Prevención selectiva e indicada: ¿Qué nivel preventivo elegir?

Dra. Dalila Eslava Pérez
Universidad Internacional de Valencia
Grupo de Investigación Salud y Ajuste PsicoSocial (GI-SAPS)

Dra. Leticia Olave Porrúa
Universidad Complutense de Madrid
Grupo de Investigación Salud y Ajuste PsicoSocial (GI-SAPS)

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Planeta Formación y Universidades

Universidad Internacional de Valencia

01 Objetivo

02 Consideración del menor

03 Factores de riesgo y vulnerabilidad

04 Niveles de prevención

05 Buenas prácticas

06 Ejemplos de programas de prevención basados en la evidencia

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Planeta Formación y Universidades

Universidad Internacional de Valencia

01 Objetivo

02 Consideración del menor

03 Factores de riesgo y vulnerabilidad

04 Niveles de prevención

05 Buenas prácticas

06 Ejemplos de programas de prevención basados en la evidencia

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Planeta Formación y Universidades

1. Objetivo

- Abordar los criterios para seleccionar el nivel preventivo más adecuado (universal, selectivo o indicado) en adolescentes.

- Analizar cómo los factores de riesgo, los factores de protección y el grado de vulnerabilidad orientan la planificación de intervenciones preventivas eficaces.

- Presentar ejemplos de programas basados en la evidencia desarrollados en los diferentes ámbitos escolar, familiar y comunitario.



Universidad Internacional de Valencia

01 Objetivo

02 **Consideración del menor**

03 Factores de riesgo y vulnerabilidad

04 Niveles de prevención

05 Buenas prácticas

06 Ejemplos de programas de prevención basados en la evidencia

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Planeta Formación y Universidades

¿Quién es menor? Tres perspectivas

1. Evolutiva

Desde la niñez hasta la adolescencia.

Definición convencional: de los 10 a los 19 años; propuesta actual: ampliarla hasta los 24 (Sawyer et al., 2018).

2. Jurídica

Mayoría de edad: 18 años.

Edad tope de aplicación de la Ley de responsabilidad penal del menor, que abarca de los 14 a los 17 años (Ley Orgánica 5/2000, 2000).

3. Social

Son menores las personas que no han cumplido los 18 años.

Sujetos de derechos, con derecho a una protección especial (Naciones Unidas, 1989).

Aunque la ley fija el límite en los 18 años, la adolescencia puede extenderse hasta los 24 (Sawyer et al., 2018)

La adolescencia: una etapa especialmente vulnerable

1 Hito madurativo y momento vital fundamental

Transición biológica y de roles sociales: etapas educativas y desarrollo social (Blakemore y Mills, 2014; Sawyer et al., 2018).

2 Cambios en el desarrollo neurológico y psicológico

Reorganización del “cerebro social” y maduración cerebral desigual (Casey et al., 2008; Paus et al., 2008).

3 Período crítico para el inicio y mantenimiento de las conductas de riesgo

El consumo temprano de sustancias aumenta el riesgo de trastorno por uso de sustancias a lo largo de la vida (Jordan y Andersen, 2017; Squeglia y Gray, 2016).

4 Aparición de los primeros síntomas de trastornos mentales

Casi la mitad de los trastornos mentales se inicia antes de los 18 años, con un pico hacia los 14,5 años (Solmi et al., 2022).

El cerebro adolescente: acelerador sin freno

ACELERADOR: recompensa y emoción

Los sistemas socioemocional y de recompensa se activan antes y **responden de forma exagerada** (núcleo accumbens, amígdala).

(Ernst et al., 2006; Galvan et al., 2006)

VS

FRENO: corteza prefrontal

El control cognitivo **madura de forma gradual** hasta los 20 y pocos años; las áreas de asociación superior maduran después que las sensoriales.

(Gogtay et al., 2004; Shulman et al., 2016)

Desequilibrio: más búsqueda de recompensa y de riesgo, sobre todo en contextos emocionales y con iguales (Casey et al., 2011; Steinberg, 2008)

Población vulnerable

Población vulnerable: grupos o individuos con características, o expuestos a factores individuales o del entorno, que —se haya iniciado el consumo o no— los sitúan en un mayor grado de vulnerabilidad y con mayor probabilidad de desarrollar consumos problemáticos o comportamientos adictivos posteriormente (Arbex Sánchez, 2018).

Cuando se habla de consumo de drogas, todos los menores son vulnerables

Algunos grupos lo son más: de ahí la prevención selectiva e indicada.

Universidad Internacional de Valencia

01 Objetivo

02 Consideración del menor

03 **Factores de riesgo y vulnerabilidad**

04 Niveles de prevención

05 Buenas prácticas

06 Ejemplos de programas de prevención basados en la evidencia

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Planeta Formación y Universidades

Factor de riesgo y factor de protección



FACTOR DE RIESGO

Característica individual o condición contextual que **incrementa** la probabilidad del consumo de drogas, o de un mayor nivel de implicación en su consumo, poniendo en riesgo el desarrollo psicosocial.



FACTOR DE PROTECCIÓN

Característica individual o condición contextual que **inhibe o reduce** la probabilidad del consumo de drogas, o de un mayor nivel de implicación en su conducta.

Factor de riesgo × factor protector = riesgo
Individuo × ambiente = vulnerabilidad

Factores de riesgo: cinco ideas clave (Clayton, 1992)

1. Pueden estar presentes o no en un caso concreto, pero su presencia **aumenta la probabilidad de consumo**.
2. No actúan de forma aislada: **la combinación entre ellos determina el riesgo**. Un factor protector tampoco exime del consumo.
3. A más factores de riesgo, mayor probabilidad de consumo (paradigma de déficit acumulativo).
4. Cada factor tiene múltiples dimensiones e influye de forma independiente.
5. No siempre es posible intervenir directamente sobre ellos para eliminarlos o reducirlos.

Vulnerabilidad en la adolescencia: tres planos

Biológicos

Cambios cerebrales y hormonales (Arbex Sánchez, 2018; Paus et al., 2008).

Psicológicos

Cambios cognitivos y afectivos: identidad sexual, imagen corporal y búsqueda de aceptación (Arbex Sánchez, 2018; Blakemore y Mills, 2014).

Sociales

Socialización adecuada y niveles de (in)adaptación (Arbex Sánchez, 2018; Blakemore y Mills, 2014).

La combinación de estos tres planos determina el nivel de vulnerabilidad de cada adolescente (Clayton, 1992)

Factores de riesgo individuales y contextuales

Individuales

- Agresividad
- Actos delictivos
- Poco autocontrol
- Poca motivación de logro
- Comorbilidad psiquiátrica
- Trastornos mentales

Contextuales

- Escasas oportunidades de aprendizaje
- Ausencia de modelos adecuados de comportamiento
- Exclusión social asociada a pertenecer a minorías étnicas o a población inmigrante

Arbex Sánchez (2018); Conrod y Nikolaou (2016).

Factores de riesgo sociales: familia y escuela

Familiar

- Maltrato y/o negligencia
- Progenitores consumidores
- Antecedentes penales o prisión en la familia
- Progenitores con escasos recursos o habilidades sociales
- Patrones de relación familiar inadecuados
- Familias desestructuradas

Escolar

- Indefensión aprendida
- Fracaso escolar
- Absentismo escolar
- Falta de programas de integración escolar

Arbex Sánchez (2018).

Universidad Internacional de Valencia

01 Objetivo

02 Consideración del menor

03 Factores de riesgo y vulnerabilidad

04 **Niveles de prevención**

05 Buenas prácticas

06 Ejemplos de programas de prevención basados en la evidencia

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Planeta Formación y Universidades

Niveles de prevención para un doble desafío



UNIVERSAL
Toda la población adolescente

SELECTIVA
Subgrupos con mayor riesgo

INDICADA
Individuos de alto riesgo

Prevención universal, selectiva e indicada

Nivel	Se dirige a…	Equivalencia tradicional*
UNIVERSAL	A toda la población adolescente, sin distinción.	Prevención primaria: intervenir antes de que aparezca el problema
SELECTIVA	A subgrupos con un riesgo de consumo mayor que el promedio de su edad (grupos de riesgo).	Prevención secundaria: localizar lo antes posible el problema
INDICADA	A individuos de alto riesgo que ya consumen o presentan problemas de comportamiento.	Prevención terciaria: evitar complicaciones

Prevención universal

Dirigida a **toda la población adolescente**, sin considerar su nivel de riesgo individual. Objetivo: evitar o retrasar la iniciación al consumo y promover la salud mental en toda la comunidad (Becoña, 2002).

Población diana: todos los adolescentes de una comunidad, escuela o área geográfica.

Programas escolares

Educación sobre drogas y habilidades para la vida; p. ej., Life Skills Training (Botvin y Griffin, 2014).

Campañas mediáticas

Mensajes en redes sociales, televisión y radio sobre los riesgos del consumo (Becoña y Cortés, 2011).

Políticas públicas

Leyes que restringen el acceso de menores al alcohol y al tabaco (Becoña y Cortés, 2011).

Prevención selectiva

Dirigida a un subgrupo de la población diana con **mayor riesgo de consumo de drogas que el promedio de su grupo de edad** (Becoña, 2002).

Se apoya en la evidencia sobre factores de riesgo y grupos vulnerables con más riesgo por sus atributos personales, sociales y culturales.

Aplicación en patología dual: la prevención selectiva es ideal para abordar la comorbilidad, porque muchos factores de riesgo son transdiagnósticos (Conrod y Nikolaou, 2016).

Intervenir en un factor de riesgo puede prevenir la aparición de ambos problemas.

Prevención selectiva: objetivos y componentes

Objetivos

- **Reducir el riesgo futuro** de consumo, modificando los factores de riesgo o las conductas que facilitan el consumo problemático.
- **Proporcionar estrategias, habilidades, valores y actitudes** que fomenten los factores protectores, para evitar el inicio del consumo o su agravamiento.

Componentes de la intervención

- Mejoras sociales y comunitarias para la inclusión social (p. ej., oportunidades de trabajo)
- Uso responsable del tiempo libre
- Competencias personales: establecimiento de metas, reestructuración normativa, autoafirmación y motivación
- Rectificación de falsas creencias (mitos)

Prevención selectiva: poblaciones de riesgo

- Hijos/as de progenitores con alcoholismo
- Historial familiar de adicción o enfermedad mental
- Adolescentes con problemas con la justicia
- Grupos en entornos de riesgo: pobreza extrema, desarraigo social, delincuencia o familias multiproblemáticas
- Bajo rendimiento académico o problemas de conducta temprana

Arbex Sánchez (2018).

Prevención indicada

Dirigida a quienes **ya han experimentado con drogas** y muestran conductas problemáticas asociadas (delictivas, violentas, escolares, familiares o de exclusión social).

En definitiva, población de alto riesgo, que suele ser consumidora o tiene problemas de comportamiento (Becoña, 2002).

Población diana: adolescentes que presentan…

- Consumo experimental o esporádico con consecuencias negativas
- Síntomas prodrómicos de un trastorno mental (aislamiento social, cambios de humor severos, deterioro del funcionamiento)
- Conductas de riesgo asociadas al consumo (p. ej., conducir bajo los efectos del alcohol)

Prevención indicada: objetivos e intervención

Objetivos

- Reducir el consumo: **frecuencia o cantidad**
- Evitar los problemas asociados al consumo
- Actuar sobre factores de riesgo del individuo (personalidad, temperamento, conductas problema), con el grupo en segundo plano, a diferencia de la selectiva (Becoña, 2002)

Tipo de intervención

- A veces, **tratamiento individualizado** de jóvenes y/o familias: más costoso e intensivo
- Terapia, apoyo psicológico y familiar, acompañamiento psicosocial individualizado
- Intervención integrada y multicomponente para patología dual (Szerman et al., 2014)
- Atención al estigma y al ensombrecimiento diagnóstico (Martínez-Martínez et al., 2025)

Elegir el nivel preventivo: síntesis

Nivel	Población	Foco de la intervención
UNIVERSAL	Toda la población adolescente	Evitar o retrasar el inicio; habilidades para la vida, campañas y políticas
SELECTIVA	Subgrupos con mayor riesgo	Modificar factores de riesgo y fomentar factores protectores
INDICADA	Individuos con consumo o síntomas	Reducir el consumo y sus problemas; intervención individualizada

Enfoque diferente según la población y el riesgo.

Elegir el nivel preventivo: síntesis

Nivel	Población	Foco de la intervención
UNIVERSAL	Toda la población adolescente	Evitar o retrasar el inicio; habilidades para la vida, campañas y políticas
SELECTIVA	Subgrupos con mayor riesgo	Modificar factores de riesgo y fomentar factores protectores
INDICADA	Individuos con consumo o síntomas	Reducir el consumo y sus problemas; intervención individualizada

Enfoque diferente según la población y el riesgo. La detección temprana es el paso fundamental (Jordan y Andersen, 2017)

Becoña (2002); Arbex Sánchez (2018); Becoña y Cortés (2011).

Universidad Internacional de Valencia

01 Objetivo

02 Consideración del menor

03 Factores de riesgo y vulnerabilidad

04 Niveles de prevención

05 **Buenas prácticas**

06 Ejemplos de programas de prevención basados en la evidencia

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Planeta Formación y Universidades

¿Qué es una buena práctica?

Una buena práctica es la mejor intervención posible según la evidencia disponible, demostrando eficacia, utilidad y superioridad frente a alternativas existente

También es abandonar lo que no funciona, sustituyéndolo por estrategias o programas con mayor efectividad



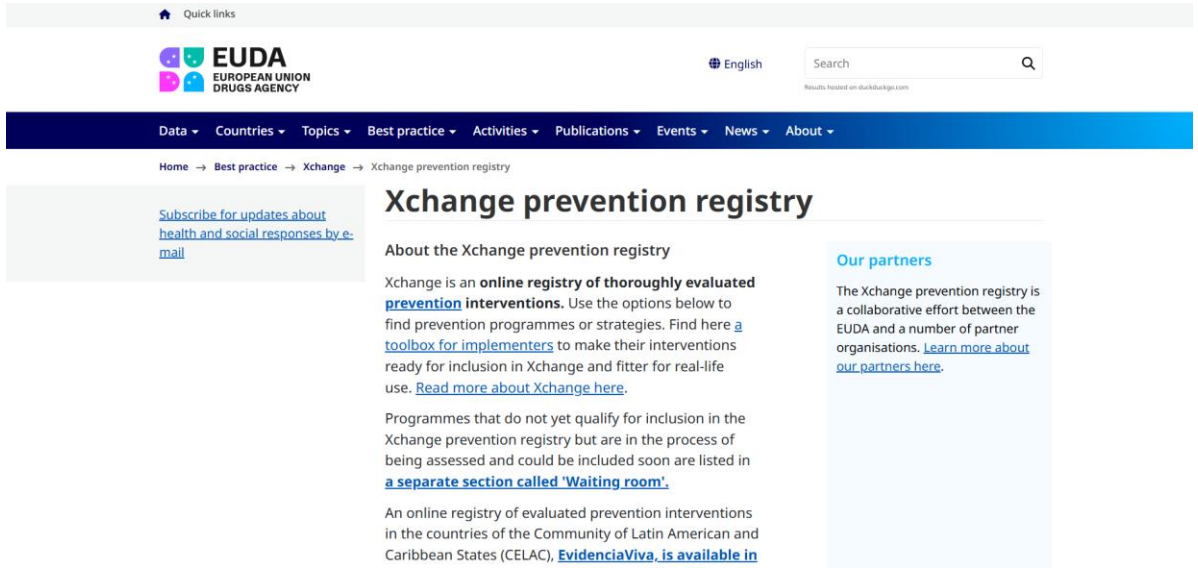
Becoña (2023)

Portales de buenas prácticas

Portal de Buenas Prácticas en Drogodependencias



EUDA - Xchange



Portales de buenas prácticas

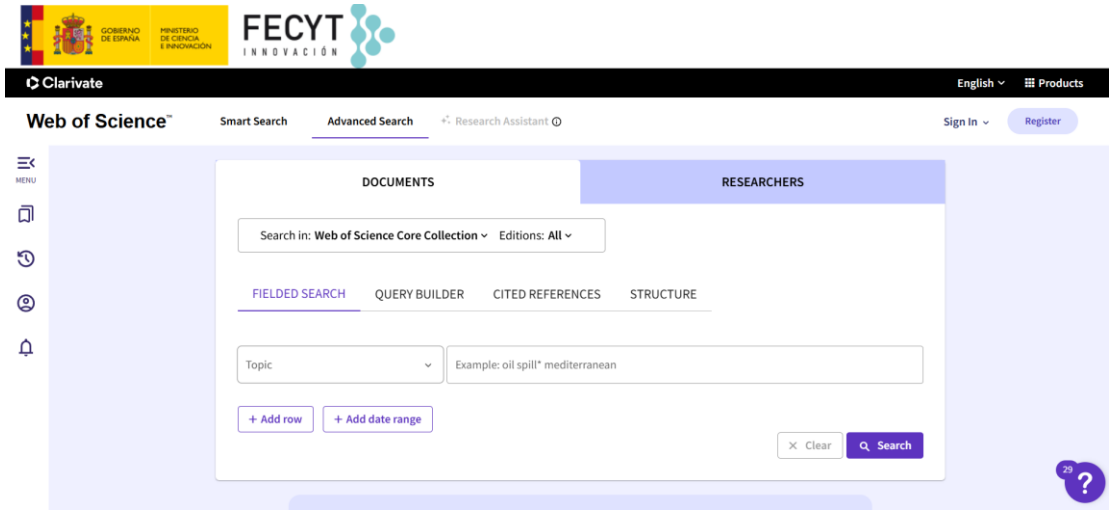
EUDA – Evidencia VIVA

EvidenciaViva — Intervenciones de Prevención en Latinoamérica Evaluadas Científicamente

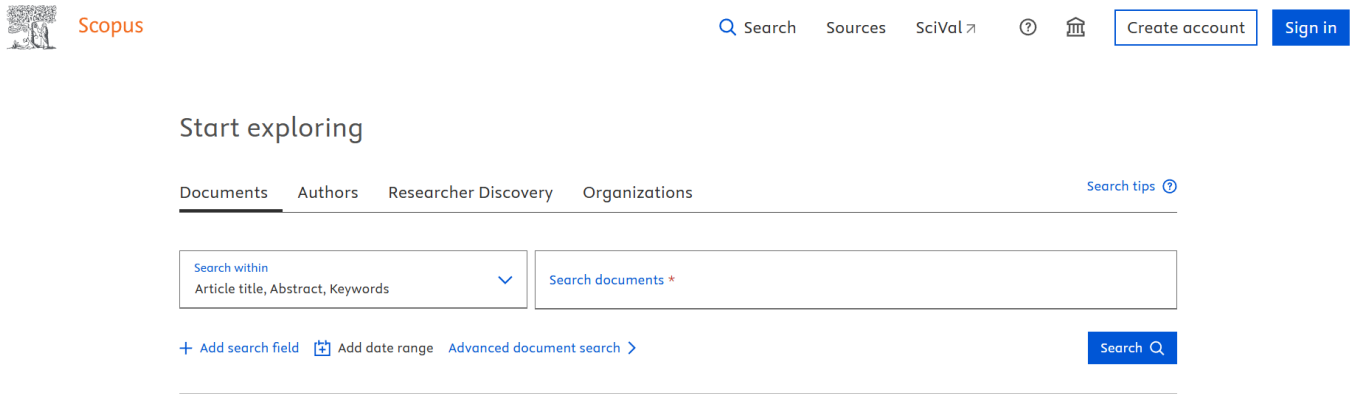


EvidenciaViva es **el primer registro en el contexto latinoamericano que evalúa exhaustivamente intervenciones de prevención del consumo de drogas**, basadas en la evidencia científica. Su objetivo es analizar programas de prevención en diferentes contextos, proporcionando una selección de acciones t testada de manera empírica. Además de evaluar la eficacia de las prácticas, también ofrece información sobre su implementación de las mismas en diversos países de América Latina. El registro facilita información seleccionada, accesible y de calidad a los y las profesionales y responsables de la toma de decisiones, para seleccionar e implementar programas, considerando el contexto de América Latina.

Portales de buenas prácticas



- Ensayos clínicos aleatorizados
- Considerar el contexto cultural
- Disponer de los materiales



Identificar las buenas prácticas

	MALA PRÁCTICA	PROBABLE BUENA PRÁCTICA	BUENA PRÁCTICA
Especificación del marco teórico, el contenido, la metodología y/o la evaluación	No	Sí	Sí
Resultados de la evaluación de la eficacia	No	No	Sí
Recomendación	**Debe evitarse su aplicación**	**Precisa ser evaluado**	**Se puede aplicar**

Becoña (2023)

Grupos con mayor vulnerabilidad



La intervención se desarrolla de forma secuencial, abordando primero uno y después el otro

Se abordan de manera simultánea, aunque desde servicios diferenciados

La intervención integra ambos problemas en un único programa, con especialistas capacitados tanto en cada componente como en su interacción

Secades-Villa et al. (2022)

Grupos con mayor vulnerabilidad

A edades tan tempranas, desde la prevención se busca abordar los factores comunes que tienen ambas problemáticas

UNIVERSALES

SELECTIVA

INDICADA

Grupos con mayor vulnerabilidad

UNIVERSALES

¿Por qué no?

Los acontecimientos estresantes que en otros casos no alteran el funcionamiento de la persona, en ciertos grupos pueden impactar considerablemente, lo que convierte a estos adolescentes en personas más vulnerables a la hora de afrontar determinadas dificultades (Birrell et al., 2025)

Universidad Internacional de Valencia

01 Objetivo

02 Consideración del menor

03 Factores de riesgo y vulnerabilidad

04 Niveles de prevención

05 Buenas prácticas

06 **Ejemplos de programas de prevención basados en la evidencia**

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Planeta Formación y Universidades

Universidad Internacional de Valencia

PREVENCIÓN SELECTIVA

frontiers | Frontiers in Psychology

TYPE Systematic Review
PUBLISHED 14 November 2025
DOI 10.3389/fpsyg.2025.1671822

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Marc N. Potenza,
Yale University, United States

REVIEWED BY
Carla López Núñez,
Sevilla University, Spain
Rabia Hanif,
Montclair State University, United States

*CORRESPONDENCE
Víctor José Villanueva-Blasco
vjvillanueva@universidadviu.com

RECEIVED 23 July 2025
ACCEPTED 17 October 2025
PUBLISHED 14 November 2025

CITATION
Villanueva-Blasco VJ, Eslava D, Olave-Porrúa L, Quintana JB and Rodríguez de Fonseca F (2025) Selective prevention programs for substance and behavioral addictions in adolescents: a systematic review. *Front. Psychol.* 16:1671822. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1671822

COPYRIGHT
© 2025 Villanueva-Blasco, Eslava, Olave-Porrúa, Quintana and Rodríguez de Fonseca. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Selective prevention programs for substance and behavioral addictions in adolescents: a systematic review

Víctor José Villanueva-Blasco[1,2*], Dalila Eslava[1,2], Leticia Olave-Porrúa[2,3], José Benito Quintana[4] and Fernando Rodríguez de Fonseca[5]

[1]Faculty of Health Sciences, Valencian International University, Castelló de la Plana, Spain, [2]Research Group on Health and Psycho-Social Adjustment (GI-SAPS), Valencian International University, Castelló de la Plana, Spain, [3]Department of Experimental Psychology, Cognitive Processes and Speech Therapy, Faculty of Social Work, Complutense University of Madrid, Madrid, Spain, [4]Aquatic One Health Research Center (ARCUS) & Department of Analytical Chemistry, Nutrition and Food Chemistry, R. Constantino Candeira S/N, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Spain, [5]IBIMA-Plataforma BIONAND, Unidad Clínica de Neurología, Hospital Regional Universitario, Málaga, Spain

Justification: Selective prevention of substance use among adolescents and young people is a key strategy for reducing risks in vulnerable populations. However, there is a notable lack of systematization and scientific validation of the programs implemented in this field. The aim of this systematic review was to identify existing selective prevention programs, describe their main characteristics, and assess their effectiveness based on the available evidence.
Method: A comprehensive search was conducted in scientific databases (Web of Science, PubMed/MEDLINE, Scopus, and Cochrane Library) and in best practice repositories (Xchange, EDDRA, Portal BBPP Adicciones), following PRISMA criteria and using the MMAT tool for methodological quality assessment. The review was registered in PROSPERO (CRD42024555838).
Results: A total of 20 studies were included, analyzing 24 programs, of which only a portion showed robust evidence according to criteria adapted from the GRADE system. *Preventure*, *Trampoline*, *ASSIST*, and *Project TND* stood out for their theoretical foundations, methodological quality, and sustained positive outcomes. Nevertheless, significant limitations were identified: heterogeneity in study designs, limited evaluation in Southern European contexts, and a lack of gender perspective and cultural adaptation.
Conclusions: The findings reveal a gap between practical implementation and empirical research, as many programs lack evaluation of their effectiveness through empirical studies. There is a pressing need to develop rigorously evaluated selective interventions, tailored to sociocultural contexts and aligned with clear quality standards.

KEYWORDS

systematic review, selective prevention, addictions, adolescence, evidence, PRISMA

PREVENCIÓN INDICADA

A Systematic Review of Indicated Prevention Programs for Adolescent Substance Addictions

Víctor José Villanueva-Blasco[1,2*], Dalila Eslava[1,2], Leticia Olave-Porrúa[2,3], Antonio Vidal-Infer[4]

[1]Faculty of Health Sciences, Valencian International University, Castelló de la Plana, Spain.

[2]Research Group on Health and Psycho-Social Adjustment (GI-SAPS), Valencian International University, Castelló de la Plana, Spain,

[3]Department of Experimental Psychology, Cognitive Processes and Speech Therapy, Faculty of Social Work, Complutense University of Madrid, Madrid, Spain,

[4]Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Facultad de Medicina y Odontología. University of Valencia,Valencia, Spain.

*Corresponfing author.

Prevención selectiva

Dirigida a un subgrupo de la población diana que tiene un riesgo mayor de consumo de drogas que el promedio de su grupo de edad

Las intervenciones de prevención selectiva con apoyo empírico incluyen:

Programas familiares selectivos centrados en la parentalidad positiva, la comunicación y la supervisión

Intervenciones escolares dirigidas a estudiantes en riesgo que combinan entrenamiento en habilidades para la vida, toma de decisiones y habilidades de resistencia a la presión

Entrevista motivacional y las intervenciones breves, la retroalimentación personalizada y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento

Abordaje de percepciones erróneas sobre el consumo entre pares

Actividades estructuradas de ocio alternativo y extracurriculares

Villanueva-Blasco et al. (2025)

Prevención selectiva

Es crucial garantizar que estas intervenciones **no contribuyan a la estigmatización** de los carácter ni agraven el estigma existente en torno a las personas que consumen drogas (Birrell et al., 2025; Martínez-Martínez et al., 2025)

→ Se recomienda comenzar con sesiones grupales en el aula para normalizar la participación y facilitar la identificación de quienes requieren intervenciones más intensivas.

Programa universal → **Programa selectivo**

Prevención selectiva: ejemplos

PROGRAMA	AUTORES/PORTAL	SUSTANCIA	POBLACIÓN
ASSIST	Xchange	Tabaco	12-13 años
CAPAS-Youth	Parra-Cardona et al. (2023)	Sustancias	Población latina en EEUU con problemas de comportamiento
Media Detective	Kupersmidt et al. (2010)	Sustancias	7-13 años
Midwestern Prevention Project	MacKinnon et al. (1991)	Sustancias	11-14 años
Personalized Alcohol Feedback	Geisner et al. (2007)	Alcohol	Estudiantes universitarios con síntomas depresivos
Preventure	Xchange	Sustancias	Adolescentes con personalidad de riesgo
Project Toward No Drug Abuse (TND)	Lisha et al. (2012)	Sustancias	Adolescentes de 14-19 años con fracaso escolar
Sin nombre	Rodríguez Kuri et al. (2011)	Sustancias	Adolescentes de riesgo
The Risk and Resilience Intervention	Lindenberg et al. (2002)	Sustancias	Mujeres entre 15-24 con bajos ingresos
The Health Education Intervention	Lindenberg et al. (2002)	Sustancias	Mujeres entre 15-24 con bajos ingresos
Trampoline	Xchange	Sustancias	Niños con padres con dependencia al alcohol

Prevención selectiva: ejemplos

PREVENTURE (Conrod et al., 2010)



Población diana	Adolescentes de 11 a 14 años. Impulsividad, búsqueda de sensaciones, ansiedad, desesperanza
Marco teórico	Enfoque cognitivo-conductual
Componentes	Psicoeducación, entrevista motivacional, técnicas cognitivo-conductual
Sesiones	2 de 90 minutos
Metodología	Interactiva, debates, role-playing
Nº de estudios	19 estudios con diseño RCT

Prevención selectiva: ejemplos

PREVENTURE (Conrod et al., 2010)

Programa universal asociado: **Climate**

1ª SESIÓN
a. Información sobre el tipo de personalidad y el riesgo asociado
b. Análisis de experiencias personales teniendo en cuenta el componente emocional
c. Establecimiento de objetivos personales

2ª SESIÓN
a. Identificar distorsiones cognitivas que conducen a conductas problemáticas
▪ Impulsividad: Se centran en el pensamiento agresivo y la falta de reflexión
▪ Búsqueda de sensaciones: Cuestionan las distorsiones que conducen a la búsqueda de recompensas y la susceptibilidad al aburrimiento
▪ Ansiedad: Cuestionar las cogniciones catastróficas
▪ Desesperanza: Cuestionar cogniciones basadas en la negatividad, como la generalización y la internalización

Universidad Internacional de Valencia

Prevención indicada

Dirigida a grupos que ya han experimentado con las drogas y muestran conductas problemáticas asociadas a su consumo y otros problemas delictivos, violentos, escolares, familiares de exclusión social

Las intervenciones de prevención indicada con apoyo empírico incluyen:

Estrategias motivacionales para fomentar el cambio

Terapia cognitivo-conductual con el objetivo de identificar y modificar pensamientos y conductas de riesgo

Intervenciones breves

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento que sustituyan a las conductas problemáticas

Programas familiares indicados

Prevención de recaídas

Arbex Sánchez (2018)

Prevención indicada: ejemplos

PROGRAMA	AUTORES/PORTAL	SUSTANCIA	POBLACIÓN
Coping Power	EUDA – Xchange	Sustancias	Niños de 8-14 años con trastorno de conducta
Depression Prevention Program	Brière et al. (2014), Rohde et al. (2012, 2014, 2015)	Sustancias	Adolescentes con sintomatología depresiva
Empecemos	EUDA – Xchange Portal de BBPP	Sustancias	Padres y madres de niños de 5 a 11 años con problemas de conducta
Family Check-up	EUDA – Xchange	Sustancias	Adolescentes con problemas de conducta y sus padres
Fuctional Family Therapy	EUDA – Xchange	Sustancias	Adolescentes con problemas de conducta y sus padres
HYD Program	Kelly & Lapworth (2006)	Tabaco	Adolescentes de 14-16 años que consumen tabaco
Mulisystemic Therapy	Asscher et al. (2013, 2014)	Sustancias	Adolescentes con conductas antisociales severas y sus padres
Personal Growth Class	Eggert et al. (2014)	Sustancias	Adolescentes con riesgo del abandon social
Treatment Foster Care Oregon	Hansson & Olsson (2012)	Sustancias	Niños y adolescents en situación de acogimiento familiar y problemas de conducta, y sus familias

Arbex Sánchez (2018)

Prevención indicada: ejemplos

DEPRESSION PREVENTION PROGRAM (Rohde et al., 2015)

HHS Public Access
Author manuscript
J Consult Clin Psychol. Author manuscript; available in PMC 2015 August 01.

Published in final edited form as:
J Consult Clin Psychol. 2015 August ; 83(4): 736–747. doi:10.1037/ccp0000022.

Effectiveness Trial of an Indicated Cognitive-Behavioral Group Adolescent Depression Prevention Program versus Bibliotherapy and Brochure Control at 1- and 2-Year Follow-Up

Paul Rohde, **Eric Stice**, **Heather Shaw**, and **Jeff M. Gau**
Oregon Research Institute

Población diana	Adolescentes (13-19 años) con sintomatología depresiva
Sustancia	Alcohol y drogas ilegales
Marco teórico	Terapia cognitivo-conductual
Componentes	Identificación de pensamientos, reestructuración cognitivo, promoción de actividades placenteras
Sesiones	6 de 60 minutos
Metodología	Dinámicas grupales, role-playing, tareas para casa.
Nº de estudios	4 estudios con diseño RCT

Grupos de 5 a 9 personas

Prevención selectiva e indicada: el papel de la escuela

El ámbito escolar es un entorno óptimo para promover y cuidar el bienestar de los adolescentes

La mayoría de los adolescentes pasan largos periodos en la escuela, siendo esta uno de los principales agentes participes en su desarrollo psicosocial y **convirtiéndose así en el entorno natural de la prevención** (Fonseca-Pedrero et al., 2023)



Prevención selectiva e indicada: el papel de la familia



Las intervenciones que incluyen a las familias han demostrado resultados eficaces sobre todo aquellas desarrolladas desde el enfoque de competencias y habilidades parentales que incluyen tanto a progenitores como a los niños y adolescentes.

No obstante, en ocasiones, contar con la familia es una tarea compleja, siendo habitual las tasas bajas de participación.

(Servicio de Información e Investigación Social, 2023)

Prevención selectiva e indicada: recomendaciones

- Diseño de programas que sean atractivos y de fácil acceso para los grupos de riesgo
- Proporcionar a los profesionales habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con adolescentes en situación de vulnerabilidad
- Trabajar en red con otros servicios
- Adaptación a las necesidades del grupo



Referencias (1/6)

Arbex Sánchez, C. (2018). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W. A., van der Laan, P. H., Prins, P. J., & Dutch MST Cost-Effectiveness Study Group4. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology, 9*(2), 169-187. https://doi.org/10.1007/s11292-012-9165-9

Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., van der Laan, P. H., Prins, P. J., van Arum, S., & Dutch MST Cost-Effectiveness Study Group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology, 10(*2), 227-243. https://doi.org/10.1007/s11292-013-9198-8

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2023). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de las drogodependencias y de las adicciones*. Ministerio de Sanidad.

Becoña, E., y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.

Birrell, L., Grummitt, L., Christensen, H., y Teesson, M. (2025). The place of school-based strategies for universal, selective and indicated prevention for depression. *Research Directions: Depression, 2*, Artículo e2. https://doi.org/10.1017/dep.2025.1

Blakemore, S.-J., y Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology, 65*, 187–207. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202

Botvin, G. J., y Griffin, K. W. (2014). Life skills training: Preventing substance misuse by enhancing individual and social competence. *New Directions for Youth Development, 2014*(141), 57–65. https://doi.org/10.1002/yd.20086

Referencias (2/ 6)

Brière, F. N., Rohde, P., Shaw, H., & Stice, E. (2014). Moderators of two indicated cognitive-behavioral depression prevention approaches for adolescents in a school-based effectiveness trial. *Behaviour research and therapy, 53,* 55-62. https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.005

Casey, B. J., Jones, R. M., y Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1124*, 111–126. https://doi.org/10.1196/annals.1440.010

Casey, B. J., Jones, R. M., y Somerville, L. H. (2011). Braking and accelerating of the adolescent brain. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 21–33. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00712.x

Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. D. Glantz y R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15–51). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10107-001

Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., y Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non–drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of General Psychiatry, 67*(1), 85–93. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.173

Conrod, P. J., y Nikolaou, K. (2016). Annual research review: On the developmental neuropsychology of substance use disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(3), 371–394. https://doi.org/10.1111/jcpp.12516

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (s. f.). *Portal de Buenas Prácticas en reducción de la demanda de drogas y otras adicciones*. http://www.buenaspracticasadicciones.es/

Eggert, L. L., Thompson, E. A., Herting, J. R., Nicholas, L. J., & Dicker, B. G. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through an intensive school-based social network development program. American *Journal of Health Promotion, 8*(3), 202-215. https://doi.org/10.4278/0890-1171-8.3.20

Ernst, M., Pine, D. S., & Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological medicine, 36*(3), 299–312. https://doi.org/10.1017/S0033291705005891

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (s. f.). *Xchange prevention registry*. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange_en

Referencias (3/6)

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Ortuño-Sierra, J., Díez-Gómez, A., Pérez-Sáenz, J., Inchausti, F., Valero García, A. V., Gutiérrez García, A., Aritio Solana, R., Ródenas-Perea, G., De Vicente Clemente, M. P., Ciarreta López, A., y Debbané, M. (2023). PSICE project protocol: Evaluation of the unified protocol for transdiagnostic treatment for adolescents with emotional symptoms in school settings. *Clínica y Salud, 34*(1), 15–22. https://doi.org/10.5093/clysa2023a3

Galvan, A., Hare, T. A., Parra, C. E., Penn, J., Voss, H., Glover, G., y Casey, B. J. (2006). Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience, 26*(25), 6885–6892. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1062-06.2006

Geisner, I. M., Neighbors, C., Lee, C. M., and Larimer, M. E. (2007). Evaluating personal alcohol feedback as a selective prevention for college students with depressed mood. Addict Behav. 32, 2776–2787. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.04.014

Gogtay, N., Giedd, J. N., Lusk, L., Hayashi, K. M., Greenstein, D., Vaituzis, A. C., Nugent, T. F., III, Herman, D. H., Clasen, L. S., Toga, A. W., Rapoport, J. L., y Thompson, P. M. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 101*(21), 8174–8179. https://doi.org/10.1073/pnas.0402680101

Jordan, C. J., y Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental Cognitive Neuroscience, 25*, 29–44. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.10.004

Hansson, K., & Olsson, M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review, 34*(9), 1929-1936. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.06.008

Kelly, A. B., & Lapworth, K. (2006). The HYP program—Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Preventive medicine, 43*(6), 466-471. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.06.018

Referencias (4/6)

Kupersmidt, J. B., Scull, T. M., and Austin, E. W. (2010). Media literacy education for elementary school substance use prevention: study of media detective. Pediatrics 126, 525–531. https://doi.org/10.1542/peds.2010-0068

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. (2000). *Boletín Oficial del Estado, 11*, de 13 de enero de 2000. https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-641

Lindenberg, C. S., Solorzano, R.M., Bear, D., Strickland, O., Galvis, C., and Pittman, K. (2002). Reducing substance use and risky sexual behavior among young, lowincome, Mexican-American women: comparison of two interventions. Appl. Nurs. Res. 15, 137–148. https://doi.org/10.1053/apnr.2002.34141

Lisha, N. E., Sun, P., Rohrbach, L. A., Spruijt-Metz, D., Unger, J. B., and Sussman, S. (2012). An evaluation of immediate outcomes and fidelity of a drug abuse prevention programin continuation high schools: Project TowardsNoDrug Abuse (TND). J. *Drug Educ. 42*, 33–57. https://doi.org/10.2190/DE.42.1.c

MacKinnon, D. P., Johnson, C. A., Pentz, M. A., Dwyer, J. H., Hansen, W. B., Flay, B. R., et al. (1991). Mediating mechanisms in a school-based drug prevention program: first-year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychol.10:164*. https://doi.org/10.1037/0278-6133.10.3.16

Martínez-Martínez, C., Olave, L., Gea-Caballero, V., y Villanueva-Blasco, V. J. (2025). Stigma and diagnostic overshadowing in people with mental disorder and substance addiction. En T. Mota Ronzani (Ed.), *Social stigma and drug use*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-94813-8_5

Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child

Parra-Cardona, R., Vanderziel, A., and Fuentes-Balderrama, J. (2023). The impact of a parent-based prevention intervention on Mexican-descent youths' perceptions of harm associated with drug use: Differential intervention effects for male and female youths. *J. Marital Family Therapy 49*, 370–393. https://doi.org/10.1111/jmft.12627

Referencias (5/6)

Paus, T., Keshavan, M., y Giedd, J. N. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Reviews Neuroscience, 9*(12), 947–957. https://doi.org/10.1038/nrn2513

Rodríguez Kuri, S. E., Díaz Negrete, D. B., Gracia Gutiérrez de Velasco, S. E., Guerrero Huesca, J. A., and Gómez-Maqueo, E. L. (2011). *Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes. Salud Mental 34,* 27–35.

Rohde, P., Stice, E., Gau, J. M., & Marti, C. N. (2012). Reduced substance use as a secondary benefit of an indicated cognitive–behavioral adolescent depression prevention program. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(3), 599. https://doi.org/10.1037/a0028269

Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., & Brière, F. N. (2014). Indicated cognitive behavioral group depression prevention compared to bibliotherapy and brochure control: acute effects of an effectiveness trial with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 65. https://doi.org/10.1037/a0034640

Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., y Gau, J. M. (2015). Effectiveness trial of an indicated cognitive–behavioral group adolescent depression prevention program versus bibliotherapy and brochure control at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 736–747. https://doi.org/10.1037/ccp0000022

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., y Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health, 2*(3), 223–228. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1

Secades-Villa, R., García-Fernández, G., y Fernández-Artamendi, S. (2022). *Manual de Coductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento.* Pirámide.

Servicio de Información e Investigación Social. (2023). *Prevención de las adicciones: Revisión del conocimiento disponible sobre efectividad de las intervenciones*. Eusko Jaurlaritza–Gobierno Vasco.

Referencias (6/6)

Shulman, E. P., Smith, A. R., Silva, K., Icenogle, G., Duell, N., Chein, J., y Steinberg, L. (2016). The dual systems model: Review, reappraisal, and reaffirmation. *Developmental Cognitive Neuroscience, 17*, 103–117. https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.010

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., y Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry, 27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Squeglia, L. M., y Gray, K. M. (2016). Alcohol and drug use and the developing brain. *Current Psychiatry Reports, 18*(5), Artículo 46. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0689-y

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review, 28*(1), 78–106. https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002

Szerman, N., Goti, J., Díaz, R., y Arango, C. (2014). *Patología dual: Protocolos de intervención en adolescentes*. Edikamed.

Villanueva-Blasco, V. J., Eslava, D., Olave-Porrúa, L., Quintana, J. B., y Rodríguez de Fonseca, F. (2025). Selective prevention programs for substance and behavioral addictions in adolescents: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 16*, Artículo 1671822. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1671822

GRACIAS

Dra. Dalila Eslava Pérez
dalila.eslava@universidadviu.com

Dra. Leticia Olave Porrúa
leticiaolave@ucm.es

RED DE EDUCACIÓN SUPERIOR
Planeta Formación y Universidades