

Efectividad de intervenciones preventivas del consumo de sustancias tóxicas en adolescentes en el ámbito escolar.

Effectiveness of preventive interventions on the consumption of toxic substances in adolescents in the school setting.

Trabajo Fin de Grado.

Autora: Sandra Caloca Amber

Directora: Ángela Fernández Rodríguez

Julio de 2017



Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla".

Universidad de Cantabria



Índice:

Resumen y palabras clave	2
Abstract and keywords	2
Introducción	3
Objetivos	4
Estrategia de búsqueda	5
Capítulo 1: Descripción del consumo actual de sustancias tóxicas en adolescentes.	6
España	6
Cantabria	7
Europa	8
Estados Unidos	9
Capítulo 2: Intervenciones de prevención realizadas y su efectividad.	11
España	11
Cantabria	19
Panorama Internacional: Europa, Australia y Estados Unidos	19
Capítulo 3: Papel de la enfermería en la prevención.	21
Anexo 1: Programas de prevención de ámbito escolar en España de calidad baja/**.	26
Anexo 2: Programas de prevención de ámbito escolar en España de calidad muy baja y/o sin evidencia/*.	27
Referencias bibliográficas	31

Resumen y palabras clave:

El consumo de sustancias tóxicas en adolescentes es un problema real y extendido de forma similar en los países desarrollados. Ante tal problema de salud surge la necesidad de llevar a cabo programas e intervenciones que disminuyan el consumo y prevengan sus consecuencias.

Existen varios programas a nivel estatal, autonómico e internacional que se realizan en el ámbito escolar, ya que es ideal para abarcar a la población adolescente, realizar un seguimiento e implicar a otros colectivos como el núcleo familiar o la comunidad. Entre las intervenciones realizadas se observa que el proceso de evaluación es uno de los puntos débiles en la prevención del consumo, lo que pone en duda el pleno aprovechamiento de los recursos invertidos.

Los profesionales de enfermería, sobre todo los especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, Pediátrica y Salud Mental, son profesionales formados para programar, dirigir y ejecutar proyectos e intervenciones de prevención de calidad, sin embargo, no se encuentran incluidos de forma explícita.

Es necesario que los proyectos de prevención se lleven a cabo en base a datos epidemiológicos, modelos teóricos y elaborados bajo criterios científicos que permitan conocer su verdadera efectividad.

Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS):

Enfermería, Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones, Adolescente, Tabaco, Consumo de alcohol en menores.

Abstract and Keywords:

The consumption of toxic substances is a real problem among adolescents and it is similarly extended in different developed nations. Facing with such a problem, arises the need of making programs and interventions which decrease the consumption and prevent their consequences.

There are several programs at a state, local and international level that are developed in the scholar area, which is ideal because of the facilities to encompass adolescent population, monitor them and involve other groups like family and community. The evaluation is one of the weak points among the interventions analyzed, which casts doubts on the full use of the invested resources.

Nursing professionals, over all specialists in Family and Community Nursing, Pediatric Nursing and Mental Health Nursing, are created to program, direct and execute these quality projects and interventions although they are not explicitly included.

It is important to develop prevention projects around epidemiological data, theoretical models and scientific standards which allow to know their real effectiveness.

Medical Subject Headings (MeSH):

Nursing, Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions, Adolescent, Tobacco, Underage Drinking.

Introducción:

Uno de los principales problemas de salud pública entre la población adolescente en España es el consumo temprano de sustancias tóxicas. Actualmente existe un gran porcentaje entre los adolescentes que consume o, al menos, ha probado algún tipo de sustancia tóxica, sobre todo el alcohol y el tabaco, ambas legales en nuestro país. Uno de los principales problemas que encontramos en el actual patrón de consumo dentro de este rango de edad es la actitud de “normalización” que la sociedad muestra ante estas conductas. A pesar de los avances tecnológicos y de un fácil acceso a la información acerca de los peligros y consecuencias del consumo de sustancias tóxicas, especialmente en adolescentes y en población vulnerable, la sociedad actual no está lo suficientemente sensibilizada con este problema, por lo que las actuaciones que se llevan a cabo no son de la eficacia y magnitud deseables¹.

Desde 1985 se viene desarrollando el Plan Nacional sobre Drogas. Una medida creada con el fin de abordar de forma específica el problema de las drogas y las drogodependencias debido a su complejidad y a los múltiples factores a tener en cuenta. En su desarrollo intervienen diversas instituciones y colectivos, entre los que se encuentran varios Departamentos de los Ministerios de Interior, Sanidad y Educación, pertenecientes a la Administración Central, Departamentos de la Administración Autonómica, un grupo de expertos compuesto por profesionales de diversos ámbitos, varias Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y dos asesores externos. Las sucesivas modificaciones de este Plan han buscado ir adaptándose a los continuos cambios en el contexto social y en los patrones de consumo².

A nivel global, los patrones de consumo se ven condicionados por unos factores generales, tanto socioeconómicos como biológicos, psicológicos y culturales, e influidos por el estilo de vida de cada individuo. En España, la evolución de los patrones de consumo ha venido dada, especialmente, por la introducción de las siguientes variables: patrón de policonsumo cada vez más extendido³, inicio precoz en el consumo de sustancias tóxicas, relación directa entre tiempo de ocio y consumo, introducción de nuevas sustancias en el mercado y aumento de la prevalencia de trastornos mentales secundarios al consumo de sustancias psicoactivas¹.

Hasta mediados del siglo XX el consumo de sustancias tóxicas en nuestro país, se limita esencialmente al tabaco y el alcohol. A partir de este momento, el desarrollo industrial y tecnológico, provoca el éxodo de la población rural a las grandes ciudades. Este fenómeno, unido a otros de carácter cultural, incidió notablemente en el aumento y diversificación del consumo de drogas³.

Desde los años ochenta hasta principios de los noventa, se introduce el consumo de cannabis y cocaína y causa alarma el consumo de heroína. Esta última, fue una sustancia ligada a estratos sociales muy deprimidos, asociada a situaciones delictivas y a un aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas, entre ellas el VIH. Sin embargo, la cocaína estuvo asociada a estratos sociales de alto poder adquisitivo¹.

A partir de los noventa, disminuyó el consumo de heroína y, por el contrario, aumentó la presencia del cannabis y la cocaína, tanto entre la población general como entre la población adolescente. Durante esta década, el consumo evoluciona hacia una integración social, que normaliza su uso en espacios y ambientes de ocio^{1,3}.

Ya entrado el siglo XXI y con la instauración de la primera Estrategia Nacional sobre Drogas, entre los años 2000 y 2008, parece haberse establecido una tendencia de descenso en el consumo general de sustancias como la heroína, el cannabis y la cocaína. También ha descendido el consumo de las drogas legales, el alcohol y el tabaco, aunque continúan con una

alta prevalencia. Entre la población adolescente ha tomado fuerza y predomina el consumo intensivo o excesivo, también llamado consumo de atracón o “bingedrinking”, en la mayoría de las ocasiones en torno al fenómeno del “botellón”^{1, 4, 5}. De esta forma, hemos pasado de un modelo de consumo “mediterráneo”, asociado a las comidas, al modelo “anglosajón”, caracterizado por el consumo de bebidas de mayor graduación, en mayores cantidades y en periodos de tiempo más reducidos^{6, 7}. El alcohol es la droga más consumida por esta población, seguida del tabaco y siendo el cannabis la tercera sustancia con mayor prevalencia entre dicho grupo. El resto de drogas son minoritarias, tanto la cocaína como la heroína son sustancias raramente consumidas en estas edades, donde realmente tienen un patrón de consumo habitual es en el grupo de personas mayores de 34 años⁸.

Diferenciando el consumo según el género en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias, observamos que existe una mayor prevalencia de consumo de drogas legales en las mujeres, mientras que el consumo de drogas ilegales es superior en hombres⁵.

Contextualizando nuestra comunidad autónoma, observamos que las cifras son muy similares a la media española⁵.

En el panorama europeo destaca la complejidad que está adquiriendo el problema del consumo de drogas. Esto incluye la existencia de un gran mercado de producción de cannabis, la creación de nuevos tipos de drogas de síntesis y su exportación internacional, con la venta online como mecanismo de distribución más recientemente desarrollado. En cuanto a los datos registrados en 2015, encontramos que la población con mayor consumo de sustancias tóxicas en Europa se concentra en un rango de edad de 15 a 34 años, los llamados adultos jóvenes, con casi el doble de consumidores varones que mujeres⁹.

En cuanto a la población adolescente europea, el alcohol y el tabaco continúan siendo las drogas más consumidas. Se mantiene la gran accesibilidad que tienen los jóvenes a sustancias de venta ilegal a menores de edad. De nuevo, encontramos que el patrón más extendido también en Europa coincide con los grandes atracones de alcohol o “binge drinking”¹⁰.

Con todo esto, podemos observar la extensión del consumo de sustancias tóxicas, tanto legales como ilegales, y su alta incidencia y prevalencia en el grupo más vulnerable, la población adolescente. Los datos de consumo, la accesibilidad a las sustancias y las pocas medidas para su control han motivado el planteamiento de este trabajo. También la escasa aparición de la figura de enfermería en las intervenciones de prevención que se llevan a cabo en este ámbito, así como la falta de evidencia y procesos de evaluación en las mismas^{2, 11-13}.

Objetivos.

El objetivo general de este trabajo pretende describir la situación actual en torno a las actividades e intervenciones que se vienen realizando en el ámbito de la prevención del consumo de tóxicos en adolescentes.

Como objetivos específicos se han establecido:

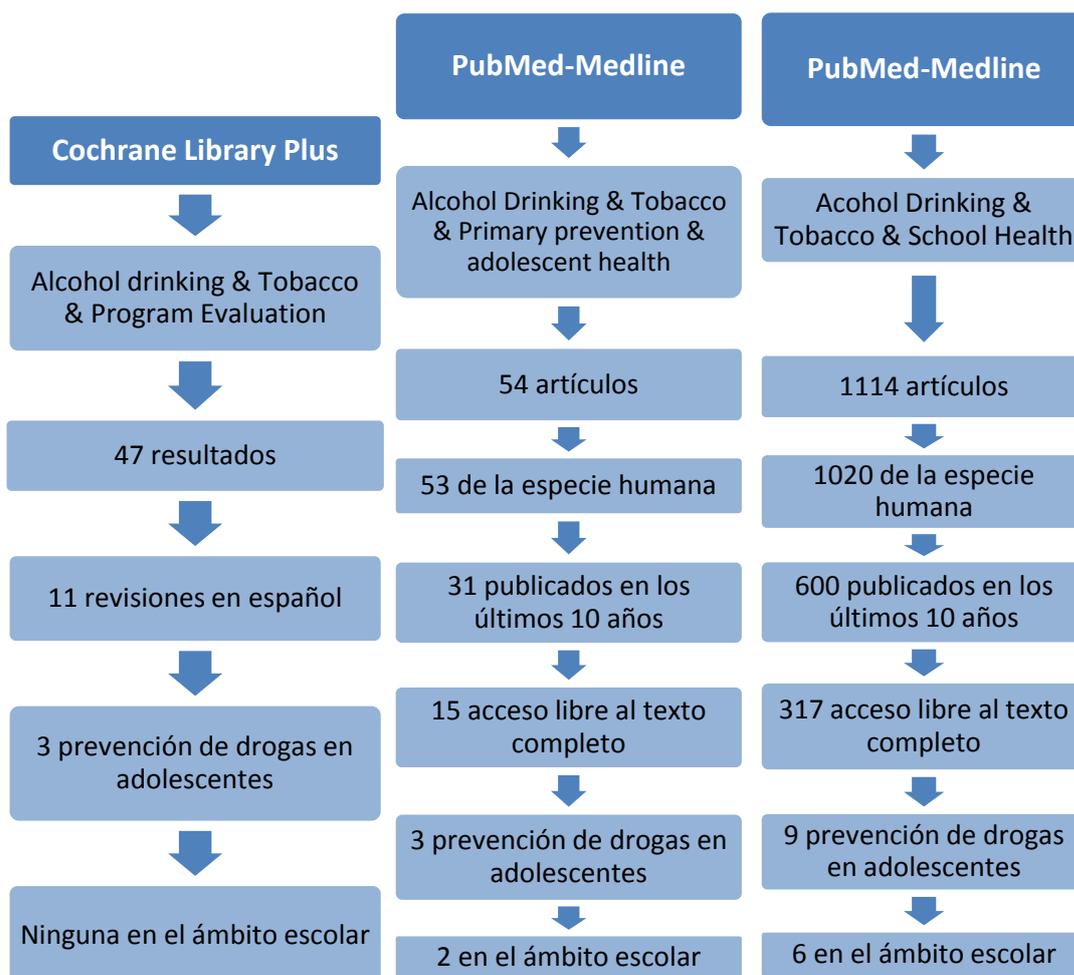
- Describir el patrón de consumo actual de sustancias tóxicas en adolescentes.
- Analizar las intervenciones de prevención de consumo de sustancias tóxicas en el ámbito escolar.
- Explorar el papel de la enfermería en las intervenciones de prevención.

Estrategia de búsqueda.

Como primer paso para la obtención de material para el desarrollo de este trabajo, se ha realizado una búsqueda de información y datos estadísticos de rigor acerca del alcance de la problemática adolescente en torno a las drogas en las páginas de organismos oficiales, tanto nacionales como pertenecientes a la Unión Europea como son las páginas web del Plan Nacional Sobre Drogas del Gobierno de España, el EuropeanMonitoringCentreforDrugs and DrugAdiction (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías) o Prevención Basada en la Evidencia de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías.

Se han buscado artículos relacionados con la prevención de esta problemática en las principales bases de datos de enfermería y ciencias de la salud como Cochrane Library Plus y PubMed-Medline a través de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) “Tabaco”, “Consumo de Bebidas Alcohólicas”, “Evaluación de Programas y Proyectos de Salud”, “Salud Escolar”, “Prevención Primaria”, “Salud del Adolescente”. Además se han añadido los filtros de búsqueda de forma que los artículos tuvieran acceso gratuito al texto completo, estuvieran publicados en los últimos diez años y fueran referentes a la especie humana.

Figura 1: Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.



Fuente: elaboración propia.

Capítulo 1: Descripción del consumo actual de sustancias tóxicas en adolescentes.

Para comprender la importancia de este problema y conocer la magnitud de la situación de consumo actual, debemos conocer las elevadas cifras de consumo que actualmente se manejan, tanto a nivel nacional como internacional.

España.

En España los datos comprendidos dentro del rango de edad objeto de estudio, entre 14 y 18 años, se recogen en la encuesta nacional Encuesta sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). Esta encuesta forma parte del Plan Nacional sobre Drogas que impulsa el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y permite controlar la incidencia y prevalencia de consumo en una muestra muy extensa, mostrándonos la evolución y los cambios de forma muy representativa respecto al panorama real⁵.

En comparación con las encuestas de años previos, encontramos que en 2016 el alcohol continúa siendola sustancia más consumida, aunque las cifras están comenzando a disminuir. Observamos que son las edades más tempranas de la muestra en las que más ha aumentado la percepción de riesgo en relación al consumo de alcohol, mientras que entre los 17 y 18 años el consumo se eleva hasta los 9 de cada 10 estudiantes. En total, el 78.9% de los adolescentes ha probado el alcohol y casi 2 de cada 3 (68.2%) lo ha consumido en el último mes. Ante los inminentes cambios en el patrón de consumo, citados ya anteriormente, en 2008 se incluyó una nueva variable a estudio: la prevalencia del consumo tipo “bingedinking”, es decir, el consumo de cinco o más vasos de bebidas alcohólicas en un periodo de tiempo de dos horas aproximadamente. Además, su consumo durante los fines de semana (64.8%) aumenta considerablemente en relación al consumo que se produce durante los días laborables (25.6%), lo que refuerza la idea de consumo relacionado con el ocio y tiempo libre de los jóvenes⁵.

Otro dato preocupante que se puede observar en las gráficas históricas desde 1994 es el aumento del porcentaje de jóvenes que ha sufrido una borrachera o intoxicación etílica a lo largo del último mes, con las consecuencias para la salud que ello conlleva. Esta tendencia, por primera vez desde 2010, parece estar en un periodo de receso. La edad a la que ocurre la primera intoxicación etílica se establece a los 14.6 años y en edades tempranas es más frecuente en mujeres⁵.

La edad media a la que los jóvenes prueban por primera vez el alcohol se establece, de media, en los 13.8 años. Mientras que el hábito semanal no se consolida hasta los 15 años, una cifra que no ha sufrido grandes variaciones a lo largo del tiempo. En ambos sexos encontramos datos similares, con la única diferencia a resaltar de un consumo ligeramente mayor en las mujeres⁵.

Otro de los aspectos que causan mayor preocupación es la facilidad que tienen los estudiantes menores de edad para adquirir el alcohol que posteriormente van a ingerir. El consumo se realiza con mayor frecuencia en bares, pubs y discotecas, seguido de lugares públicos en forma de botellón. Las formas más habituales para conseguir alcohol son, en primer lugar, por compra realizada directamente por ellos mismos (4 de cada 10 jóvenes), seguida de la adquisición con ayuda de algún conocido mayor de edad (3 de cada 10). Estos datos evidencian de manera alarmante el fenómeno de la venta ilegal de alcohol a menores de edad que se está

llevando a cabo con escasas consecuencias para los empresarios y responsables de dicha venta⁵.

La segunda sustancia tóxica más consumida entre los adolescentes es el tabaco. El 38.4% de esta población ha fumado alguna vez, mientras que el 25.9% lo ha hecho en los últimos 30 días. Las cifras de 2016 son las que muestran un menor número de fumadores diarios a lo largo de todas las encuestas realizadas, que se corresponden con el 8.9% de los estudiantes encuestados. La media de edad de consumo por primera vez se establece en los 13.9 años, mientras que la adquisición del hábito diario se produciría a los 14.6 años⁵.

Pese a que históricamente el consumo de tabaco estaba más marcado en las mujeres, actualmente estas cifras se han ido aproximando, hasta ser prácticamente iguales. Actualmente tampoco encontramos diferencias entre el número de cigarrillos fumados al día, ya que la media femenina se establece en 5.4 cigarrillos y la masculina en 5.8⁵.

Otro aspecto relevante es la visibilidad del hábito tabáquico, el cual fomenta el aprendizaje vicario. Hasta 3 de cada 4 alumnos aseguran que han visto a algún compañero consumiendo tabaco dentro del recinto escolar, y hasta un 54.3% ha visto a algún profesor del centro⁵.

El cannabis, tercera droga más consumida y la primera dentro de las sustancias psicoactivas ilegales en nuestro país, registra que un 29.1% de la población adolescente la ha probado y un 18.6% la ha consumido en el último mes (30 días). Desde 1994, la evolución de la prevalencia de consumo de cannabis era ascendente hasta su pico máximo en 2004, donde el 42.7% de la población de estudiantes había probado esta sustancia. Posteriormente, ha ido disminuyendo hasta los valores actuales. En este caso sí que encontramos diferencias respecto al sexo, siendo los hombres quienes presentan un consumo mayor. También encontramos grandes diferencias en los distintos tramos de edad, multiplicándose por cuatro el porcentaje de consumo de los alumnos de 17 años en comparación con los de 14 años. También es en la edad de 17 y 18 años donde encontramos una mayor diferencia de consumo entre chicos y chicas⁵.

La forma de consumo de cannabis más extendida es la de fumar marihuana, la vía de administración elegida por 2 de cada 3 de los consumidores. Mientras que el consumo de hachís o resina es menos frecuente. Además, la mayor parte de las veces se consume cannabis mezclado con tabaco, en el 86.5% de los casos, dando lugar al policonsumo de sustancias tóxicas⁵.

Respecto al resto de drogas, su consumo es minoritario dentro de la población de estudiantes. Encontramos que un 16.1% ha tomado alguna vez sustancias hipnosedantes y sólo un 3.5% ha probado la cocaína⁵. Tanto la cocaína como la heroína son sustancias raramente consumidas en estas edades, donde realmente tienen un patrón de consumo habitual es en mayores de 34 años⁸.

Como denominador común, podemos concluir que está aumentando el consumo inicial de drogas ilegales, es decir, el hecho de probar las distintas sustancias. Pero, por el contrario, su consumo continuado está disminuyendo debido a las consecuencias y riesgos que conllevan y de los que se está empezando a concienciar la población^{5,8}.

Cantabria.

Contextualizando nuestra comunidad autónoma, de nuevo se observa que el orden de mayor a menor consumo de sustancias tóxicas es el siguiente: alcohol, tabaco, cannabis e hipnosedantes. Cantabria tiene una edad media de inicio en el consumo de alcohol y de tabaco

a los 13.9 años, de inicio en el consumo diario de tabaco en 14.4 y de 15 años para el cannabis, por tanto, muy similares a la media española. Cantabria presenta un consumo de bebidas alcohólicas y el número de borracheras durante el último mes superior a la media española, por el contrario, el consumo de tabaco es menor. También es superior a la media española la prevalencia del fenómeno del botellón, tanto mensual como a lo largo del último año. En el caso del consumo de drogas ilegales, la prevalencia del consumo de cannabis en los últimos treinta días presenta datos idénticos a los estatales⁵.

De forma más detenida y dividido por sustancias encontramos los siguientes datos a nivel de la Comunidad Autónoma de Cantabria, siendo los más actualizados los de la encuesta escolar del año 2014¹⁴.

EL consumo de alcohol alguna vez a lo largo de su vida, se da en casi 8 de cada 10 adolescentes e incrementa desde los 15 hasta los 17 años. El tipo de consumo que los estudiantes perciben como “de menor riesgo” se corresponde con el consumo de alcohol, el consumo de fin de semana o el consumo diario de una o dos consumiciones de cerveza o copas¹⁴.

También se ha analizado como variable el consumo de tabaco en relación a los estudios concretos realizados dentro de este rango de edad, observando que es mayor en los centros públicos y en los Ciclos Formativos de Grado Medio. Por el contrario, disminuye en aquellos centros de Educación Secundaria Obligatoria privados. En el caso de los centros de Educación Pública, el 38.3% asegura haber visto fumar a gente en el recinto del centro todos o casi todos los días, mientras que en los centros privados esta cifra es del 19.5%¹⁴.

En cuanto a la distribución por sexo, en la sustancia que más diferencia observamos es en el consumo de tabaco, donde el porcentaje de mujeres fumadoras es un 10.2% mayor que el de hombres. Una vez más, en el consumo de sustancias ilegales, hay más consumidores del sexo masculino. También observamos que la percepción de riesgo en torno al consumo es mayor en las chicas que en los chicos. De esta forma, el 60.3% de las adolescentes afirman que la ingesta de una o dos cañas o copas diarias pueden repercutir en problemas, mientras que esta cifra en los varones desciende a un 50%. El “bingedinking” se encuentra algo más extendido entre los chicos, aunque es un fenómeno igualmente popular en ambos sexos, con unos porcentajes de entre el 41.7% y el 52.4% de los estudiantes entre 16 y 18 años¹⁴.

El 75.9% de la población adolescente refiere haber recibido la información suficiente o extensa en el tema de las drogas. Sus principales fuentes de información pertenecen a su entorno, de mayor a menor importancia: profesores y entorno familiar, seguidos de los medios de comunicación, remarcando los dos primeros como fuentes más fiables. Claramente perciben el riesgo del consumo de drogas como la cocaína, heroína, anfetaminas y alucinógenos, pero disminuye tal percepción cuando se tratan de drogas legales, consumo esporádico (54.3% en el caso del alcohol, 59.8% en el caso del cannabis puntual, frente al 88.8% de las consecuencias de un consumo habitual) o de cantidades reducidas (55.4% en alcohol)¹⁴.

De nuevo, la adquisición de sustancias de venta ilegal para menores de edad, no es percibida como dificultosa por los adolescentes. Hasta 9 de cada 10 afirman no tener ningún tipo de problema para acceder al alcohol y al tabaco¹⁴.

Europa.

A nivel europeo, la mayor fuente de datos es el estudio The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) que abarca 35 países, incluidos 24 de la Unión Europea y abarca a población de 15 y 16 años¹⁰.

En cuanto al tabaco, en líneas generales se muestra una evolución positiva, con un 54% de adolescentes que nunca han probado el tabaco y sólo el 21% de la población consumidora se puede considerar fumadores habituales. Italia se sitúa como el país con mayor consumo de tabaco en adolescentes, con un 37% de prevalencia, seguido de Bulgaria y Croacia. Por el contrario, los países con menor porcentaje de fumadores habituales son Islandia, Moldavia y Noruega respectivamente. Debido al gran riesgo de dependencia de la nicotina, se remarca la importancia de prevenir y evitar el inicio temprano del consumo de tabaco diario, patrón que se viene reduciendo en los últimos veinte años. Aun así, más del 60% de los adolescentes encuestados asegura que podría obtener tabaco fácilmente si lo deseara. Más de uno de cada cinco de éstos adolescentes, asegura que ha probado el tabaco antes de cumplir los 13 años, aunque este aspecto tiene gran variabilidad entre los treinta y cinco países incluidos en el estudio europeo más amplio en torno a este tema¹⁰.

El alcohol, sin embargo, continúa manteniendo unas cifras de consumo altas entre los adolescentes. De media, cuatro de cada cinco estudiantes refiere haber tenido algún tipo de consumo de alcohol. Los países con mayor prevalencia de consumo de alcohol antes de cumplir los 13 años fueron Georgia (72%), República Checa (68%) y Chipre (66%), mientras que los que muestran menores porcentajes de consumo vienen siendo los países nórdicos, entre ellos Islandia (14%) y Noruega (19%). Los países con mayor consumo de alcohol entre adolescentes, coinciden con aquellos con mayores tasas de episodios de grandes ingestas de alcohol. El 13% de los estudiantes encuestados reconoció haber sufrido una intoxicación etílica en los últimos 30 días. El 35% de los estudiantes, refiere haber bebido grandes cantidades de alcohol al menos una vez en el último mes, siendo hasta un 5% más frecuentes en hombres que en mujeres. En el caso del alcohol, la posibilidad de acceder a esta sustancia fácilmente, aumenta hasta el 78%¹⁰.

En el caso de las drogas ilegales, de nuevo el cannabis ocupa el primer puesto en el ranking de países desarrollados. La prevalencia registrada en Europa es del 16%, menor que la registrada en las encuestas escolares de Estados Unidos (31%) y de España (27%), aunque esto varía entre los distintos países. Destacan República Checa con un 37% de consumo en esta sustancia, frente a unos valores inferiores a 10% en cinco de los países nórdicos (Las Islas Feroes, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia). El origen de estas grandes diferencias entre unos países y otros no está claramente evidenciado, aunque se tiende a pensar que se debe a las distintas políticas restrictivas en torno a esta área en cada país¹⁰.

Estados Unidos.

Para ampliar la perspectiva, en la actualidad de globalización en la que nos encontramos, cabe tener en cuenta la situación de otro de los países desarrollados más allá del panorama europeo. El uso y abuso de sustancias tóxicas en adolescentes es otro problema de peso en la sociedad estadounidense, por lo que también cuentan con encuestas escolares a nivel nacional que abarcan todo tipo de comportamientos y conductas de riesgo para la salud donde se ven incluidos.

Desde 1991 hasta 2015, encontramos que el hecho de haber consumido tabaco en alguna ocasión, ya sea un cigarrillo entero o unas caladas, ha tenido una gran disminución pasando de un 70.4% a un 32.3% en poco más de dos décadas. En el caso de Estados Unidos encontramos que la encuesta, además de por sexos, se divide según origen racial, diferenciando entre blancos, negros e hispanos. El mayor porcentaje de consumo dentro de este indicador, lo encontramos en los chicos, concretamente hispanos (37.8%). También encontramos porcentajes mayores a medida que aumentamos de curso y, por tanto, de edad. La prevalencia es mayor en los cursos de 11º y 12º respecto a los inferiores. La media nacional establece que

solamente el 6.6% de los estudiantes ha fumado un cigarrillo completo por primera vez antes de los 13 años, y se trata de algo más común entre los chicos. En cuanto al consumo habitual, el 10.8% de los adolescentes participantes en la encuesta fumó al menos un día en los treinta días anteriores a la realización de la encuesta, de los cuales un 7.9% fumó más de 10 cigarrillos al día. En este indicador, el grupo con mayor consumo fueron los chicos de raza negra, seguidos de los chicos hispanos. Únicamente el 3.4% de los estudiantes consumió tabaco 20 días o más en los últimos 30 días¹¹.

De nuevo encontramos que la sustancia más consumida entre los adolescentes es el alcohol. El 63.2% de los estudiantes ha bebido alcohol al menos un día a lo largo de su vida y, por el contrario, se trata de una práctica más extendida entre las chicas, sobre todo entre la población de raza negra. El porcentaje de adolescentes que han probado en alguna ocasión el alcohol también aumenta a medida que van avanzando de curso, llegando a un 73.3% en 12º curso. En el caso de la línea evolutiva desde 1991, pese a que los datos han mejorado, la disminución ha sido menor que con el tabaco, de un 81.6% ha pasado al actual 63.2%. En cuanto al consumo precoz, antes de los 13 años, la media nacional se establece en torno al 17.2%. El 32.8% de los estudiantes refieren tener un consumo habitual de al menos un día en los últimos 30. Respecto al patrón de consumo de “bingedrinking”, el 17.7% de los adolescentes encuestados afirmó una ingesta de cinco o más bebidas en un periodo de un par de horas, disminuyendo hasta un 4.3% en el caso de que su mayor ingesta en los últimos treinta días se correspondiera con diez o más consumiciones en dos horas¹¹.

La droga ilegal más consumida es la marihuana, habiéndola probado al menos una vez en la vida el 38.6% de la población a estudio. Este consumo se extiende sobre todo entre la población negra, con mayor prevalencia en el sexo masculino. La media nacional establece el consumo habitual en el 21.7%. El resto de drogas tienen un porcentaje de consumo menor del 7%, siendo éstas de mayor a menor consumo las sustancias tóxicas inhaladas (pegamento, gases en espray), las drogas alucinógenas, la cocaína, el éxtasis, los esteroides, las metanfetaminas y la heroína¹¹.

Capítulo 2: Intervenciones de prevención realizadas y su efectividad.

España

Ante la extensa problemática descrita en el capítulo anterior, por los elevados índices de consumo de sustancias nocivas y con especial preocupación por tratarse de una población de riesgo, surge la necesidad de realizar intervenciones que deberían impulsarse y financiarse desde los poderes públicos, destinadas a solventar o disminuir progresivamente el problema expuesto.

Dentro del ámbito nacional, el marco que rige estas intervenciones en un primer nivel es la Estrategia Nacional de Drogas, donde se desarrolla el Plan Nacional de Acción Sobre Drogas y del que derivan los Planes Autonómicos. Por un lado, la Estrategia Nacional recoge el acuerdo político que desemboca en la realización de estos informes y planes, la situación actual que lo motiva, los ámbitos de actuación que se pretende abarcar y la evaluación del propio documento. Los ámbitos de actuación se centran en reducir la oferta y la demanda, mejorar la formación y la evidencia científica en el campo y la cooperación internacional¹.

Por otro lado, dentro del Plan Nacional de Acción Sobre Drogas, encontramos de nuevo los ámbitos de acción pero con unos objetivos claramente enunciados y las acciones propuestas desde el gobierno central para la consecución de los mismos. En total se plantean 36 acciones concretas. La prevención se incluye dentro del eje de “Reducción de la demanda” donde se le dedican 9 de las acciones propuestas (Tabla 1)².

Tabla 1: Ejes y Objetivos Generales de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016 (36 ACCIONES)		
EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº ACCIONES
1. Coordinación	1. Coordinación Nacional	2
2. Reducción de la demanda.	2. Conciencia Social.	1
	3. Aumentar Habilidades y Capacidades.	2
	4. Retrasar la edad de inicio.	1
	5. Reducir el consumo.	5
	6. Reducir daños asociados al consumo.	1
	7. Asistencia de calidad.	1
	8. Inserción socio laboral.	2
	3. Reducción de la oferta.	9. Control oferta sustancias ilegales.
10. Blanqueo de capitales.		3
4. Mejora del conocimiento.	11. Investigación y mejora del conocimiento.	5
	12. Evaluación.	4
5. Formación.	13. Formación.	1
6. Coordinación internacional.	14. Coordinación internacional.	3

Fuente: Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016².

Dentro de las 9 acciones preventivas dispuestas, en 7 de ellos se encuentra incluida dentro de la población diana la población adolescente y, únicamente 4, están dirigidas de forma específica a menores o jóvenes, la población más tendente a iniciarse en el consumo

de drogas. Es a partir de estas acciones y de los Planes Autonómicos desde donde se desarrollan las intervenciones y actividades preventivas concretas que nos interesa exponer, comparar y evaluar².

Este Plan se lleva a cabo a través de un proceso consultivo entre representantes de los distintos departamentos de la Administración Central, representantes de los 19 Departamentos de la Administración Autonómica (Planes Autonómicos), un grupo de expertos en el que no se especifica el campo al que pertenece cada uno de ellos, representantes de 18 ONGs y dos asesores externos. Esto permite aportar una perspectiva bastante amplia y toma importancia a la hora de enumerar las carencias que, desde su punto de vista, sería de mayor importancia subsanar².

Dentro de la organización y contribución a los Planes de Acción, el consenso da prioridad a aumentar la coordinación y cooperación nacional. Desde la Administración Central, solicitan aumentar los grupos de trabajo y las comisiones para tratar y solventar la problemática actual. Por su parte, los Planes Autonómicos de Drogas perciben la necesidad de una mayor coordinación e intercambio de experiencias e información entre comunidades y a nivel internacional. Las ONGs ven necesario que se les proponga una mayor participación, con la creación de un Consejo Consultivo o retomando el trabajo del Foro Social ante las drogas, así como la realización de un trabajo más práctico creando herramientas de trabajo concretas a la hora de actuar. Por último, el grupo de expertos también considera necesario que dispongan de mayor participación, grupos de trabajo y encuentros, elaboración de documentos de calidad y evidencia, así como su difusión, todo ello desde una perspectiva integral y no solo sanitaria².

En el caso de la reducción de la demanda, donde se ve incluida la prevención de consumo, el objetivo que se establece consiste en la promoción de la “conciencia social” respecto a la prevención y las consecuencias del consumo de sustancias tóxicas. Esto trata de dar solución a la situación de normalización que se ha visto a lo largo de la evolución histórica del consumo de drogas. Destaca dentro de las acciones planteadas por cada uno de los cuatro sectores que forman el órgano consultivo del Plan, la afirmación desde los Planes Autonómicos de que este objetivo “Aunque relevante, no es, en general, uno de los objetivos prioritarios para los Planes Autonómicos de Drogas”², lo que contrasta con el panorama actual descrito. Además propone como principal medio informativo y, por tanto preventivo, las redes sociales y nuevas tecnologías, además de por su alcance, por sus costes más reducidos². En cuanto a las ONGs, ponen de manifiesto la necesidad de aumentar la percepción de riesgo ante el consumo de drogas, especialmente en el alcohol, a través de la buena comunicación de sus portavoces. Los expertos coinciden en la baja percepción de riesgo que existe en la sociedad e inciden en la necesidad de un abordaje integral a las consecuencias derivadas del consumo. Son quienes más se centran en la prevención, en la necesidad de valorar positivamente el “no consumo”, en la importancia del control y la legislación respecto a la venta y consumo de alcohol. También le dan mayor peso a problemas como el consumo de alcohol en menores, la banalización del cannabis y los trastornos mentales derivados del consumo. El resto de Organismos de Administración Central destaca la necesidad de campañas de sensibilización y divulgación, de forma especial en su ámbitos respectivamente².

Dentro de las acciones dirigidas a la reducción de la demanda en el consumo de tóxicos, encontramos cuatro de ellas en las que no solo la población diana son los menores y adolescentes, sino que lo que se realiza son intervenciones sobre los propios jóvenes para prevenir el consumo (Tabla 2)².

Tabla 2: Acciones preventivas del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.

PLAN DE ACCIÓN SOBRE DROGAS 2013-2016					
EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº	ACCIÓN	META	DESTINATARIOS
2	3	4	Proyecto coordinado de prevención familiar universal.	Incrementar el número de familias participantes en programas de prevención de efectividad demostrada. Poner en marcha y evaluará un modelo de prevención familiar universal que incluya materiales, módulos formativos y un sistema de evaluación coordinado para las entidades participantes.	Familias.
2	3	5	Proyecto coordinado de prevención para menores en situación de vulnerabilidad	Incrementará el número de menores que participan en programas de prevención selectivos e indicados de calidad y basados en la evidencia.	Menores en situación de vulnerabilidad.
2	5	7	Proyecto de desarrollo de programas de prevención comunitaria multicomponente en el ámbito local.	Diseñar y poner en marcha un modelo coordinado de prevención multi-componente en el ámbito local, con un servicio de asesoramiento para el diseño, aplicación y evaluación de los programas, sistema de seguimiento y evaluación coordinado.	Población general.
2	5	8	Proyecto de mejora de los procesos de detección e intervención precoz con menores en los ámbitos escolar, social y sanitario.	Poner en marcha un proyecto de implementación de protocolos para la detección precoz e intervención con menores vulnerables con profesionales de los sectores de atención primaria, educación y servicios sociales. Diseñar y aplicar una evaluación de los resultados del proyecto que permita valorar su eficacia.	Menores.

Fuente: Elaboración propia. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016².

Para cada una de ellas se establecen las prioridades y posibles acciones para conseguir dicho objetivo (Tabla 3)².

Tabla 3: Esquema de prioridades y acciones preventivas en el proceso consultivo.

ESQUEMA DE PRIORIDADES Y ACCIONES PROCESO CONSULTIVO		
OBJETIVO GENERAL	PRIORIDADES DEL PROCESO CONSULTIVO	PROPUESTA DE ACCIONES
Objetivo General 2: Concienciación social sobre los riesgos asociados al consumo de drogas.	-Aumentar percepción riesgo, especialmente en grupos vulnerables. -Consensuar mensajes a la población basados en la evidencia. -Utilización de nuevas tecnologías.	-Plan de Comunicación del PNSD. -Campaña Nacional de Prevención Dirigida a Jóvenes.
Objetivo General 3: Aumentar las capacidades y habilidades personales.	-Desarrollo de habilidades y capacidades como factor de protección frente al consumo. -Puesta en marcha de programas escolares y familiares, basados en la evidencia. -Ampliar cobertura programas universales.	-Catálogos Nacionales de Programas de Prevención Escolares y Familiares. -Proyecto Nacional de Prevención Escolar para menores vulnerables. -Portal de buenas prácticas en el ámbito familiar.
Objetivo General 4: Retrasar la edad de inicio al consumo de drogas.	-Homogenización, refuerzo, vigilancia y cumplimiento de la legislación vigente sobre alcohol y menores. -Proyectos integrales para menores en el ámbito local: -Unificar ordenanzas, reglamentos. -Control de la venta de drogas por internet.	-Estudio sobre Normativa Alcohol y Menores en el Territorio Nacional. -Servicio de apoyo a la Planificación y Evaluación de Programas Comunitarios de Prevención del Consumo de Drogas en Menores en el Ámbito Local.
Objetivo General 5: Disminuir el consumo de drogas y reducir riesgos asociados.	-Detección e intervención precoz con menores en ámbito escolar y sanitario. -Prevención de accidentes en los entornos de ocio y laboral. -Implicación del sector hostelero. -Programas en universidades. -Asesoramiento a jóvenes consumidores y familias. -Formación en autoescuelas.	-Guías para la Detección e Intervención precoz en Centros Escolares y Sanitarios. -Plan Nacional de Prevención de las Drogodependencias en el sector Hostelero. -Servicios de Asesoramiento para Consumidores y Familiares. -Módulo Formativo para Autoescuelas.

Fuente: Elaboración propia. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016².

Dentro del ámbito sanitario, encontramos profesionales adecuadamente formados y cualificados para realizar estas tareas, como se comentará más adelante. Si bien es verdad que en el Plan Nacional parece que el aspecto que más recae sobre ellos se centra en la esfera más física, en la detección y el tratamiento precoz, por lo que en dichos casos el consumo ya se ha producido y no estaríamos hablando de prevención primaria. En el caso del ámbito social son muchos los factores que entran en juego, como son los amigos y el grupo de iguales, los medios de comunicación, el ambiente externo, etc. los cuales se ven regulados por acciones recogidas también dentro de la Estrategia Nacional en forma de legislación, formación en el sector de la hostelería y a conductores noveles, prevención en el ámbito laboral a través de asociaciones y sindicatos. En definitiva, es en el ámbito escolar en el que se centran las actividades e intervenciones sobre los menores para conseguir una reducción de consumo de sustancias tóxicas².

Una vez establecidos estos criterios, objetivos, prioridades y acciones, los Planes Autonómicos se encargan de concretar y planificar las intervenciones a llevar a cabo en cada una de las Comunidades Autónomas. El Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, dispone de un proyecto en el que se recoge toda la actividad en materia de prevención en el territorio español y a través del cual, evalúa su calidad y evidencia científica, así como su efectividad. Lo que se pretende es la elaboración de intervenciones y documentos críticos, que sean de fácil acceso y a través de los cuales se puedan mejorar los programas de prevención establecidos y desarrollar otros nuevos en los que la eficiencia sea mayor^{2,12}.

Los ámbitos de intervención, en general, se encuentran divididos en cinco: laboral, ocio, comunitaria, familiar y escolar. La prevención en el ámbito escolar es de gran importancia ya que la escolarización de los niños y adolescentes es obligatoria. Esto permite llegar a la mayoría de la población diana, así como realizar un seguimiento de los proyectos y evaluar su efectividad a corto y largo plazo¹³.

En el caso del ámbito escolar, aquel cuya población diana coincide plenamente con la población a estudio, se han desarrollado 35 intervenciones en el territorio español de las cuales encontramos que 33 de ellas han sido evaluadas y las otras dos se encuentran en proceso. En 14 de los 35 proyectos, son ONGs las instituciones que desarrollan o se encargan de la puesta en marcha y ejecución de estas intervenciones¹⁴. Por ello, además de ser uno de los órganos consultivos para la elaboración del Plan Nacional Sobre Drogas, participan en la ejecución de los planes de prevención del consumo de sustancias tóxicas. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad facilita 83 asociaciones presentes en el territorio nacional que se dedican a la información, prevención, asistencia, investigación e integración social dentro de este campo. De ellas, 56 incluyen entre sus recursos la prevención del consumo y 35 de las mismas se dedican a la prevención de forma exclusiva, algunas de ellas relacionadas con el ámbito escolar¹⁵.

Una forma de clasificación dentro de las intervenciones nacionales evaluadas, es en base a la escala de calificación, cuya mayor puntuación se corresponde con una mejor evaluación y efectividad demostrada¹⁶. Para realizar dicha clasificación se han basado en unas recomendaciones de calidad consensuadas por el grupo de trabajo evaluador, las cuales darían a las intervenciones una alta calidad y efectividad¹⁷.

Existen numerosas entidades que disponen de documentos de consenso en los que se establecen unos estándares de calidad que las intervenciones de prevención deberían cumplir y, por tanto, disponemos de diferentes escalas de clasificación. Desde la Unión Europea se ha desarrollado, por un lado, un documento en el que se establece una escala de calidad de tres niveles a partir de los cuales se puede analizar y clasificar una intervención en base a su

calidad¹⁸. Y por otro lado, también dispone de una guía en la que establece unos estándares de calidad sobre los que se deberían sustentar las intervenciones. Este último documento destaca los aspectos formales que debe incluir un proyecto de prevención, el “cómo” planificarlo y realizarlo desde un principio, en base a un ciclo circular de ocho etapas¹⁹.

En el caso de las intervenciones evaluadas en España, se utiliza la escala de 4 niveles consensuada por la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL). El máximo nivel de evaluación y efectividad comprobada sería un nivel “Alto” o de cuatro estrellas (****) y, por el contrario, el mínimo sería “Muy bajo y/o sin evidencia” o de una estrella (*)¹⁷.

En base a dichos criterios, no encontramos ninguna intervención nacional que disponga de una calidad Alta/****. Las cuatro intervenciones que han obtenido mejores resultados en su evaluación disponen de una calificación de calidad Moderada/***, es decir, su efecto ha sido demostrado pero es necesaria una investigación mayor para demostrar que el efecto conseguido se mantiene a lo largo del tiempo.

De forma descriptiva y reducida, estos son los cuatro programas más valorados en España en el ámbito de actuación escolar: Programas ***/ Calidad moderada (Tabla 4).

Tabla 4: Programas de prevención de ámbito escolar en España de calidad moderada/***.

PROGRAMA (Institución; año/última versión) POBLACIÓN DIANA (PD)	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Prevenció de les Addiccions a Substancies a l'Escola ²⁰ (Agència de Salut Pública de Barcelona; 1989/2011) PD: 1º ESO (12-13 años)	Reducir el consumo habitual de tabaco. Evitar el abuso de bebidas alcohólicas. Reforzar actitudes contrarias al uso de sustancias adictivas.	6-7 sesiones en 7-10 horas Guía para profesores y cuaderno de trabajo para el alumno.	Disminución de nuevos fumadores.Efectividad en reducción del consumo de tabaco. Reducción de consumidores regulares. Implementación irregular. Falta de renovación de materiales.
Sobre Canyes i Petes ²¹ (Agència de Salut Pública de Barcelona; 2005/2009) PD: 3º ESO (14-15 años)	Conocer composición y efectos de distintas sustancias. Identificar las expectativas propias. Ejercitar habilidades ante presión social y comunicación asertiva.	5 sesiones en 6-11 horas Guía para profesores. DVDs, web y cuaderno trabajo para el alumno. Seguimiento: 15meses	Impacto en la evolución del consumo experimental al regular o habitual del cannabis. Reducción del 29% en consumo de cannabis. Disminución del consumo de cannabis el último mes.A mayor cualificación de los profesores mejores resultados.

(Tabla 4: continuación)

PROGRAMA (Institución; año/última versión) POBLACIÓN DIANA (PD)	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social²² (Universidad de Santiago de Compostela. Delegación del Gobierno PNSD; 1997/2002) PD: 1º-2º ESO (12-14 años)	Retraso edad de inicio y reducir consumo habitual y abusivo de alcohol y tabaco. Mejorar conocimientos de efectos y riesgos. Percepción realista del consumo de drogas entre sus iguales. Modificar actitudes, prevenir agresividad y violencia. Promover la adquisición de habilidades.	16 sesiones de 45-50 minutos, tareas complementarias para realizar en casa y 9 sesiones de recuerdo al año siguiente. Cursos de formación, manuales, guías, CDs, DVDs y apoyo técnico. Seguimiento: 2evaluaciones en 4 años	Menor consumo a largo plazo de cannabis, tranquilizantes y anfetaminas. Disminución de nuevos casos en consumo de tabaco y alcohol inicial, no a largo plazo
Tú decides²³ (Instituto Europeo de Estudios en Prevención (IREFREA); 1995/2008) PD: Escolares de 12 a 16 años.	Aportar información. Conocer el nivel de consumo real. Identificar y entrenar las situaciones más habituales de oferta drogas.	6 módulos en 2-4 horas cada uno. 2-4 sesiones con los padres, en la práctica una sola. Manual para profesores y alumnos y PowerPoint Seguimiento: 3evaluaciones en dos años	Reducción de consumos de alcohol y tabaco en distintos parámetros. Al año y a los dos años se mantienen las cifras de fumadores obtenidas a los cuatro meses. El consumo en alcohol aumenta.

Fuente: Elaboración propia²⁰⁻²³.

Una de las condiciones más básicas e indispensables para que el programa sea efectivo, es la inclusión y participación de forma activa de la población a la que la intervención va dirigida, es decir, los adolescentes. Destaca también que las cuatro evaluaciones tienen como objetivo la reducción del consumo, el retraso de la edad de inicio o de la adquisición de un hábito regular, así como darles herramientas y habilidades sociales para rechazar el consumo. Esto nos permite dirigirnos a los adolescentes desde una perspectiva más cercana, no desde la restricción y prohibición, sino marcándonos metas reales y a corto plazo, con mejor aceptación por parte de la población diana. Cobra importancia mostrarles la realidad social del consumo de sustancias tóxicas, las situaciones que pueden vivir en torno a los primeros contactos y ofertas de consumo en lugar de hacer énfasis en grandes datos e información de las sustancias, toman mayor relevancia los conocimientos en torno a las consecuencias y efectos a corto plazo^{13, 20-23}.

Uno de los problemas que encontramos, coincide con que la inclusión de actividades de educación para la salud en el ámbito escolar en las escuelas españolas se realiza durante las horas de tutoría y son un aspecto voluntario en el currículo escolar en nuestro país. Esto hace que los centros tengan la libertad para elegir si participan o no en algún programa preventivo, así como permite seleccionar programas de baja calidad o que no se correspondan con la calidad deseada. Respecto a los cuatro programas seleccionados, da lugar a diferente adhesión entre los distintos centros, de forma que algunos cumplen únicamente el mínimo de horas y sesiones propuestas, mientras que otros, siguiendo las recomendaciones, realizan el programa al completo^{20, 22}. De esta forma, en las escuelas en las que el programa se realiza de forma completa (máximo número de sesiones y horas recomendado), los resultados son mejores que en los que se realiza el mínimo de sesiones y horas recomendadas²¹. Uno de los aspectos mejor valorados entre los programas seleccionados es el entrenamiento en habilidades, que cuenta con la mejor evidencia de efectividad en uno de ellos. También son evaluadas como ítem de gran importancia las influencias sociales²¹.

Es de gran relevancia la realización de evaluaciones y seguimientos a largo plazo y de calidad que, aunque se vean afectadas por la movilidad del alumnado, aportan mayores datos, más concretos y de mayor calidad acerca de la efectividad de los proyectos a corto, medio y largo plazo. Éste continúa siendo uno de los aspectos pendientes de mejorar en gran parte de los proyectos de prevención que se llevan a cabo²¹⁻²³.

Por último, en estas cuatro intervenciones que presentan calidad moderada, las instituciones que las llevan a cabo se tratan de organismos formales, con profesionales especializados y adecuadamente formados para las labores de educación para la salud²⁰⁻²³.

En cuanto al resto de intervenciones en el ámbito escolar español, se encuentran clasificadas con dos o una estrella, es decir, de calidad baja o muy baja y/o sin evidencia (Anexos 1 y 2).

El principal problema que encontramos en las intervenciones de baja calidad es la falta de evaluación de resultados, especialmente a largo plazo. En todos ellos se evalúa el proceso de la intervención, es decir, la satisfacción tanto en alumnado como entre los docentes. No se evalúa la existencia de cambios de conducta o en el patrón de consumo a corto y medio plazo en los alumnos incluidos en estos programas y, en el caso en el que se evalúan, no se detectan diferencias respecto al grupo control. Por ello, se trata de intervenciones en las que su efectividad no ha sido demostrada²⁴⁻²⁷. También observamos que las entidades que desarrollan estas intervenciones son, dos de ellas organizaciones privadas sin ánimo de lucro^{28, 29} y otra una empresa privada que se dedica al desarrollo de intervenciones de prevención entre otras funciones³⁰. Por lo tanto, no son entidades públicas, en comparación con las instituciones que han desarrollado las intervenciones de mayor calidad en España²⁰⁻²³.

Otro aspecto a destacar, en general, es un marco teórico más pobre, inexistente o basado únicamente en un programa de prevención de éxito previamente desarrollado²⁴⁻²⁷. También observamos que, en algunos casos, aumenta considerablemente el rango de edad de la población diana respecto a los intervalos más reducidos en las intervenciones de calidad moderada^{26, 27}.

En estas intervenciones podemos observar que el principal problema en la mayoría de ellas es la falta de evaluación de los resultados conseguidos tras la puesta en marcha y aplicación del programa o intervención. En algunas de ellas ha sido evaluado el proceso, es decir, la calidad de los materiales, el diseño, el marco teórico y, sobre todo, la aceptación entre alumnado y profesorado. Sin embargo, no se han evaluado los resultados que son los que realmente muestran la efectividad de las intervenciones. En algunos casos, la ficha técnica de evaluación

de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL), refleja la “dilatada experiencia” en materia de prevención de drogodependencia de las instituciones que desarrollan las intervenciones que, pese a estar muy arraigadas en el ámbito, en ningún caso realizan evaluaciones de los resultados y, por tanto, se desconoce su efectividad^{33, 35, 38-42}. También se observan marcos teóricos menos fundamentados en teorías, métodos, estudios epidemiológicos previos y objetivos más escuetos, peor descritos y sin especificar^{31, 32, 35, 38-40, 43}. Además se observa una mayor variabilidad entre la aplicación de un mismo programa en centros diferentes o, incluso en un mismo centro varía el tiempo y dedicación de los distintos docentes. En algunas ocasiones, esta variabilidad se debe a una falta de estandarización de los procesos y de fijar un programa mínimo a cumplimentar para la consecución de los objetivos deseados^{31, 40}.

Cantabria.

En cuanto a las intervenciones de prevención del consumo de tóxicos en adolescentes en el ámbito escolar, dentro de la Comunidad Autónoma de Cantabria, encontramos que actúan sobre dicha población diana 6 intervenciones. Todas estas intervenciones son de aplicación en otros puntos del territorio nacional, por lo que se incluyen en las tablas descritas en los anexos. Una de las intervenciones cuenta con una puntuación de ** calidad baja y el resto son de */Calidad muy baja y/o sin evidencia, por lo que se trata de intervenciones de baja efectividad. Se encuentran resaltadas a color en los anexos 1 y 2.

Panorama internacional: Europa, Australia y Estados Unidos.

Dentro del ámbito internacional, entre los países desarrollados, encontramos que los programas e intervenciones puestos en marcha cuentan con mucha más literatura en la que encontrar procesos de evaluación de resultados mucho más completos, en revisiones, artículos científicos y meta-análisis.

En Estados Unidos, una de las grandes diferencias que encontramos, es que algunas de estas intervenciones de prevención se encuentran recogidas dentro de los Plantes de Estudio, algo que resolvería problemas planteados en las intervenciones realizadas en España como la falta de tiempo para llevar a cabo los programas completos, para prepararlos y formar a los profesores, así como disminuiría la variabilidad en su puesta en práctica por los distintos docentes y profesionales que los llevan a cabo. Cuentan con programas muy completos que incluyen todo tipo de conductas peligrosas o no deseables en un estilo de vida saludable⁴⁴.

Establecen como primer paso y de gran importancia, la combinación del marco teórico con la investigación, tanto para conocer el panorama actual, como sus causas y factores de riesgo y de protección, los cuales son divididos en tres áreas de influencia: factores individuales, factores socioeconómicos y el entorno. Todo ello muestra el área de influencia del consumo y aquellos aspectos sobre los que se debe incidir en el ámbito de la prevención. Dentro del nivel individual, reparan en la importancia de desarrollar tres componentes básicos para que las intervenciones sean de calidad y de gran efectividad, a través de los cuales pretenden aumentar los factores protectores de cada individuo: Información y habilidades relacionadas con el alcohol, tabaco y otras drogas, el manejo de las habilidades personales y las habilidades sociales. La efectividad de las intervenciones también aumenta con la implantación de intervenciones multicomponente, lo que se corresponde con la tendencia actual. El tabaco y la marihuana son las sustancias cuyo consumo se ve más reducido tras la inclusión de los alumnos en programas de prevención escolar sencillos. Por el contrario, la disminución del consumo de alcohol es más difícil debido a su gran arraigo cultural, de ahí la importancia de implantar intervenciones multicomponente, más complejas y que lleguen al hogar de los

adolescentes, no se queda en un mero “trabajo de clase”. Son programas de aplicación escolar que, además, incluyen a la familia y la comunidad durante su desarrollo, motivo por el cual aumenta su efectividad a largo plazo, la interiorización de la información proporcionada y la obtención de mejores resultados en el patrón de consumo. Estas intervenciones incluyen actividades para realizar como tarea en casa, entrenamiento en habilidades de comunicación entre padres e hijos y proyectos en los que colaboran los medios de comunicación^{45, 46, 47}. Otro aspecto que también aumenta la efectividad, marcando la diferencia sobre todo a largo plazo, es la duración o el seguimiento de las intervenciones. De esta forma, los programas que mayor efecto tienen a largo plazo, son aquellos en los que se realizan sesiones a modo de recordatorio en los años posteriores al grueso de la intervención⁴⁶. Coinciden, al igual que en España, en que en la mayoría de casos es el docente, el profesor, quien dirige o modera las sesiones preventivas, aunque comienzan a objetivarse los beneficios que tienen las intervenciones realizadas “por pares” o “por iguales”, ya que la similitud de características socioeconómicas, edad y jerarquía aumentan la credibilidad de los alumnos incluidos en los programas^{46, 48}.

En el resto de países desarrollados, como Reino Unido, Holanda, Dinamarca o Australia, de nuevo, las intervenciones se basan en aumentar los conocimientos acerca de las sustancias y sus consecuencias a corto y largo plazo, los aspectos cognitivo-afectivos y, las sesiones de mayor eficacia, las dirigidas al control de la influencia social y al entrenamiento de habilidades personales y sociales. De nuevo se le da gran importancia al sustento de los programas en un marco teórico sólido y bien sustentado sobre los distintos modelos disponibles. También aparece la figura de los programas multi-componente, en los que se le da gran importancia a la implicación de los propios centros, su normativa de consumo aplicada a todos los trabajadores de los mismos y a la participación de la familia, desde la implantación de normas en el hogar, hasta la participación en sesiones para padres incluidas en los programas^{49, 50}.

Todos los países coinciden en que es fundamental una metodología interactiva, que haga partícipe de forma activa a la población diana y en la idoneidad del ámbito escolar para el desarrollo de intervenciones de prevención por la amplitud de oportunidades y ventajas que ofrece: desarrollo de información apropiada, énfasis en la concienciación en normativa y educación, posibilidad de entrenamiento de habilidades, técnicas interactivas, seguimiento a largo plazo a través de múltiples sesiones en varios años y apoyo de la comunidad docente. Los objetivos a conseguir con las intervenciones también van en la misma línea, intentando retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas e impedir o disminuir el paso de consumo experimental a consumo habitual o el abuso en lugar de promover el “no consumo”, menos práctico y realista debido a la gran implantación y a la actitud de normalización que encontramos en la sociedad^{45, 46, 49, 50}.

La producción científica existente, mayor que en España, objetiva igualmente que uno de los principales problemas continúa siendo la falta de evaluación de muchos de los programas puestos en práctica y, por tanto, el desconocimiento de los resultados conseguidos y su efectividad, así como la obtención de muestras de un tamaño pequeño y variable como para disponer de resultados significativos y los estudios realizados con una metodología inadecuada que nos proporcionan datos que no son de calidad^{13, 45-51}.

Capítulo 3: Papel de la enfermería en la prevención.

La enfermería, se encuentra regulada por la Ley 44/2003 del 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁵², en la que se especifican como funciones propias de todas las profesiones sanitarias “el ámbito asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias”. Añade también que corresponde “participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades”. Además, establece como papeles específicos y propios de la enfermería “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. Por todo ello, es inherente a la profesión enfermera el papel de la prevención y la educación para la salud, algo que, en ocasiones, es pasado por alto tanto por los profesionales como por la población en general, dejando que la asistencia ocupe el grueso de las expectativas y experiencias en torno a la enfermería⁵².

También recoge la importancia de las relaciones interprofesionales, así como del trabajo en equipo⁵². Hasta el momento, en los documentos revisados para la realización del presente trabajo, no se ha encontrado ningún equipo multidisciplinar en el que se especifique la presencia de profesionales enfermeros, a pesar del gran peso que ocupan la prevención y la educación para la salud en el día a día de su trabajo².

En otros casos, se desconoce la titulación y formación de los integrantes de los equipos de trabajo que colaboran en los planes y proyectos, así como en la elaboración de las intervenciones de prevención en el consumo de drogas. En el caso de las ONGs y asociaciones, es muy complicado conocer si dentro de sus equipos de trabajo, entre sus empleados o entre sus voluntarios se encuentra personal de enfermería. Y, en los casos en los que especifican la formación de alguno de sus componentes, no se han encontrado enfermeros ni enfermeras incluidos en el equipo^{15, 28-30}.

Aparte de las competencias propias de la profesión como tal, encontramos tres especialidades en las que se podrían incluir, con más fuerza si cabe, la adquisición de competencias en torno a la prevención y educación para la salud respecto al consumo de sustancias tóxicas. Estas son la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria⁵³, Enfermería Pediátrica⁵⁴ y Enfermería de Salud Mental⁵⁵.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) enuncia respecto a los especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria que “ha de contar con conocimientos profundos sobre la complejidad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos. Así mismo, ha de conocer la comunidad en la que ofrece servicios, los recursos disponibles, las diferentes maneras de interactuar entre sus miembros”. También afirma que se encuentra perfectamente preparada para “intervenir en órganos de salud pública, ya que ella puede identificar elementos en el barrio o en la comunidad que influyen de manera positiva o negativa en la salud de la familia y las personas que la componen, por lo que deberá ser una activa participante de la comunidad en lo que se refiere a programas de salud, incluyendo colegios locales, organizaciones no gubernamentales, grupos de la comunidad, culturales, sociales, religiosos, etc. elaborando una acción comunitaria como un elemento esencial de la Atención Primaria de Salud”. Por lo tanto, se trata de una especialidad que debe conocer el medio y la población para/con la que trabajan, uno de los aspectos que se nombraron como inicialmente indispensables para poner en marcha una intervención preventiva de calidad. La

incluye como figura directamente participante en las actividades públicas de prevención en la comunidad, en las familias y en el ámbito escolar, por lo que las competencias abarcan plenamente los requisitos para el desarrollo de intervenciones efectivas en manos de profesionales de enfermería. Otro aspecto facilitador en cuanto a esta especialidad, es el seguimiento que se tiene, en cuanto a los cuidados y trayectoria vital de las personas, ya que se constituyen como su enfermera o enfermero de referencia y les acompañan durante largo tiempo, administrando cuidados durante las distintas etapas vitales, lo que facilitaría el trabajo en términos de evaluación. Sustentada también en torno a esta especialidad está emergiendo cada vez con más fuerza la figura de la Enfermería Escolar, en la cual se podría incluir el trabajo de prevención de consumo de drogas en el ámbito escolar⁵³.

Al hilo del papel de la enfermería Familiar y Comunitaria y teniendo en cuenta las edades en las que se inicia el consumo, tanto experimental como habitual, de las distintas sustancias tóxicas, podemos extender esta especialidad a la de Enfermería Pediátrica. Son las enfermeras de pediatría quienes tienen un mayor trato con niños y adolescentes, ya que inician su contacto de forma muy temprana, con el seguimiento del niño tanto sano como enfermo, y son a quienes les correspondería realizar las primeras intervenciones de prevención primaria en esta población diana, así como detectar de forma precoz el inicio de consumo. Los especialistas en enfermería Pediátrica son unos profesionales preparados para afrontar los nuevos retos que van surgiendo en la sociedad en torno a esta población, tales como “embarazos de adolescentes, en las enfermedades de transmisión sexual, en las interrupciones voluntarias del embarazo y en el consumo de drogas como consecuencia de la baja percepción de riesgo que tienen los adolescentes”⁵⁴. La OMS marca como objetivo concreto para estos especialistas conseguir en el ámbito europeo “iniciar la vida en buena salud”, por lo que la prevención y la educación para la salud son o deberían ser los pilares de trabajo en esta especialidad, formada especialmente, entre otras competencias, para “realizar educación para la salud al niño, adolescente, familia y comunidad, identificando las necesidades de aprendizaje, diseñando, planificando y llevando a cabo intervenciones para promover, fomentar y mantener estilos de vida saludables, prevenir riesgos y lograr el mayor nivel de autocuidado posible o de cuidado a otros, en los diversos ámbitos de actuación en calidad de asesor-experto”. También incluye competencias en el ámbito de la docencia a otros profesionales y especialistas en esta materia, así como la divulgación de la evidencia científica hallada a través de sus intervenciones e investigaciones⁵⁴.

En cuanto a la Enfermería de Salud Mental, la necesidad de crear una especialidad en torno a esta figura surge con los cambios históricos y sociales en la población, con “la superpoblación urbana y el abandono de las zonas rurales o los niveles elevados de estrés ambiental, laboral y personal que han determinado, entre otras consecuencias, el incremento de enfermedades psicosomáticas, de trastornos emocionales, de conducta y diferentes tipos de adicciones”, así como la aparición de “nuevos grupos de riesgo, con nuevas formas de enfermar y de morir, que modifican el patrón epidemiológico en el campo de la salud mental y determinan nuevas pautas de conducta y sistemas de valores y estilos de vida diferentes, que requieren el despliegue de una serie de habilidades y mecanismos de integración del individuo para adaptarse a esa nueva situación y a nuevas formas de vida”⁵⁵. Esto se corresponde en gran parte con la evolución del patrón de consumo de sustancias en nuestro país, así como las consecuencias del mismo³. De nuevo, recoge la capacidad de actuación en materia de promoción y prevención en todo tipo de centros, tanto públicos como privados, hospitalarios, residencias, centros de acogida o escuelas. Dentro de sus competencias asistenciales se encuentra, una vez más, la importancia del papel de la enfermería de Salud Mental en torno a la prevención. Es una especialidad en la que se trabajan específicamente muchos de los aspectos más valorados en las intervenciones de prevención de consumo con mayor

efectividad: modificación de conducta, estilo de vida, entrenamiento en habilidades sociales o fomento del autoestima y el autoconocimiento. En cuanto a las consecuencias del consumo de sustancias tóxicas, es esta especialidad la que se encuentra más cercana a sus cuidados y dispone de un mayor conocimiento de su gravedad, del manejo y del gran factor de riesgo que suponen las drogas en la aparición de enfermedades psiquiátricas y mentales como son las adicciones, la aparición de alteraciones de la conducta, de la personalidad, esquizofrenias, etc. Dentro de sus competencias en investigación, se describe su capacitación, tanto para formar parte como para liderar equipos de investigación multidisciplinarios, así como la divulgación de las evidencias científicas de las que vayan disponiendo⁵⁵.

Reflexiones.

A lo largo del primer capítulo de este trabajo, se intenta mostrar una imagen lo más objetiva posible del panorama actual en relación al consumo de drogas por adolescentes, lo que evidencia la existencia de un problema real y de gran magnitud. Dicho problema afecta negativamente a un alto porcentaje de jóvenes en los países desarrollados, con las correspondientes consecuencias para su salud, su entorno familiar y escolar y para su futuro económico y laboral. Tanto en España como en el resto de países con cierto desarrollo económico, las estadísticas de los patrones de consumo son muy similares. Ante tal situación surge la necesidad de buscar una solución que disminuya los fenómenos descritos, que prevenga su aparición y evite su continuidad. Es decir, nace la necesidad de desarrollar unos planes y proyectos de prevención sólidos y realmente efectivos.

Por su amplia cobertura y fácil acceso y seguimiento, se coincide en que la prevención en el ámbito escolar se trata del entorno idóneo donde poner en marcha estos programas, algo que hasta el momento se viene haciendo con relativa frecuencia. Sin embargo, existen algunos aspectos a mejorar o incluir. Principalmente, se observa la falta de evaluación de las intervenciones escolares llevadas a cabo, lo que significa que no se objetiva su efectividad y, por tanto, puede estar dando lugar a un malgasto de recursos que no está logrando los objetivos y beneficios deseados.

Otro de los problemas detectados es la ausencia de estos programas preventivos en el currículo o entre los temarios de obligado cumplimiento en las programaciones escolares, por lo que la decisión de incluirlos o no la toma individualmente cada centro. Aquí radican otros problemas como la diferente interpretación y adaptación de las intervenciones según cada centro e incluso cada docente, lo que crea una variabilidad que, en ocasiones, puede ser causa de la ineffectividad del programa.

Por otro lado, los docentes encuentran difícil la obtención de tiempo en su jornada laboral, además de para desarrollar las actividades de prevención, para llevar a cabo una formación continua en torno a la educación para la salud. Esto, junto con la disponibilidad de profesionales ya formados en este ámbito como son los enfermeros y, más aún, los especialistas en Enfermería Familiar y Comunitaria, Pediátrica y Salud Mental, pone de manifiesto que estos profesionales podrían cubrir la demanda de programas de prevención en el entorno escolar, familiar y comunitario sin que el estado tenga que invertir en formar a profesionales de otros sectores para llevar a cabo estas actividades.

También cabe remarcar la ausencia de documentos en los que se recoja la existencia o no de colaboración por parte del personal de enfermería, no solo en la ejecución, sino en la valoración del panorama actual de consumo y en la programación y planificación de los distintos proyectos, los cuales, muchas veces son llevados a cabo por asociaciones sin ánimo de lucro en las que es difícil conocer la formación y conocimientos de sus voluntarios y/o empleados.

Tras el análisis de las intervenciones desarrolladas en España, se objetiva que los programas llevados a cabo por entidades de titularidad pública presentan mayor calidad que las ejecutadas por entidades privadas, lo que orienta a que debería hacerse un mayor esfuerzo desde los poderes públicos ya que, a pesar de suponer un desembolso importante a corto plazo, es una inversión que evitará gasto público en otro ámbito a lo largo de la trayectoria vital de las personas.

En general, se echa en falta una mayor implicación política en el ámbito de la prevención, ya que aparentemente se limitan a la financiación de proyectos de los que se desconoce su calidad, evidencia científica y eficacia. El consumo de sustancias tóxicas en adolescentes se trata de una problemática ya muy extendida y que conlleva consecuencias lo suficientemente graves como para plantearse políticas de prevención de mayor rigor científico y con una implantación más firme.

Anexo 1: Programas de prevención de ámbito escolar en España de calidad baja/**.

PROGRAMA (Institución; año/última versión) POBLACIÓN DIANA (PD)	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ SEGUIMIENTO	RESULTADOS
Déjame que te cuente algo sobre... LosPorros ²⁴ (Atica Servicios de Salud S. L. P.; 2003/2005) PD: 2º-4º ESO (13-16 años)	Dar información objetiva acerca del cannabis Promover actitud crítica. Favorecer toma de decisiones responsables	5 sesiones. Guía profesor. 5 fichas de trabajo con material informativo para jóvenes y padres/madres. Seguimiento: 1 año escolar	Cambios significativos a nivel cognitivo y afectivo en los participantes, pero no en el comportamiento.
Programa Saluda ²⁵ (Universidad Miguel Hernández; 2003/2012) PD: 12-14 años.	Retrasar la edad de inicio de consumo de alcohol. Reducir abuso de alcohol y drogas de síntesis.	10 sesiones en tres fases: Fase educativa. Entrenamiento habilidades Mantenimiento. CD con materiales profesor. Seguimiento: 6 meses	Resultados positivos en las variables de consumo pero sin diferencia con el grupo control. Falta evaluación a largo plazo.
Construye tu mundo ²⁶ (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD); 2011) PD: 3-16 años.	Desarrollar personalidad autónoma, crítica y reflexiva. Promover un estilo de vida saludable alejado de los riesgos, sobre todo en edades tempranas	Recursos audiovisuales, Guía para el profesor. Cuaderno de trabajo para los alumnos. Seguimiento: sólo se evalúa el proceso y su aceptación	No existe evaluación de los resultados.
Entre todos ²⁷ (Asociación Proyecto Hombre; 2000/2006) PD: 5º primaria - 4º ESO (10-16 años) y sus familias	Evitar, disminuir o retrasar el inicio y la progresión del consumo de drogas. Desarrollar habilidades sociales y personales y autonomía.	Formación al profesorado por técnicos. Sesiones conjuntas con profesores, alumnos y familia. De 13 a 6 sesiones, disminuyen progresivamente Seguimiento: 2 años escolares no consecutivos.	Falta de evaluación a largo plazo. No se miden sus efectos sobre el consumo.

Fuente: Elaboración propia²⁴⁻²⁷.

Anexo 2: Programas de prevención de ámbito escolar en España de calidad muy baja y/o sin evidencia/*.

PROGRAMA (Institución; año/última versión) POBLACIÓN DIANA (PD)	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ SEGUIMIENTO	RESULTADOS
<p>PPCDE³¹ (Xunta de Galicia Consellería de Sanidade, Consellería de Educación e Ordenación Universitaria; 1995/2003)</p> <p>PD: Profesorado y alumnado desde Infantil hasta Bachillerato.</p>	<p>Retrasar o impedir los primeros usos y el paso de uso experimental a frecuente de las drogas. Disminuir los riesgos asociados al uso.</p>	<p>10-20 horas, sin procedimiento estandarizado o estructurado de aplicación de las sesiones. Guía para el centro y el profesor. Cuadernos de trabajo para alumnos. Seguimiento: Muchos problemas en el muestreo.</p>	<p>Gran diversidad de aplicación del programa, necesidad de concretar y estandarizar más. Pequeñas diferencias en actitudes, intenciones de consumo o consumos reales, pero no significativas (1-6%).</p>
<p>¡ÓRDAGO! Afrontar el desafío de las drogas³² (EDEX; 1998/2012)</p> <p>PD: 1º-4º ESO (12-16 años)</p>	<p>Informar sobre los riesgos del consumo de drogas. Educar habilidades para afrontar la vida con éxito. Reducir el consumo de drogas y retrasar la edad de primer contacto.</p>	<p>32 sesiones de 50 minutos. Previamente, 9 horas de talleres teóricos al profesorado. Manual para el profesor y cuadernos de trabajo para el alumnado. Seguimiento: Cuatro años en Cantabria. En el resto de comunidades sólo evaluación del proceso.</p>	<p>Menor consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los alumnos participantes en el programa. Mayor información y percepción del riesgo en las sustancias estudiadas. Mejores habilidades para la vida y tiempo de ocio más rico. Indicios de efectividad de baja calidad.</p>
<p>5 top secrets sobre el cannabis³³ (Ayuntamiento de Zaragoza; 2008)</p> <p>PD: 15-18 años</p>	<p>Información objetiva, promover la reflexión y conocimiento acerca de las consecuencias del consumo de cannabis. Evitar o retrasar el inicio de consumo de cannabis.</p>	<p>8 unidades en 7 sesiones de 50-55 minutos. Guía para el educador, soporte informático, CD con PowerPoint, cuestionarios y actividades. Seguimiento: No se ha realizado evaluación de los resultados.</p>	<p>Ninguna certeza sobre su efectividad.</p>

(Anexo 2: continuación)

PROGRAMA (Institución; año/última versión) POBLACIÓN DIANA (PD)	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ SEGUIMIENTO	RESULTADOS
<p>Prevención del consumo de drogas³⁴</p> <p>(Dirección General de Salud Pública y Consumo, Servicio de Promoción de Salud, sección de Educación para la Salud, Gobierno de la Rioja; 1993/2011)</p> <p>PD: 1º-4º ESO y 1º de Bachillerato/CFGM/P CPI (12-17 años)</p>	<p>Diferenciados en tres niveles por edad. Información de las sustancias, problemas derivados del consumo, desarrollar capacidades y habilidades, valorar la salud, corregir falsas creencias, identificar riesgos...</p>	<p>9 sesiones a lo largo de los cinco cursos. Programa informático, secuencias de películas, vídeos, supuestos, presentaciones PowerPoint y mapas cognitivos. Seguimiento: Años de evaluación del proceso.</p>	<p>Mayor información sobre los problemas de salud derivados del consumo de drogas. Modificación de conocimientos y actitudes respecto al tabaco, alcohol y cannabis. Falta realizar una evaluación de los resultados en el consumo.</p>
<p>DISCOVER, aprendiendo a vivir³⁵</p> <p>(Investigaciones y Programas Educativos SL y Junta de Castilla y León; 1998/2011)</p> <p>PD: 5º Primaria-4º ESO (10-16 años)</p>	<p>Promover conductas deseables como comunicación socialización, etc. Prevenir conductas negativas o de alto riesgo como uso de drogas, sexo inseguro o violencia.</p>	<p>9-13 sesiones por curso a lo largo de seis cursos escolares. Libro del alumno, guía para el profesor, DVD. Seguimiento: No se ha realizado evaluación de los resultados.</p>	<p>Evaluación satisfactoria por parte de la Drug Strategies³⁵ y la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA)³⁶ en cuanto a materiales, contenido, métodos, diseño, etc.</p>
<p>Programa de Prevención de Drogodependencias "CINENSINO"³⁷</p> <p>(Innovación y Desarrollo Social S.L.;1999/2013)</p> <p>PD: 1º-2º ESO (11-13 años)</p>	<p>Informar de naturaleza, efectos y riesgos de las drogas. Contrarrestar influencia de factores que puedan favorecer su consumo. Promover actitudes y valores que favorezcan la salud. Impedir o retrasar inicio en el consumo.</p>	<p>3 unidades didácticas en 4 sesiones. Películas y actividades de reflexión. Formación teórica al profesorado de 20 horas.</p>	<p>Comparando con grupos que recibían otros programas de prevención, se muestra que utilizar más de un programa a la vez anula efectos. Comparado con el grupo que no se incluía en ningún programa, sí se encuentran diferencias pequeñas pero consistentes.</p>

(Anexo 2: continuación)

PROGRAMA (Institución; año/última versión) POBLACIÓN DIANA (PD)	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ SEGUIMIENTO	RESULTADOS
<p>Cine y educación en Valores 2.0³⁸ (FAD; 1995/2013) PD: 1º Primaria – 4º ESO (6-16 años)</p>	<p>Educación en valores y habilidades sociales como factor protector al consumo. Favorecer la utilización del cine como forma de ocio positiva.</p>	<p>Explicación de la película, visualización y debate. Guías para el profesorado, fichas para el alumno y cuestionario de evaluación. Seguimiento: No se ha realizado evaluación de los resultados.</p>	<p>Tampoco se han realizado evaluaciones externas del proceso.</p>
<p>Y tú, ¿qué sientes?³⁹ (FAD; 2006) PD: 13-18 años</p>	<p>Aprender a conocer y manejar las emociones para el desarrollo emocional y afectivo.</p>	<p>Textos, imágenes, canciones, películas. Guía para el profesor y cuatro cuadernillos para los alumnos. Seguimiento: No se ha realizado evaluación de los resultados.</p>	<p>No se dispone de datos sobre la efectividad del proceso ni de los resultados.</p>
<p>Y tú, ¿qué piensas?⁴⁰ (FAD; 1996) PD: 13-18 años</p>	<p>Fomentar la reflexión acerca del consumo de drogas, el tiempo libre, el grupo de iguales, relaciones interpersonales y publicidad.</p>	<p>7 dossieres informativos con siete temas distintos. Realización de un blog en internet o producción (relato, vídeo). Guía para el profesor. Seguimiento: No se ha realizado evaluación de los resultados.</p>	<p>No se dispone de datos sobre los resultados.</p>
<p>A no fumar ¡me apunto!⁴¹ (Consejería de Igualdad y Políticas Sociales Secretaría Gral. Junta de Andalucía; 2006/2009) PD: 1º-4º ESO y comunidad educativa.</p>	<p>Retrasar inicio al tabaquismo y su prevalencia. Sensibilizar de las ventajas de no fumar. Garantizar un entorno libre de humos.</p>	<p>Unidades didácticas, dos concursos, apoyo a la deshabituación tabáquica y formación para el profesorado. Seguimiento: No se ha realizado evaluación de los resultados.</p>	<p>No se dispone de datos sobre los resultados.</p>

(Anexo 2: continuación)

PROGRAMA (Institución; año/última versión) POBLACIÓN DIANA (PD)	OBJETIVO	INTERVENCIÓN/ SEGUIMIENTO	RESULTADOS
<p>Programa escalonado de prevención escolar "Protegiéndote"⁴²</p> <p>(Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid; 2009)</p> <p>PD: Educación infantil - 4º ESO: 3-16 años.</p>	<p>Prevenir el consumo de drogas. Entrenar habilidades generales para la vida. Reducir y retrasar la incidencia del consumo de drogas. Evitar la transición del consumo experimental al habitual, el abuso y la dependencia.</p>	<p>6 bloques de unidades didácticas. Una sesión semanal o transversal a las distintas asignaturas. Dinámicas interactivas en grupo. Guías para el profesor y alumnos. DVD.</p> <p>Seguimiento: Dos evaluaciones (cada dos años, por la Universidad Complutense de Madrid).</p>	<p>En 5º y 6º de Primaria: efectivo en los componentes de interacción social, solución de problemas, toma de decisiones y autoestima.</p> <p>En ESO: cuestionarios y escalas inadecuadas para la evaluación, pendientes de revisar y validar.</p>
<p>Respir@aire⁴³</p> <p>(Pla d'Addiccions i Drogodependències de les Illes Balears, Direcció General de SalutPúblic i Consum, Conselleria de Salut, Família y Benestar Social, Govern de les Illes Balears; 2012)</p> <p>PD: 1º-4º ESO (12-16 años)</p>	<p>Informar sobre el tabaco y las consecuencias de su consumo. Retrasar la edad de inicio de su consumo experimental.</p>	<p>16 sesiones repartidas en cuatro años. Taller informativo y actividades, fichas, PowerPoint, pre y post-test.</p> <p>Seguimiento: No se ha realizado evaluación de los resultados.</p>	<p>No se dispone de datos sobre la efectividad del proceso ni de los resultados.</p>

Fuente: Elaboración propia³¹⁻⁴³.

Referencias bibliográficas:

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. [Internet]. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2009. [citado 4 enero 2017]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016. [Internet]. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2013. [citado 4 enero 2017]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGA_S2013_2016.pdf
3. Pnsd.msssi.gob.es [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 4 enero 2017]. Principales resultados [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/domiciliaria/resultados/home.htm>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES). [Internet]. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015. [citado 4 enero 2017]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/ca/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf
5. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2014: Informe 2016 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2016. [citado 7 enero 2017]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_Informe_ESTUDES.pdf
6. Grupo de Trabajo de Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología. Cambios en el patrón de consumo de alcohol en España. [Internet]. 2016 [citado 7 enero 2017];6. Disponible en:
<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011532645&DocumentID=GCS57-26>
7. Pnsd.msssi.gob.es [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 7 enero 2017]. Consumo de alcohol en jóvenes [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/menuAlcohol/jovenes.htm>
8. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Spain Country Drug Report 2017. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2017. [citado 7 enero 2017]. Disponible en:
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4525/TD0116922ENN.pdf>
9. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas, tendencias y novedades. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2016. [citado 7 enero 2017]. Disponible en:
<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ESN.pdf>
10. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD Report 2015. [Internet].

- Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2016. [citado 7 enero 2017]. Disponible en:
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3074/ESPAD_report_2015.pdf
11. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J, et al. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2015. MMWR Summ [Internet]. 2016 [citado 8 enero 2017];65(6):1-174. Disponible en:
https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/2015/ss6506_updated.pdf
 12. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 8 enero 2017]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/>
 13. Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta-análisis? Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 8 enero 2017];76(3):175-187. Disponible en:
https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/vol76/vol76_3/RS763_175.pdf
 14. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 12 febrero 2017]. Buscador de intervenciones españolas evaluadas [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=IES2&tipo_intervencion=&ambito_de_intervencion=Escolar&comunidad_autonoma=&search=
 15. Pnsd.msssi.gob.es [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 12 febrero 2017]. Índice a ONG de este ámbito [aprox. 14 pantallas]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/enlaces/ordentematica/paginasInstitucionales/ordente_ma_ONG.htm
 16. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 12 febrero 2017]. Criterios de selección de programas [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=Criterios>
 17. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías SOCIDROGALCOHOL. Documento de consenso en prevención de las drogodependencias [Internet]. Tarragona: SOCIDROGALCOHOL; 2012 [actualizado 29 marzo 2012; citado 14 febrero 2017]. Disponible en:
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/Doc_Consenso_Prevencion.pdf
 18. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. About EDDRA quality levels. [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2011. [actualizado 7 marzo 2012; citado 14 febrero 2017]. Disponible en:
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/CSP_%20EMCDDA_EDDRAqualitylevels.pdf
 19. Brotherhood A, Sumnall HR. European drug prevention quality standards: a quick guide [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2013 [citado 15 febrero 2017]. Disponible en:
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/EG_EU-DrugPRevQS_Brotherhood.pdf
 20. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 26 febrero 2017]. PASE.bcn [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:

- <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha010>
21. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 26 febrero 2017]. Sobre Canyes i Petes [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha011>
22. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 26 febrero 2017]. Construyendo Salud. Promoción del desarrollo personal y social. [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha021>
23. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 26 febrero 2017]. Tú decides [aprox. 8 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha055>
24. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 3 marzo 2017]. Déjame que te cuente algo sobre...Los Porros [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha005>
25. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 3 marzo 2017]. Programa Saluda [aprox. 9 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha032>
26. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 3 marzo 2017]. Construye tu mundo [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha034>
27. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 3 marzo 2017]. Entre Todos [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha052>
28. Fad.es [Internet]. España: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción FAD [citado 4 marzo 2017]. ¿Qué es la FAD? [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:
<http://www.fad.es/nosotros>
29. Proyectohombre.es [Internet]. España: Asociación Proyecto Hombre [citado 4 marzo 2017]. Qué es proyecto hombre [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
<http://proyctohombre.es/proyecto-hombre/>
30. Aticaserviciosdesalud.com [Internet]. Madrid: ATICA Servicios de Salud [citado 4 marzo 2017]. Quienes somos [aprox. 2 pantallas]. Disponible en:
<http://www.aticaserviciosdesalud.com/Nosotros.htm>
31. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 25 marzo 2017]. PPCDE [aprox. 4 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha007>
32. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 25 marzo 2017]. ¡ÓRDAGO! [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha012>
33. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 25 marzo 2017]. 5 top secrets sobre el cannabis [aprox. 4 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha014>

34. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 25 marzo 2017]. Prevención del consumo de drogas [aprox. 7 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha020>
35. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 25 marzo 2017]. DISCOVER Aprendiendo a vivir [aprox. 6 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha023>
36. U.S. Department of health and human services. Comparison Matrix of Science-Based Prevention, a Consumer's Guide for Prevention Professionals. CADCA conference ed. Estados Unidos: Center for Substance Abuse Prevention CSAP, Substance Abuse and Mental Health Services Administration SAMHSA; 2001 [citado 25 marzo 2017]. Disponible en:
<http://www.maine.gov/dhhs/samhs/osa/pubs/us/2001/matrixcadca01.pdf>
37. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 1 abril 2017]. Programa de Prevención de Drogodependencias "CINENSINO" [aprox. 6 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha031>
38. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 1 abril 2017]. Cine y Educación en Valores 2.0 [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha033>
39. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 1 abril 2017]. Y tú, ¿qué sientes? [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha035>
40. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 1 abril 2017]. Y tú, ¿qué piensas? [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha036>
41. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 1 abril 2017]. A no fumar ¡me apunto! [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha041>
42. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 16 abril 2017]. Programa escalonado de prevención escolar "Protegiéndote" [aprox. 5 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha048>
43. Prevencionbasadaenlaevidencia.net [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [citado 16 abril 2017]. Respir@ire [aprox. 43 pantallas]. Disponible en:
<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=ficha050>
44. Blueprintsprograms.com [Internet]. Boulder: Blueprints for Healthy Youth Development, University of Colorado Boulder; 2012 [actualizado 2017; citado 16 abril 2017]. Disponible en:
<http://www.blueprintsprograms.com/>
45. Komro KA, Toomey TL. Strategies to Prevent Underage Drinking. Alcohol Res Health [Internet]. 2002 [citado 7 mayo 2017]. Disponible en:
<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/5-14.htm>

46. Botvin GJ, Kantor LW. Preventing Alcohol and Tobacco Use Through Life Skills Training. Alcohol Res Health [Internet]. 2000 [citado 7 mayo 2017];24(4):250-257. Disponible en:
<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh24-4/250-257.pdf>
47. Brucklner TA, Domina T, Hwang JK, Gerlinger J, Carpenter C, Wakefield S. State-level education for substance use prevention programs in schools: a systematic content analysis. J Adolesc Health [Internet]. 2014 [citado 7 mayo 2017];54(4):467-473. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3947729/pdf/nihms510054.pdf>
48. MacArthur GJ, Harrison S, Caldwell DM, Hickman M, Campbell R. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21 years: a systematic review and meta-analysis. Addiction [Internet]. 2015 [citado 7 mayo 2017];111:391-407. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4833174/pdf/ADD-111-391.pdf>
49. Malmberg M, Overbeek G, Kleinjan M, Vermulst A, Monshouwer K, Lammers J et al. Effectiveness of the universal prevention program 'Healthy School and Drugs': Study protocol of a randomized clustered trial. BMC Public Health [Internet]. 2010 [citado 7 mayo 2017];10:541. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2941689/pdf/1471-2458-10-541.pdf>
50. Stock C, Vallentin-Holbech L, Rasmussen BM. The GOOD life: Study protocol for a social norms intervention to reduce alcohol and other drugs use among Danish adolescents. BMC Public Health [Internet]. 2016 [citado 7 mayo 2017];16:704. Disponible en:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4973080/pdf/12889_2016_Article_3333.pdf
51. Hodder RK, Daly J, Freund M, Bowman J, Hazell T, Wiggers J. A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. BMC Public Health [Internet]. 2011 [citado 7 mayo 2017];11:722. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203076/pdf/1471-2458-11-722.pdf>
52. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 22 de noviembre de 2003, núm. 280, pp. 41442-41458 [citado 24 mayo 2017]. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340>
53. España. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 29 de junio de 2010, núm. 157, pp. 57217-57250 [citado 24 mayo 2017]. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10364
54. España. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 29 de junio de 2010, núm. 157, pp. 57251-57276 [citado 24 mayo 2017]. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-10365
55. España. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 24 de mayo de 2011, núm. 123, pp. 51802-51822 [citado 24 mayo 2017]. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-9081