

PREVENCIÓN VERSUS PSEUDO-PREVENCIÓN EN ADICCIONES: CLAVES PARA LA TRANSFERENCIA APLICADA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Víctor José Villanueva-Blasco^{1,2,3,4}

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Internacional de Valencia, Valencia, España

² Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD), España

³ Centro Internacional de Transferencia de Tecnología (ITTC-España), España

⁴ International Society of Substance Use Professionals (ISSUP-España), España

1. La prevención como disciplina científica

La prevención se entiende como una disciplina científica y profesional enfocada en evitar o reducir el riesgo de aparición de trastornos psicológicos, como los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Este campo multidisciplinar estudia tanto la etiología y epidemiología de los problemas sociales y de salud, como las intervenciones para su tratamiento (Becoña, 2023). En este contexto, la Ciencia de la Prevención es definida por la Science for Prevention Academic Network (SPAN, <https://euspr.org/span/>) como el estudio sistemático de las intervenciones destinadas a reducir comportamientos desadaptativos y promover comportamientos adaptativos en diferentes ámbitos, como la familia, la salud, la educación y la comunidad.

La ciencia de la prevención tiene un enfoque amplio, no solo limitándose a evitar el consumo de drogas o de las adicciones comportamentales, sino también a mantener la salud y promover el desarrollo óptimo de las personas. Su objetivo incluye comprender los factores de riesgo y protección, conocer la distribución de los problemas de salud en la población y diseñar intervenciones eficaces y efectivas para prevenirlos. Las intervenciones preventivas deben dirigirse a minimizar el impacto de los factores de riesgo y potenciar los factores de protección específicos para cada individuo y su contexto (European Society for Prevention Research, 2018).

2. La calidad como criterio aplicado a la prevención de adicciones

La calidad es un principio fundamental en las políticas y estrategias de prevención, estableciendo tres requisitos clave para su implementación efectiva. En primer lugar, es esencial mantener un rigor metodológico en el diseño, ejecución y evaluación de los programas, asegurando la coherencia interna en todos sus componentes (Sánchez et al., 2014). La planificación debe incluir la coherencia estratégica, conceptual y operativa para que el programa pueda ser monitoreado y mejorado.

En segundo lugar, la gestión por procesos es esencial, ya que asegura la reproducibilidad de las actividades y la identificación de responsables. Este enfoque metodológico garantiza que los programas puedan ser replicados con eficacia, proporcionando resultados consistentes y predecibles.

Por último, las intervenciones deben estar basadas en la evidencia científica, utilizando métodos científicos para evaluar su eficacia (Sackett et al., 1996). Esto implica formular preguntas adecuadas, realizar búsquedas bibliográficas, y aplicar críticamente los hallazgos al diseño de las intervenciones preventivas. Uno de los principales objetivos en las ciencias de la salud es tomar decisiones basadas en pruebas científicas sólidas, lo que requiere intervenciones fundamentadas en investigaciones rigurosas (Sánchez et al., 2014). Para esto, es crucial determinar si una intervención proporciona más beneficios que riesgos antes de ser aplicada (Martín y González, 2010).

3. Evaluación de las intervenciones de prevención en adicciones

Un aspecto fundamental de las intervenciones preventivas es su evaluación, que permite determinar si es adecuado mantener, adaptar o modificar la intervención, o incluso abandonarla. Este proceso no se limita a registrar los resultados obtenidos, sino que también evalúa otros aspectos clave como los factores que influyen en dichos resultados, la identificación de los grupos que se benefician y aquellos que no, las posibles consecuencias no deseadas, el coste-efectividad y la comparación con otras intervenciones (OEDT, 2019).

El European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2012) define la evaluación como un proceso sistemático para recolectar, analizar e interpretar

información sobre el funcionamiento y los efectos de una intervención, a fin de mejorarla o determinar si debe ser replicada o discontinuada. La evaluación sigue una serie de pasos estructurados:

- a) **Planificación y diseño de la intervención:** Incluye identificar la necesidad de la intervención, definir el grupo objetivo, el marco teórico y evaluar la viabilidad.
- b) **Diseño y planificación de la evaluación:** Se basa en la teoría que explica cómo las actividades lograrán los resultados deseados, estableciendo objetivos y métodos de evaluación.
- c) **Evaluación de proceso:** Revisa cómo se implementó la intervención, su fidelidad al diseño, su alcance y la satisfacción de los participantes.
- d) **Evaluación de resultados:** Analiza si la intervención alcanzó sus objetivos, especificando indicadores y métodos de análisis cuantitativos y cualitativos.
- e) **Comunicación de los resultados:** Implica compartir los hallazgos mediante informes o publicaciones para optimizar futuras intervenciones.

Esta metodología garantiza que las intervenciones sean efectivas y basadas en la evidencia científica, permitiendo una mejora continua en las estrategias de prevención de las adicciones.

4. Valoración de la calidad de la evidencia disponible

La calidad de la evidencia depende del diseño de los estudios. Por ejemplo, los ensayos clínicos aleatorizados ofrecen el mayor nivel de evidencia, mientras que los estudios observacionales ofrecen menor grado de certeza. Sin embargo, no siempre es posible utilizar diseños experimentales en la prevención del consumo de drogas debido a limitaciones éticas o metodológicas (Benson y Hartz, 2000).

El sistema GRADE, ampliamente utilizado para clasificar la evidencia, establece cuatro niveles de calidad (alta, moderada, baja y muy baja) y aplica ciertos factores para modificar esta clasificación, como el riesgo de sesgo o la magnitud del efecto (Schünemann et al., 2013). Además, las recomendaciones se dividen en fuertes o débiles,

dependiendo de la certeza de que los beneficios superen los riesgos (Martín y González, 2010). El sistema GRADE ha sido adoptado por instituciones como la OMS y el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, quienes clasifican las intervenciones en cinco categorías: beneficiosas, probablemente beneficiosas, equilibrio entre beneficios y daños, efectividad desconocida, e ineficacia.

5. Evidencias sobre las intervenciones preventivas desarrolladas en la escuela

La literatura científica sobre la eficacia de los programas escolares de prevención del consumo de drogas (alcohol, tabaco y cannabis) indica que las intervenciones basadas en una combinación de enfoques de influencia social y competencia social son las que han mostrado los efectos protectores más consistentes, aunque pequeños, en la prevención del consumo de sustancias (Das et al., 2016; Faggiano et al., 2014). Estos enfoques son más efectivos en comparación con otros tipos de programas preventivos (Mannocci et al., 2019; Thomas et al., 2013).

Según el informe de la UNODC (2018), los programas más efectivos se fundamentan en modelos de competencia e influencia social, utilizan métodos interactivos y consisten en 10-15 sesiones estructuradas con sesiones de refuerzo, implementadas por profesionales capacitados. Además, deben ajustarse a la edad de los estudiantes (12-14 años) e incorporar habilidades como toma de decisiones, control emocional y resistencia a la presión social (Villanueva-Blasco et al., 2024).

En España, se han identificado 48 programas escolares de prevención del consumo de sustancias (Medina-Martínez y Villanueva-Blasco, 2023; Villanueva-Blasco et al., 2024). Sin embargo, no llegan a la mitad los que cuentan con evaluación de su eficacia siguiendo los criterios y estándares de una prevención eficaz. Los programas evaluados conviven con una serie de actividades de sensibilización que no están evaluadas ni protocolizadas, y son aplicadas frecuentemente por personas no cualificadas. A este respecto, una preocupación clave es la falta de cultura científica en la prevención dentro de las instituciones educativas, lo que resalta la necesidad de establecer programas basados en la evidencia, evaluados rigurosamente.

Específicamente, los programas preventivos efectivos no se limitan a proporcionar información sobre los riesgos de las sustancias o utilizar folletos y testimonios de ex-consumidores, ya que estas estrategias han demostrado ser ineficaces e incluso contrapreventivas (Faggiano et al., 2014; Nation et al., 2013; Werch y Owen, 2002). En su lugar, la integración de metodologías interactivas como el role-playing o la gamificación y la incorporación de sesiones que refuercen habilidades sociales y cognitivas es esencial para lograr resultados positivos (OEDT, 2019).

La implementación de programas no evaluados puede causar más daño que beneficio, lo que subraya la importancia de portales como Xchange a nivel europeo (EMCDDA, s.f.) y Prevención Basada en la Evidencia (Socidrogalcohol, n.d.) y Buenas Prácticas en Adicciones (DGPNSD, s.f.) en España, que recogen y validan buenas prácticas en la prevención de adicciones. Estos programas garantizan que las intervenciones sean efectivas, sostenibles, éticas y transferibles (DGPNSD, s.f.).

6. Evidencias sobre los programas de prevención en el ámbito familiar

La prevención familiar de adicciones es crucial y complementaria a la prevención escolar debido a la influencia directa que el entorno familiar tiene en el desarrollo de los jóvenes y en la adopción de comportamientos saludables o de riesgo.

Kumpfer y Alvarado (2003) identificaron varios principios clave para la efectividad de los programas familiares, como la implementación de enfoques multicomponentes, la mejora de la relación familiar y la intervención intensiva en familias de alto riesgo. Adicionalmente, la revisión de Lloret et al. (2013) muestra que la mayoría de los programas de prevención familiar se centran en la prevención universal y se estructuran en cuatro categorías: a) objetivos específicos sobre drogas, b) estilos educativos, c) habilidades sociales, y d) objetivos individuales. Usher et al. (2015) también encontraron que los programas que promueven interacciones positivas entre padres e hijos mejoran la cohesión familiar, mientras que Negreiros et al. (2020) subrayan la importancia de que los programas sean estimulantes y respondan a las necesidades subjetivas de las familias para aumentar la adhesión y su efectividad.

7. Conclusiones

La prevención de adicciones basada en evidencia científica y buenas prácticas es crucial para abordar de manera efectiva este problema de salud pública. Las intervenciones respaldadas por evidencia garantizan que las estrategias empleadas aumenten la probabilidad de lograr resultados positivos y sostenibles. La implementación de programas de prevención que no están fundamentados en evidencia no puede considerarse prevención, sino un modo de "pseudo-prevención" donde se corre el riesgo de generar efectos iatrogénicos.

En resumen, la prevención de adicciones debe ser un proceso fundamentado en la evidencia científica para evitar enfoques ineficaces que pueden perpetuar el problema. Implementar buenas prácticas no solo es ético, sino que también maximiza el impacto positivo en la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

8. Referencias

Becoña, E. (2023). Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Benson, K., & Hartz, A. J. (2000). A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *The New England Journal of Medicine*, 342(24), 1878-1886.

Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, M. D., y Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(4S), S61-S75. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD. (s.f.). Portal de buenas prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones. <http://www.buenaspracticasadicciones.es/>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. (s.f.). Xchange prevention registry. <https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (2012). Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme planners and evaluation, 2nd ed. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., y Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD003020.

Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American psychologist*, 58(6-7), 457.

Lloret, D., Espada Sánchez, J.P., Cabrera Perona, V & Burkhart, G. (2013). Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica de los programas contenidos en EDDRA. *Adicciones*, 25, 226–234. [https://doi: 10.20882/adicciones.50](https://doi.org/10.20882/adicciones.50)

Mannocci, A., Backhaus, I., D'Egidio, V., Federici, A., Villari, P., y La Torre, G. (2019). What public health strategies work to reduce the tobacco demand among young people? An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Health Policy*, 123(5), 480-491. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.009>

Martín, P., & González, J. (2010). Valoración de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (I). El sistema GRADE. *Evid Pediatr*, 6, 63.

Medina-Martínez, J., Villanueva-Blasco, V.J. (2023). Prevention Versus Pseudo-prevention: a Systematic Review of School Drug Prevention and its Indexing in Best Practice Portals. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01122-x>

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., y Davino, K. (2013). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American Psychologist*, 58(6-7), 449-456.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT. (2019). Currículum de prevención europeo. Un manual para quienes toman decisiones, crea opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia. Ministerio de Sanidad.

Sánchez, L., Alonso, C., Martínez, F., Pereiro, C., & Grupo de Trabajo COPOLAD para la definición de criterios de acreditación. (2014). Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda. Actividad 3.4.4. de COPOLAD. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas. Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE). Madrid.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.

Schünemann, H., Brozek, J., Guyatt, G., & Oxman, A. (2013). *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations*. The GRADE Working Group. <http://training.cochrane.org/resource/grade-handbook>

Socidrogalcohol. (n.d.). *Prevención basada en la evidencia. Intervenciones evaluadas*. <http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=intervenciones-evaluadas>

Thomas, R. E., McLellan, J., y Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Systematic Review*, 2013(4). <https://doi.org/10.1002/1465185.CD001293.pub3>

United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC. (2018). *International Standard on Drug Use Prevention. Second updated edition*. UNODC. https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf

Villanueva-Blasco, V. J., Medina-Martínez, J., & Zaragoza, J. (2023). Revisión sistemática sobre características y eficacia de los programas preventivos escolares en drogodependencias en España. *Adicciones*.

Werch, C. E., y Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 581-590. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.581>