervenciones realizadas en población de más de 17 años comienza a ser más débil, por ello se recomienda poner en marcha programas dirigidos a jóvenes adolescentes (12-14 años) ya que podría prevenir mejor el consumo de sustancias. A pesar de que no existe una edad claramente establecida, existe un

acuerdo unánime al afirmar que la mejor propuesta preventiva es la que se lleva a cabo antes de que aparezca el fenómeno del consumo de drogas.

- Programas multicomponente: los programas que incluyen la combinación de diversas estrategias ya validadas son más efectivos que aquellos que usan un solo tipo de estrategia. Entre las estrategias más efectivas destaca la inclusión en el programa de componentes diferentes a la escuela, como, por ejemplo, la inclusión de las familias, campañas en medios de comunicación, actividades externas al colegio o la inclusión de la comunidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se derivan las siguientes conclusiones que servirán como punto de inicio del programa planteado:

- Los adolescentes de entre 12 a 14 años se encuentran en una etapa vital de mayor vulnerabilidad para el inicio en el consumo de drogas.
- El alcohol y el tabaco son las drogas con mayor prevalencia entre los adolescentes españoles.
- El consumo de alcohol y tabaco es la puerta de entrada para el consumo de drogas ilegales, de modo que, si se evita este primer tipo de consumo se previene el inicio de consumo de otras drogas.
- El consumo de drogas está influenciado por factores conductuales, personales, ambientales y de intención de consumo.
- El entorno escolar es un contexto oportuno para desarrollar acciones preventivas respecto al consumo de drogas.
- Poseer información verídica sobre el alcohol y el tabaco disminuye las probabilidades de consumo si se combina con otras estrategias.
- Poseer estrategias intrapersonales es fundamental para afrontar las situaciones de consumo.
- Tener herramientas frente a la presión de grupo y a las situaciones de consumo previene el consumo.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON LOS MISMOS OBJETIVOS

Se presenta a continuación los programas de prevención universal escolar que comparten objetivos con el programa que se propone. Se hace una clasificación entre

aquellos implementados en el territorio nacional (tabla 4) y aquéllos que aún no han sido implementados (tabla 5).

Tabla 4. *Detalle de programas de intervención aplicados en España con los mismos objetivos.*

Programa	Descripción
Educación para la Salud	Se orienta hacia la prevención del consumo de alcohol y tabaco. Tiene como objetivos mejorar la información que los alumnos tienen sobre las drogas, cambiar sus actitudes relacionadas con las drogas y dotar de recursos y habilidades conductuales para resolver situaciones de incitación al consumo (Becoña, 2001).
<i>Discover</i>	Originario de EEUU, este programa ha sido implementado en España para alumnos de 5º y 6º de primaria y para alumnos de 1º a 4º de la ESO, aunque en su versión original la aplicación está destinada para niños y adolescentes de 3 a 16 años. Trata la prevención del consumo de drogas basando su estrategia en el entrenamiento en habilidades para la vida y para hacer frente a la influencia y la presión de los amigos. Contiene ocho niveles, cada uno de ellos destinado a un grupo de edad. Se estructura en tres grandes bloques de contenidos: desarrollo de la autoestima, información sobre drogas y habilidades para tomar decisiones y construir relaciones. Es un programa muy completo, pero, a la vez, muy complejo. Su distribución está a cargo de la asociación EDEX (Acero, 2008).
<i>Unplugged</i>	Este programa es el resultado de un proyecto de colaboración entre organizaciones de siete países europeos, entre ellos España. Actualmente se aplica en 26 países. Se dirige al alumnado de 12 a 14 años. Sus contenidos se centran en tres

áreas: habilidades para la vida, información sobre las drogas y cuestionamiento de la percepción normativa. Trata la prevención del abuso de drogas en adolescentes centrandó su intervención en la educación en habilidades para la vida como vía para afrontar las influencias sociales que favorecen el consumo adolescente de drogas. Ha sido evaluado en 7 países europeos donde ha mostrado resultados positivos mediante una metodología experimental y un seguimiento de 15 meses. Consta de 12 sesiones didácticas. Alumnado y profesorado disponen de material específico para el desarrollo del programa. Además, estos últimos cuentan con cuatro modalidades formativas. El espacio óptimo para el desarrollo del programa son las horas destinadas para tutorías, pero puede implementarse en los diversos espacios curriculares relacionados con la promoción de la salud y el bienestar (EDEX, 2021a).

La aventura de la vida

Programa de educación para la salud dirigido a alumnos de 8 a 11 años y la comunidad educativa en su conjunto. Se lleva implementando en España desde 1992. Promueve el desarrollo de habilidades para la vida y hábitos saludables. Contiene 12 temas agrupados en cuatro áreas: autoestima, habilidades para la vida, drogas y hábitos saludables. Incluye 38 historias en las que diferentes personajes viven situaciones relacionadas con los contenidos anteriores. Las historias están plasmadas en álbumes de cromos, de los que existe uno diferente para cada curso, es decir, de 3º a 6º de educación primaria (EDEX, 2021b).

¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas

Este programa de prevención de abuso de drogas está dirigido a adolescentes de 12 a 16 años. Es la adaptación de un programa canadiense llevada a cabo por la asociación EDEX.

Fomenta el desarrollo de habilidades para la vida, a partir de una propuesta de contenidos que pretende promover aprendizajes relevantes en torno a la presencia social y cultural de las drogas. Se centra en la vida cotidiana de los jóvenes. Para ello promueve conversaciones en torno a 8 ejes que cruzan un contenido simbólico que rodea el mundo de las drogas. Se centra en tres áreas fundamentales: prevención de las drogodependencias, educación para la salud y promoción de una cultura ciudadana.

En la huerta con mis amigos

Se trata de un programa que tiene como objetivo el trabajo preventivo desde edades muy tempranas. Está dirigido a niños de 3 a 11 años. Pretende contribuir a la maduración psicoactiva y a la adquisición de hábitos de salud. Se aplica a lo largo de todo el territorio nacional, principalmente en la Comunidad de Madrid. Consiste en la lectura y realización de actividades de 18 cuentos con situaciones similares a las que pueden vivir los niños, pero protagonizadas por hortalizas (Acero, 2008).

Entre todos

Consiste en una adaptación y ampliación del programa Construyendo Salud. Incluye, además, un espacio para las familias. Su adaptación e implementación la lleva a cabo la asociación Proyecto Hombre. La expansión de este programa es casi completa a nivel nacional. Consta de 17 unidades didácticas agrupadas en nueve materias diseñadas para ser llevadas a cabo en 21 sesiones de tutoría durante 50 minutos.

Tú decides

Está dirigido a jóvenes de 12 a 17 años. Tiene como objetivo abordar la educación sobre las drogas legales e ilegales y otras dependencias. Aunque el abordaje principal se realiza con los adolescentes, pretende cubrir a toda la comunidad escolar, de

tal manera que los profesores imparten el programa al alumnado y el equipo de orientación a los padres. Se centra en las influencias sociales, tanto la del grupo de iguales como la influencia de los factores afectivos y cognitivos que intervienen en la resolución de problemas y toma de decisiones. La metodología de implementación consiste en presentar a los adolescentes cuatro historias en formato cómic en las que se representan diversas situaciones habituales en la vida social de los jóvenes, manejando contenidos informativos, mitos sobre las drogas y presión de grupo a través de 4 módulos. Para los padres se proporciona un espacio de dialogo sobre drogas durante 4 sesiones. Su implementación se ha llevado a cabo principalmente en Cataluña y en Baleares (Instituto Europeo de Estudios en Prevención, 2021).

Prevenir para vivir

Estrategia de prevención que se dirige a niños y adolescentes de 3 a 15 años. Fue creada e impulsada por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Se implementa principalmente en la Comunidad Autónoma de Madrid, Andalucía y Valencia, a través de diversos programas que se centran en la prevención ofreciendo información, formación, ayuda al profesorado y coparticipación de los padres. Se trata de un conjunto de actividades que se insertan en el currículo escolar. (Acero, 2008).

Barbacana

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años. Fue impulsado por la Universidad de Alicante. Está estructurado en 8 sesiones con una duración de 60 minutos y una periodicidad semanal. Tiene como objetivos principales prevenir y retrasar el consumo de drogas en la adolescencia, así como informar y dotar de competencias personales y sociales ante los factores

de riesgo a los alumnos. Plantea tres tipos de estrategias de prevención: informativa, formativa y planteamiento de alternativas (García de Castillo et al., 2003).

Juego de Llaves

Este programa va dirigido a la prevención en las aulas. Lo implementa la Asociación Proyecto Hombre y su aplicación está extendida a lo largo de todo el territorio nacional. Tiene como objetivo la prevención de situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de drogas y otras sustancias, procurando demorar y/o evitar su uso, así como otras conductas adictivas. Proporciona un conjunto de estrategias dirigidas a profesores, familias y alumnos (Asociación Proyecto Hombre, 2019).

Educar para la Salud en la Escuela:
PPCDE

Este programa se implementa principalmente en la Comunidad Autónoma de Galicia y ha sido promovido por el Plan de Galicia Sobre Drogas. Se dirige a niños y adolescente de 6 a 18 años. Contiene 11 sesiones de aplicación para cada curso escolar. Pretende aplicar en el aula contenidos para dotar a la comunidad educativa de instrumentos de trabajo para el afrontamiento del consumo de drogas (Acero, 2008).

Nota: Tabla de elaboración propia

Por otro lado, como se observa en la tabla 5, existen programas de prevención universal escolar que aún no se han implementado en España.

Tabla 5. *Detalle de programas de intervención no aplicados en España que tienen los mismos objetivos.*

Programa	Descripción
<p><i>Lions Quest Skills for Adolescence</i> [LQSFA]</p>	<p>Está dirigido a alumnos de 12 a 14 años. Tiene como objetivo enseñar las habilidades para formar la autoestima y la responsabilidad personal, la comunicación, la toma de decisiones, la resistencia a las influencias sociales y la afirmación de los derechos y el aumento del conocimiento sobre el uso de drogas y sus consecuencias (NIDA, 2020). Fue impulsado por <i>Lions Clubs International Foundation</i>. Consta de 3 unidades de instrucción, seguidas de unidades para la salud y prevención y liderazgo a través del aprendizaje. Aunque en España no se ha implementado, cuenta con un estudio piloto en tres países europeos (Serbia, Macedonia y Montenegro) realizado en 2019. Los resultados mostraron datos alentadores sobre el uso de sustancias (alcohol, cigarrillos y marihuana), así como la intención de consumo en los siguientes 3 meses entre los usuarios que participaron (Maalouf et al., 2019).</p>
<p><i>Project ALERT</i></p>	<p>Consta de una duración de dos años con el objetivo reducir el comienzo y el uso habitual de las drogas (alcohol, tabaco, marihuana e inhalantes) (NIDA, 2020). Está dirigido a adolescentes 12 a 14 años. Recientemente ha agregado un módulo sobre opioides. Incluye 14 lecciones además de una lección sobre opioides recetados y una lección sobre heroína (Rand Corporation, 2021).</p>

*Skills, Opportunity,
And Recognition*
[SOAR]

Persigue reducir los riesgos de delincuencia y el abuso de drogas potenciando los factores de protección. Combina el entrenamiento de profesores, padres y niños para promover la formación de vínculos con la escuela, comportamiento positivo en el aula y rendimiento académico (NIDA, 2020).

Nota: Tabla de elaboración propia

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El “Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida” (*Life Skills Training Program* [LST]) desarrollado por J.G. Botvin (1995), en la Universidad de Cornell (Nueva York), se denomina en la adaptación española “Construyendo Salud” y fue desarrollado por un equipo de investigación de la Universidad de Santiago de Compostela en 1995 (Luengo et al., 2002).

El Programa de Entrenamiento en Habilidades para la Vida tiene como objetivo principal impartir conocimientos sobre las drogas y enseñar habilidades personales y sociales, simultáneamente con las habilidades para resistir a las drogas y la prevención de otras conductas como la agresión y la violencia, abordando así una gran variedad de factores de riesgo y protección (NIDA, 2020).

Este programa supone una intervención de prevención universal ya que la finalidad es evitar que los jóvenes se inicien en el consumo de alcohol y tabaco. Se aplica de manera que no solo se tiene en cuenta la modificación de los comportamientos individuales, sino, también, los cambios sociales necesarios para su desarrollo.

Además, el programa se implementa en el ámbito escolar, un entorno privilegiado para la prevención del consumo de drogas ya que engloba el sector más vulnerable, es decir, la infancia y la adolescencia. Lo aplica el profesorado, agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora (Díaz y Sierra, 2008, p. 173). Se ha demostrado que las relaciones e interacciones de los adolescentes con adultos no relacionados con la familia, como es el caso de los profesores, está vinculado a tasas reducidas de consumo de sustancias y violencia (UNODC, 2018).

Se puede realizar en un horario intensivo (dos o tres veces por semana) o en un horario más extendido (una vez a la semana hasta que se complete), ambos formatos han demostrado eficacia (Asociados Nacionales de Promoción de la Salud, 2021b). Asimismo, el programa se aplica durante varios años del periodo escolar.

En su versión original, el primer año el programa tiene 15 sesiones (más 3 sesiones opcionales de prevención de la violencia), el segundo año contiene 10 sesiones (más 2 sesiones opcionales de prevención de la violencia) y el tercer año consta de 5 sesiones (más 4 sesiones opcionales de prevención de la violencia). Pero, si es preciso, se puede modificar para satisfacer las necesidades individuales de la comunidad, sin dejar de ser fiel al modelo.

Como se indicó anteriormente, el programa Construyendo Salud se puede modificar para adaptarlo a las necesidades siempre y cuando se mantengan los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación (NIDA, 2004).

Para la implementación, se extrae la modificación realizada por las Consejerías de Educación y Familia e Igualdad de Oportunidad de la Junta de Castilla y León del programa Construyendo Salud. Esta Comunidad Autónoma puso en funcionamiento en 1998 la implementación del programa Construyendo Salud junto con otros dos programas, *Discover* y *Unplugged* dando lugar al programa “Prevención Escolar del Consumo de Drogas”. Desde 2002, se viene implementado el conjunto de estos programas de forma generalizada con el apoyo del Plan Regional sobre Drogas.

De este modo, el programa se aplicará en el primer y segundo curso de la ESO. Se dirige a adolescentes de entre 12-14 años, siendo estas las edades clave para realizar actuaciones de prevención.

Según el CSAP es “un programa modelo, ya que posee resultados consistentes y fácil capacidad de difusión con ayuda técnica de quienes conocen como se aplica del programa” (Acero, 2004 p.68). Es un programa multicomponente que tiene en cuenta los factores de riesgo y los factores de protección, así como el ambiente, la conducta y la personalidad. Además, proporciona a los adolescentes habilidades suficientes y necesarias para lograr esos objetivos vitales de un modo menos perjudicial, es decir, intentando evitar que incurran en el consumo de drogas.

Objetivos distales y proximales

El programa diseñado plantea como objetivo distal reducir el número de adolescentes que consuman alcohol, tabaco y otras drogas (o retrasar la edad de inicio) enseñando habilidades y competencias personales y sociales que han demostrado ser eficaces para resistir la presión del consumo de drogas.

Los objetivos proximales son los siguientes:

- Promover el control emocional.
- Resistir activamente la influencia social para participar en el consumo de sustancias.
- Reducir la susceptibilidad a la influencia negativa.
- Aumentar la resiliencia y conciencia sobre las drogas.
- Disminuir la motivación para consumir sustancias.

Según afirma Becoña (2000), “a mayor número de factores de riesgo, mayor probabilidad de consumo de drogas” (p. 29). Por lo tanto, si se enseña a manejar a los adolescentes los problemas que se les pueden presentar mediante sus propios recursos y habilidades personales, tales como la asertividad, la resolución de problemas, las habilidades sociales, el autocontrol emocional, la autoeficacia, la toma de decisiones estos, podrían afrontar situaciones de riesgo además de lograr bienestar psicosocial.

Espacio de implementación

Institutos de Educación Secundaria (IES) en España que dispongan de un aula en el cual poder llevar a cabo las sesiones y donde se puedan realizar grupos de 25 personas es el entorno adecuado para implementar el programa. La actividad preventiva se llevará a cabo en las horas destinadas a las clases de tutoría.

Requisitos del centro educativo

La aplicación del programa en los centros escolares requiere que, si éstos están involucrados en la aplicación de otros programas de prevención de abuso de drogas, sea tenido en cuenta para observar la compatibilidad.

Los centros educativos deben incluir el programa en el Plan de Acción Tutorial. También, deben asumir el compromiso de dar continuidad al programa. Es decir, el alumnado que comience el programa en primero de la ESO, debe continuarlo en el segundo curso.

Dado que se trata de un programa de prevención universal, es necesario que los IES en los que se implemente el programa cuenten con una población general de no consumo.

Componentes de las sesiones

Los componentes principales de las sesiones específicamente relacionados con el uso de drogas son tres (Asociados Nacionales de Promoción de la Salud, 2021):

- Habilidades de autogestión emocional: examinar la imagen de sí mismos, establecer metas, identificar decisiones cotidianas, analizar problemas y consecuencias y reducir el estrés y la ansiedad.
- Habilidades sociales: superar la timidez, comunicarse eficazmente, entablar conversaciones, atender solicitudes sociales y ser asertivo.
- Habilidades de información y resistencia: reconocer y desafiar errores comunes, resistir la presión de los compañeros y disminuir las expectativas normativas.

Tal y como se puede observar en la tabla 6, el primer año el programa consta de 11 unidades diseñadas para ser aplicadas a lo largo de 17 sesiones. La duración es de 50 minutos. Se ha prescindido de las sesiones opcionales de prevención de la violencia.

Tabla 6. *Detalle de contenidos, unidades y sesiones del primer año*

Componente	Unidad	Sesiones
Información	- Tabaco	2
	- Alcohol	2
Toma de decisiones	- Toma de decisiones	1
	- Persuasión y pensamiento independiente	1
	- Publicidad	1
Autoestima	- Autoestima y superación	2
Control emocional	- Control emocional	2
	- Habilidades de comunicación	1
Habilidades sociales	- Habilidades sociales	2
	- Tolerancia y cooperación	2
Ocio	- Actividades de ocio	1

Nota: Adaptado de Educacyl. Portal de Educación (2017).

Sesiones de recuerdo

El segundo año consta de 7 unidades que se impartirán a lo largo de 9 sesiones de recuerdo. De igual manera, las sesiones serán desarrolladas a lo largo de 50 minutos.

Tabla 7. *Detalle de contenidos, unidades y sesiones del segundo año*

Componente	Unidad	Sesiones
Información	- Consumo de drogas	2
Toma de decisiones	- Toma de decisiones	1
Control emocional	- Control emocional	2
	- Habilidades de comunicación	1
Habilidades sociales	- Inicio y mantenimiento de conversaciones	1
	- Expresión de enfado y defensa de los derechos	1
	- La presión de los compañeros	1

Nota: Adaptado de Educacyl. Portal de Educación (2017).

Metodología

La metodología que sigue el programa es de tipo interactivo. De esta manera, las actividades que se desarrollan necesitan la implicación total del alumnado en todo momento. Entre las técnicas de trabajo encontramos: *brainstorming*, trabajo con subgrupos, debate y *role-play*.

Ventajas de este programa

Si bien este programa se ocupa de la problemática de consumo de alcohol y tabaco en población adolescente como los anteriores mencionados, ha demostrado tener ventajas con respecto a otros.

El programa LST ha demostrado ser el programa escolar de prevención basado en la evidencia más eficaz en las escuelas (Asociados Nacionales de Promoción de la Salud, 2021a). Tiene como base la prevención del abuso de sustancias e incluye sesiones para la reducción de la violencia y otras conductas de riesgo.

Ha sido científicamente validado en 50 estados de los Estados Unidos y en 39 países más. Además, ha probado reducir el consumo de drogas hasta en un 75%, el consumo de alcohol hasta en un 60%, las agresiones verbales y físicas, las peleas y la

delincuencia hasta un 50% y el consumo de tabaco hasta un 87% (Asociados Nacionales de Promoción de la Salud, 2021a). Ha sido evaluado en un estudio cuasiexperimental y un estudio de seguimiento en España (Luengo et al., 2002), y un diseño cuasiexperimental en Italia (Velasco et al., 2017).

Destaca la aplicación en Italia, en la región de Lombardía (Velasco et al., 2017). Esta representa la primera evaluación rigurosamente diseñada de LST fuera de los EE.UU. Surgió a partir de la necesidad de abordar algunas diferencias culturales y contextuales en el proceso de adaptación. Además, contó con la colaboración directa del autor de LST que ayudó a asegurar que los elementos centrales y los antecedentes teóricos del programa fueran mantenidos. Los estudiantes del grupo que recibieron este programa de prevención LST comunicaron, en comparación con los estudiantes del grupo control, menos consumo de alcohol y tabaco y niveles significativamente más altos de habilidades para la vida y bienestar.

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia adicional de la efectividad de un enfoque de prevención escolar centrado en las influencias sociales y la competencia de habilidades generales. Se amplió la investigación previa demostrando su eficacia en una cultura y un contexto diferentes (Velasco et al., 2017). Además, muestra la importancia de aumentar el enfoque para adaptar un programa basado en evidencia que incluya adaptaciones de contenido del programa. Así, se justifica la investigación futura para determinar la durabilidad de estos efectos de prevención con evaluaciones de seguimiento a más largo plazo (Velasco et al., 2017).

Además, con el programa Construyendo Salud tal y como sucede en el diseño italiano, se realizó una adaptación de los materiales para su aplicación en el contexto sociocultural de España. Se introdujeron algunas modificaciones como el ajuste de las cifras de prevalencia del consumo de tabaco, alcohol y marihuana a la realidad española. También, participaron en las sesiones grupos de estudiantes de Psicología con el objetivo de obtener experiencia de entrenamiento en la aplicación del programa, detectar problemas en el material y comprobar el funcionamiento de las actividades dentro de un contexto grupal (Luengo et al., 2002).

Otro estudio realizado por Botvin et al. (2015), donde se aplicó el programa LST en adolescentes que cursaban los últimos años de educación secundaria, en el cual se adaptó el contenido y los materiales a la etapa de desarrollo, ha demostrado ser eficaz

reduciendo el número de sustancias consumidas y la cantidad de consumidores diarios. Con respecto a lo último mencionado, los resultados indicaron una reducción del 52% del consumo diario de sustancias.

De esta manera los autores ponen en relieve que el programa LST aparte de mostrar resultados positivos cuando se aplica en adolescentes que se encuentran en los primeros años de la educación secundaria y que podrían haberse iniciado ya en el consumo de sustancias, también muestra resultados positivos para adolescentes de educación secundaria de edades más avanzadas y que podrían estar consumiendo diferentes tipos de drogas y con una frecuencia diaria.

Cuando implementaron el programa se demostró su capacidad de ser costo-eficiente ya que puede producir un ahorro de 38 dólares por cada dólar gastado. Según NIDA (2004), los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes: por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro de hasta 10 dólares en los tratamientos para el abuso de alcohol y otras sustancias.

Este estudio llena un espacio importante en la literatura de prevención al probar un enfoque de prevención universal apropiado para su implementación con todos los estudiantes. Este vacío puede deberse a la suposición de que sea tarde para intervenir sobre el consumo de drogas en los adolescentes con más años de la educación secundaria. La investigación que existe en torno a adolescentes de los últimos años de educación secundaria es principalmente de intervenciones de prevención selectiva (Botvin et al., 2015).

RECURSOS Y ASPECTOS ORGANIZATIVOS

Se pasa a detallar los recursos y aspectos organizativos necesarios para llevar a cabo la intervención.

Cronograma

Puesto que el programa se desarrollará en las clases destinadas a tutorías y éstas suelen ser una hora a la semana, el programa se implementará durante el primer año a lo largo de 17 semanas y durante 9 semanas el segundo año.

- Primer mes del primer curso escolar (1º ESO)
 - Actividades de difusión del programa por IES.

- Contacto con IES que estén interesados en impartir el programa.
- Reunión con el Departamento de Orientación y la dirección de los centros interesados.
- Reunión con el profesorado de los cursos en los que se impartirá el programa.
- Formación del profesorado que impartirá el programa.
- Presentación del programa al alumnado por parte del profesorado.
- Segundo, tercer, cuarto y quinto mes del primer curso escolar (1º ESO)
 - Cumplimiento del cuestionario de evaluación al alumnado unas semanas antes de la implementación del programa.
 - Implementación del programa (sesiones 1 a 17).
 - Cumplimiento de los Cuestionarios de Evaluación de las Sesiones (tras el desarrollo de cada sesión) .
- Séptimo mes del primer curso escolar (1º ESO)
 - Cumplimiento de la segunda evaluación dos meses después de haber finalizado el programa.
- Primer mes del segundo curso escolar (2º ESO)
 - Formación del profesorado.
- Segundo, tercer y cuarto mes del segundo curso escolar (2º ESO)
 - Cumplimiento del cuestionario de evaluación al alumnado unas semanas antes de la implementación del programa.
 - Implementación del programa (sesiones de refuerzo 1 a 9).
 - Cumplimiento de los Cuestionarios de Evaluación de las Sesiones (tras el desarrollo de cada sesión).
- Sexto mes del segundo curso escolar (2º ESO)
 - Cumplimiento de la segunda evaluación dos meses después de haber finalizado el programa.

Recursos humanos y estructura de colaboración

El personal responsable de supervisar y hacer seguimiento de la implantación de los programas será un profesional de la psicología perteneciente al Departamento de Orientación del centro. Se considera necesario el conocimiento del desarrollo de las

diferentes etapas evolutivas ya que el programa se implementa en adolescentes con edades en las cuales existen evidentes cambios físicos, psíquicos y cognitivos.

Por lo tanto, será preciso configurar una estructura de colaboración que esté formada y cuente con el respaldo de los Departamentos de Orientación y los Equipos Pedagógicos de los centros. La colaboración es necesaria para poder aplicar el programa de manera efectiva y sin dificultades.

En la estructura de colaboración, también se incluye a los padres y madres ya que en algunas unidades se sugieren ejercicios para realizar en casa. Estos tratan contenidos relativos a la última sesión o pueden servir como introducción de la siguiente sesión. También para recabar información de los padres/madres y sus actitudes hacia las drogas.

Los comportamientos y actitudes de los padres relativos al consumo de sustancias tienen una poderosa influencia en los hijos. Cuando los padres se abstienen de consumir alcohol, tabaco u otras drogas, o cuando expresan que estos comportamientos no son aceptables o normativos, es más probable que sus hijos no consuman dichas sustancias. Además, la investigación ha demostrado que es importante que los padres discutan el tema del uso de sustancias con sus hijos, establezcan reglas familiares con respecto al ello y discutan las consecuencias de romper esas reglas (Griffin et al., 2011).

Algunos de los beneficios de crear esta estructura de colaboración son: aportar diferentes puntos de vista a través de los miembros que poseen distintas experiencias o reducir la competitividad para intervenir en los problemas (Acero, 2004).

Formación del profesorado

La implementación del programa la hará el profesorado y su formación para la aplicación del programa es un requisito indispensable (NIDA, 2004 p.12).

Se trata de que el profesorado conozca y profundice en el programa, maneje su metodología y los contenidos de las sesiones y sepa abordar la resolución de problemas que puedan surgir a lo largo del desarrollo del programa.

El primer año consiste en tres tipos de acciones formativas: un módulo online de fundamentación y conocimiento del programa, un módulo presencial de desarrollo de competencias y un módulo de aplicación del programa al aula y su seguimiento a través

de la plataforma online. Para el profesorado que desee continuar con el desarrollo del programa el segundo año, la acción formativa consistirá en el establecimiento de grupos colaborativos a través de la plataforma online para el seguimiento de la implantación del programa en el aula.

Recursos materiales

En cuanto a los materiales necesarios para la implementación del programa, deben ser solicitados por los centros escolares a través de la Dirección Provincial que corresponda. La adquisición de los mismos es gratuita. Dichas guías se pueden encontrar en la página web de la Junta de Castilla y León, en el apartado “Familia, Mujer y Adicciones”. (<https://familia.jcyl.es/web/es/drogas/programa-construyendo-salud.html>)

- Programa Construyendo Salud. 1º ESO. Guía del Alumno
- Programa Construyendo Salud. 1º ESO. Guía del Profesor
- Programa Construyendo Salud. 2º ESO. Guía del Alumno
- Programa Construyendo Salud. 2º ESO. Diario de implementación del Profesor

De esta manera, los manuales del profesorado pasan a formar parte de la documentación del centro. Así, cada año estará disponible para el desarrollo el programa.

EVALUACIÓN DE PROCESO Y RESULTADOS

Es necesario establecer una evaluación de la eficacia del programa de prevención. El proceso de implementación del programa puede verse afectado por diversas variables y aspectos. Una implementación efectiva está asociada a mejores resultados. Por ello, es muy importante atender a los factores que influyen el proceso (Durlak y DuPre, 2008).

Por otro lado, los resultados de ambos tipos de evaluación, proceso y resultados, deben interpretarse por parte del personal responsable conjuntamente a fin de tener una comprensión detallada de los logros del programa, determinar las debilidades y fortalezas del mismo, y poder realizar su mejora para aplicaciones posteriores (Brotherhood y Sumnall, 2013).

Evaluación del proceso

La evaluación del proceso se realiza a través de las fichas de cada sesión (Cuestionarios de Evaluación de las Sesiones) que se incluyen en las guías para el alumnado de los cursos 1º y 2º de la ESO.

Para la evaluación de proceso referida a la implicación familiar sobre las tareas en casa, se hará mediante tres preguntas cerradas realizadas a los padres: “valoración general de las tareas”, “nivel de dificultad de las actividades” y “grado de utilidad de las tareas para los adolescentes dentro de la labor preventiva”. El objetivo es medir el nivel de participación en la intervención no presencial y la valoración cualitativa del modelo de tareas para casa (Villar et al., 2004).

Evaluación de resultados

Se realizará una evaluación de resultados pre-post intervención, con el fin de evaluar si el programa ha alcanzado el objetivo. Tanto la evaluación inicial como la de seguimiento serán realizadas por el equipo de Coordinación del centro. El tiempo de administración es de una hora.

La evaluación basal se realizará una semana antes de la ejecución del programa y la de seguimiento se hará una semana después de su finalización. Se administrará el Cuestionario Construyendo Salud elaborado por Luengo et al. (1999) (y facilitado por la autora), que elaboraron el cuestionario para poder medir la efectividad de la intervención. El cuestionario evalúa las siguientes variables:

- Autoestima (AFA)
- Intención de Consumo (IPD)
- Asertividad (IA)
- Solución de Problemas (SPSI)
- Consumo de Drogas (CCD)
- Conducta Antisocial (CCA)
- Autocontrol (STAXI)
- Actitudes Hacia las Drogas (CAD)
- Ansiedad (STAI)
- Locus de Control (ELC)
- Información sobre Drogas (CID)

Cabe destacar, y así se hará saber a los adolescentes, que los cuestionarios son anónimos y se garantiza la confidencialidad de las respuestas. Para permitir la vinculación de los cuestionarios de la prueba previa y la posterior, sin dejar de preservar la confidencialidad, se utilizarán en vez de los nombres y apellidos de los usuarios, códigos de identificación únicos. Los códigos o claves de identificación se configurarán mediante una serie que contenga el día de nacimiento, el número de orden que ocupa el sujeto entre sus hermanos (si es que tiene) y la primera letra del segundo apellido.

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo ha sido presentar el diseño de un programa de prevención escolar universal del consumo de drogas en adolescentes que ya ha sido validado. Surge en un intento de avanzar en el difícil ámbito del abuso de sustancias en este sector de la población, que ha conllevado a graves consecuencias.

En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo por parte de las distintas entidades gubernamentales e instituciones privadas para encontrar vías de actuación más eficaces y duraderas, poniendo especial énfasis en la prevención como alternativa viable.

La prevención sobre drogas es un campo científico y técnico complejo que requiere constante formación e investigación para adaptarse a la evolución de los destinatarios y de los contextos donde éstos se desenvuelven.

A pesar de que se han hecho grandes progresos en el conocimiento de las variables que influyen en el uso de drogas y en la elaboración de programas de prevención, aún no ha sistematizado la implementación de este tipo de programas basados en la evidencia empírica.

La revisión bibliográfica realizada ha permitido observar que, por un lado, se ha llegado a algunas conclusiones indudables acerca de a qué edad es mejor realizar las acciones preventivas, en qué ámbitos y bajo qué estrategias, pero, por otro lado, todavía no se ha llegado a conclusiones claras acerca de las interacciones que existen entre los factores de riesgo y protección, o el peso de las variables predictoras y la repercusión que tienen en el inicio y mantenimiento de la conducta problema.

El programa de prevención escolar universal se presenta desde el enfoque de los factores de riesgo y protección, se hace especial hincapié en las políticas públicas de las

sustancias legales, en el contexto escolar y en la importancia de incluir a las familias en los programas de prevención escolar del consumo de drogas. Además, el programa tiene en consideración los siguientes aspectos, que han demostrado eficacia en el desarrollo de programas efectivos que mantienen sus resultados a largo plazo (UNODC, 2018): está basado en una teoría constatada; es un programa multicomponente; está dirigido al periodo donde debe acentuarse la acción preventiva respecto del consumo de drogas; utiliza una metodología interactiva; se entrena a los adolescentes en habilidades sociales generales y específicas de rechazo. Por último, se han descrito los recursos y aspectos básicos organizativos necesarios para llevar a cabo la intervención y para la evaluación del proceso y de resultados.

Finalmente, cabe señalar una serie de limitaciones de este trabajo: (1) no haber tenido en cuenta otros ejes que afectan al fenómeno del consumo de drogas; (2) no haber realizado su puesta en marcha para ajustar posibles problemas de procedimiento.

REFERENCIAS

- Acero, A. (2004). *Guía práctica para una prevención eficaz*. Madrid: Ministerio de Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Asociados Nacionales de Promoción de la Salud. (2021a). *Cuando la eficacia y la calidad cuentan, Botvin LifeSkills Training es la única opción*. Botvin LifeSkills Training. Evidence-Based Prevention for Schools, Families, and Communities. <https://www.lifeskillstraining.com/>
- Asociados Nacionales de Promoción de la Salud. (2021b). *Estructura del Programa*. Botvin LifeSkills Training. Evidence-Based Prevention for Schools, Families, and Communities. <https://www.lifeskillstraining.com/program-structure/>
- Asociación Proyecto Hombre. (2019). *Programa de prevención en las aulas “Juego de Llaves” ESO*. Recuperado el 22 de Marzo de 2021 de <https://proyectohombre.es/juego-de-llaves-eso/>
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña Iglesias, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas para la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio de Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas para la prevención de las drogodependencias. Principales factores de riesgo y protección para el consumo de drogas*. Madrid: Ministerio de Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña Iglesias, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Brotherhood, A., y Sumnall, H.R. (2013). *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve*. Recuperado de https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/792/att_220566_ES_Est_a%CC%81ndares%20prevencio%CC%81n%20OEDT%20ES%2024.07.2014.pdf

- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 3, 333-356.
- Campello, G., Sloboda, Z., Heikkil, H., y Brotherhood, A. (2014). International standards on drug use prevention: the future of drug use prevention world-wide. *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*, 1(2), 6-27.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2001). *Prevention works! A practitioner's guide to achieving outcomes*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Substance Abuse Prevention.
- Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B., y Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: Gender and family structure differentials. *Alcohol & Alcoholism*, 43(1), 73-80.
- Coloma-Carmona, A., Carballo, J.L., Rodríguez-Marín, J., y Pérez-Carbonell, A. (2017). Uso y dependencia de fármacos opioides en población española con dolor crónico: prevalencia y diferencias de género. *Revista clínica española*, 217(6), 315-319.
- Crowley D.M., Jones, D.E., Coffman, D.L., and Greenberg, M.T. (2014). Can we build an efficient response to the prescription drug abuse epidemic? Assessing the cost effectiveness of universal prevention in the PROSPER trial. *Preventive Medicine* 61, 71-77.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Díaz, R., y Sierra, M. (2008). Análisis sobre prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud: factores de riesgo y protección. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 26, 161-187.
- Durlak J., y DuPre., E. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4), 327-350.
- EDEX. (2021a). *Programa Unplugged*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
<https://unplugged.edex.es/edex.php>

- EDEX (2021b). *La aventura de la vida*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
<https://www.laaventuradelavida.net/>
- Educacyl. Portal de Educación (2017). *Modelo de prevención escolar del consumo de drogas. Programas Discover, Construyendo Salud y Unplugged*. Castilla y León: Consejerías de Educación y Familia e Igualdad de Oportunidades.
- Errasti Pérez, J.M., Al-Halabí Díaz, S., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J.R., García Rodríguez, O., y Carballo Crespo, J.L. (2009). Prevención familiar del consumo de drogas: el programa “Familias que funcionan”. *Psicothema*, 21(1), 45-50.
- Espada, José P., González, María 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. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2010). *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK). A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2012). *Guidelines for the evaluation of drug abuse. A manual for programme planners and evaluators. Second edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 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>
- Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A. (2011a). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009113>
- Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A. (2011b). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009307>
- Fundación Aldaba, Proyecto Hombre. (2014). *Programa ¡A Tiempo!* Recuperado el 22 de Marzo de 2021 de <http://www.centroaldaba.org/programa-a-tiempo-resumen-de-contenidos/>
- García de Castillo, J.A., López, C., Fernández I., y Catala L. (2003). Evaluación del programa de prevención de drogas “Barbacana”. *Salud y drogas*, 3(1), 33-55.

- Gázquez- Petursa, M., García del Castillo, J.A., y Espada J.P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y drogas*, 9(2), 185-208.
- Griffin, K.W., Samuolis J., and Willians, C. (2011). Efficacy of a Self-Administered Home-Based Parent Intervention on Parenting Behaviors for Parenting Adolescent Substance Use. *Journal of Child an Family Studies*, 20(3), 319-325.
- Herrero Yuste, M.N. (Coord.) (2007). *Programa de Integración Social a través del ocio*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Instituto Europeo de Estudios en Prevención. (2021). *Programa Tú decides*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. <http://irefrea.org/>
- Komro, K.A. (2020). The Centrality of Law for Prevention. *Prevention Science*, 21, 1001-1006.
- Lázaro Visa, S., Del Campo, A., Carpintero, E., y Soriano, E. (2009). Promoción de recursos personales para la prevención del consumo abusivo de alcohol. *Papeles del psicólogo*, 30(2), 117-124.
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica de Educación, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado, 30 de diciembre de 2020, núm. 340, 122868 a 122953. Recuperado de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-17264
- López Larrosa, S., y Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 2(4), 568-573.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., Guerra, A., y Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Interior. Universidad de Santiago de Compostela.
- Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A., y Romero, E. (2002). *Construyendo Salud. Promoción del Desarrollo Personal y Social*. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

- MacArthur, G., Caldwell, D.M., Redmore, J., Watkins, S.H., Kipping, R., White, J., Chittleborough, C., Langford, R., Er, V., Lingam, R., Pasch K., Gunnell, D., Hickman, M., y Campbell, R. (2018). Individual, family, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane Database of Systematic Review*, 10.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009927.pub2/full>
- Maalouf, W., Stojanovic, M., Kiefer, M., Campello, G., Heikkila, H., y El-Khatib. Z. (2019). Lions Quest Skills for Adolescence program as a school intervention to prevent substance use-a pilot study across three South East European countries. *Prevention Science*, 20, 555–565.
- Matellanes, M. (2002). La prevención de las drogodependencias. ¿Es posible la integración de la intervención comunitaria, escolar y familiar? En Fernández Hermida, J. R. y Secades Villa, R. (2002). *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 171-195) Madrid: Plan Nacional sobre Drogas
- Menéndez-Hernández, C., Velasco-Martínez, L. C., y Tójar-Hurtado, J. C. (2018). Evaluación del programa de prevención de adicciones “Entre todos”. *MLS-Educational Research*, 2(1), 7-26.
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Límites de Consumo de Bajo Riesgo de Alcohol. Actualización del riesgo relacionado con los niveles de consumo de alcohol, el patrón de consumo y el tipo de bebida*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Moncada Bueno, S. y Palmerín García, A. (2007). La prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo* 28(1), 21-28.
- Muñoz, C. E., Sandstede, M. J., y Klimenko, O. (2016). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia. *Psicoespacios*, 11(18), 149-170.
- National Institute of Drug Abuse. (2004). Los Factores de Riesgo y los Factores de Protección. En National Institute of Drug Abuse. (Ed.), *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes (segunda edición)*. (pp. 6-10). Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute of Drug Abuse. (2020). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición)*. *Programas Universales*. Recuperado el 22 de

Marzo de 2021 de <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/chapter-4-examples-research-based-drug-abuse-prevention-programs/universal-programs>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021) *Encuesta OEDA-COVID: Impacto de la pandemia por Covid-19 durante el año 2020 en el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial adictivo*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2020). *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2018/2019*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2018). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España [ESTUDES) 1994-2018. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1994-2018*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2018). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 1994-2018. Evolución de la edad media de inicio (años) en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. España, 1994-2018*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Plan Nacional Sobre Drogas. (2021). *Información sobre drogas y otras conductas adictivas*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Plan Nacional Sobre Drogas. (2021). *Plan Nacional Sobre Drogas. Misión Visión y Valores*. Recuperado el 23 de Marzo de 2021 de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/misionVisionValores/home.htm>

- Rand Corporation. (2021). *Project ALERT*. Santa Mónica: Rand Corporation
<https://www.projectalert.com/>
- Sánchez Pardo, L. (2014). *Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia: Guía para el desarrollo de programas de prevención*. Recuperado de
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2014_Guia_prevenccion_genero_Diputacion_Alicante.pdf
- Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R., García Fernández, G., y Al-Halabi Díaz, S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Schulte, M. T., Ramo, D., y Brown, S. A. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. *Clinical psychology review*, 29(6), 535-547.
- Spoth, R., Trudeau, L., Shin, C., y Redmond, C. (2008). Long-term effects of universal preventive interventions on prescription drug misuse. *Addiction*, 103, 1160-1168.
- Spoth, R., Trudeau, L., Redmond, C., y Shin, C. (2014). Replication RCT of Early Universal Prevention Effects on Young Adult Substance Misuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 949-963.
- Stockings, E., D Hall, W., Lynskey, M., I Morley, K., Reavley, N., Strang, J., Patton, G., y Louisa Degenhar, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*, 3(3), 280-296.
- Thomas, R.E., McLellan, J., Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001293.pub3>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009a). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*. New York: United Nations
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2009b). *Guide to Implementing Family Skills Training Programmes for Drug Abuse Prevention*. New York: United Nations

- United Nations Office on Drugs and Crime, and World Health Organization. (2018). *International Standards on Drug Use Prevention. Second edition*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization.
- Velasco, V., Griffin, K.W., Botvin, G.J., Corrado Celata, y Grupo LST Lombardia. (2017). Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training. *Prevention Science*, 18(4), 394-405.
- Villar, P., Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A., y E. Romero. (2004). Evaluación de un modelo de intervención familiar no presencial dentro del programa “construyendo salud”. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30(131), 405-436.