



Programa curso *on-line* "CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA"

CODIRIGIDO POR:



Organización de los
Estados Americanos

Comisión Interamericana para el
Control del Abuso de Drogas

www.copolad.eu

SOCIOS: / FILAPP y DGPNSD (España) / SEDRONAR (Argentina) / SENAD (Brasil) / SENDA (Chile) / Colombia /
DEVIDA (Perú) / JND (Uruguay) / GIZ (Alemania) / IDT (Portugal) / CIFAD (Francia) /

ENTIDADES COLABORADORAS: / PCB (Polonia) / ANA (Rumanía) / ICD (Costa Rica) / CONSEP (Ecuador) / CONADIC (México) /
CICAD-OEA / OPS-OMS / RIOD /

ENTIDAD DE COORDINACIÓN Y EJECUCIÓN (ECE): Calle Recoletos, 22. Madrid 28001. España. Tel.: +34 91 436 30 59



Proyecto Financiado
por la Unión Europea



Proyecto Financiado
por la Unión Europea

Nº tema: 7¹

Nombre del tema: Niveles de intervención preventiva

Nombre del profesor: Milton José Rojas Valero

Puesto de trabajo: Coordinador del Servicio Lugar de Escucha de CEDRO, Lima, Perú.

Correo electrónico: mrojas@cedro.org.pe

¹ Rojas, Milton. Niveles de intervención (Módulo 7). En: CURSO ONLINE COPOLAD: CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS: PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA (1º :2013: en línea). Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). Disponible en: <https://www.copolad.eu/aula-virtual>

INDICE

1. CV de Milton José Rojas Valero.....	3
2. Resumen y palabras clave.....	5
3. Lectura inicial.....	6
4. Desarrollo del tema.....	7
5. Futuro/avance de la evidencia en este campo.....	22
6. Lecturas recomendadas.....	23
7. Preguntas de evaluación.....	25
8. Bibliografía.....	27
9. Glosario.....	30
10. Bibliografía de referencia para el profesorado.....	31

1. CV DE MILTON JOSÉ ROJAS VALERO

Formación académica y clínica asistencial

Psicólogo clínico, psicoterapeuta; Máster en Drogodependencias (2007-Universidad Peruana Cayetano Heredia).

Entrenamiento y pasantías en clínica de las adicciones: "La Casa", Bogotá, Colombia; DAY TOP Inc., New York-New Jersey; Villarenata de Venecia, Italia; Fundación Spiral, Madrid, España y Sdruzeni Podane Ruce-Praga, República Checa y el Hospital Clínico Universitario de Barcelona.

Cargo laboral actual

Coordinador del Programa de atención en casos de drogodependencias y otras conductas adictivas "Lugar de Escucha" del Centro de Información y Educación para el Abuso de Drogas (CEDRO) de Lima, Perú.

Consultorías

Asesoramiento de investigaciones y tesis universitarias en el campo de las adicciones.

Práctica clínica en consulta privada en conductas adictivas y otras psicopatologías.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA).

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Programa de Prevención del Consumo de Drogas y de Rehabilitación de Toxicómanos DEVIDA-Cooperación Técnica de Bélgica.

Laboratorios Pfizer. Tabaquismo.

Comunidad Andina de Naciones, Consultor en el proyecto DROSICAN, capacitación en prevención y tratamiento del consumo de drogas sintéticas.

Elaboración de cursos interactivos en drogas para comunicadores sociales (Comisión Europea-FAD-Canadian International Development Agency).

Participación en eventos

Ha participado como ponente y tallerista en temas relacionados con las drogodependencias y adicciones sin sustancias en países diversos latinoamericanos, Estados Unidos, Europa y Australia.

Docencia

Docencia en Maestrías y Diplomados en adicciones:

- 1) UNED/OEA/CICAD, Maestría Iberoamericana On-Line en Drogodependencias.
- 2) Programa Internacional Maestría en Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas de la Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre, Bolivia.
- 3) Escuela de Consejeros en Adicciones (ECAD). Ñaña, Lima.
- 4) Diplomado en Drogodependencias de la Universidad de la Frontera de Temuco, Chile.
- 5) Diplomado en Drogodependencias CONACE-Universidad Central de Chile: Concepción, Santiago de Chile y Antofagasta.
- 6) Diplomado en Drogodependencias DEVIDA-Universidad Nacional Federico Villarreal
- 7) Profesor invitado de las Universidad Católica, Cayetano Heredia, Federico Villarreal y de la Policía Nacional del Perú.
- 8) Ex Docente en el Proyecto Drogas Sintéticas (DROSICAN). Comunidad Andina de Naciones-Unión Europea.
- 9) Asesoramiento de tesis universitarias (Maestría en Drogodependencias). Universidad Andina Simón Bolívar, Sucre, Bolivia.
- 10) Docente de la Maestría en Drogodependencias de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- 11) Docente - Tutor del Diplomado semi presencial en Adicciones dirigido a profesionales del Instituto Penitenciario del Perú (INPE). DEVIDA-INPE-CLASE

Distinciones recibidas

- 1) Ganador del Premio de Psicología, Área Salud, del Colegio de Psicólogos del Perú. 1999.
- 2) Ganador del Primer Concurso de investigación en drogodependencias convocado por la Cooperación Técnica Belga y DEVIDA. 2004.
- 3) Ganador del Concurso para subvenciones de publicaciones científicas en drogodependencias de DEVIDA, 2006-1.
- 4) Ganador del "Concurso Nacional de Subvenciones a publicaciones Científicas y Tecnológicas" (CONCYTEC), convocatoria 2006-1, 2009-1 y 2012-1.

Producción literaria científica en drogodependencias

3 Tesis Universitarias, 2 de ellas en adicción femenina.

22 artículos científicos publicados en revistas nacionales y extranjeras de la especialidad.

18 trabajos presentados en congresos y reuniones científicas, Ámbito internacional.

Autor de 6 libros. Manuales y folletos.

Past Primer Presidente de la Sociedad Peruana de Psicólogos en Conductas Adictivas.

Instituciones a las que pertenece

Colegio de Psicólogos del Perú.

Sociedad de Farmacología y Terapéutica Experimental del Perú.

International Council on Alcohol and Addictions (ICAA-CIPAT).

Miembro de SOCIDROGALCOHOL-España.

Centro Europeo de Lucha contra las drogas. París, Francia (C.E.C.D.).

Ex-Becario, Comisión de Lucha Contra el Consumo de Drogas (Ex CONTRADROGAS, hoy DEVIDA).

Miembro del Comité de Expertos para el tema de Tabaco, convocado por Laboratorios Pfizer.

Miembro del Comités Editorial de la Revistas Era Adicciones (Chile).

Miembro del Comité Editorial de la Revista Peruana de Drogodependencias (DEVIDA).

Miembro del Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional (GETEM), Barcelona, España.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

2.1. Resumen

El módulo revisa inicialmente algunos aspectos históricos de la prevención del consumo de sustancias. Al parecer estas actividades se inician en los años setenta aparentemente como consecuencia de las coyunturas epidémicas generadas por las drogas opiáceas y posteriormente por las drogas cocaínicas (cocaína y crack). También se intenta contextualizar las acciones iniciales de las acciones preventivas caracterizadas por la informalidad, información y los mensajes aversivos que buscaban disuadir a los jóvenes del consumo a través del miedo. Por otro lado, se repasa el proceso a través del cual se fue incorporando la investigación ante los evidentes fracasos de estos programas, consolidándose el concepto de la prevención como ciencia. Se busca destacar los enormes esfuerzos para prevenir o retardar el inicio del consumo de sustancias legales e ilegales, acciones que se han incrementado en casi la totalidad de los países del mundo, sin embargo la asistencia técnica, la capacitación y el monitoreo aun tiene importantes vacíos; sin embargo se intenta —a través del módulo—hacer visible la existencia de programas preventivos ampliamente probados y evaluados en cuanto a efectos y con evidencia. Cabe mencionar que para llegar a este nivel de avance se implementaron estudios de cohorte longitudinal que comprendieron a adolescentes principalmente a quienes se les hizo seguimiento a través del tiempo. El módulo remarca estos esfuerzos investigativos, donde no solo se preocuparon por las evaluaciones más exactas de las tendencias en el consumo de sustancias, sino que también lograron identificar aquellos factores biológicos, individuales, familiares, escolares, de los iguales y de la comunidad, que incrementan la proclividad de ciertos perfiles de jóvenes al consumo de alcohol y otras drogas.

Es este contexto que el módulo de trabajo preventivo tiene por objetivo desarrollar y actualizar los principales modelos de prevención del consumo de drogas con evidencia. Para los efectos se brinda información básica, actualizada, con evidencia sobre las tres aproximaciones preventivas más utilizadas hoy en este campo propuestas por George Gordon (prevención universal, selectiva e indicada) enfatizando en las respectivas poblaciones diana, objetivos y las metodologías de aproximación como también los obstáculos y limitación que se encuentran en cada una de las aproximaciones. También se revisa la aproximación preventiva ambiental considerando la importancia del contexto y sus diversos estímulos cuando se trabaja en el ámbito de la prevención. El módulo permitirá a los profesionales de la salud y de la educación capacitarse, actualizarse y hacer una revisión de los diferentes niveles de intervención que buscan prevenir el riesgo adolescente desde diferentes perspectivas.

2.2. Palabras clave

Prevención Ambiental, universal, selectiva e indicada

3. LECTURA INICIAL

La búsqueda de estrategias efectivas en la prevención del consumo de drogas nos conduce a la necesidad de evaluar los resultados y la efectividad de los programas preventivos. La implementación de programas con evidencia científica ha generado un cambio que era necesario para todos los que estamos involucrados en el tema de las conductas adictivas. La recopilación de datos e información permiten establecer nuevas tendencias y perspectivas para el diseño de programas considerando las especificidades de las poblaciones, incluyendo la necesaria introducción de la perspectiva de género. Estos nuevos acercamientos de alguna forma han confirmado que los esfuerzos desplegados hasta hoy tendrán mejores resultados que redundarán en la calidad de los programas preventivos. Hoy existe una tendencia a considerar que los programas de prevención deben tener como base la evidencia dado que permiten ser examinados por los científicos. Los métodos empleados en varios países ya permiten examinarlos y medir su grado de efectividad, acciones que son posibles en razón a que están basados en teorías científicas y la efectividad del proyecto se demuestra por medio de los resultados de evaluaciones producto del proceso de evaluación y medición de indicadores de logro. También se sabe que las acciones de prevención se inscriben en procesos de mediano y largo plazo, ellos vienen a reemplazar contundentemente a las intervenciones puntuales, conferencias o charlas que caracterizaron a los programas anteriormente.

El cronograma de las actividades, el número de personas participantes en un programa, la duración del mismo, el diagnóstico de la línea base, los indicadores, entre otros factores intervinientes, nos muestran el producto final del proceso. Para esto, urge capacitar a los proveedores de servicios de prevención en cuanto al desarrollo, implementación y evaluación de programas basados en la ciencia.

Las acciones preventivas deben asumir que la responsabilidad del establecimiento de un estilo de crianza libre de drogas desde la niñez no solo compete a las organizaciones públicas y privadas, sino también a la familia y en particular los padres tienen una gran influencia sobre sus hijos. El involucramiento de la familia y de la comunidad son imprescindibles en las tareas de la prevención dado que hay evidencia que sostiene que el comportamiento, el sistema de creencias, los valores, la calidad de los vínculos, entre otros aspectos, de parte de los padres, son elementos decisivos en la formación de la capacidad de la toma de decisiones de los jóvenes en ciertas coyunturas de alto riesgo. Así, los padres y adultos significativos del joven que posponen el hablar con sus hijos sobre el alcohol y otras sustancias, pueden permitir que los amigos de estos ejerzan más influencia al momento de tomar la decisión de involucrarse o no con el consumo.

El trabajo preventivo desde el colegio y desde la comunidad, aunque son esenciales, no podrán generar consciencia sobre el problema sanitario generado por las drogas ni modificar por

sí solos los ambientes o escenarios de la prevención si no cuentan con la participación activa de la familia dado que la efectividad de las distintas aproximaciones de la prevención es más efectiva cuando los padres, tutores y personas significativas del joven, se involucran en el proceso de intervención.

Finalmente, más allá de las tareas preventivas de naturaleza universal, selectiva e indicada, es importante admitir que los medios de comunicación ejercen una poderosa influencia en la opinión y percepción de los jóvenes acerca del alcohol y otras drogas, por lo que una campaña dirigida con rigor y de manera sistemática, donde la población objetivo sea la juvenil, con contenidos realistas y consecuencias de corto y mediano plazo del consumo, así como la inducción al cuestionamiento en torno al consumismo, también puede convertirse en una poderosa herramienta de prevención.

4. DESARROLLO DEL TEMA

1. Evolución histórica del modelo preventivo: Limitaciones del modelo de prevención primaria, secundaria y terciaria

El desarrollo de las actividades de prevención del consumo de drogas considerando la evidencia científica aún no ha tenido un desarrollo sostenido. Es a partir de la década de los años setenta cuando se registran algunos informes. Aunque con escasa evidencia, la actividad preventiva tenía un énfasis informativo y buscaba un efecto aversivo del consumo y muchos de los programas tenían un componente moral, político y hasta religioso. Así, en los escenarios previos a las dos últimas décadas, la prevención de comportamientos de alto riesgo como el abuso de drogas, casi siempre se mostraba periférico al rigor científico dado que las primeras experiencias fueron resultado de la necesidad de controlar graves coyunturas como el consumo de heroína, crack y otras drogas cocaínicas casi siempre con improvisación y al margen de un trabajo como proceso, focalizando sus acciones en un trabajo puntual donde los efectos de esas intervenciones no permanecían en el tiempo.

Es a partir de la década de los 80 aproximadamente cuando se impulsan los estudios epidemiológicos longitudinales y transversales y los preventólogos comenzaron a preocuparse por la evaluación de sus intervenciones preventivas de impacto a corto, mediano y largo plazo. Es como resultado de estas acciones que en la actualidad ya se dispone de programas de prevención con metodologías con eficacia y que superan a la no intervención (Alonso et al., 2004; Becoña, 2002; NIDA, 2003; Sloboda y Bukoski, 2003).

2. Prevención ambiental, universal, selectiva e indicada

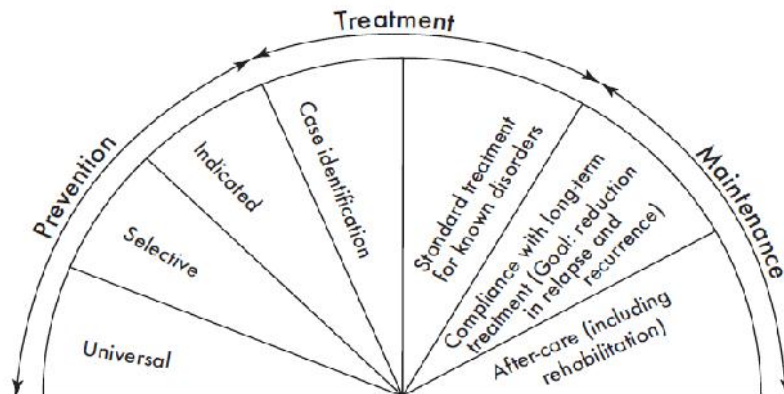
Las características y la intensidad de los factores de riesgo y de protección, la coyuntura actual de los comportamientos de riesgo adolescente, así como la evidencia científica de los modelos de intervención preventivo promocionales, ha generado una nueva mirada del escenario preventivo del consumo de drogas que tiende a reemplazar al modelo tradicional de prevención primaria, secundaria y terciaria, modelo cuyo contenido apuntaba a prevenir e intervenir enfermedades esencialmente de origen biológico y médico, esquema que no permitía contemplar la multicausalidad de factores que intervienen en el consumo de drogas.

Así, el modelo clásico seguido por Caplan (1980) no permitía discriminar las principales necesidades que se desprenden de los objetivos generales que se plantean en las acciones preventivas como las que tienen como meta la generación de estilos de vida saludables para los

grupos de adolescentes y jóvenes expuestos a diversos grados de riesgo en los escenarios actuales dentro de un mundo globalizado.

Es en este contexto en el que Gordon (1987) propuso un tipo de intervención preventivo en función al riesgo al que se expone la población general, un grupo o una persona en particular. La propuesta la define como: Prevención universal, selectiva e indicada (figura 1), permitiendo a la vez, observar y diferenciar con claridad las acciones de tratamiento y rehabilitación.

Figura 1. Espectro de las intervenciones de prevención.



Fuente: Springer y Phillips (2007).

2.1. Prevención ambiental

La prevención ambiental comprende estrategias que intentan modificar el contexto o ambientes inmediatos, como pueden ser los de ámbito cultural, social, físico o económico, contextos donde las personas toman decisiones en cuanto al consumo del alcohol y otras drogas (Burkhart, 2012; Fisher, 1998).

El modelo preventivo ambiental sostiene que las personas no se involucran con el alcohol y otras drogas considerando únicamente sus características individuales o personales (estructura de su personalidad, esquema de ideas y creencias, sensibilidad biológica, etc.), sino que son fuertemente influenciadas por un abanico amplio de factores ambientales, como las conductas normalizadas de uso, como es lo referido al uso y abuso de alcohol, la oferta y disponibilidad de las drogas ilícitas, la intensa publicidad, el consumismo, entre otros factores contextuales (Burkhart, 2012; SOCIDROGALCOHOL, 2012).

En este contexto si tomamos como base que el uso y abuso de las sustancias es el resultado del sistema en el que cohabitamos, el objetivo de las estrategias ambientales es la comunidad o el escenario donde se desean desarrollar las acciones preventivas promocionales. Las estrategias de intervención comprenden el brindar alternativas de empoderamiento a la toma de decisiones, uso productivo del tiempo libre, reforzamiento a las buenas costumbres en diversos planos, como el escolar, universitario, comunitario, familiar, etc.

Para Burkhart, los siguientes niveles de intervención comprenden las acciones ambientales:

1) Aspectos macro sociales y económicos

- Control y limitaciones del expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad
- Incremento de impuestos a las bebidas alcohólicas

2) Aspectos físico y social: centros educativos, comunidad, espacios de recreación

- Normas y reglas del colegio o centro de educación
- Consumo y venta de sustancias (marihuana) en el centro de educación
- Zonas y puntos de venta de drogas

3) Aspecto contextual inmediato: familia

- Percepción de la familia del alcohol y otras drogas
- Disponibilidad de dinero tanto de los padres como de los integrantes de la familia

Algunos investigadores como Burkhart (2012) sostienen que la prevención ambiental tiene muchas fortalezas y buena perspectiva dado que considera la alta vulnerabilidad de la población joven a los comportamientos consumistas que llegan a tener ribetes de epidemia como es el alcohol, también por el hecho que limita las libertades de las industrias, actúan intensamente sobre el comportamiento y pueden llegar a tener más éxito que la prevención universal.

2.2. Prevención Universal

En los años 90 aproximadamente el Instituto de Medicina de EE.UU. sobre la base de la propuesta de Gordon, 1987, propuso un nuevo marco para clasificar la prevención del abuso de drogas en intervenciones universales, selectivas e indicadas, lo cual reemplazó los conceptos previos de prevención primaria, secundaria y terciaria. La filosofía de esta estratificación de las acciones de prevención es la población diana respecto a los niveles de vulnerabilidad del riesgo adolescente para el abuso de sustancias (NIDA, 2003; Sloboda, 2008). Así, en la prevención universal sus acciones están destinadas a la población en general (nacional, local, comunitaria, escolar) y su propósito es prevenir o retardar la aparición del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Las estrategias comprenden información y fundamentos sobre habilidades para prevenir la instalación del consumo en el grupo diana. Las acciones no contemplan selección ni filtro alguno en los participantes, es decir, no consideran si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los sensibilicen al inicio y abuso del alcohol y otras drogas (Becoña, 2002).

Los programas de prevención universal son abiertos y promueven la participación en general. No implican la formación de grupos en riesgo o grupos especiales que presentan determinadas características afines con la conducta del uso de drogas (OMS, 2004).

Sus principales características son que no se focaliza en la solución de problemas personales relacionados con el uso y abuso de alcohol y otras drogas, más bien pretende prevenir o por lo menos retardar el inicio del consumo, no contempla el riesgo individual asociado al consumo.

Tabla 2. Características de la prevención universal.

- Son programas abiertos, vale decir que fomentan la participación de las personas en general, sin distinción de edad, estrato social, sexo, religión, ubicación geográfica, etc.
- Focalizan sus intervenciones en la mejora del ambiente socio-familiar, informando sobre diversas estrategias tanto para mejorar la calidad de vida como ciertas habilidades de cuestionamiento y de rechazo al riesgo, así como alentando el involucramiento de las personas en el problema de salud generada por el alcohol y otras drogas.
- Sus acciones comprenden a los factores de riesgo y protección orientados al contexto o al medio donde habitan los participantes. No enfatizan las características individuales ni de ciertos grupos con problemas particulares.
- En cuanto a los efectos de los programas universales, la evidencia sostiene que presentan varias limitaciones que obstaculizan las evaluaciones sobre los efectos de las intervenciones para establecer el grado de eficacia.

2.3. La Prevención Selectiva

Son las acciones destinadas a subgrupos de la población que han sido identificados con alto riesgo para el uso y abuso de sustancias dado que poseen riesgos específicos que requieren su participación directa en estrategias preventivas específicas al grupo identificado. Las actividades están dirigidas a poblaciones vulnerables, como pueden ser consumidores de drogas o aquellos que presentan un alto nivel de riesgo para desarrollar patrones de abuso de sustancias o el desarrollo de la conducta adictiva (Asis et al., 2007; Arbex, 2002; Burkhart, 2004; CIJ, 2008). Estos subgrupos pueden distinguirse por ciertas características, como edad, género, historia familiar, ubicación geográfica, o status económico.

El objetivo de la prevención selectiva es evitar el inicio del consumo, para los efectos se apoya en el empoderamiento de los factores de protección de los integrantes del subgrupo expuesto y disminuir la exposición al riesgo. Las estrategias empleadas son las habilidades sociales, estilos de afrontamiento, rechazo al riesgo, entre otras.

Las acciones de la prevención selectiva deben aplicarse cuando se identifican o se considera que ciertos grupos de la comunidad se encuentran en mayor riesgo para iniciar el

consumo. Algunos indicadores a considerar son: jóvenes que proceden de hogares multiproblemáticos que incluyen adicciones y/o en el grupo de pares, consumo excesivo de alcohol en los fines de semana, trastornos de comportamiento, auto prescripción de medicamentos y problemas de salud mental (depresión, TDAH, etc.) (Arbex, 2002; Asis et al., 2007; Burkhart, 2004; CIJ, 2008).

Las características esenciales del modelo selectivo es que selecciona a los individuos que deben participar en las acciones preventivas, por otro lado, en función a la determinación de los factores de riesgo específicos del grupo vulnerable, se diseñan las actividades, cuyo objetivo central es la reducción del riesgo. Finalmente, a diferencia de la prevención universal, sus acciones pueden ser de mediano y largo plazo.

Tabla 3. Características de la prevención selectiva.

- Sus actividades están orientadas a grupos de jóvenes que en función de ciertos indicadores son más proclives al riesgo del consumo de drogas.
- Su objetivo es evitar el inicio del consumo. Se emplean varias estrategias, como el fortalecimiento de los factores de protección del grupo identificado, el empoderamiento del autoconcepto, autoestima, autoeficacia, habilidades de rechazo del ofrecimiento, entre otras, a través de ellas se busca neutralizar o reducir los factores de riesgo, como es el caso de la gente consumidora del entorno socio familiar con el que cohabita el joven.
- La determinación de los factores de riesgo específicos para cada grupo facilita el diseño de programas selectivos que enfoca sus objetivos en la reducción de los riesgos relacionados con la iniciación del consumo.
- No es infrecuente encontrar que los factores de riesgo identificados y evaluados dentro de los programas selectivos, comprendan a las características individuales como también a los grupos de pertenencia, así como a las influencias ambientales.

2.4. Prevención Indicada

Sus acciones tienen como objetivo la intervención en jóvenes que ya han experimentado con las drogas o se encuentran en una fase de consumo funcional o no adictivo, comportamiento que les está originando diversos problemas. Contempla un proceso de tamizaje o selección para identificar a aquellos jóvenes que presentan indicadores tempranos de abuso de sustancias y otros comportamientos problema. Estos indicadores pueden ser: bajo rendimiento o abandono escolar, trastornos de personalidad y de comportamiento, el mismo consumo, entre otros rasgos (Becoña, 2002; Kumpfer, 1987; NIDA, 2003).

Las estrategias indicadas pretenden reducir el impacto de los primeros eventos del uso o abuso y reducir el riesgo de escalamiento a niveles de consumo patológico y, finalmente, a la adicción. En ese sentido las acciones apuntan a neutralizar o disminuir la prolongación del consumo experimental o eventual.

En cuanto a las características de las acciones indicadas estas focalizan sus intervenciones en las personas que presentan indicadores subjetivos de consumo experimental o eventual y otras conductas relacionadas, busca detener la prolongación del consumo, selecciona de manera específica a las personas que participarán en un programa indicado y hace hincapié en la evaluación y el diagnóstico de los factores de riesgo y la conducta problema del joven. En ese sentido la detección, el diagnóstico e intervención temprana del consumo de drogas es primordial dentro de las acciones indicadas. Al respecto existen experiencias modelo, como la de Gonzáles et al. (2004).

- Sus actividades están destinadas a aquellas personas que ya han experimentado con el consumo de alcohol u otras drogas y manifiestan comportamientos de riesgo asociados al consumo.
- Buscan interrumpir, o por lo menos reducir, el consumo en cuanto a intensidad, dosis y los distintos problemas que le está generando el consumo. El joven identificado no presenta indicadores compatibles con la dependencia.
- Desde lo metodológico se selecciona de forma específica a los participantes a través de indicadores directos e indirectos. Sus actividades buscan modificar determinados comportamientos, los mismos que sostienen el consumo.
- Sus intervenciones están focalizadas en los factores de riesgo asociados con el joven y sus comportamientos problema. Estos pueden ser: trastornos de comportamiento (rasgos antisociales, trastornos con déficit de atención con hiperactividad), depresión mayor, automedicación, familias multiproblemáticas, etc.
- Una de las tareas más complicadas es la evaluación y el diagnóstico de los indicadores del consumo, el grado de riesgo en el que se encuentra el joven y la gama de comportamientos que encierra y mantiene el consumo.
- Las acciones son de mayor tiempo respecto a los programas universales y selectivos. El número de participantes es menor en comparación con las dos aproximaciones preventivas mencionadas. Los profesionales que participan son altamente especializados, tanto en lo educativo, socio-familiar como en lo clínico.

Figura 2. Resumen de los niveles y características de las intervenciones preventivas propuestas por Gordon (1987) y presentadas hasta aquí.



3. Implicación de estos niveles para el trabajo con poblaciones en distinta situación de vulnerabilidad

3.1. *Prevenición ambiental*

Ofrece varias ventajas en cuanto al grado de aplicabilidad considerando el foco de atención preventivo que se desee llevar a cabo. Es posible que el abuso de alcohol y el alcoholismo convertidos ya como el problema de salud pública a escala mundial, podría tener en la prevención ambiental un importante aliado dado que la normalización del consumo de alcohol en todos los grupos de edades, si bien obedece a múltiples factores, la intensidad y agresividad de la propaganda de la industria alcohólica, por lo menos en parte, explica la severidad del problema del abuso y dependencia del alcohol.

En este contexto, existen ciertas evidencias que se podrían implementar a través de los programas de prevención ambiental para reducir la ingesta de bebidas alcohólicas, así como

retardar las edades de iniciación del consumo. Existen al menos unas nueve opciones a considerar al respecto: 1) reducir las horas de venta de alcohol, 2) reducir los días de venta de bebidas alcohólicas, 3) incrementar los impuestos, 4) restringir la publicidad y el patrocinio. La influencia de la publicidad y las prohibiciones sobre publicidad en la percepción y consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco ha sido objeto de varias investigaciones, muchas ellas han determinado que la publicidad de las bebidas alcohólicas como la cerveza asociada con las actividades deportivas influye en la baja percepción del riesgo del consumo y en las intenciones futuras de los grupos de adolescentes varones no autorizados para tomar alcohol. Las restricciones en la publicidad del alcohol tanto por radio como por televisión han demostrado estar asociadas con un consumo per cápita inferior y menos accidentes automovilísticos, 5) edad mínima para comprar alcohol (por ejemplo, subir de 18 a 19 la edad permitida para el expendio), 6) incidir en el cumplimiento de las normas vigentes que regulan la venta, 7) establecer cierta responsabilidad legal para el vendedor de bebidas por los daños ocasionados por el consumidor, 8) reducir la expedición de licencias para lugares donde se expende alcohol y, 9) implementación de programas de detección temprana del abuso de alcohol (Anderson et al., 2009; Douglas, 1998; Romelsjo et al, 2010; Task Force on Community Preventive Services, 2010).

En general, se puede decir que en el plano de la prevención ambiental con énfasis en los medios de comunicación masiva, estos pueden ser usados con mayor efectividad en promover comportamientos saludables en adolescentes y jóvenes. Coincidiendo con Paglia y Room (1998) podemos considerar los siguientes alcances:

Es recomendable no usar personajes ajenos a la realidad de los jóvenes; prescindir de los mensajes que implican temor o miedo o aquellos con contenido moral o religioso y; los mensajes vía radio, televisión y prensa escrita debieran proveer información científica y datos nacionales actualizados. Por ejemplo, sobre la población afectada por el alcoholismo, indicar los efectos de corto plazo de las drogas, evitando los efectos a largo plazo en jóvenes. En ciertos casos, los efectos positivos del consumo deberían ser reconocidos, ofreciendo alternativas para alcanzar esos beneficios, generar discusión y cuestionamiento a través de los medios sobre el tema de las drogas, así como alentar la generación de programas alternativos al ocio para evitar la ingesta excesiva de alcohol.

3.2. Prevención universal

Como ya se mencionó, son aquellas acciones destinadas a la población general, sea del ámbito nacional, regional, comunitario, escolar, familiar, etc. Las actividades y estrategias tienen por objetivo impedir o retrasar la iniciación del consumo de drogas.

Los programas de prevención universal deben estar diseñados para la población general y no tendrán en cuenta las situaciones específicas de riesgo a las que se exponen los distintos grupos al que se dirigen. Para alcanzar sus metas pueden fijarse objetivos intermedios, como la

consecución de aspectos mediadores, así como desmitificar ideas y creencias entorno a las drogas o en particular sobre una sustancia específica (alcohol o marihuana, por ejemplo). También el incremento de las habilidades sociales o estilos de afrontamiento en niños o niñas o ejercitar la capacidad de la crítica frente a las diversas presiones que promueven el consumo de la moda o de las drogas. También se puede considerar en estas acciones el incremento de la percepción de riesgo del uso y abuso de determinadas sustancias (Becoña, 2002; Hawks, 2002).

Las estrategias universales en términos de costo por persona participante son bajas en relación a las intervenciones de tipo selectivo e indicado, del mismo modo, requieren menos implicación en tiempo y esfuerzo. En cuanto a los diseños de estos programas, estos se pueden llevar a cabo para cualquier ámbito de intervención, pudiendo ser en el medio laboral, escolar, familiar, comunitario, etc.

En cuanto a la evidencia, por el lado comunitario, se ha trabajado con propuestas que apuntan a movilizar a todos los sectores sociales buscando el desarrollo de planes preventivo promocionales globales coordinados entre todos los sectores y redes sociales. En lo familiar, los programas universales se centran en la información, como las escuelas para padres y madres, talleres, conferencias, etc. En los últimos años se han agregado estrategias desarrolladas en casa que implica una mayor participación del sistema familiar en su medio natural (Kumpfer y Alder, 2003; Kumpfer y Jonson, 2007). En el entorno escolar, es en este escenario donde hay más investigación y evidencia, su eficacia ha sido probada para programas estandarizados llevados a cabo como procesos (Sloboda, 2008). Utilizan la interactividad, el entrenamiento en afrontamiento y habilidades sociales, habitualmente son acompañados de material didáctico que acompañan a las sesiones, los mismos que son desarrollados por tutores o docentes previamente entrenados y con monitoreo de especialistas (Hawks, 2002).

3.3. Prevención selectiva

Tal como se mencionó, son los programas propuestos para subgrupos de jóvenes que se estima están más proclives a los factores de riesgo asociados al abuso de alcohol y otras drogas, como son los de orden ambiental, socio familiar, psicológico y biológico, asociados al inicio del consumo o al desarrollo de problemas relacionados con el consumo. En ese sentido las estrategias selectivas no consideran la vulnerabilidad individual sino considera la vulnerabilidad del grupo (EMCDDA, 2005)

Estos subgrupos pueden ser definidos por la edad, lugar de residencia, barrios de alto riesgo implicados en venta o tráfico de drogas o presencia de muchos espacios de ocio en los que se da al abuso de alcohol u otras drogas.

El personal que interviene en los programas selectivos requiere de especialización, el tiempo de aplicación son de mediano y largo plazo. Considerando este aspecto, es que los costos tanto de tiempo y grado de involucramiento de los participantes son relativamente significativos y

puede representar un obstáculo importante. Para la intervención se requiere un trabajo previo de diagnóstico situacional de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto la población diana o grupo elegido. Las acciones comprenden la modificación de aspectos concretos de la realidad del grupo, las mismas que están relacionadas, por ejemplo, con el abuso de bebidas alcohólicas de los fines de semana en un grupo de escolares adolescentes. Estos rasgos pueden ser: bajo rendimiento académico, apología de la ingesta de alcohol, indisciplina, conductas antisociales, problemas para internalizar normas y reglas del colegio, consumo de medicamentos sin prescripción médica, etc.

3.4. Prevención indicada

El criterio de las acciones indicadas es que la población diana no reúne los criterios clínicos de dependencia a sustancias psicoactivas aunque sí pueden presentar indicadores compatibles con el consumo experimental o inicial por estar expuestos a factores o situaciones de alto riesgo, como: problemas de salud mental, pertenencia a familias donde hay abuso o dependencia al alcohol u otras drogas, involucramiento en pandillas, antecedentes de problemas con la policía, etc. (Becoña, 2002)

Los programas indicados están diseñados para neutralizar o detener los patrones de consumo de drogas en sus fases iniciales (consumo experimental o eventual), buscan evitar el escalamiento del consumo a instancias de abuso y de dependencia. La selección de los participantes requiere de cuidado dado que es fundamental cotejar la información procedente del colegio así como de la familia y, de ser posible, de otras instancias de la comunidad. El programa requiere de un tiempo, aunque variable, no deja de ser de mediano plazo a más y requiere de personal entrenado y calificado, debiendo estar familiarizado el profesional con los contextos preventivo y clínico. En términos de costo son más caros que los programas universales y selectivos. Los programas y estrategias indicados pueden llevarse a cabo, aunque no necesariamente, en ambientes sanitarios.

Finalmente, las acciones preventivas, sean de tipo universal, selectiva o indicada, deben comprender los siguientes principios:

Sus objetivos deben ser retrasar las edades de iniciación del consumo o interrumpir el mismo dependiendo la población diana. Para incrementar la efectividad hay que buscar adaptarse a las características y requerimientos de cada uno de los grupos en función de la población participante, como los factores de riesgo y su intensidad al que se halla expuesto el joven dado que ello marca la pauta sobre el nivel de intervención en el que hay que participar. Los contenidos de los programas deben alentar la promoción de estilos de vida saludables y la internalización de habilidades personales y grupales que atenúen o reduzcan el riesgo adolescente, así como combatir las ideas, creencias y mitos que encierran el consumo de alcohol y otras drogas.

Finalmente deben ir acompañados de capacitación, actualización y monitoreo en función del tipo de intervención definida.

4. Caso estudio, ejemplo de programa universal

Programa de prevención universal del abuso de sustancias dirigido a estudiantes de 4º, 5º y 6º grados de primaria. Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población (IMIFAP) - Educación, salud y vida.

Programa: **“Yo quiero, yo puedo”**

El programa tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de personas, familias y comunidades y se ha desarrollado de acuerdo con el conocimiento de que los programas más efectivos son los relacionados con una gama de comportamientos que fortalecen la salud física y mental. La estrategia integra la información con el desarrollo de habilidades psicosociales que sirven al niño para afrontar las demandas cotidianas y ciertos grados de riesgo.

Varias investigaciones en esta población especial, incluyendo la comunicación de la OPS (1997) han coincidido en que hay un grupo de habilidades elementales a considerar en los programas de prevención de la salud física y mental. Estas habilidades son: toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento creativo, pensamiento crítico, comunicación efectiva, establecer y mantener relaciones interpersonales positivas, manejo de emociones, entre otras.

El programa se aplica en escuelas públicas y privadas. Para los efectos se entrena a docentes y tutores buscando que ellos a su vez desarrollen réplicas del programa. El método cumple con los criterios de la OMS (1997) que dan un sustento básico de habilidades para la vida, las cuales promueven la salud física y mental. Para la capacitación y la réplica del modelo el personal se apoya en la serie de libros "Yo quiero, Yo puedo" que va desde preescolar hasta tercero de secundaria. La serie cuenta con ejemplares para cada grado escolar y dos guías para docentes de nivel preescolar y primario y 3 videos que presentan propuestas educativas.

BASES TEÓRICAS Y DE INVESTIGACIÓN DEL PROGRAMA:

1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- a. Se revisaron en profundidad los programas desarrollados por organizaciones que se dedican a la prevención del consumo de sustancias.
- b. La revisión permitió identificar factores protectores y de riesgo de consumo. Ello permitió el establecimiento de las áreas prioritarias para el desarrollo del contenido del programa, así como ejercicios y materiales de apoyo.

2. ELABORACIÓN DEL MANUAL PARA EL TALLER DE CAPACITACIÓN A DOCENTES

IMIFAP desarrolló los contenidos, ejercicios del manual y materiales de apoyo que se utilizaron para la capacitación en prevención del abuso de sustancias.

3. ESTUDIO PILOTO DEL MANUAL CON DOCENTES

Una vez revisado, el programa se aplicó a docentes de 4º, 5º y 6º de primaria. Este piloteo fue útil para hacer las últimas modificaciones a los contenidos, ejercicios y materiales.

El manual para docentes quedó conformado por cuatro sesiones programadas para trabajarse en 20 horas. Los videos del programa “Yo quiero, Yo puedo” también fueron utilizados como material de apoyo.

4. DESARROLLO DE CONTENIDOS Y EJERCICIOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS PARA NIÑOS Y NIÑAS

- a. Identificación de indicadores de contenido. Se hicieron entrevistas con niñas y niños voluntarios de 4º, 5º y 6º grado de cuatro escuelas.
- b. Elaboración de unidades adicionales. Con la información recabada se establecieron los temas para cada grado escolar, lo que permitió la elaboración de contenidos, actividades y ejercicios específicos para la prevención de adicciones de 4º a 6º del nivel de educación primaria, que se agregaron al programa inicial “Yo quiero, yo puedo”.

Las unidades seleccionadas fueron:

1. Introducción a las sustancias: alcohol, tabaco y otras drogas
2. Factores de riesgo y consecuencias del abuso de sustancias
3. Prevención del abuso de sustancias
4. Habilidades para tomar decisiones
5. Comunicación
6. Cómo resistir a la presión de pares
7. Autoestima saludable
8. Cómo controlar los impulsos y posponer la gratificación
9. Toma de riesgos
10. Habilidades para enfrentar efectivamente los sentimientos, las frustraciones, la soledad y las tensiones.

Los objetivos de los contenidos fueron fortalecer los siguientes aspectos:

Habilidades de rechazo del consumo, para conducirse en situaciones de ofrecimiento, conciencia y conocimiento de las sustancias en general, conciencia de las consecuencias a corto y largo plazo del consumo, conciencia sobre la habilidad para responder a la presión del grupo, entre otros.

Estudio piloto de las lecciones. Para los efectos se llevaron a cabo grupos focales con niños y niñas.

5. DESARROLLO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- a. Instrumentos cualitativos. Se diseñaron entrevistas en profundidad para aplicar a los docentes para obtener información sobre la instrumentación del programa, su habilidad para replicarlo y dificultades. Así como, guías para realizar grupos focales con padres, madres y niños y niñas y obtener información cualitativa sobre el impacto del programa relacionado con el conocimiento, actitudes comunicación e intenciones en relación con el consumo.
- b. Instrumentos cuantitativos. Se realizaron 6 sesiones de grupos focales (2 de cada grupo escolar) con un promedio de 15 niños por sesión, para conocer el significado de los conceptos principales que se abordan en cada una de las unidades del curso. Ello permitió la redacción de los reactivos del instrumento que se aplicó a un total de 231 niños y niñas de 4°, 5° y 6° año de primaria de dos escuelas públicas con una edad promedio de 10.6 años de edad.

6. SELECCIÓN DE LAS CIUDADES PARTICIPANTES

Considerando algunos aspectos epidemiológicos, el programa se evaluó en 2 ciudades mexicanas con características diferentes. El proceso comprendió: selección de la muestra y capacitación a docentes en los temas ya mencionados.

Algunos de los objetivos de la capacitación fueron: introducir a los participantes al manejo del programa “Yo quiero yo puedo”, dotar a los participantes de elementos básicos para el manejo de la información sobre sustancias y brindar elementos para que impartan el programa “Yo quiero, yo puedo”.

Al concluir la capacitación se distribuyeron los materiales consistentes en un libro de texto para cada alumno. También se elaboró un plan de trabajo para ejecutarse en el aula por los y las docentes, con el fin de unificar las actividades en el grupo experimental.

7. EVALUACIÓN Y RESULTADOS

Con el objetivo de entender la contribución de proveer materiales, en contraste con materiales y capacitación, se compararon tres condiciones (control, materiales y capacitación), en respecto a las escalas de conocimientos, habilidades para la prevención del abuso de sustancias psicoactivas y disposición al cambio. Para realizar las comparaciones se igualaron las medias de calificación en la línea base para los tres grupos.

Se llevó a cabo una evaluación mediante la aplicación de un cuestionario a 5.890 niños y niñas tanto del grupo control como del experimental, antes de iniciar el programa y al finalizar el mismo. Los indicadores a evaluar se agruparon en las siguientes escalas: disposición al cambio, conocimientos y habilidades.

En este proceso se llevó a cabo dos grupos focales con niños y niñas y uno con madres y padres en las escuelas experimentales. En las escuelas control se llevó a cabo un grupo focal con padres y madres y uno con niños y niñas.

8. CONCLUSIONES

- 8.1 Los programas de prevención del consumo de sustancias obtienen mejores resultados cuando se enfocan en el desarrollo de habilidades (manejo de tensiones, expresión de sentimientos, autoeficacia, etc.).
- 8.2 La motivación al cambio que existe en edades tempranas parece ser un factor para el éxito de este tipo de programas.
- 8.3 Es importante el entrenamiento en docentes y tutores en programas dirigidos al desarrollo de habilidades aún en los casos donde el contexto es favorable.
- 8.4 Es necesario brindar conocimiento específico sobre el problema que se pretende prevenir, así como se requiere de técnicas específicas que faciliten el proceso enseñanza-aprendizaje para lograr el desarrollo de las habilidades.
- 8.5 Es importante que existan programas paralelos para padres y madres y otros familiares que les permitan reconocer el papel que juegan en la promoción o prevención del uso de sustancias en sus hijos e hijas.
- 8.6 Es importante involucrar a toda la comunidad escolar (estudiantes, docentes, directivos, padres y madres de familia) en el desarrollo de los programas de habilidades para la vida para reducir los factores de riesgo y aumentar la disposición al cambio.
- 8.7 El programa “Yo quiero, Yo puedo” favorece la adquisición de habilidades relacionadas con la prevención de abuso de sustancias, aunque el efecto está supeditado a la permanencia y continuidad.

6. LECTURAS RECOMENDADAS

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Burkhart, G. (2009). Preventing later use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.
- González, A., Fernandez, J. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias-Plan Nacional de Drogas.
- Sloboda, Z. y Bukoski, W.J. (2003). *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- SOCIDROGALCOHOL (2012). Documento de consenso en prevención de las drogodependencias. Disponible en:
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/Doc_Consenso_Prevention.pdf
- Kumpfer, K.L. y Alder, S. (2003). Dissemination of Research-Based Family Interventions for the Prevention of Substance Abuse. En Z. Sloboda y W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp.75-100). New York: Kluwer Academia / Plenum Publishers.

Comentarios:

- Becoña, E. (2002).
Aborda los fundamentos y las bases científicas de la prevención de las drogodependencias y alienta su práctica con evidencia. El documento está orientado a personas no necesariamente especializados en el tema de la prevención. En la primera parte se plantea los diversos acercamientos a la prevención, luego se desarrolla la fundamentación teórica orientada a los procesos de desarrollo (adolescencia, juventud y adultez temprana). Texto de lectura recomendada en idioma español.
- Burkhart, G. (2009).
Documento que actualiza conocimientos sobre los comportamientos de riesgo adolescente asociado al consumo de drogas desde la perspectiva de la salud mental; en ese contexto identifica las buenas prácticas de algunos modelos preventivos indicados desarrollados en adolescentes problemáticos y grupos de familia de algunos países de la Unión Europea
- González, A., Fernandez, J. y Secades, R. (2004).
Material indispensable en español que enfatiza la necesidad de focalizar detenidamente las intervenciones de detección e intervención temprana en determinados comportamientos de riesgo de ciertos perfiles caracterizados por el fracaso escolar, con problemas de salud mental y con la

justicia, embarazos no deseados, las conductas antisociales tempranas, etc. Estas acciones contribuyen significativamente en la reducción del riesgo de escalamiento a patrones de consumo autodestructivo.

Kumpfer, K.L. y Alder, S. (2003).

La necesidad del trabajo preventivo con evidencia no solo se circunscribe al trabajo escolar, individual, comunitario o laboral. Las acciones focalizadas en la familia, del mismo modo, deben llevarse a cabo dentro del contexto científico y preferentemente con evidencia. El trabajo de Karol Kumpfer está en esa dirección dado que difunde la necesidad que las intervenciones familiares deben estar basadas en la investigación.

Sloboda, Z. y Bukoski, W.J. (2003).

El manual reúne a expertos en la prevención del consumo de drogas desde la perspectiva socio cultural. Permite tener una visión global de los conocimientos acumulados en las diversas teorías de la prevención, el diseño de la intervención, el desarrollo y las metodologías de intervención de la prevención. El documento también promueve la prevención como ciencia, el mismo que está en evolución en la práctica. Los capítulos más destacados son: Fundamentos teóricos y empíricos, contextos sociales de prevención, prevención, control social, poblaciones especiales, diseño de investigación y una mirada al futuro.

SOCIDROGALCOHOL (2012).

Documento que nos proporciona 14 recomendaciones en torno a los programas preventivos. Algunas de ellas enfatizan en que la prevención con evidencia debe incluirse como tema prioritario en las agendas política y social así como sus aplicaciones tendrán que sustentarse en los estándares de efectividad-eficiencia, el énfasis de las acciones preventivas en espacios recreativos, la especificidad de las intervenciones (adolescentes, mujeres, etc.), la profesionalización de la prevención, asegurar el involucramiento de la sociedad y la familia en los procesos de prevención, entre otros pautas.

7. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

1. La prevención ambiental tiene las siguientes características:
 - a. Hace uso de una aproximación sobre el medio ambiente, escolar y familiar, donde los jóvenes tienen que tomar decisiones en cuanto al consumo de sustancias.
 - b. Las características del programa ambiental están dadas por la reducción de la intensidad de la oferta de productos, de la propaganda y del ofrecimiento de drogas. Considera el perfil de la personalidad del joven.
 - c. Integra estrategias que intervienen el contexto o ambientes inmediatos, como pueden ser los de ámbito cultural, social, físico o económico, donde los jóvenes suelen tomar decisiones, por ejemplo en cuanto al consumo del alcohol.**
 - d. Integra acciones dentro de escenarios de diversión, donde se intenta socializar las estrategias de reducción de riesgos y el consumismo de los jóvenes.

Justificación. En enfoque de la prevención ambiental se encuadra en el modelo integral o sistémico dado que integra el medio o contexto donde el joven se desenvuelve y toma determinadas decisiones sobre el consumo de alcohol y otras drogas. A la vez el involucramiento o no con la conducta del consumo guarda relación con factores socio-culturales y económicos

2. La prevención universal tiene como población diana a:
 - a. Jóvenes con evidentes problemas de comportamiento antisocial, familiar y educativo, sin distinción de sexo, clase social, ubicación geográfica ni religión.
 - b. Población general, sin distinción de sexo, edad, estrato social, ubicación geográfica ni religión.**
 - c. Familias multiproblemáticas, con integrantes supuestamente consumidores de sustancias, que proceden de zonas de alto riesgo.
 - d. Población general, sin distinción de sexo, estrato social, ubicación geográfica ni religión, aunque estratifica sus intervenciones en función a la edad.

Justificación. La respuesta es la “b” como quiera que las intervenciones de tipo preventivo universal están dirigidas a la población en general, sin distinción de ningún tipo.

3. La prevención selectiva a diferencia de la prevención indicada
 - a. Interviene en jóvenes con consumo experimental con riesgo de escalamiento hacia la dependencia a sustancias
 - b. Interviene en jóvenes y sus familias con ciertos comportamientos de alto riesgo en un medio determinado
 - c. Interviene en población general destacando los principales factores de riesgo identificados a través de la investigación.

d. Interviene en jóvenes que en función de ciertos indicadores son más proclives al riesgo del consumo de drogas.

Justificación. La respuesta es la “d” dado que las estrategias de prevención selectiva focalizan sus intervenciones en grupos de jóvenes con determinados rasgos que los hacen sensibles a optar por comportamientos de riesgo como el consumo de drogas.

4. La prevención indicada tiene por objetivo:

a. Son las acciones destinadas a aquellos jóvenes que ya han experimentado con el consumo de drogas y manifiestan comportamientos de riesgo asociados al consumo.

b. Detener el consumo abusivo de drogas antes de llegar a la dependencia

c. Generar acciones que desalienten el consumo a través de estrategias informativas y comunitarias.

d. Contribuir en las acciones comunitarias en la toma de conciencia sobre los primeros consumos de drogas.

Justificación. La respuesta es la “a”. Las estrategias de intervención indicada se orientan a la persona no al grupo, quien ya se ha involucrado en el consumo de drogas y presentan un conjunto de factores de riesgo que lo hacen proclive a la continuación del consumo.

5. La prevención selectiva permite:

a. Clasificar detenidamente a los grupos de jóvenes en función a su sistema de ideas y creencias en torno al consumo de drogas. Ello permite iniciar una re estructuración de su sistema cognitivo que contribuirá en la prevención del inicio del consumo.

b. Examinar en profundidad el perfil de la personalidad de cada uno de los grupos que están más sensibles a la iniciación del consumo de drogas.

c. Determinar los factores de riesgo específicos para cada grupo, ello facilita el diseño de programas selectivos que enfoca sus objetivos en la reducción de los riesgos relacionados con la iniciación del consumo.

d. Fortalecer los factores de riesgo y protección de cada grupo identificado, ello facilita el diseño de programas que tratan de interrumpir el consumo y la reducción de los riesgos.

Justificación. La respuesta es la “c”. Las intervenciones preventivas indicadas permiten determinar o identificar los principales factores de riesgo del grupo identificado, el mismo que por esa condición está más proclive a la iniciación del consumo de drogas.

6. El modelo tradicional de la prevención (prevención primaria, secundaria y terciaria) se orienta esencialmente a:

a. discriminar las acciones preventivas en función a factores biológicos aunque también enfatiza sus intervenciones en los factores de índole socio-cultural y familiar.

- b. diseñar programas en función del grupo diana, que puede ser población general, población que ya inicio el consumo de drogas y el tratamiento y la rehabilitación. En todos los casos integra los diversos factores macro sociales.
- c. **prevenir e intervenir enfermedades esencialmente de origen biológico y médico, afrente que no permitía contemplar la multicausalidad de los factores que intervienen en el consumo de drogas.**
- d. intervenir patologías y enfermedades esencialmente de índole neurobiológico, afrente que no permitía observar la multicausalidad del fenómeno de las drogas.

Justificación. La respuesta es la “c”. El enfoque preventivo tradicional se inscribe dentro del modelo médico. Desde esta perspectiva se pone énfasis en los aspectos de orden médico y biológico, habiéndose descuidado la multicausalidad de los factores que entran en juego tanto en la prevención como en la intervención del consumo.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, C., Salvador, T., Suelves, J., Jiménez, R. y Martínez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- Anderson, P. Chisholm y D. Fuhr, D. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, 2234-2246
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumo de drogas*. ADES, Madrid.
- Asis, F., Ordoñez, A., Palmerín, A., Ayllón, E., Hernández, S.,Olivar, A. et al. (2007). *Prevenir en Madrid. Programa de prevención selectiva de drogodependencias*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Burkhart, G. (2004). *Informe sobre prevención selectiva en la Unión Europea y Noruega*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Burkhart, G. (2009). Preventing later use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, Portugal.
- Burkhart, G. (2012). *Prevención ambiental en la Unión Europea*. EMCDDA, Tarragona, España. Disponible en: <http://www.slideshare.net/droguesXP/gregor-burkhart-prevencion-ambiental>
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (CIJ) (2008). *Prevención selectiva. Catálogo de proyectos piloto*. CIJ, A. C. Dirección de Prevención. Departamento de redes sociales y proyectos especiales. México D.F.

- Douglas, M. (1998). Restriction of the hours of sale of alcohol in a small community a beneficial impact. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 6, 714-719.
- EMCDDA (2005). *Prevención selectiva*. Disponible en: <http://ar2005.emcdda.europa.eu>
- Fisher D. (1998). *Environmental Strategies for Substance Abuse Prevention: Analysis of the Effectiveness of Policies to Reduce Alcohol, Tobacco, and Illicit Drug Problems*. Disponible en: www.emcdda.europa.eu/.../att_2397
- González, A., Fernández, J. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias-Plan Nacional de Drogas
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. En J.A. Steinberg y M.M. Silverman (Eds), *Preventing mental disorders*. US Department of Health and Human Services, Rockville, MD. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf
- Instituto Mexicano de Investigaciones de la Familia y Población (IMIFAP) - Educación, salud y vida. PROGRAMA DE PREVENCIÓN del abuso de sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria, " Yo quiero, yo puedo". En: CONADIC, Modelos preventivos. Disponible en: http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/libros/modelos_preventivos.pdf
- Kumpfer, K. (1987). Special populations; etiology and prevention of vulnerability to chemical dependency in children of substance abusers. En: B. Brown y A. Mills (Eds). *Youth at high risk for substance abuse*. Rockville, MD, US, NIDA, pp. 1-72.
- Kumpfer, K. y Jonson, J. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19, 13-25.
- Kumpfer, K.L. y Alder, S. (2003). Dissemination of Research-Based Family Interventions for the Prevention of Substance Abuse. En Z. Sloboda y W.J. Bukoski (Eds.). *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice* (pp. 75-100). New York: Kluwer Academia / Plenum Publishers
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. Second edition*. Disponible en: www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Informe compendiado. Ginebra.
- Paglia A. y Room R. (1998). Preventing Substance Use Problems Among Youth: A Literature Review and Recommendations. Research Document No. 142, Addiction Research Foundation Division, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada practice. pp. 50. Disponible en: http://impactabby.com/research/literature_review.pdf
- Romelsjö, A., Allebeck, P., Andreasson, S. y Leifman, A. (2010). Alcohol and mortality in 50,000 Swedish conscripts no heart protective effect up to age 55. *ACER*, 34, 108 A-A

- Sloboda, Z. y Bukoski, W.J. (2003). *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Sloboda, Z. (2008). Moving towards evidence-based practice: school-based prevention of substance use in the USA. En: Sh. Rödner, B. Olsson and R. Room (Eds.). *A cannabis reader: Global issues and local experiences*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Lisbon, pp. 249-259.
- SOCIDROGALCOHOL (2012). Documento de consenso en prevención de las drogodependencias. Disponible en:
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/Doc_Consenso_Prevention.pdf
- Springer, J.F. y Phillips, J.L. (2007), The Institute of Medicine framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice. *Prevention Policy Paper Series*, EMT Associates, Inc, Folsom, CA. Disponible en: http://www.caci.org/document_archives/iomarticle3-14-07fs.pdf
- Task force on community preventive services (2010). Recommendations on maintaining limits on days and hours of sale of alcoholic beverages to prevent excessive alcohol consumption and related harms. *American Journal of Preventive Medicine*. Disponible en:
<http://www.thecommunityguide.org/alcohol/RecommendationsonMaintainingLimitsonDaysandHoursofSaleofAlcoholicBeveragestoPreventExcessiveAlcoholConsumptionandRelatedHarms.pdf>
- Hawks, D. (2002). Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention. World Health Organization. Ginebra.

9. GLOSARIO

Ambiente. Contexto en el que se desenvuelve una persona. Respecto al uso de alcohol y otras drogas, el contexto puede contener factores de protección y/o factores de riesgo los mismos que conforman ámbitos particulares, como el comunitario, escolar, familiar, ambiental, etc.

Autocontrol. Capacidad innata para retrasar o adelantar determinadas respuestas motoras, conductuales o emocionales, de manera que permiten al individuo demorar la gratificación en determinadas situaciones para obtener recompensas futuras.

Autoeficacia. Juicio de un individuo acerca de su competencia personal en una situación específica. La percepción de auto-eficacia influye de manera notable la participación, motivación y persistencia de la persona en esa situación. En la prevención y el tratamiento de las adicciones se refiere a la percepción que tiene una persona sobre su capacidad de hacer frente a una situación futura en la que exista un elevado riesgo de consumir drogas.

Autoestima. Valoración emocional que se hace de la percepción de la propia imagen. Se refiere a la evaluación que uno hace de sí mismo, sobre su capacidad y valía, y al sentimiento potencialmente positivo o negativo que se deriva de esta valoración. La autoestima condiciona de manera importante el modo en que la persona siente, piensa o actúa.

Búsqueda de sensaciones. Rasgo de la personalidad caracterizado por la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias novedosas, variadas y complejas, así como la tendencia a exponerse al riesgo para poder conseguir dichas experiencias.

Conducta de riesgo. Viene a ser una forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o comportamiento desadaptativo.

Disponibilidad de drogas. Es el grado de disponibilidad y facilidad de acceso a las sustancias legales e ilegales en las escuelas, los barrios, el hogar, etc., para aquellos que buscan su consumo. Esta identificado como factor de riesgo del entorno.

Prevención ambiental. Existe evidencia que sugiere que es dentro del contexto ambiental donde se forman los patrones de consumo de la población y donde los problemas se desarrollan. El enfoque preventivo actual intenta modificar esos ambientes a través de diversas actividades que van desde el aumento de la conciencia del problema de las drogas, hasta medidas reguladoras que controlen cómo, cuándo y dónde pueden venderse las drogas legales como el alcohol, y que proteja al máximo a los niños y adolescentes de las presiones promocionales hacia el consumo.

Factores de protección. Características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona se involucre en el consumo de drogas.

Factores de riesgo. Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con el incremento de la proclividad para desarrollar un comportamiento problema o una enfermedad.

Mediador. Persona que media o facilita la ejecución de las actividades programadas, actuando de catalizador de los procesos de cambio social que se consideran necesarios para el logro de los objetivos preventivos. El mediador social no imparte conocimientos o dirige un proceso formativo, sino alienta el aprendizaje sin convertirse en el protagonista.

Prevención. Son las acciones y el efecto de las intervenciones diseñadas para modificar los determinantes individuales, sociales y ambientales del consumo de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la prolongación a un uso más frecuente

Prevención selectiva. Los programas selectivos están orientados a subgrupos que presentan mayor propensión al riesgo de consumo de drogas. Los grupos en situación de riesgo pueden establecerse en base a cualquiera de los factores biológicos, psicológicos, sociales o ambientales que han sido caracterizados como factores de riesgo.

Prevención indicada. Los programas indicados se dirigen a personas que no presentan los criterios diagnósticos de adicción pero que muestran signos de consumo de drogas (Ej. consumidores experimentales).

Prevención universal. Son los programas dirigidos a la población general (escuela, barrio, ámbito nacional, familias, etc.), con programas destinados a desalentar o a retrasar la edad de iniciación del consumo de alcohol u otras drogas.

Riesgo. Probabilidad de que ocurra un hecho. Por ejemplo, desarrollar algún problema relacionado con el uso de drogas, dentro de un período de tiempo o edad determinados. .