

ORIGINAL

Recibido: 4 de abril de 2018
Aceptado: 5 de septiembre de 2018
Publicado: 8 de octubre de 2018

¿QUÉ FUNCIONA EN LA PREVENCIÓN SELECTIVA DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y CÁNNABIS EN JÓVENES VULNERABLES? (*)

Noelia Vázquez (1,3), Laura Muñoz (1), Olga Juárez (1) y Carles Ariza (1,2,4)

(1) Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

(2) Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). Barcelona. España.

(3) Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

(4) CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. España.

(*) Financiación: Este estudio se ha financiado con fondos Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Exp. 2015I070) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

RESUMEN

Fundamentos: La prevención selectiva aborda los factores de vulnerabilidad asociados al consumo problemático y a la exclusión social. Existen pocos programas en nuestro entorno que sean efectivos. Los objetivos del estudio fueron primero identificar programas de prevención selectiva del consumo de alcohol/cannabis para jóvenes de 16 a 21 años y segundo, revisar la calidad de la intervención, la evaluación y los efectos generados.

Métodos: Se revisaron las bases de datos MEDLINE, PubMed, Google académico, EDDRA, SAMHSA, PBE y las recomendaciones del Plan Nacional de Drogas. Los criterios de inclusión fueron: 1) programas en español/inglés, 2) publicaciones <10 años, 3) población diana 16- 21 años 4) programas psicoeducativos o socioeducativos de alcohol/cannabis, 5) de prevención selectiva o selectiva/indicada y 6) que estuvieran evaluados. La descripción de las intervenciones y su calidad, sus métodos de evaluación y la presentación de los resultados y su eficacia fueron valorados de acuerdo a 20 criterios surgidos de diferentes recomendaciones.

Resultados: Catorce de los programas evaluados cumplieron los criterios de inclusión, 10 de ellos cumplieron los criterios de calidad mínimos respecto a la intervención y la evaluación, pero sólo 5 mostraron resultados. Los programas efectivos abordaron las emociones negativas asociadas al consumo, trabajando las habilidades para afrontarlo, y consiguieron reducir la frecuencia del consumo de alcohol, pero raramente de cannabis.

Conclusiones: Existen pocos programas de prevención selectiva y diversos trabajos muestran las debilidades en la calidad de la intervención o la evaluación, pero sobre todo respecto a los efectos que generan. Los más efectivos han resultado ser *PreVenture*, *The Climate Schools: Alcohol and Cannabis Course*, *Programa TND*, *Keepin' it REAL* y *Saluda al fin de semana*.

Palabras clave: Revisión, Prevención selectiva, Alcohol, Cannabis, Jóvenes

ABSTRACT

What works in selective prevention of alcohol and cannabis use among vulnerable young people?

Background: Selective prevention tackle vulnerable factors associated to problem consumption and social exclusion. There are few effective programs in our context. Study aims were first to identify selective programs of alcohol and cannabis consumption for youths between 16-21, and second, to review intervention, evaluation and effects quality.

Methods: MEDLINE, PubMed, Google academics, EDDRA, SAMHSA, PBE and recommendations of PND were reviewed. Inclusion criteria were: 1) English/ Spanish programs, 2) publications <10 years, 3) target population 16- 21 years old 4) alcohol/ cannabis psychoeducational or socio-educational programs, 5) selective or selective/indicated programs and 6) evaluated programs. The description and quality of the intervention, its evaluation methods, and the presentation of its effects were assessed according to 20 criteria emerged from different recommendations.

Results: Fourteen programs followed the inclusion criteria, 10 of followed minimum quality intervention and evaluation criteria, however only 5 shown significant effects. Effective programs tackled negative emotions associated to consumption, promoted skills to cope it and reduce frequency of alcohol consumption, but rarely cannabis consumption.

Conclusions: There are few selective prevention programs, and different studies shown that they have intervention or evaluation weaknesses, but mostly about program effects. The most effective are: *PreVenture*, *The Climate Schools: Alcohol and Cannabis Course*, *Programa TND*, *Keepin' it REAL* and *Weekend is coming*.

Key words: Review, Selective Prevention, Alcohol, Cannabis, Youth.

Correspondencia:

Noelia Vázquez
Servei de Salut Comunitària
Direcció de Promoció de la Salut
Plaça Lesseps, 1
08023 Barcelona
nvazquez@aspb.cat

Cita sugerida: Vázquez N, Muñoz L, Juárez O, Ariza C. ¿Qué funciona en la prevención selectiva del consumo de alcohol y cannabis en jóvenes vulnerables? Rev Esp Salud Pública. 2018;92:8 de octubre e201810070.

INTRODUCCIÓN

El término de prevención selectiva fue incorporado por Gordon⁽¹⁾ para definir operativamente los niveles de prevención desde una perspectiva del riesgo-beneficio. El Institute of Medicine propuso su incorporación para el manejo de las intervenciones preventivas en 1994⁽²⁾. Frente a las intervenciones de prevención universal que se dirigen a la población general no consumidora, la prevención selectiva se dirige a individuos de subgrupos o áreas de la población en que el riesgo frente al consumo o sus consecuencias son superiores a la media⁽²⁾. Diversos estudios han puesto de manifiesto la aparición de vulnerabilidad en determinados grupos y zonas geográficas en relación al riesgo en el uso problemático de drogas. La prevención selectiva se dirige a estos grupos y contextos vulnerables porque, a menudo, no llegan hasta ellos los mensajes preventivos de la prevención universal, pero también para prevenir la evolución en el consumo y el riesgo de generar la adicción⁽³⁾. Por eso mismo, el tratamiento de este problema en jóvenes expuestos a riesgo psicosocial o iniciados en el consumo de drogas va más allá de las capacidades usuales de los educadores (comunitarios o escolares) y requiere la intervención de otros profesionales más especializados⁽⁴⁾.

El principal objetivo de los programas de prevención selectiva suele concentrarse en la formación en habilidades sociales con el objetivo de capacitar a los jóvenes de grupos vulnerables para: a) gestionar las presiones sociales; b) afrontar los conflictos y las situaciones problemáticas; c) ser capaces de llevar a cabo una autoevaluación adecuada y de interactuar en diversos contextos personales y grupales⁽³⁾. El espectro de la prevención selectiva, a partir del alcance que ha conseguido en la práctica en los diferentes países, se estructura así: a) Grupos de riesgo: incluyen iniciativas enfocadas a combatir el absentismo escolar o a prevenir la desescolarización prematura; intervenciones sobre jóvenes infractores sobre el consumo de drogas u otros

aspectos legales; programas con jóvenes experimentadores en medio abierto, puntos de encuentro o cafés; estrategias de ocio alternativo y trabajo con jóvenes, incluyendo actividades deportivas; y actividades con grupos étnicos de especial vulnerabilidad; b) Áreas o zonas geográficas de riesgo: acciones sobre jóvenes y familias residentes en barrios de riesgo; c) Familias en riesgo, sobre todo programas dirigidos a los progenitores e hijos o hijas, de familias consumidoras^(2,3,4,5).

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) ha dado soporte a la investigación centrada en las acciones de la prevención selectiva. De ella se han generado recomendaciones dirigidas a las familias, educadores y líderes comunitarios sobre cómo realizar la prevención con los grupos de jóvenes⁽⁵⁾. Estas recomendaciones señalan que las intervenciones dirigidas a estos grupos de riesgo combinen talleres en grupo, actividades más personalizadas, entrenamiento de habilidades sociales, actividades de ocio supervisadas y actividades de competencias multiculturales⁽⁵⁾. Si bien las intervenciones pueden partir de las demandas específicas de los educadores en cuanto a los posibles consumos y/o las problemáticas derivadas de los consumos que intuyen o conocen, se considera que la forma más adecuada de comenzar la intervención es partiendo de sesiones grupales en el aula o en los centros de ocio, de modo que se puedan naturalizar las intervenciones más específicas con los jóvenes señalados. Es fundamental tener cuidado de no estigmatizar al grupo, por lo que hay que ser especialmente cuidadoso en estos primeros pasos⁽⁶⁾. La metodología debe ser dinámica y participativa. Se concentra en el entrenamiento de las habilidades sociales, la creación de redes de apoyo, las actividades complementarias adaptadas a las necesidades del grupo diana (por ejemplo, clubes de tareas escolares...), la colaboración activa entre la familia, la escuela y las entidades comunitarias en el desarrollo de las habilidades sociales de los participantes, la información sobre drogas y el abordaje de los conflictos⁽³⁾. Los programas que hacen hincapié en

la promoción de actitudes, comportamientos y habilidades para la vida son más eficaces en la reducción del uso de sustancias que los que se centran en los objetivos afectivos, tales como la autoestima. En este sentido, los programas interactivos dirigidos a los jóvenes vulnerables que inciden en el desarrollo de habilidades, el trabajo en equipo, la comunicación interpersonal y la autorreflexión se han mostrado eficaces en la reducción del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los últimos 30 días⁽⁷⁾. Este hallazgo confirma que los programas dirigidos a este colectivo basados en el desarrollo de las destrezas de la vida, que se habían demostrado eficaces en estudios previos, también son eficaces para reducir el uso de sustancias de los grupos de alto riesgo^(7,8).

Esta revisión, debido al grupo de edad de los jóvenes en que se focaliza (16 a 21 años), se centró en el estado de la situación de programas de prevención selectiva impartidos por educadores previamente formados en el medio escolar, extraescolar y comunitario. Teniendo en cuenta que el consumo de alcohol y cannabis son las drogas más frecuentemente consumidas en nuestro entorno por una mayoría de jóvenes vulnerables^(9,10), se focalizó en la búsqueda de estudios de evidencia de la efectividad de intervenciones preventivas en los que se referían a la prevención del consumo de estas sustancias. Los objetivos de este estudio fueron: 1) Identificar los programas de prevención selectiva de alcohol y cannabis en jóvenes de 16 a 21 años en las bases de datos bibliográficas más comunes; y 2) Revisar y clasificar los programas identificados de acuerdo a unos criterios de calidad del diseño de la intervención y del proceso de evaluación empleado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en profundidad en las siguientes bases de datos: MEDLINE, PubMed, Google académico, EDDRA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), SAMHSA (Substance Abuse

and Mental Health Services Administration) and Prevención basada en la evidencia (PBE), así como las recomendaciones del Plan Nacional de Drogas (PND). Las palabras clave empleadas fueron: “Prevención Selectiva”, “Intervención”, “Evaluación”, “Jóvenes”, “Cannabis”, y “Alcohol”.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de los programas de prevención selectiva fueron los siguientes: 1) los programas debían estar escritos en español o inglés, 2) las publicaciones debían ser de los últimos 10 años (2005-2015), 3) aplicables para adolescentes de 16 a 21 años 4) Los programas debían ser psicoeducativos o socioeducativos de alcohol, cannabis o ambos, 5) de prevención selectiva o selectiva e indicada y 6) que estuvieran evaluados. Asimismo se consultaron los programas españoles de prevención selectiva.

Para evaluar la calidad de las intervenciones que cumplían los criterios de inclusión, se establecieron 20 criterios: 9 de la descripción de la intervención y su calidad, 7 de los métodos de evaluación y 4 de la presentación de los resultados y la eficacia de la misma^(8,11-14). Los criterios para valorar la descripción de la intervención y su calidad fueron: 1) disponer de la descripción completa de la intervención, 2) fundamentarse en la teoría de la influencia social o teoría cognitivo-conductual, 3) disponer de la descripción de los materiales 4) estar conformada por un mínimo de 4 sesiones, 5) como mínimo uno de los facilitadores en la intervención debía ser un especialista formado para la implementación, 6) debían orientar los contenidos a trabajar habilidades, 7) desarrollar una metodología interactiva, 8) implementarse en un lugar próximo al joven y 9) con la asistencia voluntaria de los participantes. Los criterios para valorar los métodos de evaluación de las intervenciones fueron: 1) el diseño aleatorizado con grupo control o cuasi-experimental con grupo de comparación 2) una muestra mayor de 100 participantes, 3) la descripción de los criterios de inclusión y exclusión de los participantes, 4) la descripción

de las variables de evaluación tanto de proceso (dosis, satisfacción, etc.) como de resultado, 5) la descripción de las fuentes bibliográficas de los instrumentos de recogida, 6) la recogida de información post-intervención como mínimo 3 meses después del inicio de la intervención y 7) la tasa de atrición igual o inferior al 20%. Finalmente, los criterios para evaluar la presentación de los resultados y la eficacia de la intervención fueron: 1) la descripción de los resultados acorde con los objetivos de la intervención, 2) la descripción de resultados de proceso, 3) los efectos significativamente positivos en variables intermedias asociadas al consumo y 4) los efectos significativamente positivos en reducción de consumo. A cada criterio se le asignó un máximo de 1 punto, exceptuando el último de los criterios de los efectos que se le asignaron 2 puntos debido a que el principal objetivo de este tipo de intervenciones es la reducción del consumo de sustancias adictivas.

RESULTADOS

Identificación de programas de prevención selectiva. De acuerdo a los criterios de inclusión, se identificaron 94 publicaciones (56 artículos y 38 fichas de programas). Se añadieron 2 fichas de programas españoles. Esto conllevó la aproximación a 45 programas de prevención selectiva, ya que algunas de las publicaciones se referían a las descripciones o resultados de la evaluación de una misma intervención (tabla 1). Como se puede observar en la figura 1 de estos artículos se seleccionaron 10 y de las fichas 9. Desde el PND y la base de datos EDDRA se seleccionaron 8 intervenciones a nivel europeo. La base PBE no aportó ninguna nueva intervención que cumpliera los criterios. Asimismo, desde Google Académico y la propia base EDDRA se identificaron 1 y 3 artículos respectivamente de esas mismas 8 intervenciones. Tras la búsqueda de artículos y fichas realizada a través la base de datos SAMHSA, se identificaron 1 artículo y 1 ficha que permitieron incluir 2 programas americanos y/o australianos. La búsqueda de Pubmed permitió incorporar 1

artículo sobre un nuevo programa americano de prevención de consumo de drogas en jóvenes que cumplieran los criterios de inclusión. Finalmente, de la búsqueda realizada en Medline se seleccionaron 4 artículos; tres de ellos en relación a una de las intervenciones seleccionadas en la bases de datos EDDRA y PND, y otro de ellos permitió identificar una nueva intervención americana. Se seleccionaron por tanto los 14 programas resaltados en la tabla 1, y estos fueron sometidos a una evaluación de calidad.

Descripción de la intervención y su calidad y de los métodos de evaluación. Respecto a la calidad del diseño y descripción de la intervención, en la tabla 2 se presenta el resultado del análisis de los 14 programas identificados. El 80% de los programas analizados cumplió por lo menos 6 de los 9 criterios de calidad y el 64% 7 de los 9. Se destaca que todas las intervenciones empleaban metodologías interactivas y promovían habilidades, y una importante mayoría describía rigurosamente la intervención y su implementación corría a cargo de personal especializado. Sin embargo, en la mayoría de ellas la asistencia de los participantes o no era voluntaria o no estaba descrita, y en el 50% no se describían los materiales empleados para la implementación del programa.

En cuanto a los métodos de evaluación, como se puede observar en la tabla 3, el 57% de los programas cumplía con al menos 5 criterios de los 7 establecidos y tan sólo el 43% cumplía con al menos 6. La mayoría de los programas analizados contaba con instrumentos de evaluación y con un tamaño muestral de calidad. Sin embargo, la tasa de atrición o los criterios de exclusión de la muestra, fueron aspectos no suficientemente descritos.

Presentación de los resultados y eficacia de los programas analizados. En relación al análisis de los resultados descritos para los programas analizados, el 79% describieron los resultados conectados con los objetivos planteados para la intervención, 86% describieron los resultados de proceso, sin embargo tan

Tabla 1
Artículos identificados de acuerdo a los criterios de inclusión

Nº	Nombre del programa	Referencia	Base datos
1	Adolescent smoking cessation: Escaping Nicotine and Tobacco Program (ASCENT)	(31)	SAMSHA
2	AlcoholEdu for College		
3	Color it Real: An HIV and Substance Abuse Program for young Adults		
4	Personalized Nursing LIGHT Model		
5	Safer California Universities Study (SAFER)		
6	SUCCESS		
7	Keepin' it REAL		
8	Project Towards No Drug Abuse (TND)		
9	Suspertu	(8) http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples	EDDRA y PND
10	Stay		
11	FRED- Intervención temprana ante el consumo de drogas		
12	Programa para contrarrestar las patologías sociales en los adolescentes		
13	Way Out		
14	Between houses		
15	FEET to walk		
16	New Services Model for Children who live and/or are forced to work on the streets		
17	The Cannabis show		
18	Searching Family treasure		
19	Trampoline		
20	Strengthening Families Program		
21	Projecto Crescer Mudando		
22	Preexistências- drug addiction prevention project in school community		
23	DROJNET 2		
24	AISLADOS. Intervention Programs for the development of skills for life		
25	Kamelamos Guinar		
26	Families First		
27	Families in mission		
28	Saude em rede		
29	Pre-venture	(16,17)	EDDRA, PND y MEDLINE
30	Weekend's Coming: Prevention of Adolescent Alcohol and Ecstasy Use (SALUDA)	(29)	EDDRA, PND y Google académico

Tabla 1
Artículos identificados de acuerdo a los criterios de inclusión. Cont.

Nº	Nombre del programa	Referencia	Base datos
31	Déjame que te cuente algo sobre...Los Porros	http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=intervenciones-evaluadas	Prevención Basada en la Evidencia
32	¿SALES HOY?		
33	Programa de Competencia Familiar		
34	KAMELAMOS GUINAR - Queremos Contar		
35	Galilei		
36	Aprender a Comunicar		
37	Programa de Prevención Comunitaria "Ciudades ante las Drogas"		
38	PROTEGO: Entrenamiento familiar en habilidades educativas para la prevención de las drogodependencias		
39	Programa Rompecabezas		
40	Programa Engoe		
41	Discosana: reducción riesgos asociados al consumo de drogas contexto de ocio nocturno.		
42	The Climate Schools	(32)	PUBMED
43	School-Based-Support-Groups (SBSG)	(33)	MEDLINE
44	MIRA'T prevención selectiva de drogodependencias	http://www.san.gva.es/documents/156344/1655716/Gu%C3%ADaBajaRes.pdf	Programas españoles
45	Programa de prevención selectiva de drogodependencias		

sólo el 50% describieron efectos significativos en variables intermedias y de consumo, siendo únicamente un 43% los que describieron dichos efectos en la reducción del consumo de sustancias adictivas (tabla 4).

Los principales efectos significativos en variables intermedias fueron a nivel de conocimientos de las drogas y sus efectos, sobre expectativas de consumo, así como en integración social. En el caso de los efectos en la reducción de los niveles de consumo en el *Programa Towards No Drug Abuse* y el *Pre-venture* se mostraron significativos para el consumo de alcohol, cánnabis y otras drogas. En el caso del programa *The Climate Schools: Alcohol and Cannabis Course* la reducción se mostró en el consumo de alcohol y cánnabis. Y finalmente, para el programa *Saluda* y el programa de adaptación del *Keepin' it Real* los efectos se mostraron tan sólo en el consumo de alcohol, mientras que en

el *Cánnabis Show* fue solo en el consumo de cánnabis.

Intervenciones recomendadas. Las 14 intervenciones analizadas mostraron fortalezas en cuanto al diseño de la intervención y la implementación, sin embargo la mayoría de ellas tenían limitaciones en cuanto al diseño de la evaluación y los efectos identificados (tabla 5). De acuerdo con esto, tan sólo se identificó como recomendables cinco de ellas que se situaron entre los 18 y los 20 puntos, siendo el máximo de 21. El *Programa Pre-venture* (20 puntos) fue una de las intervenciones que contó con publicaciones que confirmaban el rigor en la implementación del programa, tanto a nivel de cobertura como de formación de los dinamizadores, pero también el diseño evaluativo era robusto y se mostraban efectos significativos tanto en variables intermedias, como de reducción de consumos. Como debilidades de esta intervención, identificamos la

<p style="text-align: center;">Tabla 2 Análisis de calidad de la descripción de la intervención en los programas de prevención selectiva del consumo de drogas en jóvenes incluidos en el estudio</p>								
Nº	Programa, autor, país y año	Descripción intervención	Fundamentación teórica	Materiales	Sesiones	Facilitador especializado	Lugar de implementación	Asistencia voluntaria
1	FRED- Intervención temprana ante el consumo de drogas Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Alemania, 2007	Sí	Modelo transteórico de cambio y entrevista motivacional	No consta	Entrevista individual motivacional (45 min) + 8h en grupo (2 o 4 sesiones)	Sí. Profesionales con experiencia en drogas y adolescentes se forman sobre el programa	No consta	En algunos casos sí, en otros acuden por motivos judiciales
2	Programa para contrarrestar las patologías sociales en los adolescentes Fundación Praestern, Polonia, 1993	No	No	No consta	No consta	Sí. Psicólogos y/o pedagogos	No consta	No consta
3	Way Out Carynthian prevention unit, Austria, 2002	Sí	Teoría del aprendizaje social	No consta	12 sesiones grupales (2h) y sesiones individuales	Sí, pero no se describe perfil concreto	Entorno comunitario cercano al joven	No. Asistencia asociada a procesos judiciales
4	The Cannabis show Jellinek Prevention, Holanda, 2002	Sí	Teoría de la atribución, del aprendizaje social y de comportamiento razonado.	No consta	No consta	Sí, pero no se indica perfil concreto	Escuela	No consta
5	Pre-venture Conrod et al., Reino Unido y Canada, 2004	Sí	Cognitivo-conductual, psicoeducativa y motivacional	Sí	Entrevista motivacional+ 2 sesiones de 90 minutos	Sí, personal formado específicamente en la metodología del programa	Escuela	Sí
6	Preexistências- drug addiction prevention project in school community GAF, Portugal, 2009	No	Cognitivo-conductual, modelo del desarrollo y del aprendizaje social, de las habilidades sociales.	No consta	20 aunque se puede adaptar al currículum. No consta duración de las sesiones	No consta	No consta	No consta
7	AISLADOS. Intervention Programs for the development of skills for life Asociación SIAD, España, 2007	Sí	Socio-cognitiva	Sí	No consta	Sí	No consta	No consta
8	Weekend's Coming: Prevention of Adolescent Alcohol and Ecstasy Use (Saluda) Espada y Méndez, España, 2003	Sí	Psicosocial, conductual-comunitaria	Sí	10 sesiones de 1 hora	Habitualmente los maestros se forman sobre la metodología del programa	Entorno comunitario o escolar	No consta
Todas las intervenciones presentan metodologías interactivas y promueven habilidades								

Tabla 2
Análisis de calidad de la descripción de la intervención en los programas de prevención selectiva del consumo de drogas en jóvenes incluidos en el estudio. Cont.

Nº	Programa, autor, país y año	Descripción intervención	Fundamentación teórica	Materiales	Sesiones	Facilitador especializado	Lugar de implementación	Asistencia voluntaria
9	Color it Real: An HIV and Substance Abuse Program for young Adults Wholistic Stress Control Institute (WSCI), EEUU, 2011	Sí	Teoría de la autoeficacia y Modelo de las creencias en salud	No consta	7 sesiones de 2h	Sí	Entorno comunitario	Sí
10	Project Towards No Drug Abuse (TND) Sussman et al., EEUU, 2002	Sí	No	Sí	12 sesiones de 45 min	Sí, educadores para la salud	Entorno comunitario	Sí
11	The Climate Schools: Alcohol and Cannabis Course National Drug and Alcohol Research Centre, School of Psychiatry, and Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use at the University of New South Wales, Australia, 2004	Sí	Teoría influencia social	Sí	6 sesiones (40 min + 15-20min de trabajo por internet)	No. Los profesores tienen acceso a un espacio web donde tienen guías para la implementación	Escuela	No, tan solo se pide permiso parental
12	School-based interventions for children of substance-abusing parents (SBSGs) Gance-Cleveland y Mays, EEUU, 2008	Sí	Teoría de la resiliencia	No consta	14 sesiones de 60 min	Sí. Enfermera y trabajador social experto en clínica y conducción de grupos	Escuela o espacio terapéutico	Sí
13	Adaptation of Keepin' it Real Holleran, Hopson y Gerlach, 2005	Sí	Teoría influencia social, perspectiva ecológica del riesgo y de la resiliencia	Sí	6 sesiones de 60-90 minutos	Sí	Sí. Centro de educación alternativa	Sí
14	Project SUCCESS Morehouse, Fallick y Pierce, 2002	No consta	Teoría cognitivo-conductual y teoría de la acción razonada	Sí	Individual inicial + intervención grupal+ contacto comunidad	Sí	Sí. Centro de educación alternativa	Sí

Todas las intervenciones presentan metodologías interactivas y promueven habilidades

Tabla 3										
Análisis de calidad del método de evaluación y la presentación de resultados de los programas incluidos en el estudio										
Nº*	Diseño del estudio	Tamaño muestra	Criterios exclusión	Variables/ Indicadores	Calidad instrumentos	Tiempo de seguimiento	Tasa de atrición	Conexión objetivos- resultados	Resultados de proceso	Efectos significativos**
1	Pre- post	446 (E.1), 904 (E.2)	No	No	No	No	16,70%	Sí	Sí	No
2	Cuasi-experimental	840	No	No	Social Maladjustment Questionnaire (KADM)	No	No consta	No	Sí	No
3	Pre- post	126	No	No	Frankfurt Self-concept scale	4 meses	20%	No	Sí	No
4	Cuasi-experimental	134	No	Sí	No	No	No consta	Sí	Sí	Sí
5	ECA (Estudio Controlado Aleatorizado)	530 (E.1), 840 (E.2)	Sí	Sí	SURPS	12, 18 y 24 meses	34% (E.1) 20% (E.2)	Sí	Sí	Sí
6	Descriptivo	320	No	No	LEQ	No	No consta	SÍ	No	No
7	Descriptivo	No	No	No	No	No	No consta	No	No	No
8	ECA	133 (E.1 y 3) y 543 (E.2)	No	Sí	CEDIA y otros no validados	3,6 y 12 meses	No consta	Sí	Sí	Sí
9	Cuasi-experimental	192	Sí	Sí	Center for Substance Abuse Prevention SPF SIG Participant- level Instrument (no validado pero recomendado por SAMHSA)	3 meses	No consta	Sí	Sí	No
10	ECA	1426 (E.1) 2983 (E.2)	Sí	Sí	TND-Tests	12 meses	11% (E.1) 15% (E.2)	Sí	Sí	Sí
11	ECA	764 (Estudio 1) 1103 (Estudio 2)	Sí	Sí	LSTQ- T, SHAHRP, AEQ-A, CPQ-A, NDSHS	12 meses	19%	SÍ	Sí	Sí
12	ECA	109 (E. cuantitativo), 21 (E. cualitativo)	Sí	Sí	CRI	No consta	18%	Sí	Sí	Sí, sólo intermedias.
13	Cuasi-experimental	No.70	Sí	Sí	TCADA	6 meses.	No. 43%	Sí	Sí	Sí
14	ECA	1742	Sí	Sí	Sí	12 meses	11%	Sí	Sí	No

* La numeración se corresponde con la identificación del programa realizada en la Tabla 2.
** En variables intermedias o de consumo /

Tabla 4			
Descripción de la efectividad en variables intermedias y de consumo para los programas que cumplen dicho criterio			
Nº	Programa, país, autor y año	Estudios	Efectividad (resultados significativos)
4	The Cannabis show Jellinek Prevention, Holanda, 2002	(34-35)*	Diferencias significativas entre ambos grupos en conocimientos (d Cohen: 0,97) . También se describen diferencias significativas en el consumo regular de cannabis (no se facilita d Cohen). Diferencias significativas también en la autoeficacia , pero no en la intención de conducta.
5	Pre-venture Conrod et al., Reino Unido y Canada, 2004	(17)	Reducción significativa de la frecuencia de uso de cannabis, cocaína y otras drogas a los 6 meses (d Cohen: 0,29) y a los 24 meses (d: 0,24) .
		(16)	Reducción significativa de la frecuencia de consumo de alcohol (d Cohen: 0,12) i del intensivo o “binge drinking” (d: 0,21) a los 6 meses de seguimiento , que desaparece a los 12, 18 y 24 meses.
		(26)	El programa era protector del consumo de cannabis a los 6 meses (OR: 0,67 (0,45-1)) . Reducciones en la frecuencia de consumo de cannabis a los 12 y 18 meses .
8	Weekend’s Coming: Prevention of Adolescent Alcohol and Ecstasy Use (Saluda) Espada y Méndez, España, 2003	(36)	Reducción de la frecuencia de consumo de alcohol en los dos grupos de edad, con una d Cohen de 0,45 en el grupo de 14 a 16 años después de la intervención, que se mantenía a los 6 meses (d: 0,44) .
		(37)	Modificación significativa de las actitudes hacia el consumo de drogas a los 3 meses (d Cohen: 0,39) y a los 6 meses (d: 0,12) .
10	Project Towards No Drug Abuse (TND) Sussman et al., EEUU, 2002	(38)	El programa, en sus tres versiones reducía la frecuencia del consumo de alcohol y drogas ilegales , pero la reducción del consumo de tabaco y cannabis sólo se vio cuando era administrado por especialistas de la salud.
		(25,39)	El programa TND, conducido por un educador de la salud tuvo efectos a los 2 años de seguimiento sobre el consumo de tabaco y de otras drogas y sobre los que eran no-consumidores de cannabis al inicio también mostró efectos sobre el consumo de alcohol.
		(25,40)	El programa, en cualquiera de sus modalidades, fue protector respecto del uso del alcohol, emborracharse y el uso de otras drogas ilegales . No hubo efectos significativos para el consumo de tabaco ni de cannabis.
11	The Climate Schools: Alcohol and Cannabis Course National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), School of Psychiatry, and the NHMRC Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use at the University of New South Wales (UNSW), Australia, 2004	(41,42)	Cambios significativos en el consumo semanal de alcohol y frecuencia de uso del cannabis a los 6 meses de la intervención.
		(42,43)	En la evaluación del módulo computerizado del alcohol, se encontraron cambios significativos para ambos sexos en el conocimiento sobre los riesgos y en las expectativas del consumo . Sólo hubieron cambios significativos sobre el consumo semanal de alcohol o sobre el intensivo (binge drinking) o sobre los problemas en el caso de las chicas .
		(15,42)	Cambios significativos en el consumo semanal de alcohol y en el intensivo o “binge drinking” a los 12 meses . No hubo cambios en la frecuencia de uso del cannabis o en los problemas ocasionados por ambas drogas.
12	School-based interventions for children of substance-abusing parents (SBSGs) Gance-Cleveland y Mays, EEUU, 2008	(33,44)	Cambios significativos en conocimientos e integración social en ambos sexos y en la forma de afrontamiento en las chicas. No hubieron cambios significativos en las prevalencias de consumo de tabaco y alcohol, pero la evolución fue mejor en el grupo intervención que en el grupo comparación.
13	Adaptation of Keepin’ it Real Holleran, Hopson y Gerlach, 2005	(45)	Cambios significativos en las intenciones de aceptar ofertas y en el consumo de alcohol en los 30 últimos días en los jóvenes menores de 16 años , pero no entre los más mayores.

* EDDRA

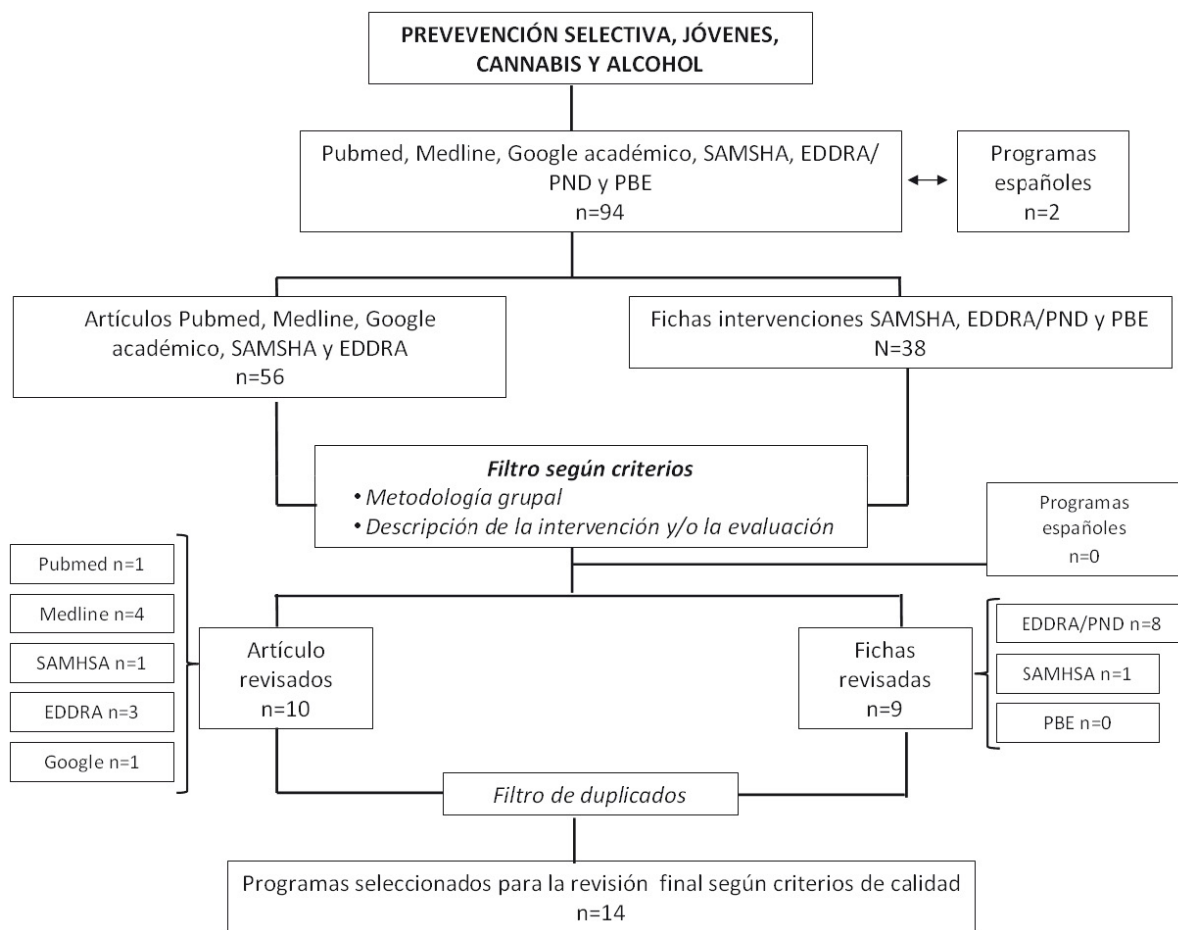
Tabla 5						
Resultado de las puntuaciones de evaluación de las intervenciones seleccionadas y descripción de las principales limitaciones y recomendaciones						
N*	Intervención (máx. 9)	Evaluación (máx. 7)	Resultados (máx. 5)	Total	Principales limitaciones	Principales aspectos por los que recomendar el programa
1	5	2	2	9	<ul style="list-style-type: none"> - Se miden únicamente efectos intermedios, pero no reducción de consumo - Falta de publicaciones científicas y en inglés - Diseño de evaluación con limitaciones - Imposibilidad de acceder a materiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Alta cobertura y aplicado en diversos territorios europeos - Implicación intersectorial
2	3	3	1	6	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de publicaciones científicas y en inglés - Falta de rigurosidad en la presentación de los efectos 	<ul style="list-style-type: none"> - Especial énfasis metodológico del grupo de iguales de referencia como factor protector - Instaurado a nivel estatal desde hace más de 10 años
3	7	4	1	12	<ul style="list-style-type: none"> - La asistencia de los jóvenes en ocasiones está condicionada a una medida judicial - Falta de publicaciones científicas y en inglés - Falta de rigurosidad en la presentación de los efectos 	<ul style="list-style-type: none"> - Implicación intersectorial - Adaptación al joven y a las necesidades del contexto
4	6	3	5	14	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de publicaciones científicas y en inglés - Carencias en la descripción del diseño de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> - Metodología innovadora y creativa. Basada en la música y el baile. - Entrega de incentivo a los jóvenes - Efectos significativos en la intención de uso y prometedores en cuanto al consumo
5	8	7	5	20	<ul style="list-style-type: none"> - Materiales no accesibles - Intervención corta - Edad media de los participantes baja (13,5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Rigurosidad en la formación de dinamizadores - Amplia cobertura y aplicado en diversos territorios a nivel internacional - Diseño evaluativo robusto - Efectos significativos en variables intermedias y de consumo
6	4	2	1	7	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción de la intervención y de los materiales poco exhaustiva - Diseño evaluativo poco robusto - Falta de publicaciones científicas y en inglés - Falta de rigurosidad en la presentación de los efectos 	<ul style="list-style-type: none"> - El programa forma parte de un conjunto de intervenciones comunitarias
7	6	0	0	6	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción de la intervención y de los materiales poco exhaustiva - Diseño evaluativo poco robusto - Falta de publicaciones científicas y en inglés - Falta de presentación de los efectos 	<ul style="list-style-type: none"> - Innovador y creativo. Basado en un juego de rol

* La numeración se corresponde con la identificación del programa realizada en la Tabla 2

<p align="center">Tabla 5 Resultado de la las puntuaciones evaluación de calidad de las intervenciones seleccionadas y descripción de principales limitaciones y recomendaciones. Cont.</p>						
N*	Intervención (máx. 9)	Evaluación (máx. 7)	Resultados (máx. 5)	Total	Principales limitaciones	Principales aspectos por los que recomendar el programa
8	8	5	5	18	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación mayoritariamente de forma universal - Efectos significativos más evidentes en la franja de población más joven - Presentación de efectos menos prometedores que otros programa equivalentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción de la intervención y del material exhaustivos y accesibles - Diseño evaluativo robusto - Efectos significativos en variables intermedias y de consumo
9	7	6	2	13	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados significativos sólo en variables intermedias sin magnitud del efecto - Intervención dirigida a la reducción del consumo de drogas y la sexualidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de la perspectiva cultural, de género y edad en el perfil de los dinamizadores, la implementación y evaluación del programa
10	8	7	5	20	<ul style="list-style-type: none"> - Buena parte de los resultados son en la implementación del programa de forma universal, aunque existen experiencias de implementación selectiva en escuelas alternativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia cobertura y aplicado en contextos de diversidad socioeconómica y cultural - Diseño evaluativo robusto - Efectos significativos en variables intermedias y de consumo
11	7	7	5	19	<ul style="list-style-type: none"> - Edad media de los participantes baja (13,5) - Buena parte de los resultados son en la implementación del programa de forma universal, aunque existen experiencias de implementación selectiva en escuelas de contextos socioeconómicos vulnerables 	<ul style="list-style-type: none"> - Amplia cobertura y aplicado internacionalmente - Diseño evaluativo robusto - Efectos significativos tanto en variables intermedias, como en consumo - Metodología y materiales innovadores y accesibles. Plataforma virtual interactiva
12	7	6	3	16	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos significativos únicamente en variables intermedias - Escasas experiencias de aplicación - No disponibilidad de los materiales - Programa orientado tan sólo a hijos/as de padres/madres consumidores 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño evaluativo robusto
13	9	5	5	19	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño evaluativo adecuado pero con insuficiente muestra y alta tasa de atrición - Disponibilidad de tan sólo una experiencia de aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptación rigurosa de un programa universal efectivo para ser aplicado de forma selectiva. - Empleo de videos adaptados al contexto
14	8	7	2	17	<ul style="list-style-type: none"> - No se muestran efectivos significativos positivos - Pese a que la atrición no es elevada, hubo irregularidad de asistencia del alumnado a los centros, y no se llegaron a vincular al programa 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de la intervención y de la evaluación robusto y con amplia cobertura

* La numeración se corresponde con la identificación del programa realizada en la Tabla 2

Figura 1
Selección de fuentes bibliográficas para la revisión de intervenciones de prevención selectiva de calidad



baja edad de los participantes, la dificultad de acceso a los materiales para poder replicarla, así como la corta duración de la intervención (menor de 4 sesiones). En cuanto al *Programa TND* (19 puntos) destacamos también su amplia cobertura, su diseño evaluativo robusto, los efectos significativos en diversas variables y también que había sido aplicado con éxito en contextos con diversidad cultural y socioeconómica. No obstante, se identificó como limitación que buena parte de los resultados de dicho programa provenían de su aplicación de forma universal y no selectiva. En cuanto a las fortalezas y limitaciones del programa *Climate Schools* (19 puntos), éstas fueron compartidas con los dos programas anteriores, pero además se destacó como positivo el carácter innovador de los recursos y de las estrategias empleadas (plataforma virtual, historias animadas, etc.). Seguidamente, respecto a la adaptación del *Programa Keepin' it Real* al contexto de prevención selectiva (19 puntos), si bien el diseño de la intervención y los efectos resultaron positivos, una importante limitación fue el tamaño de muestra con el que se evaluó, y que sólo hubiese sido aplicado en una ocasión. Finalmente, en cuanto al *Programa Saluda* (18 puntos) sus fortalezas fueron el diseño evaluativo y los efectos en algunas de las variables, pero también la accesibilidad de los materiales y la calidad de la guía de implementación que permitía su transferibilidad a otras experiencias. Pese a ello, este programa mostró efectos menos prometedores que los anteriores programas, y sobre todo estos se identificaron en los jóvenes de menor edad, y mayoritariamente en las experiencias de aplicación universal.

DISCUSIÓN

Los resultados de la revisión muestran, en primer lugar, la escasez de estudios sobre programas de prevención selectiva centrados en el consumo de alcohol y cánnabis dirigidos a jóvenes vulnerables. Son pocos los estudios de programas que sean puramente selectivos, siendo la mayoría programas mixtos, con un componente mayor de aplicación universal.

En segundo lugar, buena parte de los estudios identificados muestran limitaciones en cuanto al diseño de la evaluación, los efectos sobre el consumo, así como en la relación entre las variables de proceso y de resultado. Finalmente, cabe destacar que es poco frecuente encontrar la descripción de los materiales, los contenidos, las estrategias y el proceso de implementación asociado a la efectividad del programa.

Efectivamente, en una base europea de programas preventivos de drogodependencias como EDDRA⁽³⁾, de un total de 44 programas preventivos diseñados e implementados en España, tan sólo 14 se centraban en prevención selectiva y únicamente uno de ellos presentaba evaluación de resultados. La escasez de programas selectivos completos del consumo de alcohol y cánnabis ha motivado que autores como Newton⁽¹⁵⁾ recomienden el uso combinado de programas efectivos universales como el que implementaron con éxito en Sydney (*Climate Schools: Alcohol and Cannabis Course*) con otros diseñados para adolescentes con consumos de riesgo como el programa *Pre-Venture*⁽¹⁶⁾. Este programa ha mostrado mayor efectividad para reducir el “binge drinking” y el uso de otras drogas ilegales^(16,17), tal como se refleja en la **tabla 4** de este manuscrito.

Una de las limitaciones más grandes sobre la insuficiencia de datos de intervenciones efectivas dentro de la prevención selectiva se encuentra en la inadecuada y escasa provisión de información sobre la evaluación de proceso de los estudios. La **tabla 2** revela que dos de los aspectos más deficientes, al respecto, son la información sobre los materiales de la intervención y la asistencia o adherencia a los grupos de los participantes en el programa. Respecto al primero, la información sobre su existencia y, en su caso, sobre la disponibilidad que permita su posible replicación y las características de los materiales, es uno de los aspectos considerados entre los criterios de excelencia de las intervenciones preventivas⁽¹⁸⁾. Por otro lado, los datos de asistencia y adherencia al programa son una información

indispensable para poder determinar la dosis de intervención recibida y, por tanto, sobre la intensidad y la calidad de la intervención impartida⁽¹⁹⁻²²⁾. La intensidad de implementación, y sus predictores como la capacidad organizativa del centro o entidad, el soporte externo recibido y la integración en las actividades del centro, se suele correlacionar con la efectividad de los programas⁽²²⁾.

Además de la calidad de la implementación de la intervención, un segundo gran reto de la mayoría de estudios sobre evaluación de programas preventivos es la calidad del diseño de la evaluación. Entre los programas revisados en este manuscrito sobresalen cuatro debilidades relevantes (tabla 3). En primer lugar, un 50% de los estudios no detallan bien los criterios de exclusión e inclusión, lo que hace pensar en algunos errores de selección, de los que no siempre se es completamente consciente⁽²³⁾. Por otro lado, sorprende que un tercio de los estudios no ha definido bien los indicadores o variables de resultados, tanto para el proceso de implementación de la intervención como para los resultados que se esperan de la conducta principal y factores asociados, lo que refleja dudas sobre las posibilidades del estudio, a menudo debidas a la capacidad real de los proyectos o a las dificultades propias de los estudios evaluativos⁽¹¹⁾. En esta línea, el seguimiento de los efectos o resultados es otra de las indefiniciones de hasta un 40% de los estudios, también relacionada con la capacidad de los recursos disponibles, pero también con la colaboración sostenida de los participantes⁽²³⁾. La cuarta y última de las debilidades se refiere a la atrición y tasa de seguimiento de los participantes a lo largo del estudio. A pesar de ser uno de los estándares evaluativos básicos⁽²³⁾, un 50% de los estudios no refleja el nivel de atrición en la comunicación escrita. Esto afecta claramente a la validez de los resultados, porque cuestiona que la comparabilidad de los grupos al inicio del estudio se mantenga igual al compararlos en el momento de los resultados⁽²⁴⁾. Esto es así, no tan sólo porque no es lo mismo una atrición del 20% o del 40%,

sino porque es necesario estudiar las pérdidas habidas durante el estudio y confirmar que no son muy diferentes a los sujetos que se mantienen en el mismo^(11,23,24).

Más allá de la calidad de los estudios, el aspecto más esperado de todos ellos es la efectividad e impacto que son capaces de producir sobre la principal conducta adictiva que los motivó. En la tabla 4 se profundiza sobre los cambios que sólo pudo mostrar con significación estadística un 43% de los estudios. Este porcentaje es similar al encontrado por otros autores con estudios similares, como la revisión realizada por Sussman⁽²⁵⁾ sobre intervenciones preventivas o de abandono del consumo en jóvenes de alto riesgo, consumidores de tabaco, alcohol y otras drogas ilegales. Casi todas las intervenciones tuvieron algún impacto sobre algún indicador, pero tan sólo la mitad de ellas mostraron cambios significativos en las variables principales⁽²⁵⁾.

Otro aspecto controvertido, junto al ya comentado de la dificultad de incidir sobre el consumo de alcohol de riesgo, es la dificultad de encontrar efectos sobre el consumo de cannabis, especialmente en adolescentes con consumos de riesgo. El programa *Pre-Venture* se ha revelado como una intervención efectiva para retrasar el comienzo del consumo de cannabis a los 6 meses de la intervención y una reducción posterior de la frecuencia del consumo a los 12 y 18 meses de ésta⁽²⁶⁾, lo que convierte a este programa en una intervención de referencia en la prevención selectiva.

Además, es relativamente común que los programas no se lleven a cabo de acuerdo a cómo mostraron ser efectivos. Ennet⁽²⁷⁾, en su estudio sobre prevención de drogodependencias en la escuela, encontró que sólo el 14% de los programas implementados tenían los contenidos y las formas de aplicarlos, tal como la literatura científica demostraba que eran efectivos. Esto puede explicarse en cierta medida porque los programas frecuentemente se aplican de forma voluntaria por parte de los profesionales, y no como parte del currículum escolar.

Sussman⁽²⁵⁾ también ha mostrado que en jóvenes vulnerables, mayores de 17 años, los programas de prevención selectiva, para ser efectivos, deben incluir el refuerzo explícito de la motivación, el entrenamiento en habilidades sociales y la toma de decisiones, y la actitud crítica ante las influencias sociales que invitan al consumo.

Todos estos elementos conforman el proceso de diseño e implementación de las intervenciones, y tienen impacto en sus resultados^(28,29). De acuerdo con esto, los programas deben describir los diferentes componentes del diseño y la implementación de la intervención que garanticen no sólo su evaluación, sino la posibilidad de replicarlos en otros contextos⁽¹¹⁾. Por esto mismo, este estudio pone de relieve la escasez de intervenciones de prevención selectiva que describen los materiales, el desarrollo de las sesiones o el lugar de implementación, entre otros aspectos necesarios para asegurar su replicabilidad con garantías de rigurosidad.

Resulta importante plantear que las principales limitaciones de este estudio tienen que ver con los criterios de inclusión establecidos, ya que pueden dejar fuera del marco de análisis intervenciones de calidad que por no cumplir criterios como el idioma, el marco temporal, el tipo de intervención (psicoeducativa/socioeducativa) o la edad población diana planteada (16-21 años). Sin embargo, la principal fortaleza de este estudio, es que es el primero en nuestro país que se plantea un análisis riguroso de la calidad esta tipología de intervenciones dirigidas a jóvenes. Futuros estudios deberían ampliar el análisis a otro tipo de intervenciones como por ejemplo aquellas dirigidas a otras poblaciones que indirectamente pueden incidir sobre los consumos y conductas de los jóvenes. En esta línea y como consecuencia de lo dicho, este estudio no ha contemplado las intervenciones de prevención selectiva dirigidas a adultos y jóvenes de familias consumidoras, donde hay algunas buenas experiencias desde hace tiempo. Entre ellas la intervención “Strengthening

Families Program”⁽³⁰⁾, que se dirige fundamentalmente a familias de jóvenes entre 8 y 14 años, y, por tanto, fuera del grupo diana de edad de este estudio. Esta intervención, que ha sido adaptada a diferentes contextos, goza de muy buena valoración en evaluaciones externas⁽⁴⁴⁾.

Finalmente, para concluir, entre las recomendaciones para una prevención selectiva que funcione, y respondiendo a la pregunta que plantea el título de este manuscrito, se aconsejan diversos requisitos que deben cumplir las intervenciones, tales como: tener un mínimo de 5 sesiones y un máximo de 8; atender los factores emocionales y de búsqueda de sensaciones, frecuentes en este colectivo; plantear claramente sesiones de entrenamiento de habilidades; la existencia de un manual que recoja los pasos a seguir en la implementación, la descripción, el número y el orden de las sesiones y los componentes y contenidos principales; y la formación con la que deben contar los dinamizadores, entre otros factores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon, R. An operational classification of disease prevention. En: Preventing Mental Disorders. Rockville: DHHS; 1987. p. 20–26
2. Institute of Medicine (US). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research/ Committee on Prevention of Mental Disorders. Washington, DC: Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine, 1994.
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Selective prevention: First overview on the European situation. Lisbon: EMCDDA, 2003
4. Parker H, Egginton R. Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. *Int J Drug Policy*. 2002;13(5):419–32.
5. National Institute of Drug Abuse. Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-based Guide for Parents, Educators and Community Leaders. 2nd edition. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 2003 (reviewed in 2012).
6. Asociación ADOS. *Guía de Buenas Prácticas para la intervención en programas de prevención selectiva e indicada*. Bilbao:ADOS, 2009.

7. Sambrano S, Springer J, Sale E, Kasim R, Hermann J. Understanding prevention effectiveness in real-world settings: the National Cross-Site Evaluation of high risk youth programs. 2005;31(3):491–513.
8. Arbex C. Guía Metodológica para la Implementación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales; 2013.
9. Plan Nacional de Drogas. Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) (1994-2012). Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/PresentESTUDES2012_2013.pdf.
10. Pérez A, Garcia-Continento X, Grupo colaborador de la encuesta FRESC 2012. Informe FRESC 2012: 25 anys d'enquestes a adolescents escolaritzats de Barcelona. Barcelona; ASPB, 2013.
11. Ariza C, Villalbí JR, Sánchez-Martínez F, Nebot M. La evaluación del proceso en relación con la evaluación de la efectividad: Experiencias de programas en el medio escolar. Gac Sanit. 2011;25:32–9.
12. Juárez O, Díez E. Prevención del SIDA en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. Gac Sanit. 1999;13(2):150–62.
13. McGrath Y, Sumnall H, Edmonds K, McVeigh J, Bellis M. Review of grey literature on drug prevention among young people. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006.
14. Novoa AM, Juárez O, Nebot M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. Gac Sanit. 2008;22(5):474–82.
15. Newton NC, Teesson M, Vogl LE, Andrews G. Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: final results of the Climate Schools course. Addiction [Internet]. 2010;105(4):749–59.
16. Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Mackie C. Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. J Consult Clin Psychol. 2011;79(3):296–306.
17. Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Strang J. Brief, Personality-Targeted Coping Skills Interventions and Survival as a Non-Drug User Over a 2-Year Period During Adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(1):85.
18. Nation M, Crusto C, Wandersman A, Kumpfer KL, Seybolt D, Morrissey-Kane E, et al. What works in prevention: Principles of effective prevention programs. Am Psychol. 2003;58(6-7):449–56.
19. Resnicow K, Botvin G. School-Based Substance Use Prevention Programs: Why Do Effects Decay? Prev Med (Baltim). 1993;22(4):484–90.
20. Dane A V, Schneider BH. Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? Clin Psychol Rev. 1998 J;18(1):23–45.
21. Dusenbury L, Brannigan R, Hansen WB, Walsh J, Falco M. Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. Health Educ Res. 2005;20(3):308–13.
22. Payne AA, Gottfredson DC, Gottfredson GD. School Predictors of the Intensity of Implementation of School-Based Prevention Programs: Results from a National Study. Prev Sci. 2006;7(2):225–37.
23. Windsor RA, Clark N, Cutter G, Baranowski T. Evaluation of health promotion, health education, and disease prevention programs. Mountain View, CA, US: Mayfield Pub. Co; 1994.
24. Rossi PH, Peter H, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach. London: Sage; 2004.
25. Sussman S, Arriaza B, Grigsby TJ. Alcohol, Tobacco, and Other Drug Misuse Prevention and Cessation Programming for Alternative High School Youth: A Review. J Sch Health. 2014;84(11):748–58.
26. Mahu IT, Doucet C, O'Leary-Barrett M, Conrod PJ. Can cannabis use be prevented by targeting personality risk in schools? Twenty-four-month outcome of the adventure trial on cannabis use: a cluster-randomized controlled trial. Addiction. 2015;110(10):1625–33.
27. Ennett ST, Ringwalt CL, Thorne J, Rohrbach LA, Vincus A, Simons-Rudolph A, et al. A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. Prev Sci. 2003;4(1):1–14.
28. Durlak JA, DuPre EP. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. Am J Community Psychol. 2008;41(3-4):327–50.
29. Escribano S, Espada JP, Orgilés M, Morales A. Implementation fidelity for promoting the effectiveness of an adolescent sexual health program. Eval Program Plann. 2016;59:81–7.
30. Kumpfer KL. Selective prevention interventions: the Strengthening Families Program. En: Drug abuse prevention through family interventions. Rockville, MD: NIDA Research Monograph; 1999. p.160-207.
31. SAMSHA. *Prevention Programs that Address Youth Marijuana Use Using Prevention Research to Guide Prevention. Practice*. Disponible en: <http://www.samhsa.gov/capt/sites/default/files/resources/prevention-youth-marijuana-use.pdf>

32. Champion K, Newton N, Stapinski L, Slade T, Barrett E, Teesson M. A cross-validation trial of an Internet-based prevention program for alcohol and cannabis: Preliminary results from a cluster randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(1):64–73.
33. Gance-Cleveland B, Mays MZ. School-Based Support Groups for Adolescents With a Substance-Abusing Parent. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2008;14(4):297–309.
34. Van der Spek N, Peters GJY, Noijen J, Jamin J. The Cannabis show: een preventieve peer-educationmethode op het podium [The Cannabis Show: a preventive peer education method on the stage]. *Verslav [Addiction]*. 2010;6(1):22–36.
35. Van der Spek N, Noijen J. The Cannabis Show: Peers op het podium. Een effectiviteitsonderzoek naar een preventieve interventie gericht op risicovol cannabisgebruik onder jongeren met een multiculturele achtergrond. Amsterdam: Jellinek; 2009.
36. Pereira JR, García-Fernández J. Evaluación de los efectos del programa preventivo Saluda según la edad de los participantes. *Salud Drogas*. 2009;9(1):93–111.
37. Espada JP, Hernández O, Orgilés M, Méndez FX. Comparación de distintas estrategias para la modificación de la actitud hacia el consumo de drogas en escolares. *Electron J Res Educ Psychol*. 2010;8:1033–50.
38. Sussman S, Dent CW, Stacy AW. Project towards no drug abuse: a review of the findings and future directions. *Am J Health Behav*. 2002;26(5):354–65.
39. Sussman S, Sun P, McCuller WJ, Dent CW. Project Towards No Drug Abuse: two-year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction. *Prev Med (Baltim)*. 2003;37(2):155–62.
40. Sussman S, Sun P, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. One-year outcomes of a drug abuse prevention program for older teens and emerging adults: Evaluating a motivational interviewing booster component. *Heal Psychol*. 2012;31(4):476–85.
41. Newton NC, Andrews G, Teesson M, Vogl LE. Delivering prevention for alcohol and cannabis using the internet: A cluster randomised controlled trial. *Prev Med (Baltim)*. 2009;48(6):579–84.
42. Champion K, Newton NC, Barrett EL, Teesson M. A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug Alcohol Rev*. 2013;32(2):115–23.
43. Vogl L, Teesson M, Andrews G, Bird K, Steadman B, Dillon P. A computerized harm minimization prevention program for alcohol misuse and related harms: randomized controlled trial. *Addiction*. 2009;104(4):564–75.
44. Bröning S, Kumpfer K, Kruse K, Sack P-M, Schanig-Busch I, Ruths S, et al. Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7(1):23.
45. Hopson LM, Holleran Steiker LK. The Effectiveness of Adapted Versions of an Evidence-based Prevention Program in Reducing Alcohol Use among Alternative School Students. *Child Sch*. 2010;32(2):81–92.