



De la Prevención y otras historias

**Historia y evolución de la prevención del consumo de
alcohol y drogas en América Latina y en Europa**

Editores:

Augusto Pérez Gómez

Juliana Mejía Trujillo

Elisardo Becoña Iglesias

Editores

Augusto Pérez Gómez: Psicólogo, con un doctorado de la Universidad de Lovaina, Bélgica. Director de la Corporación Nuevos Rumbos desde 2002. Profesor Titular de la Universidad de los Andes (1976-2002), Profesor Visitante de las Universidades de Londres (School of Medicine at Chelsea and Westminster, 1994-1995) y New Jersey (2003-2006), autor de 160 artículos en revistas en español, inglés, francés y alemán, y de 14 libros. Correo electrónico: aperez@nuevosrumbos.org

Juliana Mejía Trujillo: Trabajadora Social de la Universidad de Caldas, Colombia, con una amplia experiencia en actividades comunitarias, especialmente con comunidades desfavorecidas. En 2015 está terminando una maestría en Antropología en la Universidad de los Andes. Es responsable de la coordinación de las actividades comunitarias a nivel nacional de la Corporación Nuevos Rumbos, así como de las capacitaciones locales e internacionales de *Comunidades Que se Cuidan*. Correo electrónico: jmejia@nuevosrumbos.org

Elisardo Becoña Iglesias: Catedrático de Psicología Clínica en el Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela (España). Dirigió (1992-2001) el “Master en Drogodependencias de la Universidad de Santiago de Compostela”. Dirige la Unidad de Tabaquismo y Trastornos Adictivos de su Universidad. Su principal campo de especialización son las conductas adictivas, tanto a nivel de prevención como de tratamiento. Ha publicado más de 300 capítulos de libros o artículos en revistas científicas nacionales e internacionales, y ha escrito o coordinado más de 40 libros. Entre ellos “Bases científicas de la prevención de las drogodependencias” (2002), “Manual de intervención en drogodependencias” (2004); “Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación” (2011), “Trastornos adictivos” (2015), etc. Correo electrónico: elisardo.becona@usc.es .

Autores

ARGENTINA

ALBERTO CALABRESE: Sociólogo, especialista en adicciones. Director de la Carrera de Especialización en Drogodependencias de la Universidad Nacional de Tucumán (UNT), miembro de la Cátedra Libre sobre Adicciones de la Facultad de Medicina y miembro del Consejo Directivo del Programa de Extensión Universitaria para la Prevención de Adicciones de la UNT; Director de la Maestría Interdisciplinaria sobre Uso Indebido de Drogas de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; y profesor invitado de diversas universidades argentinas y extranjeras. Actualmente también es Director de Adicciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Correo electrónico: aescalabrese@gmail.com

Juan Carlos Mansilla. Psicólogo. A cargo de la Secretaría de Prevención de Adicciones del Gobierno de Córdoba. Director del “*Centro de Estudios en Fenómeno de las Drogas y Problemáticas Asociadas*” de la Universidad del Museo Social Argentino. Ex Director del “Centro de Estudios y Estrategias en Adicciones” de la Universidad Nacional de Córdoba. Fundador y Director de la Asociación “Programa Cambio”, ONG especializada en Adicciones de la Rep. Argentina. Coordinador y Autor de diversos Manuales, Documentos, e Investigaciones referidos a la Prevención y Atención Primaria en Consumo de Drogas. Web: www.juancarlosmansilla.com

Lucrecia Esteve De Lorenzi: Psicóloga de la Universidad Nacional de Córdoba. Directora de Prevención Institucional y Comunitaria de la Secretaría de Coordinación en Prevención y asistencia de las adicciones del Gobierno de la Provincia de Córdoba. Ex Coordinadora de Proyectos en Prevención en ONGs “Programa Cambio” y “Prosalud”. Coautora de materiales didácticos en Prevención: La Brújula (Programa Cambio 2009); Pasala bien (gobierno de Córdoba 2011); Guía de intervención escolar (gobierno de Córdoba 2011); “Quiero ser” (SEDRONAR 2012); Pone me Gusta (2014 Gobierno de Córdoba), Sindicatos en acción (2015 Gobierno de Córdoba). Docente Universitaria en cursos de post-grado referidos a temas de Prevención de Adicciones. Correo electrónico: lucreciaesteve@hotmail.com

BRASIL

Sheila Giardini Murta: es docente del Departamento de Psicología Clínica y orientadora en el Programa de Posgrado de Psicología Clínica y Cultura de la Universidad de Brasilia (UnB). Investiga el desarrollo, la evaluación, la difusión y la adaptación cultural de programas de promoción de salud mental y prevención de riesgos de trastornos mentales para personas en diferentes fases del ciclo de vida. Coordinadora del Grupo de Estudios en Prevención y Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB). Correo electrónico: giardini@unb.br

Maria Inês Gandolfo Conceição: es Profesora Asociada del Departamento de Psicología Clínica y del Programa de Posgrado de Psicología Clínica y Cultura de la Universidad de Brasilia (UnB). Editora jefe de la revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, con post-doctorado de la Universidad Federal Fluminense y de la Universidad de Toronto. Coordinadora General del Curso de Prevención del Uso de Drogas para Educadores de Escuelas Públicas (2013 – 2014) y Primera Tesorera de la Asociación Brasileña Multidisciplinar de Estudios sobre Drogas – ABRAMD (2013 – 2015). Correo electrónico: inesgandolfo@gmail.com

Samia Abreu: tiene una Maestría del Programa de Posgrado de Psicología Clínica y Cultura de la Universidad de Brasilia (UnB) y es psicóloga de la Universidad Federal de Juiz de Fora. Actúa como supervisora nacional de los programas preventivos del Ministerio de Salud, siendo responsable de la adaptación, adopción y diseminación de las intervenciones preventivas y es socia de FLUME Consultoria. Miembro del Grupo de Estudios en Prevención y Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB). Correo electrónico: abreu.samia@gmail.com

Ana Aparecida Vilela Miranda es graduada en Psicología de la Universidad de Brasilia (UnB). Actualmente cursa la Maestría de Psicología Clínica y Cultura de la Universidad del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Brasilia (UnB) y es miembro del Grupo de Estudios en Prevención y Promoción de la Salud en el Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB). Email: aavmiranda@gmail.com

Arthur Oliveira Corrêa es Psicólogo con Maestría en Psicología Clínica y Cultura del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Brasilia (UnB) y es miembro del Grupo de Estudios en Prevención y Promoción de la

Salud en el Ciclo de Vida (GEPPSVida-UnB). Doctorando en Ciencia de la Prevención y Salud Comunitaria de la Universidad de Miami. Responsable de la traducción y adaptación de la Encuesta Communities That Care (CTCYS) para Brasil. Correo electrónico: arthuroc87@hotmail.com

CHILE

Felipe Leyton Frauenberg: Psicólogo de la Pontificia Universidad Católica, Máster en Psicodiagnóstico de la Universidad de Barcelona, especialista en evaluación de proyectos y programas sociales (Flacso- Universidad de Chile). Actual jefe de área de prevención del consumo abusivo de alcohol de SENDA, se ha desempeñado en distintos ámbitos del servicio público y ha trabajado en áreas de Salud, Infancia, Gobiernos Locales y Drogas. Correo electrónico: faleyton@me.com

Amanda Arratia Beniscelli: Profesora de Educación General Básica de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Magíster en Sociología de la Modernización de la Universidad de Chile. Se desempeña como asesora de la Unidad de Educación del Área de Prevención del SENDA. Ha desempeñado funciones de investigación en instituciones públicas, privadas y universidades y ha participado en investigaciones e intervenciones en distintos programas y proyectos del sistema escolar chileno. Correo electrónico: amanda.ab@gmail.com

COLOMBIA

Augusto Pérez Gómez y Juliana Mejía Trujillo: ver Editores

COSTA RICA

Vera Violeta Barahona Hidalgo: Magíster Scientae en Drogodependencia, de la Universidad de Costa Rica. Labora como Directora Técnica de la instancia encargada a nivel nacional de la prevención y tratamiento del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), Institución gubernamental del sector salud, adscrito al Ministerio de Salud Pública de la República de Costa

Rica. Ex Directora General del IAFA. Es profesora universitaria en cursos de *Drogodependencia* de las Universidades de Costa Rica y de la Estatal a Distancia (UNED, así como de la Maestría Iberoamericana on line en *Drogodependencia* (Gobierno de España y CICAD-OEA). Correo electrónico: vbarahona@iafa.gov.cr

Julio Bejarano: Psicólogo-Investigador del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica. Posgraduado en drogodependencias, cuenta con más de un centenar de publicaciones en revistas y libros nacionales e internacionales. Ha fungido como consultor de diversos organismos internacionales de América y de Europa y coordinador clínico de proyectos de investigación genética de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA). Profesor universitario desde 1978 en la Universidad Estatal a Distancia y la Universidad de Costa Rica. Ha obtenido diferentes premios por su actividad investigativa, tanto local como internacionalmente y es Profesor Distinguido de la Universidad Estatal a Distancia. Es el representante por su país ante REDLA, la red de investigadores latinoamericanos sobre alcohol y drogas apoyada por la CICAD. Correo electrónico: julio.bejarano@gmail.com

EL SALVADOR

Cristina Juárez de Amaya: Doctora en Medicina, Máster en Educación, Especialización en investigación sobre drogas del Programa Internacional de Posgrado de la Organización de Estados Americanos (OEA/CICAD) en conjunto con el Centro de Adicciones y Salud Mental (CAMH) de la Universidad de Toronto, Canadá; egresada del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad del Zulia, Venezuela; formación en Bioética Clínica y Social; experiencia docente en las áreas de Bioética y Ética Profesional; miembro del Comité Editorial de la Revista Científica CREACIENCIA y de la Red Nacional de Información sobre Drogas de la Comisión Nacional sobre Drogas (CNA). Actualmente en el cargo de Vicerrectora Académica de la Universidad Evangélica de El Salvador e Investigadora de la Línea de Drogas del Centro de Investigación Salud y Sociedad, CISS-UEES. Correo electrónico: cristina.amaya@uees.edu.sv.

MÉXICO

María Elena Medina Mora: Doctora en Psicología Social por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente ocupa el puesto de Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Ciencias, del panel de expertos en adicciones de la Organización Mundial de la Salud e Investigador representante del Sistema Nacional de Investigadores en el Foro Consultivo Científico y Tecnológico en las áreas de Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Conducta. Profesora de las Facultades de Medicina y Psicología de la UNAM. Actualmente tiene nombramiento como *“Adjunt Professor”* de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Ha publicado más de 327 artículos en revistas indexadas, 198 capítulos de libros y 18 libros. Correo electrónico: medinam@imp.edu.mx

Nancy Amador Buenabad: Licenciada en Psicología, doctorando en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, especialmente en investigación y prevención de adicciones en niños y adolescentes. Actualmente coordina aspectos científicos del Modelo Ámbar Centro Interactivo. Su más reciente aporte se centra en la adaptación y evaluación de la intervención sobre parentalidad positiva CAPAS-mx, para el tratamiento y prevención de problemas de conducta en niños. Ha participado en 19 publicaciones científicas y en más de 30 foros académicos y científicos de reconocido prestigio nacional e internacional. Correo electrónico: naagy14@yahoo.com.mx

Ma. Elena Castro Sariñana: Directora del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC. Obtuvo su Maestría en Psicología de la Universidad Iberoamericana (UIA) y la especialización del Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica del Adolescente (IMPPA). Fue investigadora titular del actual Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en donde tuvo a cargo la realización de diversos estudios epidemiológicos sobre el abuso de drogas. Ha sido profesora en varias instituciones de educación superior desde 1977 y ha sido consultora de OMS y de la Oficina Sanitaria Panamericana. Es autora de más de 114 artículos y ha colaborado con varios libros; también ha sido autora y colaboradora de diversos materiales educativos y preventivos, incluidos “Chimalli” y “Construye tu vida sin adicciones”. Correo electrónico: helen.castro@inepar.edu.mx

Jorge Llanes: Es psicólogo social, egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México y graduado de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica como psicoterapeuta y psicoanalista didacta. Es socio fundador y presidente de la Junta Directiva del Instituto de Educación preventiva y atención de riesgos AC. Ha diseñado metodologías para la acción preventiva y coordinación de los vínculos interinstitucionales. Su experiencia profesional abarca, además de la práctica clínica, la planeación estratégica, la académica y la participación comunitaria. Es autor de varios ensayos técnicos y coautor de los materiales preventivos Chimalli, además de tener amplia experiencia en asuntos editoriales. Ha participado en numerosos congresos, seminarios y conferencias en las materias de su especialidad. **Contacto:** Jorge.Llanes@inepar.edu.mx

Jorge Ameth Villatoro Velázquez: Psicólogo egresado de la UNAM. Ha sido asesor de diferentes proyectos de investigación financiados por diferentes ministerios e instituciones de México. Ha impartido más de 100 cursos y talleres sobre metodología, análisis de datos y diagnóstico de las adicciones, en instituciones educativas nacionales e internacionales. Además ha sido profesor de la UNAM y de varias universidades privadas. También ha participado en diversos proyectos con la OMS, la OPS, la Fundación Fogarty, entre otras. Es revisor de varias revistas nacionales e internacionales y forma parte del comité editorial de tres revistas, así como de la Red Internacional Científica de la UNODC y de la Red Latinoamericana en Adicciones (REDLA). Tiene a su cargo estudios y encuestas nacionales de adicciones, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Muchas de sus publicaciones pueden conseguirse en www.irefrea.org. Correo electrónico: ameth@imp.edu.mx

PERÚ

William Cabanillas Rojas: Psicólogo de la Universidad Particular Ricardo Palma, con estudios de postgrado en Farmacodependencia (Universidad Peruana Cayetano Heredia) y Ciencias Políticas (Pontificia Universidad Católica del Perú). Cuenta con 17 años de experiencia en labores asociadas a la reducción de la demanda de drogas. Desde el año 2002 se desempeña como especialista de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Ha sido coordinador de la Revista Peruana de

Drogodependencias. Asimismo, cuenta con experiencia en procesos de institucionalización de políticas y programas de intervención a nivel nacional y subnacional, seguimiento y evaluación de indicadores de gestión, así como labores de análisis e investigación para el Observatorio Peruano de Drogas. Correo electrónico: wcabanillas@devida.gob.pe

URUGUAY

Gabriela Olivera: Psicóloga de la Universidad de la República – Uruguay. Experta en prevención y tratamiento de drogodependencias de la Universidad Complutense de Madrid – 1998/1999. España; Alumni Fulbright: 2009 – 2010, Especialista en Políticas, Investigación y Desarrollo de Programas de Prevención y Tratamiento del Abuso de drogas con enfoque de Género de Virginia Commonwealth University y el Instituto para el Estudio de Alcohol y otras Drogas con el apoyo de NIDA, U.S.A. Actualmente se desempeña como coordinadora de la Secretaría de Género de la Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de Uruguay y como docente de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales – FLACSO Uruguay. Correo electrónico: [gabrielaolive-
rau@gmail.com](mailto:gabrielaolive-
rau@gmail.com)

ESPAÑA

Elisardo Becoña Iglesias: ver Editores

Amador Calafat Far: Psiquiatra y psicólogo. Es el presidente del Instituto Europeo de Estudios en Prevención (Irefrea). Ha sido el editor durante 26 años de la revista Adicciones. Ha sido uno de los fundadores de la European Society for Prevention Research (EUSPR) y es actualmente miembro de la junta. Durante los últimos años ha coordinado, con el Profesor Elisardo Becoña, la plataforma www.prevencionbasadaenlaevidencia.net, que ha servido para hacer una valoración de todos los programas españoles en prevención en adicciones. Es uno de los autores del programa de prevención escolar “Tú decides”. Uno de los temas de investigación preferentes ha sido las conductas

de riesgo de los jóvenes cuando salen a divertirse. También se ha centrado en la prevención familiar habiendo desarrollado recientemente el programa de empoderamiento familiar FERYA (Familias En Red y Activas). Correo electrónico: calafat@irefrea.org

ÍNDICE

Autores	5
Introducción	15
1. Argentina:	580
La prevención del consumo de alcohol y drogas en Argentina. <i>Juan Carlos Mansilla y Lucrecia Esteve De Lorenzi</i>	
2. Brasil:	580
Prevención del consumo de alcohol y drogas en adolescentes del Brasil. <i>Sheila Giardini Murta, Maria Inês Gandolfo Conceição, Samia Abreu, Ana Aparecida, Vilela Miranda y Arthur Oliveira Corrêa</i>	
3. Chile:	560
La prevención en Chile. <i>Felipe Leyton Frauenberg y Amanda Arratia Beniscelli.</i>	
4. Colombia:	560
La prevención del consumo de alcohol y drogas en Colombia. <i>Augusto Pérez Gómez y Juliana Mejía Trujillo</i>	
5. Costa Rica:	560
La prevención del consumo de drogas en Costa Rica. <i>Vera Violeta Barahona Hidalgo y Julio Bejarano</i>	
6. El Salvador:	560
Evolución de la prevención en El Salvador. <i>Cristina Juárez de Amaya</i>	
7. México:	560

La prevención del consumo de drogas en México.

María Elena Medina Mora, Nancy Amador Buenabad,

Ma. Elena Castro Sariñana, Jorge Llanes y Jorge Ameth Villatoro Velázquez

8. Perú:560

Hacia una ciencia de la prevención **el consumo de drogas en el Perú.**

William Cabanillas Rojas:

9. Uruguay:560

Avances y desafíos en prevención del consumo de drogas en Uruguay.

Gabriela Olivera

10. Europa:560

La prevención en Europa.

Elisardo Becoña Iglesias y Amador Calafat

11. La prevención en América Latina560

Alberto Calabrese

12. Conclusiones y recomendaciones 52

Introducción

En mayo de 2014, en el encuentro anual de la Society for Prevention Research (SPR) en Washington D.C., los doctores John Romano y Moshe Israelashvili, de las universidades de Minnesota, Estados Unidos y Tel Aviv, Israel, respectivamente, invitaron a los asistentes a proponer capítulos para un manual internacional sobre prevención que sería publicado por Cambridge University Press¹. Juliana Mejía y yo decidimos aceptar el reto, y a lo largo de los meses siguientes solicitamos el apoyo de colegas en diversos países de América Latina con el fin de elaborar un capítulo sobre lo que era la prevención en esta parte del mundo. Una vez terminado, el capítulo fue aceptado por los editores.

Pero en ese proceso, nos encontramos con un marcado interés de todos los colaboradores por la temática, pues en la mayor parte de los países esa historia no había sido organizada, y de hecho les solicitamos un máximo de cuatro páginas, y todos aportaron mucho más. Entonces surgió la idea de este libro, a lo cual, sin excepción, todos expresaron su deseo de participar. Era diciembre de 2014. En ese momento, decidí invitar a ser coeditor con Juliana y conmigo al Profesor Elisardo Becoña, de la Universidad de Santiago de Compostela, España, probablemente la figura más conocida del mundo hispanico en el ámbito de la prevención. El Profesor Becoña, a quien me une una relación de muchos años, aceptó de inmediato. También le propusimos que escribiera un capítulo sobre la prevención en Europa, lo cual propuso hacer junto con otro gran amigo y figura notable, director durante casi 30 años de la mejor revista sobre drogas en español, *Adicciones*, el Dr. Amador Calafat, a quien hemos tenido el placer de recibir en Colombia en varias ocasiones.

¹ Romano, J. & Israelashvili, M. (eds.) (en prensa). *Cambridge Handbook of International Prevention Science*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

La historia de la prevención del consumo de drogas y alcohol se inició en América Latina hace cerca de 40 años, siguiendo los pasos de lo que se hacía en los Estados Unidos (Pérez-Gómez y Mejía-Trujillo, 2015 a). Como podrán ver los lectores, esa es una historia que no se desarrolla en línea recta: en la mayor parte de los países se presenta una fuerte discontinuidad en las políticas y en las acciones, una notable dependencia de los gobiernos de turno, que a veces se interesan y otras no por este asunto; la fragilidad es tanto más grande en la medida en que la prevención no hace parte, casi en ningún país de políticas de estado.

Hay personas que aseguran que no vale la pena invertir en prevención porque ésta no funciona, es decir, no produce resultados tangibles. Es cierto, pero solo si se asume que la aseveración es una frase incompleta: la prevención no funciona cuando se hace a través de acciones puntuales, de corta duración, no inscritas dentro de un plan coherente y a largo plazo que involucre a **todos** los actores (los padres de familia, el sistema escolar, la comunidad, los niños y jóvenes y las autoridades locales). Como se verá en este libro, son muy pocos los países en los que esto ocurre (aun cuando ha habido cambios recientes en muchos de ellos en esa dirección), pero cuando ocurre los resultados son manifiestamente positivos. Algunos ejemplos son Costa Rica, México y Brasil, en donde hay mediciones que muestran que es posible retardar la edad de inicio de consumo de alcohol (objetivo número uno de cualquier estrategia preventiva en este campo) e incluso disminuir la incidencia (casos nuevos); en Colombia hay una experiencia en el mismo sentido, aun cuando se trata de unas pocas comunidades. Desafortunadamente, en general existen muy pocas evaluaciones sistemáticas de las estrategias preventivas.

Los lectores pueden preguntarse por qué escogimos estos nueve países, a saber Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Perú y Uruguay. Hubo varias razones. En primer lugar, fueron los que respondieron a la invitación a colaborar en el capítulo de Cambridge

University Press; en segundo lugar, hay países sobre los cuales tenemos muy poca información por sus condiciones socio-políticas actuales (Venezuela, Bolivia, varios países centroamericanos); y en tercer lugar, en otros no teníamos contactos. Pero creemos que estos nueve representan bastante bien la realidad del subcontinente.

Habíamos previsto un capítulo sobre Estados Unidos, lo cual resulta natural teniendo en cuenta que es en ese país donde se han hecho más avances en este campo, y donde se dispone de la mayor cantidad de evidencia empírica sobre la eficacia de sistemas, programas y estrategias preventivas². Sin embargo, la persona encargada de hacerlo, un distinguido profesor universitario de origen hispanico, cambió de universidad y en ese desplazamiento escribir el capítulo le resultó imposible. Esperamos solucionar esto en una segunda edición de este libro.

Los capítulos se presentan en orden alfabético por nombre de los países participantes, y el último es sobre Europa; todos tienen una estructura muy similar: una breve introducción, una sección sobre el desarrollo de políticas públicas, otra sobre la evolución de las prácticas preventivas, una tercera sobre **investigación** y publicaciones, y por último unas conclusiones y proyecciones al futuro. Le solicitamos al Profesor Alberto Calabrese, de Argentina, que escribiera un capítulo sobre las políticas internacionales, y los editores estamos de acuerdo en considerar que su texto aporta una luz diferente y obliga a repensar ciertos problemas. No necesariamente compartimos todos sus puntos de vista, pero eso solo lo hace más interesante, polémico y provocador. Por ese motivo decidimos ubicarlo como cierre del libro, pues aporta elementos que generan una manera distinta de abordar los problemas que tratamos aquí.

Esperamos que este libro sea un aporte significativo a la comprensión de lo que ha sido la prevención en nuestros países, y también permita proyec-

² Para una definición de estos conceptos, ver Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015 b en capítulo sobre Colombia.

tarse hacia el futuro, mirando lo que se necesita hacer, lo que hay que dejar de hacer, lo que tenemos que inventar y desarrollar.

Deseamos expresar nuestros agradecimientos a todos los autores, quienes en un tiempo muy breve produjeron un material de gran calidad, y aceptaron sin protestar las solicitudes de revisión, de profundización y de cambios de los editores.

También queremos dar nuestros agradecimientos a la doctora Rebeca Puche, directora de la editorial electrónica California Edit, quien al saber que este libro no tendría ningún propósito comercial, ofreció publicarlo sin costo alguno. Igualmente, debemos dar las gracias a nuestra correctora de estilo, Adelaida Espinoza, quien aceptó graciosamente hacer el trabajo de igualar estilos y expresiones muy dispares por una remuneración casi simbólica. Y a nuestra compañera Catalina Pinto, quien en unas jornadas agotadoras hizo una revisión final del manuscrito.

Y en nombre de los editores, les doy las gracias a todos los lectores del continente por apoyar este esfuerzo de la Corporación Nuevos Rumbos.

Augusto Pérez Gómez

1. ARGENTINA

La prevención del consumo de alcohol y drogas en Argentina

Juan Carlos Mansilla

Lucrecia Esteve De Lorenzi

I. Introducción

El territorio de la República Argentina es el segundo más grande de América del Sur luego del de Brasil. Está conformada por la Capital Federal (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y 23 provincias. La población de la República Argentina (de acuerdo a las estimaciones del INDEC Instituto Nacional De Estadísticas y Censo) al 1 de julio de 2014 asciende a 42.669.500 habitantes, la cual se encuentra desigualmente distribuida en el país: según el censo publicado por el INDEC en 2010, la Provincia de Buenos Aires es por mucho la más poblada del país con 15.594.428 habitantes (casi el 38% del total nacional en 2010), de los cuales aproximadamente 10 millones viven en el Gran Buenos Aires y 5 millones en el resto de la provincia. Con mucho menos población, le siguen en magnitud las provincias vecinas de Córdoba (3.304.825 habitantes) y Santa Fe (3.300.736 habitantes).

A nivel administrativo, los programas de prevención del consumo de alcohol y drogas en Argentina son una responsabilidad compartida por diversas áreas que no siempre trabajan articuladamente. Por un lado está la “Sedronar” (Secretaría para la Programación de la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico), dependiente de la presidencia de la Nación. Desde esta Secretaría se diseñan e implementan programas de intervención escolar y comunitaria sobre todo. También el Ministerio de Desarrollo Social, el de Educación, y el de Salud realizan acciones al respecto.

Por último, cada provincia ha desarrollado distintas áreas técnico-políticas con diferentes jerarquías administrativas según sea la provincia: Secretarías, Sub-secretarías, o Direcciones en su mayoría. Estas áreas de gobierno que comenzaron a aparecer en la década del 90 son las que llevan adelante acciones de prevención en su mayoría, no siempre en articulación con los organismos nacionales.

Por último, las ONGs en Argentina siempre tuvieron amplia participación sobre todo en el trabajo de tipo asistencial, pero no así en el campo de los preventivos, en donde no obtuvieron mayor protagonismo.

Los estudios epidemiológicos sobre consumo de drogas se encuentran disponibles en la web www.observatorio.gov.ar

II. Evolución de políticas públicas.

Las políticas públicas referidas a la prevención de la demanda de drogas en Argentina se encararon y concretaron de manera muy distinta según el paso del tiempo.

En el año 1969 se crea en la provincia de Córdoba el Centro de Investigación en Psicología Social (CIPS) dentro del ámbito universitario. Uno de los componentes de este centro tenía que ver con la psicología social aplicada al campo de la salud pública (Sarfocada, 2012). Entre los temas que se abordaron desde este Centro, estuvo el del alcoholismo, tanto en jóvenes como en adultos y desde una perspectiva socio-cultural. La respuesta que en Argentina se venía dando a este problema social, respondía en gran parte al modelo médico-biológico.

Este nuevo enfoque del CIPS, impactó en los diseños y estrategias de los programas preventivos, los cuales proponían la intervención sobre el territorio, la apertura del juego a la comunidad, el empoderamiento de los

ciudadanos, y superación de la construcción de respuestas centrada en las instituciones monovalentes de salud mental.

Desde Córdoba, el médico y psicólogo Saforcada fue uno de los pioneros en esta manera de entender y encarar aquellos primeros intentos preventivos.

El CIPS tomó contacto con el médico chileno Tassara (Sarfocada, 2012), iniciador en Latinoamérica de la *medicina social*, y del modelo de trabajo Intracomunitario, en el cual se reconocía el saber popular sobre el problema a afrontar y también el de la medicina. Marconi se sumó por varios meses al trabajo en Córdoba en el año 1973.

La influencia del CIPS se extendió a Buenos Aires, al vincularse con el servicio de psicopatología del hospital de Lanús, cuyo jefe fue el destacado psiquiatra Mauricio Goldemberg.

Este modelo de prevención psico-socio-cultural, y también de atención del alcoholismo, podría definirse como uno de los inicios de los ensayos preventivos de las adicciones en nuestro país.

La experiencia relatada, si bien influyó en las políticas públicas, lo hizo más bien tardíamente, pues los intentos de prevención comunitaria de la década de los 70 fueron rápidamente abortados por los gobiernos militares y los cambios que impusieron en los enfoques e intervenciones sobre la salud y los problemas sociales.

En el año 1972, bajo gobierno militar, se crea con el Decreto 452 de Presidencia de la Nación, la Comisión Nacional de Toxicomanías y Narcóticos (CONATON). En su fundamentación aquél decreto que creaba la primera institución del país destinada a la “investigación, educación, prevención, asistencia, legislación, y represión de las toxicomanías” decía: “Que el auge en nuestro país del tráfico y consumo indebido, ilícito y nocivo de drogas

estupefacientes y psicotrópicos, especialmente en sectores jóvenes de la población hace necesario su atención específica y enérgica”.

La mirada fundacional de esta Comisión al problema de las *toxicomanías* en Argentina nació con una perspectiva represiva, casi castrense, centrando su mirada en la *amenaza de las drogas* más que en la comunidad y los consumidores (Mansilla, 2015).

Es claro cómo esta mirada institucional se contrapuso a aquel planteamiento comunitario surgido en Córdoba casi en la misma época. La tensión entre estos dos discursos marcaría de manera significativa la historia de la prevención en nuestro país. Los enfoques basados en la sustancia, versus los basados en las personas. Las respuestas construidas desde las instituciones, en contraposición a las que fomentan la participación comunitaria continúan aún en contraposición.

Durante el tercer gobierno Peronista en el año 1973, se profundizó la mirada estigmatizadora sobre el consumidor de drogas, al cual se asoció claramente con la subversión política. Esta mirada continuó profundizándose durante el período del último gobierno militar durante el cual el consumo de drogas era *prevenido* con duras estrategias de control social.

Luego, en 1985 y recuperada la democracia, el gobierno crea la “Comisión Coordinadora para el Control del Narcotráfico y Abuso de Drogas”, la cual se esforzó en construir una mirada educativa y sanitaria sobre los consumos de sustancias. Las respuestas estatales en esta etapa fueron sobre todo en el campo de la asistencia donde entraban en contraposición los modelos médicos-psiquiátricos con los modelos propios de las Comunidades Terapéuticas, *Granjas de Internación*, que tomaron protagonismo en ese entonces.

La prevención era entendida como un *sub-producto* de las experiencias asistenciales. Por lo tanto quienes implementaban *campañas* preventivas eran técnicos con experiencia en tratamientos, o *ex-adictos* invitados a relatar sus testimonios.

A la vez, a partir de 1985, comenzaron a surgir serios intentos por darle a la prevención una identidad propia, lo cual impulsó la jerarquización de esta actividad.

Si bien ONGs como el Fondo de Ayuda Toxicológica (FAT) e instituciones oficiales como el Ce.Na.Re.So. venían trabajando el tema de prevención de adicciones, en la década de los 80 se destacó en este tema la Fundación Convivir, que desarrolló en Buenos Aires acciones de capacitación docente, y también distintos ensayos en trabajos comunitarios, en coordinación y con el apoyo de la referida Comisión Coordinadora. Se concretaron las primeras campañas televisivas de sensibilización en el tema de adicciones en el país.

A comienzo de los 90 se crea la Secretaría para la Programación de la prevención de la Drogadicción la Lucha contra el Narcotráfico, (SEDRO-NAR), dependiente de Presidencia de la Nación.

A través de un fondo creado para ello, surgen numerosas ONGs destinadas a lo asistencial. La prevención no recibió el mismo trato, por lo cual el financiamiento del Estado para esta actividad fue siempre muy bajo, o casi nulo.

Goti (2002) destacó en su tesis sobre prevención de Adicciones en Argentina que para el año 2004 solo había una sola ONG con personal contratado para trabajar en prevención en el país: el Programa Cambio (de Córdoba). El origen de ese financiamiento provenía de la oferta asistencial que ofrecía esa institución. En el año 1999 esta ONG ganó un concurso del Banco Interamericano de Desarrollo que le permitió por dos años desarrollar un programa de prevención Comunitaria en sectores socialmente desprotegidos. Fue el programa mejor financiado de Argentina en aquel entonces, pero no se consiguió darle sustentabilidad debido a la falta de apoyo del Municipio de Córdoba.

Al año 2001 había en Argentina solo 47 ONGs que incluían en los objetivos que señalan sus estatutos a la prevención. Sin embargo, como bien señala Goti (2004), dicha cifra es engañosa ya que los estatutos se hacían con base en *modelos* repetidos por las ONGs que se fundaban, las cuales en realidad dirigían su esfuerzo hacia los tratamientos. Este sesgo hizo que la prevención fuera comprendida como una subsidiaria de la asistencia, perdiendo así identidad propia, y sobre todo haciendo que su foco estuviera puesto en los factores de riesgo, en el *error* de vida que lleva a un tratamiento, y no en factores protectores, o menos aún en la promoción de la salud.

A nivel nacional, Sedronar solo en el año 2007 implementó un programa de prevención escolar, universal, el cual fue la adaptación de un material chileno, denominado Quiero Ser, basado en el enfoque de Factores de Protección y Factores de Riesgo, el cual alcanzó todo el país. Era la primera vez que un programa preventivo escolar se desarrollaba en todo el territorio.

Desde el 2014 Sedronar puso énfasis en el enfoque de prevención comunitaria, anunciando un proyecto de creación de decenas de centros preventivos que funcionarían repartidos en el territorio nacional, pero esto a la fecha pudo concretarse de manera muy limitada.

Por su parte el Ministerio de Educación de Nación comenzó con más énfasis, a partir del año 2009, a poner a disposición de docentes del país distintos recursos didácticos para hacer prevención en la escuela. Su aporte, más que consistir en programas fue el de presentar textos en los cuales se desarrollaban temáticas generales, y enfoques desde los cuales se proponía hacer prevención (Ministerio de Educación, 2009).

A nivel de Provincias Argentinas la dinámica fue otra, pues es en esta jurisdicción donde se encuentran algunas de las políticas más sistemáticas y sostenidas en este tema, descontando las pocas ONGs que sostuvieron la bandera de la prevención en el tiempo.

Provincias como La Pampa, Córdoba, Entre Ríos, Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Chubut, Mendoza, Tucumán, y Jujuy han desarrollado acciones preventivas más o menos continuas, contando con equipos de profesionales específicos para la prevención, material didáctico propio, recursos financieros (aunque escasos), y evaluación de programas (no en todos los casos).

Todas estas acciones de provincias comienzan su trabajo entrada la década del 2000-2010, salvo la Provincia de Buenos Aires, que venía trabajando en acciones preventivas desde el año 1993, cuando se creó la primera Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones.

La Provincia de Buenos Aires ha desarrollado desde entonces, y a través de diversos organismos, tareas de prevención, ya sea en formación de líderes comunitarios, capacitación docente, prevención laboral, y generando también material didáctico propio.

La Pampa también generó material didáctico propio y con un equipo técnico dedicado exclusivamente a tal fin. La Secretaría de Prevención de Adicciones Pampeana contrató técnicos de Buenos Aires y de Córdoba para la capacitación de su equipo de profesionales y logró destacados productos sobre todo en prevención escolar primaria, en la que lleva más de 8 años trabajando.

En el 2007 en CABA se crea la Coordinación de Prevención en la Dirección de Adicciones, aun cuando desde 1998 se trabajaba en relación con la Sedronar. También en CABA, ONGs como Fundación Convivir desarrollaron programas escolares y comunitarios. Esta fundación tuvo incidencia en otras provincias argentinas, y se destacaba porque como dijimos, únicamente se dedicó a la prevención de adicciones sin ingresar al terreno asistencial, aspecto raro para una ONG de entonces. A nivel oficial, los cambios de gestión entorpecieron siempre la continuidad del trabajo preventivo en CABA.

En Córdoba, a partir del año 2009 se crea una Secretaría que trabajaba en prevención y también incluía lucha contra el narcotráfico. Ya a comienzos

del 2000 hubo experiencias parecidas pero que mostraron serias dificultades al confundir discursos preventivos con represivos. En el 2010 nace la Secretaría de Prevención y Asistencia (hoy Subsecretaría) y se elabora material didáctico para escuelas, comunidad, área laboral, y municipios. Si bien hoy este organismo está en el área de Desarrollo Social, trabaja fuertemente en vínculo con Educación, Trabajo, y Salud. También invierte continuos esfuerzos en acompañar a municipios y comunas de Córdoba para que desarrollen planes locales de prevención. Ha logrado un apoyo político continuo para sus acciones avanzando en la instalación de una política que tiende a lograr estabilidad y sostenibilidad.

Entre Ríos es otra provincia con un área específica en prevención. Desarrolló programas locales para escuelas y comunidades, al igual que Tucumán. Sin embargo en ambos casos el flujo de financiamiento y recursos humanos para sus acciones no suelen tener un respaldo firme y sostenido por parte de sus gobiernos provinciales.

La provincia de Jujuy, limítrofe con Bolivia, tiene uno de los antecedentes más antiguos en prevención, ya que desde 1999 viene trabajando en esa área con buen respaldo político local. Desarrolló tareas en prevención escolar, y sobre todo comunitaria. Aunque en este último año se observa discontinuidad debido a las nuevas líneas de acción diseñadas desde Nación.

Otra provincia protagonista de la historia de la prevención en Argentina es Mendoza, que elaboró en los primeros años del 2000 una Plan Provincial sobre Drogas trabajando en prevención escolar y siendo punta de lanza en programas de Reducción de Daños.

Por último, la provincia de Chubut comenzó en el año 2005 su tarea preventiva, sobre todo en el área Comunitaria, a lo que fue sumando programas en lo laboral y en la escuela. También se reconoce aquí como punto débil la discontinuidad de las políticas con base en el mismo problema recurrente en Provincias y Nación: los planes estratégicos y equipos técnicos mantienen

una exagerada dependencia de los puestos políticos, lo que hace que cuando cambian los responsables políticos se modifican también los cuadros técnicos, quienes tienden a descalificar las acciones desarrolladas en la gestión anterior, impidiendo así continuidad y profundización de acciones. Estos cambios hacen que quien llegue a la toma de decisión política arroje indistintamente *al niño con el agua sucia*.

A grandes rasgos, la prevención en las provincias si bien fue evidenciando mayor presencia desde comienzos del nuevo siglo, muestra dificultades en instalar el tema como una política pública sostenida, financiada, e integral. Los cambios en las gestiones gubernamentales locales siempre aparecieron como una amenaza a la continuidad de estas acciones, y los aportes tanto en recursos humanos como en financiamiento fueron muy desiguales.

A partir del año 2008, se reinició a nivel nacional una estrategia de prevención al conformar el Programa Nacional de Prevención frente al consumo excesivo de alcohol. A fines de 2008, con representantes de cada provincia y entre otros temas, se inició el debate sobre cómo abordar la problemática.

A partir de estos años se logró tener lo siguiente:

1. Política nacional escrita y reglamentada (Ministerio de Salud, en conjunto con Educación y Sedronar). En la actualidad dicha política está fragmentada y poco desarrollada por cada organismo.
2. Sistema de monitoreo epidemiológico. Aunque los sistemas de registro no incorporaron la temática del todo.
3. Aplicación de Impuestos internos para las cervezas, licores y champagnes. Aunque la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP) no destina dichas recaudaciones para estrategias preventivas.
4. Edad mínima para comprar bebidas alcohólicas: 18 años.

Aunque hay muy bajo control sobre esto, siendo cada Municipio el responsable de cumplirlo, con escasa calidad al respecto.

5. La mayoría de las Provincias tienen restricciones para vender y consumir en vía pública (días, horarios y eventos masivos)

Existe un enorme conjunto de normativas desde lo Nacional, Provincial y Municipal, pero hay muy baja calidad de cumplimiento y control de las mismas.

6. No se puede manejar transporte privado con alcoholemia mayor de 0,05 mg de alcohol en sangre y transporte público (profesionales, incluye camiones, micros, etc) mayor a 0,00

Los accidentes de tránsito por ingesta alcohólica siguen siendo altos, aunque se intensificaron mucho los controles de alcoholemia.

En la actualidad se reinició el debate de *alcohol cero* en rutas impulsado por un sector del Ejecutivo Nacional.

7. En todas las publicidades de bebidas alcohólicas y etiquetas existe la obligación de advertencias sobre el consumo excesivo. La Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (AFCA) es la encargada de regularlos, pero solo se aboca a la TV y a la Radio abierta, no así a la gráfica e Internet. No hay sanciones financieras dado que hay un vacío legal. El Ministerio de Salud solicitó colaborar con esto y fue denegada su intervención.

La mayoría de las provincias y el 30 % de los municipios del país, de un total de 2.200 aproximadamente, tienen estrategias preventivas del orden del control, no así de prevención para sumar a los adultos, verdaderos responsables del consumo excesivo en ellos y en los adolescentes y jóvenes.

III. Acciones de prevención:

Debido a la gran producción en Argentina de programas preventivos, hemos elegido para esta sección presentar un resumen de acciones que se llevan adelante en distintas Provincias de Argentina y referencias a las políticas sobre alcohol.

a. La Pampa

Desde el año 2006, la Subsecretaría de Abordaje de las Adicciones de la provincia de La Pampa, fija sus políticas, entendiendo que la prevención es anticiparse a las situaciones de riesgo, por eso promueve el fortalecimiento de factores protectores internos del individuo.

En el 2007 comenzó la implementación del programa de prevención universal e inespecífica Aprendiendo a Crecer destinado a niños/as de Nivel Inicial, EGB 1 y EGB 2 - Nivel Primario (5 a 12 años). El objetivo es brindar a docentes herramientas metodológicas participativas para potenciar los factores protectores y disminuir los de riesgos, como una propuesta de prevención temprana. La Asociación Argentina de Pediatría realiza una auditoría externa a la Provincia, utilizando sus propios indicadores para medir el impacto que tiene el Programa sobre la población escolar. Desde el año 2007, cuando se puso en marcha, hasta la fecha, se han capacitado 3.673 docentes; alcanzó a 71.605 estudiantes. Se cubrió el 90% de las escuelas de nivel Inicial y Primario.

En el 2008 comenzó a implementarse el programa de prevención universal e inespecífica Aprendiendo a Recorrer Caminos, en el Nivel EGB 3, Polimodal – Escuela secundaria.

Tanto el Programa Aprendiendo a Crecer como el Aprendiendo a Recorrer Caminos se adaptaron a la idiosincrasia argentina, considerando los modelos recomendados por los organismos internacionales, en el marco de habilidades para la vida.

Desde el año 2008 cuando se puso en marcha hasta la fecha, se capacitó a 2.470 docentes; alcanzó a 29.069 estudiantes. Se cubrió el 85% de Nivel EGB 3, Polimodal y Escuelas secundarias

A partir de abril del 2014 comenzó a implementarse el Programa Prevenir en Municipios, que tiene como finalidad la inclusión e integración de los usuarios de drogas y toda la comunidad a prácticas saludables que mejoren su calidad de vida. La implementación se realiza a través de diferentes actores, por medio de talleres que abordan diferentes temáticas, fortaleciendo las habilidades para la vida.

Se realizan capacitaciones a tres actores sociales:

- Talleres con docentes referentes y consejeros áulicos/escolares.
- Taller para adultos referentes/padres
- Taller para referentes barriales/agentes sociales.

Se realizan otras acciones preventivas que facilitan la sensibilización comunitaria, como: conferencia para padres y madres, taller para jóvenes y adultos, la obra de teatro Un Nuevo Despertar, para jóvenes y adultos.

Desde abril de 2014 a la fecha se implementaron las actividades en ocho localidades: 40 Talleres de sensibilización y la obra de teatro Un Nuevo Despertar; 45 talleres de capacitación a líderes comunitarios e iglesias evangélicas; 30 talleres para padres y 230 talleres con estudiantes de nivel secundario y docentes.

Desde la Subsecretaría de Abordaje de las Adicciones del Gobierno de La Pampa, se propone un Programa de Prevención y Asistencia en el Ámbito Laboral que optimice las condiciones de vida en el trabajo y sus beneficios para que se extiendan a la vida personal y familiar de los trabajadores. De este programa se desprenden proyectos de trabajo focalizados para cada demanda en particular detectada en cada gremio.

En el ámbito de la prevención comunitaria desarrolló Consejerías Comunitarias, cuyo objetivo es promocionar actividades preventivas para niños, adolescentes y jóvenes junto con la red barrial, promoviendo el ejercicio de hábitos saludables para la vida cotidiana. Están formadas por un grupo de profesionales que funcionan en los cinco barrios de la ciudad de Santa Rosa.

Cuenta con un proyecto de Consejería 10/25 específico para jóvenes y adolescentes que se define como el espacio preventivo (físico o virtual) en el que un profesional escucha, contiene, acompaña, informa y orienta a adolescentes y jóvenes.

El Proyecto S.O.S. Mi Hijo Adolescente es un espacio virtual destinado a padres, madres, abuelos, tíos y tutores de adolescentes.

El material del que dispone la subsecretaria se encuentra compilado en Cuaderno de Actividades de Prevención de las Adicciones para Adolescentes y Padres, donde se pueden encontrar las actividades para replicarlas en cualquier parte de la Provincia y adaptarlas para que no sea necesariamente un profesional quien lo aplique. El cuadernillo cuenta con todo lo necesario para su aplicación directa ya que también se entrega un DVD complementario con todas las actividades y material de lectura, y además se realiza seguimiento semanal de la aplicación y una capacitación previa.

Evaluación en provincia de La Pampa.

El Programa Educativo Preventivo de la Provincia de La Pampa, desde su comienzo cuenta con una instancia de evaluación cuantitativa y otra cualitativa.

Ambas están focalizadas en la opinión de los docentes sobre diferentes aspectos del Programa (vínculos docente-alumno; alumno-alumno; docente-padres y la valoración de los textos del cuadernillo, contenidos, motivación de los docentes, metodología y tiempo de aplicación de cada una de las actividades). El instrumento utilizado es una encuesta auto-administrada con 7 preguntas cerradas con opciones de respuesta con escala tipo **likert**.

Evaluación cuantitativa:

Al finalizar los talleres, los docentes que aplican el Programa, responden evaluaciones, destacando el curso, Institución y lugar donde se implementó el Programa.

Evaluación cualitativa

La evaluación cualitativa está organizada en torno a ejes temáticos. Estos ejes se definieron a partir de las opiniones de los docentes, expresadas voluntariamente, de manera abierta y personalizada.

Relaciones fortalecidas:

- I. Relación docente/alumno
- II. Relación alumno/alumno
- III. Relación docentes/padres/alumnos

Aprendizajes realizados:

1. Reconocimiento de cualidades personales
2. Manejo de emociones
3. Pensamiento crítico

Con la implementación del Programa se ha logrado una masa crítica de docentes, que ya pueden contar la experiencia y forman parte de una red en toda la Provincia, con mayor conciencia y especialmente con manejo de herramientas sobre una problemática con respecto a la cual actualmente muchos docentes del país manifiestan no saber qué hacer.

b. Buenos Aires:

En el año 1993 se crea la Secretaría de Prevención y Asistencia a las Adicciones.

La provincia de Buenos Aires cuenta con una Red de Atención a las Adicciones que conjuga la atención terapéutica con acciones de prevención, conformada por 235 servicios distribuidos en los 135 municipios. Su distribución territorial permite que aquella persona que necesite atención pueda contar con un servicio próximo a su domicilio, y que las acciones de prevención puedan contemplar las realidades socio-culturales de cada uno de los distritos en donde funcionan los servicios.

Esto permite un involucramiento por parte de una amplia gama de actores sociales públicos y privados, que le dan una impronta propia al abordaje de las adicciones, con el Centro Provincial de Atención a las Adicciones (CPA) como referencia y articulador de las políticas públicas.

En los Programas de prevención en Áreas Educativas, tienen un alcance de 100.000 beneficiarios anuales en toda la provincia.

La propuesta del Área de Educación tiene como eje fundamental de abordaje el modelo de la APS (Atención Primaria de la Salud), se basa en una estrategia ordenadora a partir de acciones integrales destinadas a la promoción de la salud, donde los niños, niñas, adolescentes y familias de la comunidad tienen participación, en un proceso que promueva la formación de sujetos activos como protagonistas necesarios para la transformación.

Se trabaja en articulación y convenio con la Dirección General de Cultura y Educación. Durante los últimos 3 años de gestión, el programa ha impactado en casi 400 000 beneficiarios directos:

Espacios para adolescentes.

Propone generar espacios de reflexión y participación con jóvenes de 11 a 20 años en las instituciones educativas en articulación con los CPA. Ellos construyen y ejecutan sus proyectos preventivos y los adultos operan como facilitadores del proceso de construcción grupal, acompañando la puesta en marcha. Hay 30.000 jóvenes participando en forma activa en proyectos preventivos

Espacios para padres.

Promueve espacios de participación con los padres de los jóvenes para compartir experiencias, generar lazos y compartir acciones recreativas y lúdicas con sus hijos tendientes a fortalecer los vínculos al interior de las familias. Hay 15.000 padres participando de espacios de reflexión y producción

Proyecto Cine y Valores.

El proyecto consiste en programar dentro de las instituciones escolares la proyección de películas seleccionadas atendiendo a la etapa evolutiva de los estudiantes. El objetivo es reflexionar sobre los valores que se presentan en el film, analizar los contenidos, sus personajes y la historia de cada uno de ellos, movilizando la experiencia personal del alumnado, sus ideas, actitudes y conocimientos previos. 12.000 beneficiarios de todos los niveles

Capacitaciones Docentes.

Las capacitaciones tienden a privilegiar la formación docente como agente preventivo, ofreciendo herramientas y alternativas para intervenir a nivel áulico e institucional. Se busca fortalecer a los docentes a través de espacios de capacitación, consulta, asesoramiento, análisis y proyección que tiendan a optimizar la acción educativa así como también ofrecer espacios para que los docentes puedan desarrollar su potencial de creatividad y participación. 3000 docentes capacitados y con proyectos educativos, llegando a un total de 6000 escuelas, con 3500 demandas que llegan a nuestros CPA y 3000 derivaciones

Materiales didácticos: Soporte de intervención para las actividades de diferentes programas.

- Guía docentes en prevención
- Caja de herramientas: para escuelas de verano y para escuelas primarias y secundarias

- Jóvenes y el consumo de alcohol
- Cuadernillo sobre leyes
- Propuesta de trabajo con guía de intervención en situaciones de conflictos

Se capacitó en prevención de adicciones a 3000 operadores del Programa Envi3n; estos son tutores guiados por equipos t3cnicos multidisciplinarios con herramientas de gesti3n municipal y provincial tendientes a desarrollar acciones relacionadas con la educaci3n, el deporte, la salud y el trabajo.

El objetivo de este programa es la inclusi3n de chicos de entre 12 y 21 a3os en situaci3n de vulnerabilidad social, procurando la contenci3n, el acompa3amiento y estrategias que fortalezcan su autoestima; que reparen y brinden oportunidades.

El espacio al que concurren los j3venes se denomina Sede Envi3n, y es all3 donde cada uno de ellos, adem3s de realizar diferentes talleres y disciplinas, encuentra un lugar de pertenencia y el afecto de sus pares y referentes.

En este sentido, la capacitaci3n de la Subsecretar3a incluy3 a los operadores que trabajan en las 271 sedes con que cuenta esta iniciativa, que funciona en 131 municipios de la provincia de Buenos Aires.

El Programa de Prevenci3n Comunitaria Dirigida a la Formaci3n de J3venes Preventores: est3 a cargo del equipo de Circuito Joven y es coordinada junto los CPA de cada distrito. El objetivo es conformar un voluntariado juvenil que articule con la red de centros de atenci3n en la implementaci3n de su estrategia preventiva.

La Subsecretar3a, en el marco de las acciones tendientes a la promoci3n de la salud mental comunitaria y a la prevenci3n y atenci3n del consumo problem3tico de sustancias, ha establecido convenios y acuerdos con referentes religiosos en distintos distritos de la provincia, para desarrollar trabajo comunitario conjunto.

Más de 700 personas trabajan y se capacitan de manera conjunta en prevención y asistencia de las adicciones en todos los municipios de la provincia de Buenos Aires. Los objetivos propuestos apuntan a: Formar referentes en la problemática de las adicciones, por medio de curso de capacitación, con actualización sostenida. Brindar herramientas para la prevención, orientación y derivación frente al uso problemático de sustancias. Articular con diferentes instituciones, y por medio de ellas con la comunidad en general, proyectos y actividades vinculadas a la salud mental comunitaria y a la prevención y abordaje del fenómeno de las adicciones. Promover Mesas de Gestión Comunitaria, para el monitoreo, diagnóstico, realización y sostenimiento de proyectos locales.

En el ámbito de *Prevención Laboral*, desde el 2012 se capacitaron 5000 referentes de gremios, empresas –públicas y privadas- y sindicatos, quienes recibieron herramientas teórico prácticas para el abordaje de las adicciones.

En cuanto al consumo problemático de sustancias en el ámbito laboral, se destaca la importancia del rol de los sindicatos en la intervención preventiva. Creemos que abordar la prevención del uso de sustancias en el ámbito laboral es una necesidad y la empresa es un lugar adecuado para desarrollar políticas y planes de prevención en materia de consumo de sustancias y promoción de hábitos saludables.

Desde hace tres años la Subsecretaría viene trabajando de manera articulada con un conjunto de Universidades, con el objetivo de abordar el consumo problemático de sustancias en el marco de la población universitaria. Para ello se elaboran distintas estrategias de intervención que se adecúan a las realidades de las diferentes casas de estudio, así como también se asesora en la elaboración de material preventivo e informativo destinado a la comunidad en general.

Se conformó una Red de Universidades por el nuevo paradigma de Salud Mental. Quedó establecido el compromiso para abordar acciones

académicas conjuntas, en materia de formación de grado y posgrado, así como de investigación y relevamiento en las áreas de extensión universitaria. Participan: Universidad Nacional de La Plata; Universidad Nacional de Avellaneda, Universidad Nacional de Quilmes, Universidad Nacional de Lanús, Universidad Provincial del Sudoeste, Universidad Nacional de La Matanza, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional de Luján, y Universidad de Morón.

En conjunto con Fundación Proyecto Padres, a partir de la premisa de involucrar a la mayor cantidad posible de actores sociales para el abordaje de una problemática compleja como es la del consumo de sustancias, se realizó una serie de encuentros denominados Congresos para Padres en los que participaron más de 500 referentes adultos. En ellos se debatió sobre el rol de los padres y adultos, y en la planificación y puesta en práctica de estrategias preventivas para los jóvenes, así como también se abordaron temas tales como la diversión adolescente, las conductas adictivas, la falta de comunicación y el uso irresponsable de las nuevas tecnologías.

Evaluación:

La evaluación que se realiza de las políticas y programas implementados es permanente. Y esto lo es tanto a nivel central, como en el encuentro entre los servicios y los usuarios, entre los beneficiarios de los programas y los equipos que los integran, en esa ida y vuelta producen información y evaluación sobre las intervenciones.

A nivel cuantitativo la provincia informa que se capacitaron 5000 referentes de gremios, empresas –públicas y privadas- y sindicatos, los cuales recibieron herramientas teórico-prácticas para el abordaje de las adicciones en el ámbito laboral. 120 mil jóvenes que participaron del programa de recreación comunitaria Circuito Joven, y 3.000 jóvenes operadores del Programa Envión se capacitaron en prevención de adicciones, iniciativa que tiene por objetivo la inclusión de chicos de entre 12 y 21 años en situación de vulnerabilidad social,

procurando la contención, el acompañamiento y estrategias que fortalezcan su estima; que reparen y brinden oportunidades.

En relación a los programas de prevención escolar la provincia informa que anualmente alcanza a unos 100.000 beneficiarios.

- 30.000 jóvenes participando en forma activa en proyectos preventivos
- 15.000 padres participando de espacios de reflexión y producción
- 12.000 beneficiarios del Proyecto Cine y Valores
- 3000 docentes capacitados y con proyectos educativos, llegando a un total de 6000 escuelas, 65.000 participantes por año de jornadas, seminarios, concursos y otras acciones entre CPA y Educación en territorio.

c. Córdoba.

Una de las primeras intervenciones en el ámbito educativo fue el Programa Quiero Ser, que se implementó desde 2008 hasta 2011, cuando se realiza su evaluación y posterior reformulación.

En Córdoba el Programa Quiero Ser se implementó en quinto y sexto grado de nivel primario mediante la articulación del trabajo conjunto de la SEPADIC, el Ministerio de Educación y la SEDRONAR.

El Programa comenzó en el 2008 con 73 escuelas, 161 docentes capacitados y 3.861 estudiantes bajo programa, finalizando en el 2011 con un total de 1409 escuelas, 2.709 docentes capacitados y 67.106 estudiantes bajo programa. En la actualidad se está elaborando un material didáctico destinado a nivel primario que estará disponible para la segunda mitad del año 2015, en formato web.

Una de las principales demandas realizada por directivos y docentes de instituciones educativas provinciales estaba basada en la necesidad de establecer criterios de actuación ante situaciones críticas relacionadas con conductas

de consumo, para lo cual se generó un instrumento que permite el abordaje interministerial de estas problemáticas, estableciendo lazos con los organismos pertinentes que facilitan una resolución constructiva de la situación. En el 2011 se crea la Guía de Intervención Escolar (donde se involucra consumo o presencia de drogas en las instituciones educativas) y en el 2013 se realiza una actualización. El material está disponible en: http://ponemegusta.cba.gov.ar/docs/SEPADIC_guia%20intervencion_escolar.pdf

Esta guía se continúa implementando en el ámbito provincial, mostrando una alta aceptación por parte de directivos y docentes, e intervenciones pertinentes a la hora de afrontar las situaciones críticas.

Paralelamente, en el 2011 se elaboraron dos programas con modalidad de prevención entre pares, Pasala Bien y Pasar al Frente.

El Programa “Pasala Bien”, está dirigido a jóvenes agrupados. El objetivo de éste es el diseño de acciones-proyectos de prevención a desarrollarse en los ámbitos de referencia de los jóvenes. Cuenta con un material didáctico de fácil acceso: http://ponemegusta.cba.gov.ar/docs/CuadernilloPasala%20Bien_2014.pdf

Este Programa se ha trabajado con jóvenes agrupados en Iglesias, grupos barriales, scouts, cooperativas educativas, etc. A partir de un convenio con el Ministerio de Educación, el material didáctico se incorpora en el currículum de nivel medio en la materia Ciudadanía y Participación. Se generaron en este período capacitaciones para la formación docente, con más de 4.000 docentes en capital e interior.

El Programa Pasar al Frente está destinado a la capacitación de padres y madres con el objetivo de facilitar herramientas para abordar la prevención del consumo problemático de drogas en la familia. En el 2011 se capacitaron más de 800 padres y madres que formaban parte de grupos auto-convocados y se implementaron acciones en todo el territorio provincial.

Actualmente es un programa trasversal que forma parte de las capacitaciones que se desarrollan con docentes, grupos comunitarios, iglesias, municipios, etc. Cuenta con un material didáctico de fácil acceso y que facilita organizar las intervenciones a partir de sesiones a trabajar con grupos de padres: <http://juanenlinea.blogspot.com.ar/2011/05/escuela-de-padres-pasar-al-frente.html>

En el 2014 se lanza el Programa de Prevención Integral Poné Me Gusta, desarrollado e implementado por la SEPADIC y cuenta con un material didáctico con soporte papel y Web.

Poné Me Gusta está enmarcado teóricamente en el modelo de prevención inespecífica del consumo de drogas Habilidades para la Vida, el cual cuenta con más de 25 años de desarrollo y perfeccionamiento. La pertinencia de sus contenidos, su sólido encuadre teórico, y lo atractivo de su diseño ha despertado interés no solo en Córdoba, sino también en otras provincias de nuestro país. Por ello, en el 2014, se firmaron convenios con Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Salta, La Pampa y Jujuy a fin de que pueda aplicarse en esas administraciones a partir del 2015. Los distintos módulos del Programa Poné Me Gusta, y sus guías de trabajo se encuentra en línea de manera libre y gratuita en la página de gobierno: <http://ponemegusta.cba.gov.ar/>

Se realizaron capacitaciones con puntaje docente en 5 localidades estratégicas de la Provincia de Córdoba incluyendo en las mismas a 572 docentes de diferentes escuelas, y jornadas con supervisores, directivos y docentes, en diferentes puntos de la provincia de Córdoba, en las que participaron 1.300 docentes.

A principios del 2015, el Ministerio de educación de la Provincia de Córdoba crea el Programa de Prevención del Consumo de Drogas y elabora el documento Prevención del Consumo de Drogas: Aportes desde las Propuestas Pedagógicas. Este documento facilita el encuadre de la prevención del consumo de drogas y promoción de la salud en el curriculum educativo. Disponible en:

<http://www.igualdadycalidadcba.gov.ar/SIPEC-CBA/publicaciones/2015-Docs/Drogas2015.pdf>

Si bien formalmente dicho Programa se crea en el 2015, las acciones conjuntas entre el Ministerio de Educación y la Subsecretaría de Prevención de Adicciones datan del año 2010, cuando comienza a elaborarse conjuntamente la Guía de intervención escolar. En la Primera mitad del año 2015, los equipos de Prevención del Ministerio de Desarrollo Social y el del Ministerio de educación desarrollan una capacitación conjunta destinada a Supervisores, Directivos, Docentes de la Provincia de Córdoba con una totalidad de 800 personas capacitadas, las cuales continuarán de manera sistemática.

En el año 2014 comienza a gestarse el programa de prevención laboral Sindicatos en Acción, que apunta a capacitar a los recursos humanos de las organizaciones laborales sindicales para que puedan diseñar estrategias de acción pertinentes a las problemáticas institucionales relacionadas con el consumo de sustancias. La finalidad de este programa es lograr la sensibilización sobre el consumo problemático de sustancias y generar acciones de promoción de la salud. Cuenta con un material didáctico que facilita la elaboración de estrategias preventivas, y está disponible en <http://juanenlinea.blogspot.com.ar/2015/05/programa-de-prevencion-laboral.html>

En este marco se firma un convenio de trabajo con la Confederación General del Trabajo (CGT) Regional y se comienza a mediados del 2014 el proceso de capacitación a los delegados gremiales, contando con la afluencia de entre 40 a 70 personas por encuentro. En total se capacitaron más de 280 trabajadores.

En el 2010 se pone en marcha el Programa Cuido mi Barrio, que tiene como finalidad la construcción local y participativa de estrategias preventivas a la problemática del consumo de drogas, brindando capacitación a referentes significativos de los barrios ciudad. Desde el 2010 al 2012 se trabajó con equipos técnicos de trabajo local y referentes barriales. En el 2013 se

realizaron modificaciones que facilitaron la sustentabilidad de las estrategias en 19 barrios ciudad. Se capacitaron 40 adultos referentes, 40 jóvenes y 10 coordinadores deportivos, los cuales recibían una beca para la realización de las actividades propuestas. Los vecinos guía (adultos referentes) facilitan la visualización de las necesidades barriales y realizan enlaces con diferentes áreas del Ministerio de Desarrollo Social y la comunidad, abordando los determinantes sociales de la salud barriales. Los jóvenes guías, junto a los coordinadores deportivos, tienen la función de organizar actividades recreativas barriales acordes a las demandas comunitarias.

En el 2010 se gesta el Programa Municipios en Acción con el objetivo de incorporar en la Agenda de las Políticas Públicas Municipales el tema del consumo problemático de drogas, colaborando con los municipios para que elaboren sus planes sobre adicciones a la medida de sus necesidades, y puedan instrumentalizarlos. Hasta el momento se ha logrado la adhesión de 150 municipios, que vienen trabajando a través de sus equipos locales.

La Adhesión de los Municipios a este Programa favorece la vehiculización de los programas disponibles en la SEPADIC a partir de la capacitación de los equipos locales.

Evaluación del Programa Poné Me Gusta:

En el 2014 se realizó la primera evaluación con el objetivo de conocer el grado de satisfacción, utilidad, y aplicabilidad, que el docente que utilizó el material atribuye al Programa Poné Me Gusta. Se diseñaron dos evaluaciones estructuradas, una destinada a evaluar el Programa y otra a la aplicación de las actividades. Las evaluaciones se realizaron en el marco de la capacitación docente, que se llevó a cabo con tres meses de posterioridad a la última capacitación, para facilitar el conocimiento del material y la aplicación en el contexto áulico. La muestra fue de 264 docentes, y algunos de los resultados fueron:

Aproximadamente el 90% de los evaluados indicó que las actividades propuestas pudieron ser aplicadas tal como fueron diseñadas en el material didáctico brindado. El 94% refirió que la metodología propuesta facilitó el abordaje de la temática. Más del 90% de los docentes afirmó que las consignas de las actividades resultaron de total claridad a la hora de ser aplicadas; el 91% aseveró que los contenidos eran adecuados para ser abordados con los estudiantes adaptándose a las características de la cultura juvenil de Córdoba. Según lo referido por los docentes, el 90% de los estudiantes participaron de las diferentes actividades propuestas y mostraron interés en realizarlas. El 94% refirió que la implementación de las actividades favoreció conocimientos de otros aspectos de la vida de los estudiantes. El 97% respondió positivamente sobre la consideración de que las actividades contribuyeron a profundizar el vínculo con los estudiantes y a su vez facilitaron intercambios entre los mismos (98%).

Respecto al material didáctico: El 96% evaluó de manera satisfactoria la temática propuesta. En cuanto al diseño de las actividades alrededor del 95% lo evaluó de manera positiva. La metodología también recibió una evaluación positiva (95%). También la valoración sobre los contenidos obtuvo un porcentaje alto por parte de los evaluados (95%). El 94% evaluó de manera positiva los dispositivos (canciones, historias, videos, imágenes, etc.) que fueron seleccionados para la confección de las distintas actividades.

Más del 90% evaluó como excelente y muy bueno la manera en que se había sentido al aplicar las actividades con los estudiantes. Este dato resulta de total utilidad, sobre todo porque permite pensar que las actividades fueron implementadas con entusiasmo, empuje y compromiso por parte de los mismos.

Evaluación del Programa Municipios en Acción.

Este programa evalúa con base en indicadores referidos a cantidad de municipios y comunas involucrados; programas de prevención puestos en marcha por estos municipios; y calidad de la involucración de los equipos técnicos y políticos que se incorporaron al Programa.

A cinco años de la implementación del Programa, se logró un cubrimiento de 80% de la población de la provincia de Córdoba, y se pusieron en marcha sobre todo programas de Escuela de Padres, Atención Primaria en Salud, Mesas de Coordinación Intermunicipales sobre el tema Alcohol, el Programa Poné Me Gusta, y Programas propios desarrollados por cada municipio. Por otra parte la calidad de involucración técnico-política que se definía entre Baja, Regular, Satisfactoria y Alta, fue identificada como preponderantemente Satisfactoria.

a. Chubut:

Dirección Provincial en Adicciones trabaja en la prevención educativa y comunitaria orientada a la promoción de una vida saludable. Desde la perspectiva de *formación de formadores* y con la capacitación continua como herramienta fundamental, se realizan acciones en prevención educativa, comunitaria, comunicacional, laboral y focalizada.

Programa Redes Comunitarias para la promoción, prevención, y atención de las adicciones

Tiene como misión la promoción de la salud, prevención de adicciones y asistencia de personas y familias que padecen a causa del alcoholismo y otras problemáticas en zonas rurales y urbanas, a través del acompañamiento en el fortalecimiento de redes comunitarias e interinstitucionales en las localidades, fortaleciendo distintas formas organizativas: red grande, red chica, grupo específico y apoyo interlocal.

Se han desarrollado hasta la actualidad siete giras de encuentros zonales de la redes comunitarias para la promoción de la salud y la prevención y asistencia del alcoholismo en zonas rurales, que suman un total de 21 encuentros, con una afluencia de 80 representantes de las localidades.

Programa Lazos

Programa provincial de prevención de adicciones que puntualiza su accionar en los niveles locales, facilitando apoyo técnico y financiero a proyectos que realicen un aporte desde su planteamiento a los aspectos que hacen a la reducción de demanda de drogas.

Se financian 24 Proyectos (de \$20.000 cada uno) con un presupuesto total de \$500.000.

Plan Provincial de Tabaco (en articulación con el Ministerio de Salud de Nación)

Este Programa consiste en suministro de información en centros de salud la provincia a través de material de lectura de apoyo, y también la creación de talleres que se desarrollan especialmente en escuelas secundarias de la provincia con el objetivo de informar sobre los daños y efectos del consumo de tabaco. También este Programa promueve la aplicación en todo el territorio provincial de leyes que prohíben el consumo de cigarrillos en lugares públicos cerrados.

Programa “Prevenir” (Sedronar)

Programa de Prevención de Adicciones a nivel comunitario, orientado a generar un hilo de acción articulada en la temática entre Nación, Provincia y Municipio, aplicado en Comodoro Rivadavia, Esquel, Trelew y en trámite en Puerto Madryn y Rawson.

Programa “Quiero Ser” (Sedronar)

Programa de Prevención de Adicciones a nivel educativo, orientado a la formación docente y de aplicación directa con niños entre 10 y 14 años, aplicado durante tres años en todo el territorio provincial en articulación con el Ministerio de Educación y la Sedronar. Actualmente en período de evaluación para renovar el convenio.

Programas Nacionales de Prevención del Alcoholismo.

Desde fines de la década de los 60 en Córdoba se desarrolló el primer centro especializado en la asistencia residencial pública de la temática (alcohólicos varones).

En los principios de la década de los 70 en Capital Federal se crea el Centro Nacional de Reinserción Social, institución asistencial público para sustancias psicoactivas, que aceptaba alcohólicos (varones), en el 2014 amplió las prestaciones incluyendo a mujeres.

A partir de la década del 90 provincias como Mendoza, Buenos Aires, Neuquén y Salta comienzan a desarrollar redes preventivas asistenciales integrales, dedicadas a la problemática del alcohol y otras drogas. Y es a partir del año 2000 donde se suman progresivamente el resto de las provincias argentinas, aunque es de destacar que la mayoría de las acciones fueron dirigidas a la construcción de dispositivos asistenciales. Las acciones preventivas y de promoción de la salud, si bien están presentes, eran secundarias, inconstantes, y de poco reconocimiento estatal.

A partir del nuevo siglo es que sectores como Educación y Desarrollo Social comienzan a involucrarse en la problemática desarrollando algunas respuestas desde la Prevención. Las respuestas de acciones preventivas contaban con un marcado sesgo de prejuicio hacia los jóvenes, pues en su lógica sus mensajes tenían a esta población como único objetivo. Como si el problema del abuso de alcohol perteneciera solo a los jóvenes con prescindencia de los adultos.

Otras “campañas preventivas” que comenzaron a aparecer a partir de la década del 2000 fue la referida a Alcohol y Conducción. Tengamos presente que la mortalidad adolescente y juvenil en Argentina tiene su representación más alta en accidentología vial ligada a la presencia de alcohol.

VI. Observaciones finales

Si bien esta ha sido una incompleta reseña de distintas estrategias en prevención del consumo de alcohol y otras drogas que se llevan adelante en Argentina, se observa que la producción de programas, materiales, y diseño de estrategias es muy rico en este país.

Con el correr de los años, la capacitación de recursos humanos tanto en campo de la salud como en la educación fue incorporando cada vez más y mejor la temática de las adicciones en sus currículos. Sin embargo dicho recurso humano no necesariamente está distribuido de manera equilibrada en el territorio de nuestro país, lo cual se traduce en una marcada diferencia entre provincias que pueden llevar adelante acciones de calidad en el ámbito de la prevención, y otras que se encuentran más retrasadas por carecer de actores preparados para tal fin.

Con respecto a la relación interprovincial de áreas de gobierno dedicadas a la prevención del consumo de drogas, se evidencia en Argentina un retroceso en este sentido. Hasta el año 2013 funcionó en el país, a instancias de la Secretaría de Prevención de Drogas de Nación (SEDRONAR), un espacio de intercambio y fortalecimiento denominado Co.Fe.Dro, es decir Consejo Federal de Drogas. Sin embargo a partir de ese año dicho Consejo dejó de ser convocado por Nación sin quedar claras las razones de ello. La falta de este espacio debilitó la socialización de información sensible y el intercambio de recursos con el que las provincias se fortalecían entre sí mientras funcionaba el CoFeDro.

Es de señalar también la necesidad de que Argentina se esfuerce en articular inter-jurisdiccionalmente los esfuerzos que se llevan adelante en el terreno de la prevención. Si bien Nación, Provincia y Municipios han asumido cada vez más el tema de la prevención, no existen hoy claras articulaciones de esfuerzos entre las jurisdicciones mencionadas. La consecuencia de esto es la superposición de programas, y la desequilibrada oferta de acciones preventivas en la distribución territorial del país.

Por último, es de destacar que en la descripción de acciones mencionadas anteriormente no hubo referencias al trabajo de las ONGs que se dedican al tema de la prevención. En realidad, en Argentina las instituciones no gubernamentales han tenido históricamente un mayor desempeño en el campo de la asistencia, y muy poco en prevención. Salvo excepciones como Fundación Convivir de Buenos Aires, y Asociación Programa Cambio de Córdoba (Mansilla, 2015).

Esto ha sido así entre otras cosas porque los presupuestos estatales destinados al apoyo de ONGs se orientaron más que nada a financiar estrategias de rehabilitación en adicciones, destinando muy poco o nada a financiar programas de Prevención llevados adelante por ONGs.

IV. Conclusiones y Proyecciones

Aunque la prevención del consumo de alcohol y otras drogas tiene en nuestro país una historia corta y reciente son muchos los programas de esta naturaleza que se comenzaron a implementar en Argentina sobre todo a partir del nuevo siglo.

De alguna manera se puede decir que si el final del siglo XX estuvo marcado por la necesidad de construir respuestas asistenciales, el siglo XXI comenzó configurándose como el siglo de la Prevención.

Nunca antes en nuestro país habían surgido tantas áreas de gobiernos provinciales orientadas a la prevención de las adicciones, ni tampoco se había visto un abanico tan grande de propuestas preventivas destinadas a ámbitos laborales, escolares, familiares y comunitarios.

Sin embargo, y como ya expresamos, la distribución territorial de estas acciones no aparece hoy en nuestro mapa dibujando un esquema equitativo. Así como hay provincias y municipios que han logrado un desarrollo importante en este tema, hay otros que carecen totalmente de propuestas similares.

Esto pone en evidencia la necesidad darle mayor racionalidad a las Políticas Públicas Nacionales y Provinciales en materia de prevención a efectos de que puedan corregir estas desigualdades.

En lo referido al diseño de programas de prevención, se observa que se ha puesto mucho interés en distintas provincias en alcanzar sobre todo a la población escolar y a distintos tipos de intervención comunitaria.

Sin embargo estos y otros programas en marcha presentan en gran parte de uno de los déficits más comunes de estas intervenciones, que es el de contar con buenos programas de evaluación de resultados.

La ausencia de programas de evaluación es una tarea pendiente que seguramente se desarrollará en el futuro próximo. La cada vez mayor intervención de la academia en el campo de formación de recursos humanos, y el creciente interés de la Universidad en el tema de las adicciones, así lo demuestran.

En Argentina la investigación sobre adicciones también es un campo surgido en este último decenio. A partir de la creación del Observatorio Argentino de Drogas se comenzaron una serie de estudios epidemiológicos que contribuyeron con valiosos insumos a la hora de orientar acciones preventivas (www.observatorio.gov.ar). Sin embargo a partir de 2013 la frecuencia y tipo de estudios de este Observatorio casi que desapareció, dejando un vacío de información del que urgentemente Argentina deberá recuperarse para poder diseñar sus acciones preventivas con base en conocimiento sólido, por lo menos desde lo epidemiológico.

Otro tipo de investigaciones también se llevan adelante en el campo universitario, como las relacionadas con investigación básica, impacto del consumo de alcohol en adolescentes, sistema de creencias sobre consumo de drogas en distintas poblaciones, etc.

Sin embargo no existen todavía marcos de diálogo establecidos y maduros entre la academia y los ámbitos de la Política Pública que permitan el desarrollo de experiencias de transferencia tecnológica que nutran los espacios de toma de decisión política en materia de prevención.

A futuro nuestro país se enfrenta a desafíos claros que ayudan al establecimiento de distintos objetivos. Convendrá entonces reforzar la relación con la academia, y alentar a ésta a realizar investigaciones y estudios que verdaderamente orienten el diseño de políticas públicas en este terreno.

También el mundo universitario debería tener la oportunidad de avanzar en la evaluación de los programas preventivos que se llevan adelante, a fin de que puedan ser mejorados y corregidos.

A nivel nacional es importante fortalecer la coordinación de acciones en alianza con las provincias, estimulando los diagnósticos locales y regionales, a fin de que los programas de acción estén contextualizados a cada realidad territorial.

Muchos son los productos que las áreas de prevención provinciales han logrado en estos años. Ya que se observa la aparición de diversos programas preventivos en provincias y municipios.

Es de esperar entonces que la Política Nacional ayude a identificar y socializar los programas exitosos, las buenas prácticas que están en marcha, y que a veces permanecen focalizadas e invisibles para el afuera.

El Estado también debería avanzar con una mirada que permita una mejor y mayor integración de las ONGs que trabajan en prevención. Muchos profesionales con alta capacitación se desempeñan en estos organismos. Sin embargo históricamente existe una carencia de respaldo por parte de estado a tales emprendimientos. Se debería trabajar para que dicha situación se revierta.

Referencias

- Acosta, L., Fernández, A. R., & Pillon, S. (2014). Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 19, 771-81. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/15.pdf>
- Andrea, U. K., & Humberto, L. (2014) Un acercamiento desde el Trabajo Social a las Políticas de Prevención y Asistencia sobre el uso y abuso de Alcohol y otras Drogas en la Industria del Petróleo. Obtenido de <http://www.margen.org/tesis/ulbrich.pdf>
- Álvarez, D. (2011) *Evaluación del Programa de Prevención Integral sobre el Uso Indevido de Drogas en el Ámbito Educativo "Quiero Ser"*. Obtenido de <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Evaluacion Programa Quiero Ser.pdf>
- Aragón, A., Pastore, M. A., & Alfonso, G. (2014). Reformulación de un programa psicoeducativo sobre drogas de iniciación dirigido a estudiantes de una escuela secundaria pública de Rosario (Argentina). En *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.aacademica.com/000-035/239>
- Arcuri, D. (2010). Plan estratégico de salud en cárceles federales de Argentina. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 12(2), 21-26. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v12n2/en_03_especial2.pdf
- Ardiles, R. A., Cardozo, G. P., Dubini, P. M., & Fantino, I. E. (2012). Potenciando el autocuidado de la salud en los adolescentes. *Revista electrónica sobre extensión universitaria*, ISSN 1852-9569 (3). Obtenido de <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/extensionenred/article/view/1157/1330>

- Avila, G. E., Ferriani, M. D. G. C., & Nakano, A. M. S. (2005). Factores protectores sobre el consumo de alcohol que promueven las maestras de pre-escolares. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 778-783. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea03.pdf>
- Burrone, M. S. (2010). *Análisis del registro de intervenciones preventivas sobre el consumo de drogas en adolescentes y escolarizados de la Provincia de Córdoba-Argentina* (tesis doctoral, Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Salud Pública). Obtenido de http://lilddbi.fcm.unc.edu.ar/lilddbi/tesis/Burrone_maria_soledad.pdf
- Camarotti, A. C., Kornblit, A. L., & Di Leo, P. F. (2013). Prevención del consumo problemático de drogas en la escuela: estrategia de formación docente en Argentina utilizando TIC. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 695-703. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop3013.pdf>
- Carballeda, A. J. M. (2008). La prevención en drogadicción. Una mirada desde la intervención en lo social. *Drogadicción y sociedad. Cuadernos de Margen. Ed. Espacio. Bs. As.* Obtenido de <http://www.sada.gba.gov.ar/produccion/adiccionespdf/carballeda.pdf>
- Cardozo, G., & Barrón, M. (2003) Promoción de conductas saludables en los adolescentes ante la problemática de la violencia y adicciones. Obtenido de www.fpsico.unr.edu.ar/congreso/mesas/Mesa%207/gracielaCardozo.pdf
- Cardozo, G., Dubini, P. M., Ardiles, R., Tuja, B. M., Fantino, I., Lucero, M. F., & Pozzi, S. (2007). Asertividad y prevención del consumo de sustancias y violencia en la adolescencia. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del*

Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.aacademica.com/000-073/165>

Cardozo, G., Dubini, P. M., Ardiles, R. A., Fantino, I. E., Saracho, M. V., Ferrero, M. I., Herrera N.C., Lucero, M. F.; Constantino, M. G., Fidelio, L & Warner Hernandez, G. J. (2012). Habilidades sociales en adolescentes: Relación con el consumo de sustancias. In *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.aacademica.com/000-072/280>

Castilla, M. V., Olsen, M. C., & Epele, M. E. (2012). Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. *Antípoda*, 14, 209-229. Obtenido de <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/232/index.php?id=232>

Clari, P. L. (2013). Prevención de adicciones: el docente como educador en la promoción de habilidades preventivas en adolescentes que cursan el ciclo orientado. Obtenido de <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/tesis/prevencion-adicciones-docente.pdf>

Cornejo, F., & Amanda, M. (2014). Prevención de adicciones tecnológicas en adolescentes argentinos. Obtenido de <http://roderic.uv.es/handle/10550/37239>

Crama, J., D'Alessandre, V. & Rodríguez, I. L. (2011) *Líneas de intervención en el consumo abusivo de sustancias legales e ilegales en adolescentes. Diálogos entre el mundo adolescente y el mundo adulto para el diseño de estrategias de cuidado y prevención*. Obtenido de <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=4436>

- Cymerman, P., Ereñú, N., Goltzman, P., Faraone, S., Rojas, E., Rossi, D., Sánchez, A., Touzé, G., Vázquez, S., & Vila, M. (1999). Harm Reduction Experiences In Buenos Aires. *Adicciones*, 11(4). Obtenido de <http://www.adicciones.es/files/cymerman.pdf>
- De Vincenzi, A., & Bareilles, G. (2011). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educación y Educadores*, 14(3), 577-599. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/eded/v14n3/v14n3a08>
- Des Champs, C. (2010). Didáctica e Intervenciones Sistémicas en la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires: Una experiencia de redes. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 8(2), 1-28. Obtenido de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v8n2/v8n2a01.pdf>
- Epele, M. E. (2008). Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el gran Buenos Aires, Argentina. *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, (6), 293-312. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2777930>
- Fernández, S., Calderoni, A., Milán, T., & Sánchez, M. (2015) CONTEXTO ACTUAL DE LOS ACTORES Y LAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN DE LA DROGADICCIÓN. EXPERIENCIAS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN DOS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE SAN LUIS. Obtenido de <http://www.fchst.unlpam.edu.ar/iciels/087.pdf>
- Gómez, M. (2000). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología de la USAL. Año*, (4). Obtenido de <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1205/1504>

- Goti, E. (2002). Las Organización de la Sociedad Civil y la Prevención de las Adicciones en Argentina. En *Desarrollo* (52), Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina.
- Goti, E. (2004) Programa desarrollo social y sociedad civil posgrado en organizaciones. Maestría en Organizaciones sin fines de lucro sin fines de lucro. OSFL de Prevención del Uso Indebido de Drogas en Argentina: ¿Quiénes son? Obtenido de www.gestionsocial.org/archivos/00000127/S12731431-Tesis_Goti.pdf
- Gutiérrez Raina, D. (2006). Familia y escuela en la prevención primaria del uso de drogas. In *Profesionales de la salud escolar: avanzando juntos* (pp. 1-27). Obtenido de http://www.lasdrogas.info/doc/documentos/Familia_Escuela.pdf
- Hauser, M. P., Milán, T. A., & Ressia, I. D. V. (2011). UN APORTE A LA PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES A PARTIR LA OBSERVACIÓN DE CONDUCTAS EN NIÑOS PREESCOLARES. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.aacademica.com/000-052/296.pdf>
- Kantor, D. (2005). Adolescentes, jóvenes y adultos. Propuestas participativas en recreación. *Documento de trabajo, Buenos Aires, cedes*. Obtenido de http://portal.educacion.gov.ar/files/2013/10/adiccion_kantor.pdf
- Kornblit, A.L., Camarotti, A.C. & Di Leo, P.F. (2011) *Prevención del consumo problemático de drogas: Módulo 1 La construcción social de la problemática de las drogas*. Obtenido de www.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf

- Kornblit, A.L., Camarotti, A.C. & Di Leo, P.F. (2011) *Prevención del consumo problemático de drogas: Módulo 2 Periodización del consumo de drogas*. Obtenido de <http://ecaths1.s3.amazonaws.com/prevencionvarela/MODULO.2..Periodizacion.del.consumo.de.drogas.229582471.pdf>.
- Kornblit, A.L., Camarotti, A.C. & Di Leo, P.F. (2011) *Prevención del consumo problemático de drogas: Módulo 3 Las respuestas legales y sociosanitarias frente a los usos problemáticos de drogas*. Obtenido de <https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/3-respuestas-legales-y-sociosanitarias-frente-a-los-usos-problemc3a1ticos-de-drogas1.pdf>
- Kornblit, A.L.; Camarotti, A.C. & Di Leo, P.F. (2011) *Prevención del consumo problemático de drogas: Módulo 4 Transformaciones en el lugar de la escuela y en las relaciones entre jóvenes y adultos*. Obtenido de http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Modulo_4.pdf
- Kornblit, A.L., Camarotti, A.C. & Di Leo, P.F. (2011) *Prevención del consumo problemático de drogas: Módulo 5 La promoción de la salud en las escuelas*. Obtenido de <https://infanciayjuventudsc.files.wordpress.com/2011/05/5-promocic3b3n-de-la-salud-en-las-escuelas1.pdf>
- Kornblit, A.L., Camarotti, A.C. & Di Leo, P.F. (2011) *Prevención del consumo problemático de drogas: Módulo 6 Abordajes en torno al consumo problemático de drogas en la escuela*. Obtenido de http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Modulo_6.pdf
- López de Neira, M. L., Bella, M., Acosta, L. D., Burrone, M. S., Lucchese, M., Mansilla, J. C., Martínez Allende G., Borsotti M., Cometto M.C., Acevedo G, Estario J.C & Fernández, A. R. (2010). Atención Primaria y Trastornos Mentales y del Comportamiento: una mirada exploratoria. *Revista de Salud Pública*, 14(1), 6-14. Obtenido de http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_04_art1_pp%206_14.pdf|1

- Mansilla J.C. (2015). Apuntes Históricos de la Política Pública en Consumo de Drogas de Argentina. 9 de Agosto 2015, de Web Personal Sitio web: <http://juanenlinea.blogspot.com.ar/2015/05/apuntes-historicos-de-la-politica.html>
- Mansilla, J.C., Esteve De Lorenzi, L., Bordón, C, Bande, M.L., Bonetto L., Díaz Meade C, Espejo M., Fernandez, M., Fuentes M, Gabetta A., Pedernera C., Priolo M, Sanchez M. & Turro, S. (2014) *Poné Me Gusta*. Obtenido de <http://ponemegusta.cba.gov.ar/docs/ponemegusta.pdf>
- Mansilla, J.C., Provinciali D. & Esteve De Lorenzi, L. (2011) *Guía de Intervención Escolar en Situaciones de Consumo o Presencia de Drogas*. Obtenido de http://ponemegusta.cba.gov.ar/docs/SEPADIC_guia%20intervencion_escolar.pdf
- Mansilla, J.C., Esteve De Lorenzi, L., Pedernera, C., Bande, M.L., Fernandez Alvarez, M. & Beltrán Moyano, M. (2015). *Sindicatos en Acción. Programa de Prevención Laboral*. Obtenido de <http://1drv.ms/1L3mDLY>
- Míguez, H. (2001). Fundamentos para una tarea preventiva. In *Trabajo presentado en el 3º Congreso Internacional sobre Adicciones de Programa Cambio. Córdoba* (Vol. 257, pp. 23-12). Obtenido de www.hugomiguez.com.ar/prev1.pdf
- Míguez, H. A. (2007). Abuso de sustancias psicoactivas: sobre la prevención. *ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA DE AMERICA LATINA*, 53(3), 157. Obtenido de <http://www.hugomiguez.com.ar/emergencias.pdf>

- Míguez H., Fernández R. & Mansilla J.C. (2010) *Estudio exploratorio sobre el imaginario de nocturnidad, la alcoholización, y la diversión juvenil*. Obtenido de <http://www.hugomiguez.com.ar/Infocales.pdf>
- Míguez, H., Fernández, R., & Mansilla, J. C. (2010). Primer estudio exploratorio sobre la consulta juvenil en emergencias por uso de sustancias psicoactivas en hospitales de urgencia y de niños de la ciudad de Córdoba. *Córdoba: Secretaría de Coordinación en Prevención y Asistencia de las Adicciones*.
- Míguez H., Fernández R. & Mansilla J.C. (2011) Sondeo de representaciones sociales en adicciones en un grupo calificado de la comunidad. *Revista de Salud Pública (En línea) ISSN 1853- 5305*.
- Miguez, H. A., Fernandez, R., Romero, M., & Mansilla, J. C. (2012). Creencias y consumo de sustancias psicoactivas en escolares de la ciudad de Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 58, 3-10. Obtenido de www.hugomiguez.com.ar/Acta%20Psiqui.pdf
- Milán, T., Calderoni, A., Ressia, I., & Ruiza, M. (2001). Experiencia de prevención escolar de las drogas en Argentina basado en la teoría de Pichón Riviere. *Adicciones*, 13(4), 433-438. Obtenido de <http://www.adicciones.es/files/milan.pdf>
- Ministerio de Educación. (2009). El Programa Nacional de Educación y Prevención Sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas. junio 2015, de Presidencia de la Nación Sitio web: http://portal.educacion.gov.ar/files/2013/10/adiccion_prevenccion.pdf
- Oscar, F. J., & Benítez, M. C. (2006). Características del abuso de sustancias en población carcelaria de la Provincia de Buenos Aires. Parte 2. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata*, 1. Obtenido de <http://revista.med.unlp.edu.ar/archivos/200610/7%20FOLINO%20parte%201.pdf>

- Palencia, P.C., Michelli, V. & Escudero, J. (2006) *Modelo de reducción de daños y trabajo social*. Obtenido de www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/palencia.doc
- Pombo, C., Vinocur, E., D Aman, M., Di Nezza, F., Fraga, R., Posse N. & Gutierrez C. (2005) *Medición del impacto del programa de prevención de adicciones mediante la práctica deportiva*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/250484626/Medicion-de-Impacto-Del-Programa-de-Prevencion-de-Adicciones#scribd>
- Raiden, M. (2013). Razón, verdad y experiencia en prevención de adicciones: análisis de la retórica preventiva del Programa Nacional Quiero Ser. Obtenido de http://www.margen.org/tesis/Tesis_Raiden.pdf
- Sileoni, A., Abrile, M., Brawer, M., Saccone, I.; Ryan, S.; Campelo, A. & Fagaburu C. (2009) *Prevención del Consumo Problemático de Drogas: desde el lugar del adulto en la comunidad educativa*. Obtenido de <http://portal.educacion.gov.ar/primaria/files/2010/04/cuadernillo-para-primer-web.pdf>
- Schiazano, B. & Gordo, N. (2014) *Estrategias en Salud Sexual y Reproductiva en mujeres con uso problemático de drogas. Aspecto bio-psico-sociales desde la perspectiva de la reducción de daño*. Obtenido de <http://www.cenareso.gob.ar/informe-de-avance-proyecto-de-investigacion-schiazano-gordo/>
- Segovia, N. S., & Gonçalves, M. F. (2011). Los espacios escolares para la prevención de la drogodependencia: concepción de directivas de escuelas secundarias. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19, 782-8. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/16.pdf>
- Specogna, M. B. (2003) De la investigación a la participación, el campo de la prevención. Obtenido de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.596/te.596.pdf>

- Tomada, C., Ciaravino N.; Rial N., Deibe E., Arrighi, W., Ruiz, A. & García L. *Prevención Consumo de drogas, sustancias psicotrópicas y alcohol en el mundo del trabajo Lineamientos para un plan de acción*. Obtenido de www.trabajo.gob.ar/difusion/copread/Cuadernillo-copread.pdf
- Touzé, G., Cymerman, P., Goltzman, P., & Rossi, D. (2001). Experiencias de reducción de daños asociados a las drogas en la ciudad de Buenos Aires. *Infosida*, 1(1), 26-9. Obtenido de <http://www.intercambios.org.ar/txtcons/txt10.htm>
- Touzé, G. (2010). Argentina: ¿La reforma que viene? *Serie reforma legislativa en materia de drogas*, (6). Obtenido de <http://www.intercambios.org.ar/wp-content/uploads/2010/12/Argentina-la-reforma-que-viene-Touz%C3%A9WOLATNI.pdf>
- Villace, M. B., Fernandez, A. R., & Costa Junior, M. L. D. (2013). Alcohol consumption in young people between 18 and 24 years according to sociodemographic characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(5), 1144-1150. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692013000501144&script=sci_arttext
- Wrobel, G. (2006) *Programas y políticas de estado en materia de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en Argentina, América y Europa. Estado de situación mundial*. Obtenido de http://www.observatorio.gov.ar/especificos/informesinternacionales/2006_OEI-05_Politicas_de_Prevenion_de_Drogas_en_el_Mundo.pdf
- Yarúa, J. A. (2005). *Drogas, escuela, familia y prevención / Drugs, school, family and prevention*. Editorial Bonum. Obtenido de https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=21VGz7K_NLQC&oi=fnd&pg=PA36&dq=prevencion+en+adicciones+Argentina&ots=xBWR0XjjFQ&sig=QuB

- Yarúa, J. A. (2014). ¿Reducción del daño o negación del daño? *Signos Universitarios*, 27(43). Obtenido de <http://p3.usal.edu.ar/index.php/signos/article/viewFile/2167/2714>
- Zaffaroni, E. Prevención del consumo problemático de drogas: desde el lugar del adulto en la comunidad educativa. *Recomendados de la Biblioteca Ricardo Gutiérrez*. Obtenido de http://www.spadla.gba.gov.ar/bibliotecaylinks/2011_1semestre.pdf#page=83
- Zampa, C. (2002). Red de mediadores comunitarios en prevención de adicciones. Obtenido de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2349>

2. BRASIL

Prevención del abuso de alcohol y drogas entre adolescentes del Brasil³

Sheila Giardini Murta

Inês Gandolfo Conceição

Samia Abreu

Ana Aparecida Vilela Miranda

Arthur Oliveira Corrêa

I. Introducción

La alta incidencia del uso de drogas entre adolescentes y jóvenes ha sido objeto de atención de los investigadores de todo el mundo, especialmente por los daños asociados al abuso, tales como trastornos del humor y perjuicios para los procesos cognitivos y motivacionales de los jóvenes (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Aun cuando en Brasil el abuso de drogas lícitas e ilícitas entre la población de adolescentes ha venido disminuyendo con el correr de los años, todavía se observa un alto consumo de drogas lícitas, especialmente de alcohol (Carlini, Noto y Sánchez, 2010).

Al comparar los datos de las dos encuestas sobre el consumo de drogas entre estudiantes de enseñanza básica y media de las escuelas públicas del Brasil realizadas por el CEBRID en 2004 y en 2010 (Carlini, et al., 2010; Galduróz, Noto, Fonseca, & Carlini, 2005) se observa una disminución en el *uso de vida* de drogas en general en todos los grupos etarios investigados. En la franja etaria entre los 10 y los 12 años el *uso de vida* en 2004 fue del 10,2% y en 2010 fue del 4,6%; en la franja de los 13 a los 15 años el uso en 2004 fue de 20,3 % y en 2010 de 8,4%; entre los 16 y los 18 años el uso fue del 26.5%

³ Traducción del portugués por Augusto Pérez Gómez, con la colaboración de Juliana Mejía Trujillo.

en el estudio del 2004 y del 15.7% en 2010. A su vez, hubo una disminución en el *uso de último año* de drogas entre los estudiantes, en comparación con la encuesta realizada en 2004. Esa disminución (de 19,6% a 9,9%, excluyendo el alcohol y el tabaco) invierte una tendencia de aumento creciente que venía siendo observada en todas las encuestas realizadas desde la década de 1990. Con excepción de la cocaína, cuyo consumo aumentó (1,7% en 2004 y 1,9% en 2010) aunque su uso todavía es discreto si se compara con otras drogas como el alcohol, el tabaco, los inhalables y la marihuana. En el caso del crack también hubo una disminución (de 0,7% en 2004 para 0.4% en 2010), aun cuando el número de estudiantes consumidores fue tan bajo que no permite hacer afirmaciones consistentes.

Los perjuicios del abuso de alcohol residen no solamente en su potencial de incremento de otros comportamientos de riesgo, tales como violencia, conducción bajo la influencia del alcohol y conductas sexuales riesgosas, sino que pueden agravar aún más la vulnerabilidad del joven (World Health Organization, 2014). Al tener en cuenta cuán vulnerables son a las diferentes formas de violencia y al abuso de drogas lícitas e ilícitas, y al tener en cuenta la elevada tasa de mortalidad por causas externas para esa población (Ministerio de Salud, 2010, Deslandes, De Assis, & Santos, 2005; Koller, Morais, & Cerqueira-Santos, 2009), se observa la necesidad de priorizar la atención integral a la salud de los adolescentes y los jóvenes.

En esta perspectiva, en el presente texto abordaremos iniciativas de prevención del abuso de drogas en adolescentes del Brasil, con base en los factores de riesgo y protección contra el abuso de drogas; en la segunda sección se describe la evolución de las políticas públicas sobre drogas y su estado actual, en lo que se refiere a las directrices para la prevención; en la tercera se presentan las estrategias preventivas de amplio alcance apoyadas por órganos gestores en el ámbito nacional como el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación; en la cuarta se resumen los estudios brasileros sobre la prevención del abuso de alcohol y drogas en adolescentes.

Factores de riesgo y de protección para el abuso de drogas en la adolescencia

Los factores de riesgo pueden ser definidos como las condiciones asociadas a una mayor probabilidad de surgimiento de comportamientos que comprometen la salud y el bienestar, generando resultados negativos e indeseados en el desarrollo (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, & Turbin, 1995); en cuanto a los factores de protección, son recursos y potencialidades que pueden eliminar o minimizar los efectos de los factores de riesgo y de las vulnerabilidades (Walsh, citado en Souza y Oliveira, 2011). Estos factores han sido considerados como objetivos que deben ser priorizados en la planeación e implementación de intervenciones preventivas (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano, & Baglioni Jr., 2002; Hawkins, Catalano, & Arthur, 2002; Hawkins et al., 1992). El desarrollo de las acciones preventivas y de las intervenciones focalizadas en los riesgos y en las protecciones, han mostrado resultados significativos, incluso en la reducción del involucramiento con drogas, la violencia y la delincuencia (Briney, Brown, Hawkins, & Arthur, 2012; Hawkins et al., 2002).

No existe un consenso en la literatura sobre cuáles son los factores de riesgo y de protección que influyen en el involucramiento del joven y del adolescente con las drogas, habiendo autores que consideran la ausencia de un factor de riesgo como un factor de protección y viceversa (Santos, 2006). Sin embargo, como advierte Rutter (citado en Poletto y Koller, 2008) es importante no equiparar factores de protección con condiciones de bajo riesgo. Tampoco se debe asumir la complementariedad entre factores de riesgo y de protección, pues se trata de variables independientes (Jessor et al., 1995; Schenker & Minayo, 2005).

Otro punto de divergencia en cuanto al funcionamiento dinámico de los factores. Algunos autores entienden que las situaciones vividas por personas diferentes, pueden constituirse en riesgo y promover consecuencias

negativas sobre el desarrollo, o funcionar como protección, impactando de manera positiva (Libório, Coêlho, & Castro, 2011; Paludo & Koller, 2005). En ese sentido, riesgo y protección serían categorías mutables y elásticas (Polleto y Coller, 2008). Poletto y Coller (2008) señalan que el impacto de los eventos estresantes está determinado por la forma como son percibidos por el individuo, lo que a su vez está asociado a especificidades del ambiente tales como los sitios frecuentados por los jóvenes y su red de apoyo y a características individuales tales como experiencias y procesos psicológicos.

Esas especificidades pueden ser entendidas como factores de protección que minimizan la vulnerabilidad del individuo y reducen la influencia de los contextos de riesgo en el bienestar del adolescente (Schenker & Minayo, 2005). Según ese punto de vista, el impacto de los factores de riesgo sobre el desarrollo del individuo es moderado o minimizado por el efecto de los factores de protección (Costa y Dell’Aglío, 2009; Jessor et al., 1995). En otras palabras, los factores de riesgo son siempre factores de riesgo y lo que cambia es su impacto sobre la vida del individuo dependiendo de la presencia o no de los factores de protección.

Sin embargo, ambas corrientes parecen concordar en que el riesgo es un proceso dinámico y no una relación de causa - efecto entre factor y comportamiento (Briney et al., 2012; Koller et al., 2009). Otro punto de concordancia se refiere a la comprensión de que los factores de riesgo impactan de manera diferente en momentos distintos del desarrollo del individuo (Hawkins, Lishner, & Catalano, 1985; Paludo & Koller, 2005; Poletto & Koller, 2008).

Malta et al. (2011), en un estudio transversal con 60.973 adolescentes de nueve años en 26 capitales brasileras y en el Distrito Federal, encontraron que la familia es un factor de protección con respecto al uso de tabaco, alcohol y drogas entre adolescentes. Ese estudio realizado por medio de un cuestionario auto-aplicable buscaba investigar la relación de la familia en el

involucramiento de los adolescentes en comportamientos de riesgo para el uso de drogas. Se pudo verificar que la supervisión familiar, el diálogo, el afecto y la cohesión fueron los factores protectores contra el uso de drogas.

En un estudio menor con 23 adolescentes de 15 a 19 años, Costa, Camurça, Braga e Tatmatsu (2012) buscaron identificar las opiniones de esos jóvenes sobre lo que ellos consideraban riesgoso y protector del uso de drogas. Los grupos focales, formados por ocho adolescentes, discutieron la influencia del grupo social y el ambiente en el que los jóvenes estaban insertos como factor de riesgo para el uso pues, además de la presión ejercida por los pares, podría también estar relacionado con la facilidad de acceso a traficantes como modelos de vida. Los jóvenes también dijeron que tener problemas con los padres, tener una relación familiar desagradable y conflictiva, poca apertura de los padres para conversar, podrían ser factores de riesgo. Esos jóvenes además encontraron que era necesario invertir en la promoción juvenil con grupos sociales favorables; mejores perspectivas de futuro por medio de inversiones gubernamentales en proyectos de profesionalización; y más espacios para hacer deporte. Los adolescentes afirmaron que cuando un joven tiene objetivos y planes para el futuro tiene menos probabilidades de involucrarse en el mundo de las drogas. Además, la escuela debería proporcionar más espacios de escucha abierta, tratando el asunto de forma más crítica y dialogada y menos punitiva.

Esos datos corroboran los encontrados en otros estudios brasileiros (Monteiro, Vargas, & Rebello, 2003; Reis & Oliveira, 2015; Schenker & Minayo, 2005) que han investigado los factores de riesgo y protección para uso de alcohol y otras drogas. Tales estudios consideran como principales factores correlacionados con el uso de drogas la curiosidad por experimentar; la presión de los pares, el desconocimiento de los efectos por el uso de las drogas; el fácil acceso; la escasez de diálogo franco sobre el tema, en la escuela y en la casa; los problemas familiares (ambientes familiares conflictivos); ejemplos

familiares (padres dependientes del alcohol y otras drogas); y falta de oportunidades para la distracción o el trabajo. Ahora, los factores de protección se relacionan con el desarrollo de la promoción del protagonismo juvenil; buenas relaciones familiares (relaciones con amor y límites); grupos de amigos; y práctica de deportes.

Aquí es posible presentar esos factores de riesgo y protección para el abuso de drogas entre adolescentes, siguiendo la estructura de planeación para prevención del sistema *Communities That Care* (Arthur et al., 2002), sistema operacional desarrollado por los investigadores del *Social Development Research Group* (SDRG) para la capacitación, planeación y adopción de estrategias preventivas basadas en evidencias (Hawkins et al., 2008, 2009). La referida estructura está basada en revisiones de la literatura sobre uso de drogas, delincuencia y violencia entre adolescentes (Hawkins et al., 1985, 1992). De este modo, los diversos factores de riesgo afectan simultáneamente varios efectos negativos en la salud del adolescente más allá del abuso de drogas. De la misma manera actúan los factores protectores.

Las figuras 1 y 2 representan, respectivamente, los factores de riesgo y de protección para el involucramiento en el uso de drogas, violencia y delincuencia a los cuales los jóvenes y adolescentes están expuestos en los diferentes campos de su vida. Los factores estarán representados de acuerdo con los cinco dominios en los que se encuentran: comunitario, escolar, familiar, pares/amigos e individual⁴. Por lo tanto, los factores de riesgo y de protección serán considerados como categorías distintas y no como una ausencia de otro. Esa estructura, sin embargo, no es definitiva ni consensual.

⁴ De acuerdo con CTC, son cuatro dominios de prevención, pues pares/amigos e individual son uno solo. Pero no les faltan razones a los autores brasileños para separarlos. Nota de los editores.

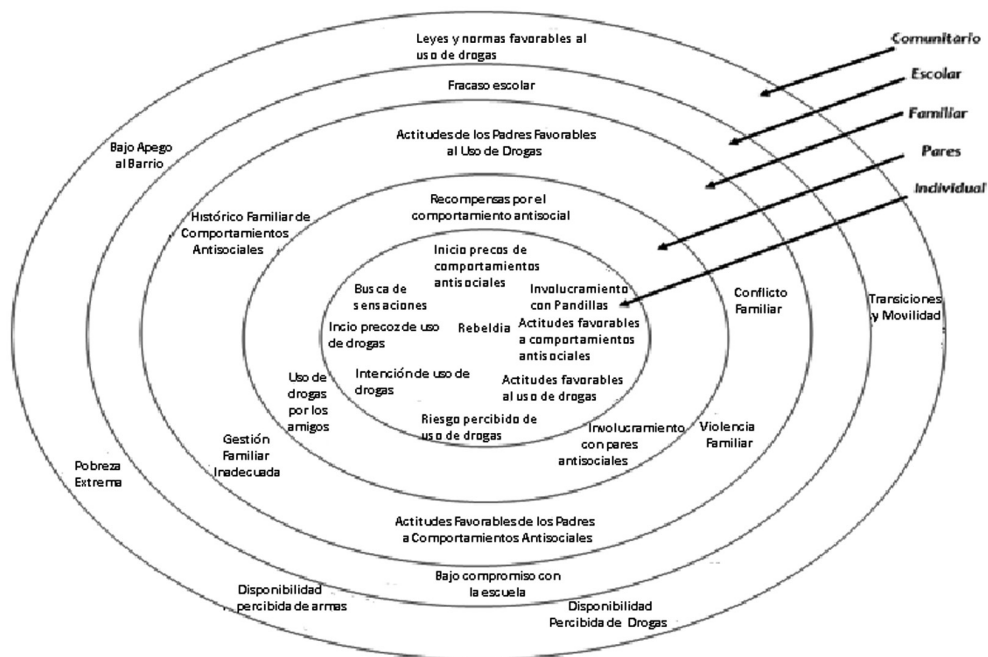


Figura 1: Factores de riesgo para el involucramiento de jóvenes y adolescentes con drogas, violencia y delincuencia

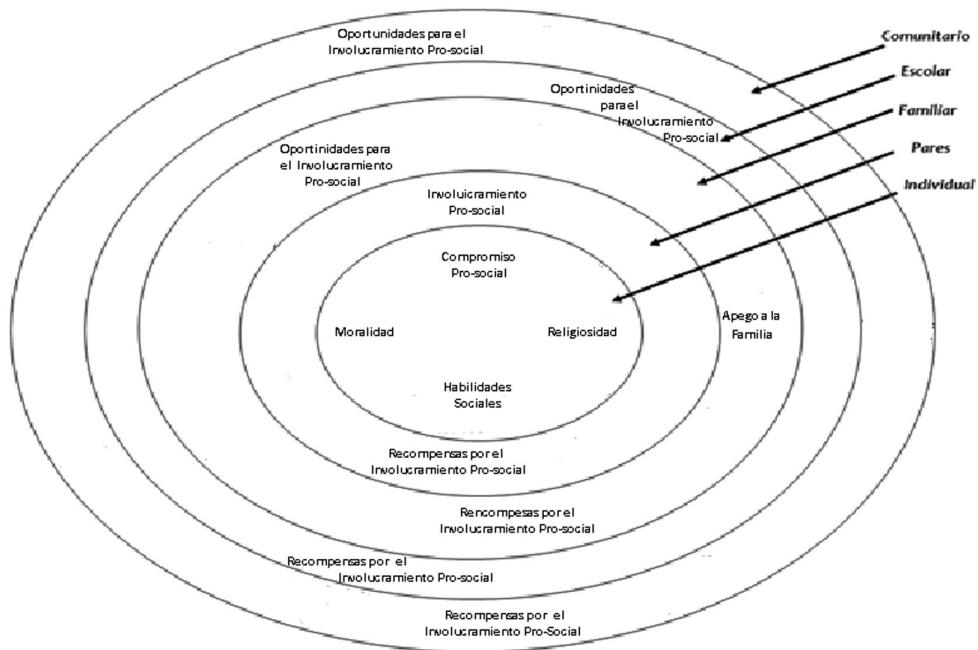


Figura 2: Factores protectores para el involucramiento de jóvenes y adolescentes con drogas, violencia y delincuencia

Como resultado de tal multiplicidad de factores protectores y de riesgo, el diseño de políticas públicas y de programas preventivos debe focalizarse en más de un dominio. Idealmente, deberían estar dirigidos a los dominios: comunitario, escolar, familiar, pares/amigos e individual. En Brasil, las experiencias preventivas han estado dirigidas sobre todo a los dominios escolar y familiar como se describirá posteriormente.

II. Políticas públicas y prevención del abuso de drogas en Brasil

Para comprender el escenario actual de las políticas públicas de prevención del uso de drogas en Brasil, es necesaria una breve contextualización histórica sobre la evolución de las mismas. Ese tema siempre osciló entre los terrenos de la seguridad pública, de la justicia penal y de las políticas de salud. Como consecuencia de esto, el usuario de drogas recibe tratamientos contradictorios siendo tratado a veces como paciente, a veces como criminal. Tanto

la una como la otra forma provocan estigmatización y contribuyen a mantenerlos en la clandestinidad limitando la comprensión del fenómeno.

No queda duda de que existen otros intereses involucrados en el escenario referente al tema de las drogas, que son de orden moral, político, ideológico y económico, y que muchas veces se imponen sobre los argumentos científicos de derechos humanos y de salud pública. Desde dicha perspectiva, históricamente el modelo político asumido por el gobierno brasileño, estuvo influenciado por el prohibicionismo norteamericano que dictó los acuerdos internacionales, cuyo énfasis recae en la criminalización, la psiquiatrización y la exclusión de los individuos consumidores de drogas.

Entre tanto, a diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos —en donde la criminalización del uso y del comercio de drogas se considera una *acción preventiva* promovida por grupos específicos (juristas, políticos y religiosos) al frente de la política prohibicionista— en Brasil el grupo que más presionó por el control penal de las drogas, fue el de los médicos legistas y el de los psiquiatras (Santos & Oliveira, 2012). La evolución de las políticas sobre drogas en Brasil, cambió a partir de los movimientos de reforma psiquiátrica.

De 1964 a 1985, Brasil vivió un largo periodo de dictadura militar y como se observó en la Europa de la postguerra, durante este periodo y más fuertemente hacia su final, la sociedad brasilera inició diversos movimientos sociales que discutieron cuestiones económicas, sociales y fundamentalmente políticas, incluido lo que hace referencia a la salud pública. En ese escenario, impulsada por este movimiento social, por el contexto internacional de críticas a las prácticas de violencia y malos tratos en los manicomios y apoyada por el paradigma psicosocial, se inicia la Reforma Psiquiátrica Brasileña. El movimiento de Reforma se consolidó sobre todo con la propuesta de desinstitucionalización, con disminución progresiva del número de camas en los hospitales psiquiátricos y la oferta de servicios cercanos a los sitios en donde viven los sujetos, posibilitando la participación de nuevos agentes en el

proceso de pensar la salud (Amarante, 1994). La lucha por el cambio de los modelos de atención y la defensa de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, se constituyeron en el principal elemento de la Reforma Psiquiátrica Brasileña. El momento actual está marcado por la consolidación de las políticas públicas en torno al modelo de atención psicosocial de base comunitaria, por oposición al modelo clásico de psiquiatría que ve en el hospital y en el aislamiento de los usuarios, la principal estrategia de cuidado en el campo de la salud mental (Assis, Barreiros, & Conceição, 2013).

Uno de los registros más antiguos en las leyes brasileñas sobre drogas se remonta al año 1830 y se origina en la Cámara Municipal de Rio de Janeiro, en el cual consta que se aplicaban penalidades a los “negros vagos que se hacen detener fumando marihuana” (Santos & Oliveira, 2012, p. 85). Entre tanto, de acuerdo con las mismas autoras, la primera mención de la prohibición de sustancias consideradas como “venenosas” en el país, se dio en 1890 y consta en el artículo 159 del Código Penal Republicano. En 1924 los decretos 4.294 y 14.969 fueron incluidos en el Código Penal Brasileño. El primero proponía penas de prisión para aquellos que vendiesen opio o sus derivados, y cocaína; y el segundo creó el “sanatorio para toxicómanos” (Alves, 2009; Santos & Oliveira, 2012).

Una de las primeras referencias a la prevención de las drogas en las leyes brasileñas, aparece en 1971 en la ley 5.726. Esa ley habla sobre medidas preventivas y represivas al tráfico y al uso de sustancias estupefacientes o que provoquen dependencia física o psíquica. En ella no se hace mención del tratamiento de salud de los usuarios de drogas, excepto para los considerados como “infractores viciosos” que por tal motivo eran internados obligatoriamente en hospitales psiquiátricos para su recuperación o rehabilitación criminal (Santos y Oliveira, 2012). Pero fue la Ley 6.368/1976 que mostró avances significativos en la ampliación del espectro de las acciones de prevención, aun cuando sufrió fuerte influencia de la concepción médico-psiquiátrica e higienista (Santos & Oliveira, 2012). Las medidas de prevención y de represión

al tráfico y al uso de drogas ilícitas instituidas por la legislación Brasileña en la década de 1970, estaban en plena concordancia con las resoluciones de las dos primeras convenciones de las Naciones Unidas, realizadas en 1961 y 1971 (Alves, 2009).

En la década de los ochenta fue instituido el Consejo Federal de Estupefacientes (COFEN) responsable de la formulación de políticas públicas para el afrontamiento de las drogas. Aun cuando las actuaciones del COFEN privilegiaban las actividades de represión a la producción, tráfico y consumo de drogas, algunas iniciativas de este órgano promovieron un desarrollo de las prácticas de atención al usuario de alcohol y otras sustancias. Dentro de esas iniciativas se destaca el apoyo a los centros de referencia para el tratamiento, a las investigaciones en prevención en el área del alcohol y otras drogas, a las comunidades terapéuticas y a los programas de reducción de daño utilizados para la prevención del SIDA entre usuarios de drogas intravenosas.

El COFEN desapareció y se transformó en el Consejo Nacional Antidrogas (CONAD) en 1998. El Sistema Nacional de Prevención, Fiscalización y Represión de Estupefacientes fue transformado en el Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), mantuvo sus objetivos y creó su órgano ejecutivo: la Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD). Una declaración de guerra a las drogas y la utopía de una sociedad sin drogas, fueron la principal bandera de la política brasilera, nuevamente alineada con las convenciones internacionales.

En 2002 se instituyó la ley 10.409 que promueve el tratamiento del dependiente o usuario, de forma multiprofesional con la asistencia de su familia y recomienda la estrategia de reducción de daños. El CONAD aprobó en 2005, la Política Nacional sobre Drogas (PNAD, 2005) que pasó a considerar el uso abusivo de sustancias como un problema de salud pública y previó la necesidad de tratamiento, recuperación y reinserción social del usuario de alcohol u otras drogas. El PNAD está comprometido con la promoción

de una sociedad protegida del uso abusivo de sustancias lícitas e ilícitas y se encuentra alineada con la perspectiva de reducción de daños, que domina la reflexión internacional sobre el abordaje del uso abusivo de drogas, prevista en el artículo 196 de nuestra Constitución. El PNAD tiene como supuestos fundamentales: (a) una clara distinción entre las diferentes categorías de usuarios, por una parte y, por otra, los traficantes; (b) la prioridad de la prevención sobre la represión; (c) la realización de acciones coordinadas e integradas entre los diferentes órganos y sectores de la sociedad, el desarrollo de estrategias de afrontamiento y superación de los problemas sociales derivados del tráfico y de consumo de drogas ilícitas; (d) el desarrollo de una base de datos académico-científica que aglutine los resultados ya alcanzados por la experiencia brasileña e internacional; las acciones orientadas a la prevención y el acompañamiento y represión del uso abusivo de drogas. Las directrices son: prevención, tratamiento, recuperación y reinserción social; reducción de daños; reducción de la oferta; y estudios, investigaciones y evaluaciones (Conceição & Oliveira, 2008; Santoucy, Conceição, & Sudbrack, 2010).

La Política Nacional sobre Drogas tiene como principales directrices: atender el ideal de construir una sociedad protegida del uso de drogas; reconocer el derecho de toda persona a recibir tratamiento por drogadicción; reconocer las diferencias entre el usuario, la persona con uso indebido, el dependiente y el traficante; priorizar acciones de prevención; incentivar acciones integradas a los sectores de educación, salud y seguridad pública; promover acciones de reducción de daños; garantizar acciones para reducir la oferta de drogas en el país, entre otras orientaciones.

La más reciente legislación brasileña sobre drogas - Ley 11.343/2006 (Brasil, 2006), que revocó la Ley 10.409/2002 y la Ley 6.368/1976 – presenta avances históricamente significativos y reveladores de un posicionamiento político más moderado en relación con las drogas. Si por una parte se acentúan las actividades de represión a la producción no autorizada y al tráfico ilícito de drogas, con definición de nuevos crímenes correlacionados y con el aumento

de las penas previstas, por otra parte, en la misma ley se distingue la condición de usuarios y dependientes de drogas y aborda, de forma más extensa que en las leyes anteriores, las actividades de prevención del uso indebido, la atención a la salud y la reinserción social. Otro cambio importante se refiere al establecimiento de penas alternativas al crimen definido como porte de drogas para consumo personal.

La iniciativa más reciente de las políticas públicas sobre prevención de las drogas, se encuentra contemplada en el Decreto 7179 de 2010, en el plan integrado de lucha contra el crack, el alcohol y otras drogas (Brasil, 2010), con miras a la prevención del uso, el tratamiento y la reinserción social de usuarios y la lucha contra el tráfico de crack y otras drogas ilícitas. El Plan tiene como fundamento la integración y la articulación permanente entre las políticas y las acciones de salud, la asistencia social, la seguridad pública, la educación, el deporte, la cultura, los derechos humanos, la juventud, etc., en consonancia con los presupuestos, directrices y objetivos de la Política Nacional sobre Drogas.

El uso de drogas es todavía un problema polémico y aún hoy coexisten dos políticas públicas que buscan atenuar esta situación: la primera se fundamenta sobre el principio de punibilidad del sistema penal brasilero y la segunda se apoya en el abordaje de la descriminalización en cuanto patologiza al usuario (Santoucy et al., 2010). La política adoptada en Brasil se apoya sobre esta última, pero encuentra en la práctica una perspectiva dirigida por el principio de punibilidad, y por eso su aplicación, adaptación y difusión enfrenta tantas dificultades. Se observa que fueron muchos los avances referentes a la prevención del uso de drogas pero todavía falta mucho por hacer.

III. Acciones de prevención del uso de drogas enfocadas en la escuela y en la familia

Los programas gubernamentales, en funcionamiento en Brasil, para la prevención de los problemas derivados del uso de alcohol y drogas, comprenden acciones que se desarrollan en el dominio escolar y familiar. Tales acciones engloban una iniciativa pionera, un curso a distancia para educadores de escuelas públicas (en vigor desde 2004) y otras iniciativas recientes de los últimos tres años, que consisten en programas dirigidos a adolescentes en las escuelas públicas y familias en servicio de asistencia social.

a. Formación de profesores

El Curso de Prevención del Uso de Drogas para Educadores de Escuelas Públicas, es una de las políticas que actualmente se inserta en el eje de prevención del Plan Integrado de lucha contra el crack, alcohol y otras drogas (2010). Se trata de un curso de extensión universitaria, en la modalidad de educación a distancia, dirigido a educadores de enseñanza básica sobre temas referentes a la prevención del uso y el abuso de drogas en el contexto escolar. Su población objetivo son los educadores de la red básica de enseñanza de todo el país. El material didáctico consiste en material impreso del libro-didáctico y cuaderno de orientaciones (Sudbrack, Conceição, & Costa, 2012; Seidl, Leite, Sudbrack, & Pedroza, 2012), tutoría, video-clase y teleconferencias. El curso tiene una carga horaria de 180 horas de clase, siendo 120 horas de teoría y 60 horas de práctica, a lo largo de 6 meses. Durante el curso, cada escuela debe elaborar un proyecto de prevención para ser implementado en ella. El proyecto debe tener en cuenta la realidad escolar y su articulación con los recursos existentes en la comunidad.

El libro-didáctico del curso aborda los siguientes contenidos en cuatro módulos: el adolescente en desarrollo en la familia y en la escuela; conceptos e informaciones básicas sobre drogas; la prevención: cuestión educativa y de salud; estrategias de prevención en la escuela. En el cuaderno de orientaciones

se ofrecen instrumentos de diagnóstico e intervención para el mapeo de las redes sociales del educando y de la escuela, identificación de los factores de riesgo y de protección del contexto escolar y comunitario, así como referencias teóricas y objetivos del proyecto de prevención que se va a desarrollar allí.

También hay 16 video - clases. Cada una tiene el propósito de introducir los contenidos de cada clase ilustrando escenas de la vida cotidiana escolar, con la pretensión de movilizar una reflexión sobre los desafíos vividos por los educadores con relación al involucramiento de los adolescentes con el uso de drogas.

A su vez, todo el curso ocurre en ambiente virtual de enseñanza y aprendizaje. El espacio virtual de aprendizaje ha sido la plataforma Moodle, que explora los siguientes recursos: tutoría virtual, foros generales y de discusión; control de actividades y de notas relacionadas con los trabajos entregados por los educadores. Las actividades interactivas realizadas por medio de los foros generales y de discusión tienen por objetivo garantizar la participación continua de los educadores a lo largo del curso.

El curso, creado en 2004, se encuentra en su sexta edición y ya formó cerca de 200.000 educadores. Ese es el resultado de un acuerdo entre la Secretaría Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Educación y la Universidad de Brasilia (UnB). De acuerdo con la relatoría producida en el contexto del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM/CICAD/SSM/OAS, 2010), sobre el progreso en control de drogas en Brasil de 2006 a 2009, las acciones de prevención del uso de drogas en el país destinadas a la población en contexto escolar en ese periodo, ocurrieron exclusivamente a cargo del Curso de Prevención de Uso de Drogas para Educadores de Escuelas Públicas. La relatoría MEM del Brasil ofrece datos de las dos primeras ediciones del curso (2006 y 2009) y afirma que la cobertura del mismo se extendió a una población estimada de más de dos millones de alumnos de enseñanza básica (11%) y media (21%) del país (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Grupo demográfico	Cobertura estimada		Nombre del programa	Tipo de población
	Población objetivo	Porcentaje de cobertura		
Enseñanza básica: 11 - 14 años	12.791.751	11%	Curso de Prevención del Uso de Drogas para Educadores de Escuelas Públicas	Universal
Enseñanza media: 15 - 17 años	7.297.807	21%	Curso de Prevención del Uso de Drogas para Educadores de Escuelas Públicas	Universal

Programas de Prevención del Abuso de Drogas Dirigidos a Grupos-Clave de la Población (2006 a 2009). Fuente: Relatoría del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM/CICAD/OAS, 2010) – Brasil.

Teniendo en cuenta que esa fue la acción exclusiva a nivel nacional de política pública en el área de prevención del uso de drogas en las escuelas en los últimos diez años y habiendo constatado la disminución del uso de drogas entre los estudiantes brasileiros en el periodo de 2004 a 2010 (Carlini et al., 2010; Galduróz et al., 2005, podemos trazar algunos paralelos entre las acciones del curso y los datos de las encuestas. Siendo así, con base en esas informaciones, podemos arriesgarnos a decir, con algún margen de error dada la complejidad de los componentes envueltos en esa situación y frente a la imposibilidad de controlar tantas variables, que el curso de prevención del uso de drogas para educadores de escuelas públicas del Brasil puede haber contribuido positivamente a la disminución del uso de drogas entre estudiantes de la red pública de enseñanza del país.

b. #Tamojunto (“Estamos Juntos” en español⁵)

El programa #Tamojunto, versión adaptada del programa europeo *Unplugged* (Faggiano, Galanti, Bohrn, Burkhart, Vigna-Taglianti, et al., 2008) es un programa de prevención universal. El programa está organizado en 12 clases conducidas por profesores y es ofrecido a todos los adolescentes de 13 años en promedio, que estén cursando el penúltimo año de enseñanza básica en escuelas públicas brasileñas incluidas en el programa. Las clases ocurren semanalmente con una duración media de 50 minutos cada una y el profesor es un mediador de las actividades interactivas. Los participantes se organizan en círculo y discurre la mayor parte del tiempo discutiendo en pequeños grupos. El principio teórico del programa está basado en el modelo de influencia social amplia - Comprehensive Social Influence Model (EU-Dap, 2013), que se define por la asociación de tres factores: (1) promoción de habilidades de vida, (2) información sobre las drogas y (3) pensamiento crítico frente a las creencias normativas de los educandos que participan en las clases.

La trilogía que compone el modelo de influencia social amplia, está distribuida en actividades vivenciales e interactivas en las doce clases del programa. En cada clase se presenta un tema específico y técnicas de involucramiento de los adolescentes. Los temas varían entre acuerdos de convivencia, identificación de grupo de interés, percepción de la influencia de pares, identificación de factores de riesgo y de protección para el uso y abuso de sustancias; informaciones sobre drogas basadas en el desarrollo del pensamiento crítico; expresión de sentimientos, asertividad, estrategias de afrontamiento, solución de problemas y toma de decisiones. El contenido de la trilogía se distribuye de forma tal que los temas son vistos en varias clases, que van de actividades que buscan la apropiación de habilidades muy simples al desarrollo de repertorios más complejos, como en una espiral en la que un tema o

⁵ Es una expresión informal y común en el mundo virtual. La traducción es algo entre “estamos juntos” y “puedes contar conmigo”. Nota de los autores.

técnica es abordado en diferentes clases con diferente profundidad. Para ello se pone a disposición del profesor un manual con los procedimientos de las actividades descritos detalladamente, con una introducción sobre el contenido, lista de materiales, claves para la ejecución de las actividades, propuesta de actividad de apertura, descripción de las actividades principales y sugerencia de la actividad de cierre. Todas las clases presentan la misma estructura y al final del manual se presentan materiales de apoyo con indicaciones sobre cómo conducir los juegos de roles, los “energizadores” que son técnicas lúdicas de división de grupos y fortalecimiento de vínculos entre los educandos, información sobre drogas para el profesor y sugerencias de Referencias para profundización. Los educandos reciben un cuaderno de actividades en colores con personajes para que acompañe las actividades y las usen como material de apoyo.

Además de las doce clases con los estudiantes se realizan tres talleres con responsables (acudientes o apoderados) y padres. Los talleres son planeados, conducidos y evaluados por profesionales de la educación y de la salud, y en ellos participan las escuelas y los equipos de salud del territorio donde está la escuela, tales como Unidades Básicas de Salud (UBS), Núcleos de Apoyo a la Salud de Familia (NASF) y Centros de Atención Psicosocial (CAPS). La inclusión del área de salud en el proceso de implementación en compañía de la de educación es el resultado de la adaptación cultural, pues en otros países los talleres son realizados por especialistas en prevención y adolescencia, contratados por la escuela (Pedroso, Abreu, & Kinoshita, 2015). Los talleres se organizan en tres encuentros de alrededor de dos horas; se realizan en la escuela o en espacios de la comunidad y se trabajan temas relativos a la adolescencia, estilos parentales y habilidades sociales de los padres en la educación de sus hijos. Así como se dispone de una guía para el profesor, los profesionales que conducen los talleres reciben una guía del Taller de Padres y Responsables, con una descripción sistematizada de las actividades que se llevarán a cabo, y de materiales de apoyo.

Otra adaptación realizada en Brasil para favorecer la sostenibilidad del programa fue la inclusión de profesionales formadores y monitores del proceso de implantación del programa, llamados *multiplicadores*. De esta manera, la primera etapa de implementación del programa es la formación de profesores y profesionales de la salud por parte de multiplicadores, en donde estos llevan a cabo una capacitación vivencial de dos días realizando juegos de roles en las clases y en los talleres de padres, y discuten la forma de planeación y ejecución del programa. En los meses siguientes, los profesores y profesionales de la salud son acompañados por los multiplicadores, quienes son profesionales formados en los principios del programa y que van a las escuelas mensualmente para dar soporte a la implementación (Pedroso et al., 2015). El propósito de este monitoreo es cualificar las prácticas pedagógicas del profesor en diferentes abordajes, como por ejemplo el manejo de grupos en sala de clases, estimular la relación intersectorial entre profesionales de la salud y de la educación, y garantizar la fidelidad del programa.

El objetivo final es la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, el retraso de la edad de inicio y la prevención de la transición de un uso esporádico a uno regular. Basado en su origen el programa *Unplugged* fue creado y evaluado por la European Drug Addiction Prevention Trial (EU-Dap, 2013), que evaluó los efectos de este programa en siete países de la Unión Europea: Bélgica, Alemania, España, Grecia, Italia, Austria y Suecia. Participaron 7.079 educandos entre 12 y 14 años, seleccionados aleatoriamente para un estudio experimental (Randomized Control Trial) con el objetivo de evaluar la eficacia del programa como estrategia de prevención del uso del alcohol y otras drogas. El estudio indicó que los estudiantes que participaron en el programa, comparados con los que no recibieron el programa tenían (a) 30% menos probabilidad de fumar cigarrillos diariamente, (b) 28% menos probabilidad de que presentaran un episodio de intoxicación alcohólica – binge drinking, (c) 23% menos probabilidad de que hubieran fumado marihuana en el mes anterior a la implementación del programa (d) aplazamiento efectivo

del primer uso de sustancias y prevención de la transición de uso eventual a uso frecuente (Faggiano, Galanti, Bohrn, Burkhart, Vigna-Taglianti, et al, 2008; Faggiano, Vigna-Taglianti, Burkhart, Bohrn, Cuomo, et al, 2010). Además de los siete países mencionados, el programa fue implementado en un total de 25 países alrededor del mundo, entre ellos países del continente africano y asiático, siendo Brasil la primera experiencia en el continente americano.

En Brasil, dos universidades llevaron a cabo, en 2013, un estudio cuasi experimental para verificar cambios en los patrones de consumo de los estudiantes y un estudio sobre el proceso de implementación del programa en su etapa de adaptación cultural. Investigadores de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) y de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC) evaluaron 62 grupos en ocho escuelas públicas brasileñas con un total de 2.712 alumnos (Brasil, 2014). El estudio de evaluación de proceso indicó una alta aceptabilidad del programa por los gestores, profesores y los profesionales de la salud e interés de los alumnos en continuar participando en el programa, además de las evidencias de viabilidad y fidelidad de la implementación. El estudio cuasi experimental demostró que los estudiantes que no pasaron por el proyecto, aumentaron el uso de drogas en un porcentaje mayor que aquellos que participaron de #Tamojunto. En relación al *binge drinking* (tomar más de cinco tragos en una misma ocasión) se disminuyó en los participantes de #Tamojunto comparado con los estudiantes del grupo control. En 2014 el programa fue ampliado a once ciudades brasileñas, distribuidas en cinco regiones del país y alcanzó un total de 13.589 adolescentes, en 130 escuelas (Brasil, 2015), paralelamente las universidades anteriormente citadas llevaron a cabo un estudio experimental con el fin de evaluar la eficacia del programa en la prevención del uso de drogas entre adolescentes brasileños. Los datos todavía están siendo analizados y se prevé que en 2015 los resultados serán divulgados y servirán como elementos para la toma de la decisión de difundir el programa a gran escala y para la posible adopción del mismo como una política pública en los próximos años.

c. Jogo Elos (“Juego eslabones”)

El Jogo Elos (“Juego eslabones”) es un programa creado para estudiantes entre 6 y 10 años de los cursos iniciales de enseñanza básica de las escuelas públicas brasileras, basado en el programa Good Behavior Game (GBG), que presenta resultados de prevención significativos en estudios longitudinales (Kellam et al., 2008). El objetivo en el corto plazo del programa es la producción de interacciones colaborativas de los estudiantes entre sí, con sus profesores y con otras personas de su contexto con las que tengan contacto frecuente. En el mediano plazo, el programa debe ser capaz de ayudar a la reducción de comportamientos agresivos y disruptivos puesto que estos han sido considerados como factores de riesgo para el uso de drogas (NIDA, 2003). En el largo plazo, se prevé que el alcance de los objetivos en el corto y mediano plazo puede resultar en el desarrollo de habilidades para la vida y la prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en la adolescencia y en la fase adulta (Kellam et al., 2008).

El desarrollo del programa está basado en una propuesta lúdica en la cual los estudiantes, divididos en equipos, participan de un juego en el que deben seguir algunas reglas de convivencia en la sala de clase. Las reglas aplicadas en el Brasil son: (1) mantener el nivel de voz acordado, (2) respetar al otro, (3) mantenerse en los lugares acordados, y (4) seguir las instrucciones de la actividad. La comprensión de las reglas se acuerda con el colectivo por medio de estrategias desarrolladas por el profesor con los estudiantes. Por ejemplo, la regla de mantener el nivel de voz es compartida por el profesor por medio de la enseñanza de situaciones en las que pueden utilizarse cuatro niveles de voz. A saber, el nivel 0: *silencio*, en el que no se puede hablar; el nivel 1: *murmullo*, en el que se puede hablar en voz baja para que una persona cercana pueda escuchar; el nivel 2: *en grupo*, en el que solo las personas del equipo pueden escuchar; nivel 3: *presentación*, en el que todos los miembros del grupo consiguen escuchar, sin que sea necesario gritar; y el nivel 4: *voz de calle*: cuando es posible utilizar tonos más altos para ser escuchado. Por medio de las reglas

los estudiantes pasan a participar de un ambiente colaborativo y con claridad sobre los comportamientos que se esperan en los diferentes momentos y contextos. (Ford, Keegan, Poduska, Kellam, & Littman, 2013).

El profesor dedica un tiempo antes del inicio del juego a la preparación de los equipos y al desarrollo y acomodación del significado de cada regla con los niños. Se acuerda una división de los equipos sobre el principio de que alumnos con características diferentes estén en el mismo grupo a fin de que se formen grupos mixtos. La comprensión de las reglas se logra por medio de actividades lúdicas y de sensibilización de los niños que van a participar en el juego, como por ejemplo los niveles de voz discutidos anteriormente. La duración del juego puede ser de 10 a 30 minutos y sucede en un aula o en otros espacios de la escuela, siempre dentro de las actividades regulares del currículo. Por ejemplo, el juego puede llevarse a cabo durante una tarea de redacción, actividades investigativas en grupo o en un paseo escolar. El profesor informa que el juego va a comenzar, revisa las reglas y continúa sus actividades curriculares regulares. A lo largo del juego los equipos tienen un límite de ruptura de las reglas no mayor a cuatro veces. Ganan el juego los equipos que no llegaron al límite de los cuatro incumplimientos. De esa forma no hay una competencia entre los equipos y todos pueden ganar. El propósito es que los estudiantes actúen como mediadores y colaboradores de los demás miembros de su equipo, en principio para ganar el juego en el curso natural de las actividades, como actores de cooperación del clima positivo y de aprendizaje en la sala de clase. Así el profesor deja de ser el único agente responsable de la indicación de los límites y promotor de los comportamientos colaborativos. Se prevé que el programa se realice a lo largo del año lectivo y se juegue de tres a cinco veces por semana.

Las etapas de implementación del programa Jogo Elos (Juego Eslabones) prevén etapas de incorporación de los gestores escolares y de los profesores, formación de docentes y acompañamiento regular de un especialista. Para ello están previstas la presentación del programa al gestor

local y la estimulación del interés de la red educativa, como una etapa de sensibilización anterior al programa, puesto que exigirá de la escuela una reorganización de la disponibilidad del profesor para ser acompañado por el especialista externo del programa, nombrado multiplicador. Luego, los profesores sensibilizados por la dirección, participan de una formación de dos días en las que discuten los principios del programa y las etapas de implantación. Después de la formación el multiplicador realiza reuniones de acompañamiento y tutoría con el profesor con una frecuencia quincenal o mensual, en las que se discuten estrategias de aplicación del programa y estrategias para el desarrollo de habilidades de manejo de sala de clase por el profesor.

El Jogo Elos (o Juego de eslabones) fue adoptado por Brasil a causa de sus resultados notables en diferentes países y por la consistencia de sus resultados en estudios longitudinales en la prevención del uso de drogas y de efectos negativos en salud mental desde la infancia hasta la edad adulta. (Petras et al., 2008; Poduska et al., 2008). Un estudio longitudinal de tipo experimental con grupos control aleatorios (Randomized Control Trial) que incluyó a 41 salones de clase y 1.196 alumnos de las fases iniciales de enseñanza básica en 19 escuelas públicas de los Estados Unidos (Kellam et al., 2008), demostró por medio de un seguimiento de 15 años, que quienes jugaron GBG en sus clases, presentaron menor frecuencia de uso abusivo del alcohol y otras drogas cuando se les comparó con un grupo control que no participó del programa; igualmente fueron diagnosticados menos frecuentemente con trastornos de personalidad antisocial, se involucraron menos en crímenes violentos seguidos de encarcelamiento, manifestaron menos ideación suicida y utilizaron menos medicamentos o tratamientos psicológicos. Los resultados más importantes entre esos niños, es que al llegar a la edad adulta: 1) tenían 100% menos probabilidad de fumar regularmente; 2) 65% menos probabilidades de usar sustancias ilícitas; 3) 52% menos probabilidades de sufrir de trastorno de personalidad antisocial.

En el contexto brasileiro, los investigadores de UNIFESP y de UFSC estudiaron los resultados del proceso de implementación del programa en 2013 (Brasil, 2014). Se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad y cuestionarios auto-aplicados con profesionales de seis escuelas. El análisis de los datos indicó la viabilidad de la ejecución de Jogo Elos (Juego Eslabones) en las escuelas públicas brasileiras. Profesores, gestores escolares y multiplicadores, mostraron una percepción bastante favorable con relación al programa, sugiriendo el mantenimiento del juego en los siguientes años. El juego fue considerado como fácil de implementar, de ser incluido en el día a día de las salas de clase y de combinar con el estilo de enseñanza de los profesores. Así, en 2013, 824 estudiantes participaron en el programa en cuatro ciudades brasileiras; en el año 2014, el programa fue implementado en ocho ciudades para 1.875 estudiantes en 21 escuelas (Brasil, 2015).

d. Programa Fortaleciendo Familias

Un tercer programa de amplio alcance en funcionamiento en el Brasil, es el Programa Fortaleciendo Familias-PFF, para padres y niños de 10 a 14 años (Strengthening Families Program – SFP 10-14), adoptado por el Ministerio de Salud, Coordinación de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas, en el 2013, en la misma iniciativa que adoptó y adaptó los programas #Tamojunto y Jogo Elos. El programa ha sido ejecutado por nuestros servicios de asistencia social cuya población objetivo son las familias usuarias de las políticas sociales y en situación de pobreza. Se trata de un programa extranjero, inicialmente creado por Kumpfer, DeMarsh y Child (1989), en la Universidad Utah, Estados Unidos, para atender a niños de 6 a 12, pertenecientes a familias en donde los cuidadores son usuarios de drogas. En el transcurso de la década siguiente, Molgaard, Spoth y Redmond (2000), de Iowa State University, Estados Unidos, desarrollaron una nueva versión (Strengthening Families Program – SFP 10-14), dirigida a niños y adolescentes entre 10 y 14 años y a sus cuidadores. En esta nueva versión, el programa se caracteriza como prevención universal y su público objetivo fue seleccionado independientemente de

la exposición a factores de riesgo familiares para el abuso de drogas. En los años recientes, el PFF fue adoptado y adaptado culturalmente para diversos países, incluido el Reino Unido (Allen, Coombes & Foxcroft, 2007), Alemania (Stolle, Stappenbeck, Wendell, & Thomasius, 2011), Irlanda (Kumpfer, Xie & O'Driscoll, 2012), Suecia (Skärstrand, Larsson & Andréasson, 2008), Polonia (Okulicz-Kozaryn & Foxcroft, 2012), Italia (Ortega, Giannotta, Latina & Ciairano, 2012), Chile (Correa, 2012), Colombia, Bolivia y Ecuador (Orpinas, 2013).

Dentro de los elementos fundamentales para la implementación del programa se destacan su formato y la infraestructura requerida. El PFF está compuesto por siete sesiones de dos horas de duración cada una, con intervalos semanales, de los cuales la primera hora está destinada a sesiones separadas para el grupo de padres o responsables y otra para el grupo de adolescentes; en la segunda hora todos participan conjuntamente de las actividades. También están previstas cuatro sesiones de refuerzo conducidas a lo largo de los seis meses siguientes a la terminación de la intervención. Se recomienda la participación de 8 a 12 familias. Tres facilitadores conducen las sesiones, dos destinados a la sesión de los adolescentes, y uno a la sesión de los padres y responsables y todos juntos en la sesión familiar. Se necesita una infraestructura material y humana incluyendo refrigerios y transporte para las familias y cuidadores de los niños menores de 10 años en el espacio de implementación del programa. Se recomiendan estas acciones para reducir las barreras a la participación y aumentar la retención de los participantes (Allen et al., 2007).

La versión adoptada en Brasil cuenta con un extenso manual desarrollado por un equipo de Oxford Brooks University, Reino Unido (Allen et al., 2007), que describe detalladamente los objetivos específicos de las sesiones, los procedimientos y materiales utilizados. Los procedimientos incluyen la discusión de películas con escenas de interacción familiar, juegos, actividades interactivas y tareas para la casa. Cada sesión es guiada por un tema y objetivos específicos. Los temas abordados en las sesiones para los padres/

cuidadores son: educar con amor y límites, cómo establecer las reglas de la casa, cómo incentivar el buen comportamiento y establecer consecuencias para comportamiento inadecuado, cómo construir relaciones de apoyo y promover los sueños de los jóvenes, cómo proteger contra el abuso de sustancias, cómo manejar el estrés, cómo decir que no está de acuerdo y comprender las necesidades especiales de sus familias. Los temas guía de las sesiones con los adolescentes, comprenden: conocer sus metas y sueños, desarrollar admiración por sus padres/cuidadores, cómo manejar el estrés, aprender a cumplir las reglas, cómo manejar la presión de los amigos y distinguir entre buenos y malos amigos, y cómo ayudar a otros. Finalmente, los temas abordados en las sesiones conjuntas (padres y adolescentes), incluyen: cómo apoyar los sueños y metas, cómo desarrollar admiración por los miembros de la familia, cómo usar las reuniones familiares y trabajar por privilegios y consecuencias; comprender los valores familiares, cómo fortalecer la comunicación familiar, cómo ayudar a los hijos a manejar la presión de los amigos y una síntesis de los contenidos trabajados.

Se espera que estos contenidos fortalezcan los vínculos saludables entre padres e hijos y desarrollen prácticas parentales con autoridad, caracterizadas por altos niveles de responsabilidad y exigencia. Además, se espera que los adolescentes desarrollen habilidades sociales asertivas, habilidades de autocontrol y construyan proyectos de vida. Se prevé que estos resultados próximos actúen como mediadores de los resultados finales diseñados, esto es, reducción en el patrón de uso de drogas y de problemas asociados, reducción en el comportamiento antisocial y mejora del compromiso académico.

Luego de su adopción y de la primera experiencia de implementación en el Brasil, ocurrida en el Distrito Federal entre septiembre y noviembre de 2013, se llevó a cabo un estudio para evaluar su adecuación cultural y su proceso de implementación (Murta, Nobre-Sandoval, Ramos, Pedralho, & Tavares, 2014). Participaron en el estudio 93 padres/responsables, 107

adolescentes, seis multiplicadores federales, 15 líderes de grupo y cinco gestores. La recolección de datos se hizo por medio de entrevistas, cuestionarios, escalas, frases incompletas, grupos nominales y observación directa. Los resultados mostraron que el programa fue percibido como suficientemente relevante, atractivo y claro, desde la perspectiva de familiares, jóvenes, observadores externos y líderes de grupo, quienes dieron indicaciones para la adaptación cultural de los aspectos lingüísticos y los escenarios de los videos y de las actividades. Los líderes de grupo y los observadores externos percibieron a los jóvenes y sus familiares como receptivos al programa, con buenos niveles de participación. Los padres/responsables y los jóvenes expresaron satisfacción con el programa, principalmente con los aprendizajes vivenciales y con las actividades, y expresaron insatisfacción con respecto a la corta duración del programa y las interacciones limitadas entre los participantes. Los jóvenes expresaron insatisfacción con las actividades del programa que ellos percibían como infantiles. Cuando se les entrevistó, a los dos meses de haber terminado el programa, los padres/responsables dijeron haber hecho uso de los conocimientos y habilidades aprendidas en el programa y percibir un impacto de este sobre la calidad de las interacciones de la familia en el comportamiento propio con respecto a la forma de comunicarse con los hijos, a regular las emociones y a disponer de tiempo con ellos y, finalmente en el comportamiento con los hijos, como por ejemplo en la participación en tareas de la casa, la obediencia, las reglas y la mejora en el desempeño escolar. En síntesis, los datos apuntan a que el programa alcanzó de modo general una buena aceptabilidad entre los participantes.

Considerando este éxito inicial, en 2014, el PFF fue implementado en ocho ciudades brasileras, alcanzando a 133 familias (Brasil, 2015). En 2015 está prevista la ampliación del programa en las ciudades que actualmente participan, pues el equipo trabaja en el desarrollo de una tecnología de diseminación a larga escala para el PFF, el #Tamojunto y el Juego de Eslabones. Para 2016 y 2017 se prevé la realización de un estudio para evaluar su

efectividad por medio de un ensayo clínico aleatorio y con un seguimiento de 6 a 12 meses. De este modo, la identificación de los efectos reales del programa sobre la prevención de consumo de alcohol y uso de drogas todavía está por verificarse.

IV. Investigaciones sobre las intervenciones para prevenir el abuso de drogas

Hasta la década de los 90, los estudios sobre prevención al abuso de drogas eran prácticamente inexistentes en Brasil. En la revisión realizada por Canoletti y Soares (2004), entre los años 1991 a 2001, se encontraron 28 estudios que tenían por objetivo describir investigaciones en prevención incluyendo aquellas que estaban en fase de propuesta, implementación, desarrollo o evaluación. De esos artículos, seis eran publicaciones relacionadas con acciones desarrolladas por el Ministerio de la Salud en el ámbito nacional. Los otros artículos se concentraban en su mayoría en el eje São Paulo - Rio de Janeiro (14 artículos). En lo referente al contenido propuesto por los proyectos, la mayoría (25 artículos) tenía por objetivo proporcionar o discutir información sobre drogas; 17 se referían a actividades de evaluación formal; 15 a formación de multiplicadores y 11 se apoyaban en estudios epidemiológicos previos. El público objetivo de las intervenciones se concentraba, en la mayoría, en la escuela, con foco en los alumnos (10 estudios) o profesores (9 estudios); apenas tres estudios incluían a los padres; y uno de ellos estaba dirigido a universitarios. Las acciones en la comunidad estaban dirigidas a usuarios de drogas inyectables (seis estudios) u otros usuarios de drogas (3 estudios); también a profesionales de la salud (4 estudios) y a jóvenes de la calle (un estudio). Algunos artículos se referían al mismo programa, por ejemplo, tesis y disertaciones que se convirtieron en artículos.

Desde el año 2001 hasta la actualidad han producido pocas publicaciones que describan acciones de prevención primaria. Más escasos aún son los estudios que presentan evaluaciones rigurosas, o estudios experimenta-

les o cuasi experimentales. Incluso debe anotarse que muchas acciones de prevención del uso de drogas están vinculadas a acciones dirigidas a VIH/SIDA. De esa forma, para ilustrar la producción nacional en el área, fueron seleccionados tres artículos que describen acciones de prevención primaria del uso de drogas. El primero es un estudio experimental que describe una intervención para la prevención indicada, el segundo es respecto a una propuesta vinculada a las acciones de prevención en VIH/SIDA y el tercero, con diseño cualitativo, se refiere a la capacitación de profesionales de la salud sobre el tema de las drogas.

Un ejemplo de estudios publicados sobre programas de prevención es el de De Micheli, Fisberg y Formigoni (2004). Se trata de un estudio experimental que evaluó una intervención breve para la prevención de uso de alcohol y otras drogas, dirigida a adolescentes entre 10 y 19 años. Noventa y nueve (99) participantes fueron distribuidos al azar en grupos, de acuerdo con su nivel de uso de sustancias; en usuarios del último mes (UM) y no usuarios del último mes (NUM). Esos grupos fueron nuevamente divididos en dos para conformar un grupo control y un grupo experimental. En total eran cuatro grupos, un grupo control de usuarios en el último mes (COUM), un grupo control de no usuarios en el último mes (CONUM), un grupo experimental de usuarios del mes que recibiría intervención breve (UM-IB) y un grupo experimental de no usuarios de mes que recibirían orientación preventiva (NUM-OP). La Orientación Preventiva consistía en folletos informativos sobre el uso de alcohol y otras drogas y tenía una duración de dos a tres minutos. La Intervención Breve duraba 20 minutos y estaba basada en el modelo FRAMES (Feedback, Responsibility, Advice, Menu of options, Empathy, Self-efficacy). El médico ofrecía el resultado obtenido con el instrumento aplicado antes de las intervenciones a los adolescentes apuntando a los factores de riesgo encontrados en el resultado. La información acerca de esta estrategia de afrontamiento fue dada a los adolescentes y se buscaba estimular su autoeficacia. Seis meses después de la intervención, los participantes fueron

nuevamente contactados por teléfono para ser evaluados por medio de cuestionarios. Los resultados mostraron que luego de seis meses hubo un aumento en la prevalencia de consumo de alcohol y de otras drogas, además de otros comportamientos de riesgo, entre los adolescentes del grupo CONUM. En el grupo NUM-OP, aun cuando también hubo aumento en la prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas, esta fue significativamente menor en frecuencia e intensidad en comparación con el grupo CONUM. En el grupo UM-IB hubo una reducción significativa de la proporción del uso de sustancias además de una reducción de comportamientos de riesgo.

En otro estudio, Monteiro, Vargas y Rebello (2003) evaluaron una intervención preventiva denominada “Juego de Onda”. El “Juego de Onda” busca esclarecer dudas y promover reflexiones en cuanto al VIH/SIDA y la dimensión social del uso indebido de drogas, focalizándose en asuntos emocionales, familiares y pedagógicos. El estudio cualitativo, buscaba evaluar la opinión de 62 estudiantes y 17 educadores sobre el uso del juego y las temáticas presentadas en el material. Ese juego presenta temas sobre el uso de drogas, tales como conceptos y efectos de las drogas, legislación, políticas preventivas, relaciones familiares y amorosas, prácticas sexuales, conflictos personales, SIDA, presión de grupo, entre otros. Las temáticas eran abordadas por medio de conceptos y mensajes, además de preguntas y respuestas relacionadas con situaciones cotidianas vinculadas directa e indirectamente con el uso de drogas. La evaluación se hizo con grupos focales, observaciones directas y cuestionarios. Ese juego proporcionó una apertura a los intereses de los alumnos para participar en programas preventivos y ayudó a tener una mejor comprensión sobre el tema de las drogas (98,4%) y su relación con el contexto familiar (98,4%). Nótese, además, la alta aceptabilidad de la intervención indicada por el 70% de los participantes que dijeron sentirse satisfechos por expresar plenamente sus opiniones y conocer la de los colegas (80%).

Da Costa et al. (2013), también realizaron un estudio cualitativo en el que capacitaron profesionales de la salud para que se convirtieran en agentes de prevención del uso de drogas. La capacitación se dio en seis etapas: 1) contacto inicial y planeación; 2) diagnóstico y mapeo; 3) sensibilización; 4) capacitación; 5) acompañamiento; y 6) evolución. El contacto inicial incluía la elaboración de las estrategias de implementación del proyecto por los investigadores y los gestores, de forma tal que complementara las características de lo local. El diagnóstico consistió en la identificación de indicadores sociales de salud, la estructura y dinámica del servicio de salud, la percepción y las demandas presentadas por la población y por los profesionales. Los datos recolectados en esta etapa permitieron el desarrollo de la intervención. Después de esto se realizó la sensibilización de los actores sociales involucrados por medio de discusiones sobre la importancia de la prevención del uso de alcohol y otras drogas. La cuarta etapa incluyó la capacitación de los profesionales, donde se presentaban nociones teóricas sobre sustancias psicoactivas y actividades prácticas SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment – Tamizaje, Intervención Breve y Remisión a tratamiento), así como la aplicación del instrumento de tamizaje y la técnica de Intervención Breve. La quinta etapa consistió en el acompañamiento del proceso de implementación de las prácticas de prevención. Esa etapa implica una articulación entre la atención primaria de salud y la comunidad, de forma que se tengan en cuenta los intereses de los actores y se promueva soporte para desarrollar las estrategias de prevención. Finalmente, fueron presentados los principales resultados de las acciones para apoyar una discusión colectiva sobre los factores facilitadores y obstaculizadores de la implementación.

Los resultados obtenidos por Da Costa et al. (2013) acerca de condiciones facilitadoras, mostraron una postura receptiva de la gestión y la existencia de servicios ya prestados sobre el tema en los sitios estudiados, lo que facilitó el establecimiento de relaciones y contribuyó a profundizar los conocimientos sobre la red y sobre el proceso de sensibilización sobre las drogas.

Pero hubo dificultades de articulación con la red y con el trabajo intersectorial. También se encontraron dificultades en relación con los recursos de la Estrategia de Salud de la Familia (Programa de Salud Pública Brasileiro con Foco en la Atención Básica de Salud), visión de la población en cuanto a las políticas públicas, pocos profesionales en los equipos de salud, infraestructura poco adecuada y ausencia de movilización y participación de la población. También hubo dificultades para modificar creencias, actitudes y comportamientos con relación a una visión más amplia sobre las drogas. Los hallazgos de Da Costa et al. (2013) indican que la disponibilidad de la comunidad y de los servicios locales debe ser considerada como condición para la implementación de los programas de prevención del uso de alcohol y drogas.

El análisis de la literatura nacional realizado en este capítulo, aun cuando no es exhaustivo, sugiere que se necesita hacer mucho para promover el avance en las prácticas de prevención del abuso de alcohol y otras drogas. Es recomendable que las acciones sean planeadas sistemáticamente y adecuadas al contexto de la realidad brasilera (Da Costa et al., 2013). Adicionalmente, las acciones deben ser continuas y amplias, incluyendo no solamente la oferta de información sino también el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas y emocionales y el aumento de recursos comunitarios y de oportunidades para el desarrollo saludable; deben basarse en la evaluación previa de necesidades y tener como meta el fortalecimiento de las potencialidades de la población involucrada en el proceso, principalmente los jóvenes (Casela, Monteiro, Freitas, & Silveira, 2014). En síntesis, se necesita mucho trabajo para llegar a una solución más adecuada de un problema de tal magnitud. Finalmente, son necesarias evaluaciones de resultados y difusión de buenas prácticas para que alcancen a un mayor número de personas.

Conclusión

Aun cuando se ha observado una reducción en el consumo de drogas entre niños y adolescentes en Brasil en los últimos años, el abuso de sustancias sigue siendo un problema grave de salud pública, principalmente el abuso de alcohol. La multicausalidad del fenómeno apunta a una adecuación de acciones preventivas que abarquen factores de riesgo y de protección en diversos niveles tales como la cultura, la legislación, los medios, la comunidad, la escuela, los pares y el individuo. La Política Nacional sobre Drogas actualmente en vigor (PNAD, 2005), presenta un avance en esta dirección al incluir entre sus ejes la prevención y al priorizarla en detrimento de la represión. En este capítulo fueron presentadas iniciativas gubernamentales de tipo preventivo focalizadas en la escuela y la familia, como expresiones de las políticas públicas vigentes. Tales iniciativas representan un progreso significativo en relación con el pasado (Canoletti & Soares, 2004), cuando predominaban las prácticas preventivas aisladas y sin continuidad (Casela et al., 2014). Históricamente, las experiencias preventivas en el ámbito escolar han sido más frecuentes que en otros contextos (Casela et al., 2014) y más recientemente la familia y los servicios de asistencia social también han sido incluidos como destinatarios y constructores de prácticas preventivas basadas en la evidencia (Murta et al., 2014). Los resultados iniciales de estas iniciativas dirigidas a la escuela y a la familia parecen promisorios, así como su amplia cobertura alcanzada por medio de tecnologías virtuales y un esfuerzo articulado de expansión a la formación de facilitadores locales para los programas presenciales. Todavía hace falta lograr conclusiones seguras acerca de sus beneficios y limitaciones a través de estudios de evaluación de efectividad que todavía no han sido realizados.

En este mismo sentido se destaca la necesidad de evaluaciones de calidad de la implementación de tales iniciativas, sus fuentes de éxito y de fracaso, con el fin de apoyar la toma de decisiones destinadas a su mejoramiento

y al respeto de la cultura y de las necesidades locales. Este es, por lo tanto, uno de los dos objetivos de trabajo para la agenda en esta área. Es igualmente relevante la inversión en estudios de desarrollo, evaluación y difusión en programas preventivos para el abuso de drogas fundamentados teóricamente y que se distancien del modelo de “lucha contra las drogas” y se distingan por el fortalecimiento de los factores protectores de la salud (Casela et al., 2014). Sería deseable que tales avances en la investigación tuviesen impacto para la formación profesional y la formación superior con el fin de mejorar las prácticas de prevención de abuso de drogas vigentes y construir gradualmente nuevas prácticas culturales que tendrían por meta la valorización de medidas que se anticipen a los problemas (en vez de dar énfasis al tratamiento) y a la promoción de la salud de las personas y las colectividades.

Referencias

- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas Health care models for users of alcohol and other drugs: political discourse, knowledge. *Cad. Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>
- Amarante, P. (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Fiocruz.
- Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Pollard, J. A., Catalano, R. F., & Baglioni, A. J. J. (2002). Measuring risk and protective factors for use, delinquency, and other adolescent problem behaviors the communities that care youth survey. *Evaluation Review*, 26(6), 575-601. doi:10.1177/019384102237850
- Brasil (2006). *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad*. Obtenido de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm.
- Brasil (2010). *Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências*. Obtenido de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Relatório de gestão dos projetos e prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas em escolas e comunidades* (não publicado).
- Brasil (2015). Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Saúde Mental em Dados - 12, Ano VIII, nº 12, julho de 2015*. Brasília: Informativo eletrônico de

dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 36p. Obtenido de www.saude.gov.br/bvs/saudemental

- Briney, J. S., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2012). Predictive validity of established cut points for risk and protective factor scales from the Communities That Care Youth Survey. *The journal of primary prevention, 33*(5-6), 249-258. doi:10.1007/s10935-012-0280-1
- Canoletti, B., & Soares, C. B. (2005). Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface-Comunic., Saude, Educ, 9*(16), 115-29.
- Carlini, E. A., Noto, A. R., & Sanchez, Z. M. (2010). V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras: 2004. In *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras: 2004*. UNIFESP Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Casela, A. L. M., Monteiro, É. P., de Freitas, J. V. T., & da Silveira, P. S. (2014). As práticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar, (39-48)*. Juiz de Fora: Ed. UFJF e CEAD-UFJF.
- Costa, A. G., Camurça, V. V., Braga, J. M., & Tatmatsu, D. I. B. (2012). Drogas em áreas de risco: o que dizem os jovens. *Physis (Rio J.), 22*(2), 803-819.
- Costa, L. G., & Dell'Aglio, D. D. (2009). A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social. *Adolescência e juventude: Risco e proteção na realidade brasileira, 219-263*.

- Da Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Cruvinel, E., de Paiva, F. S., & Ronzani, T. M. (2013). Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Rev Panam Salud Publica*, 33(5), 325- 31
- De Assis, J. T., Barreiros, G. B., & Conceição, M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596.
- De Micheli, D., Fisberg, M., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista Associação Médica Brasileira*, 50(3), 305-313.
- Deslandes, S. F., Assis, S. G., & Santos, N. C. (2005). *Violência envolvendo crianças no Brasil: Um plural estruturado e estruturante*. In Secretaria de Vigilância em Saúde, *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. (43-78). Obtenido de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br>
- EU-DAP (2013). *Preventing Substance Abuse Among Students: a guide to successful implementation of Comprehensive Social Influence (CSI) curricula in schools*. Obtenido de: [em: http://www.eudap.net/Dissemination_Guide.aspx](http://www.eudap.net/Dissemination_Guide.aspx)
- Faggiano F, Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. et al (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 56-64.
- Faggiano, F., Galanti, M.R., Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., et al (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine*, 47(5), 537-543.

- Ford, C. B., Keegan, N., Poduska, J. M., Kellam, S. G., & Litman, J. (2013). *Good Behavior Game Implementation Manual*. Washington, DC: American Institute for Research.
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, E. A. (2005). *V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976. doi:10.1016/S0306-4603(02)00298-8
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.64
- Hawkins, J. D., Lishner, D. M., & Catalano, R. F. (1985). Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse. *Etiology of drug abuse: Implications for prevention*, 75-126. Washington, DC: Government Printing Office. Retrieved from <http://archives.drugabuse.gov/>
- Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6), 923-933. doi:00121649/95
- Kellam, S. G., Brown, C. H., Poduska, J. M., Ialongo, N. S., Wang, W., Toyinbo, P., et al. (2008). Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young

adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 95 (Suppl. 1), 1–28.

Koller, S. H., Morais, N. A., & Cerqueira-Santos, E. (2009). Adolescentes e jovens brasileiros: levantando fatores de risco e proteção. *Adolescência e juventude: risco e proteção na realidade brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 17-56.

Libório, R. M., Coêlho, A. E., & Castro, B. M. (2011). Escola: Risco ou proteção para adolescentes e adultos jovens?. *Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção*, (109-138) . São Paulo: Casa do Psicólogo.

Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Porto, D. L., Duarte, E. A., Sardinha, L. M., Barreto, S. M., & Morais Neto, O. L. (2011). Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14 (1), Supl, 136-146.

Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, Brasil*. Obtenido de <http://bvsmms.saude.gov.br/>

Monteiro, S. S., Vargas, E. P., & Rebello, S. M. (2003). Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos da avaliação de um jogo educativo. *Educação e Sociedade* 24(83), 659-678.

Murta, S. G., Nobre-Sandoval, L. A., Ramos, C. E. L., Pedralho, M. S., & Tavares, T. N. G (2014). *Avaliação de adaptação cultural e processo de implementação do Programa Strengthening Families 10-14 para o Brasil*. Brasília, Universidade de Brasília: Relatório Não Publicado.

NIDA – National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educator*

and community leaders. 2ª Edição. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.

Orpinas, P. (2013). *Evaluación de Familias Fuertes en tres países de Latinoamérica*. Universidad de Georgia.

Organização dos Estados Americanos (2010). *Mecanismo de Avaliação Multilateral (MAM). Grupo de Peritos Governamentais (GEG). Brasil. Avaliação do Progresso em Controle de Drogas 2007-2009*. Washington: MEM/CICAD/SSM.

Paludo, S., & Koller, S. H. (2005). Resiliência na rua: Um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 187-195. doi:10.1590/S0102-37722005000200009

Pedroso, R. T., Abreu, S. & Kinoshita, R. T. (2015). Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. *Texturas*. 33:9-24.

Petras, H., Kellam, S. G., Brown, C. H., Muthen, B. O., Ialongo, N. S., & Poduska, J. M. (2008). Developmental epidemiological courses leading to antisocial personality disorder and violent and criminal behavior: effects by young adulthood of a universal preventive intervention in first-and second-grade classrooms. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(Suppl. 1), 45-59.

Poduska, J. M., Kellam, S. G., Wang, W., Brown, C. H., Ialongo, N. S., & Toyinbo, P. (2008). Impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based behavior intervention, on young adult service use for problems with emotions, behavior, or drugs or alcohol. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(Suppl. 1), 29-44.

Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25(3), 405-416. doi:10.1590/S0103-166X2008000300009

- Reis, T. G., & Oliveira, L. C. M. (2015). Padrão de consumo de álcool e fatores associados entre adolescentes estudantes de escolas públicas em município do interior brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(1), 13-24.
- Santos, J. A. T., & Oliveira, M. L. F. (2012). Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Journal of Nursing and Health*, 1(2), 82-93.
- Santos, J. B. (2006). *Redes sociais e fatores de risco e proteção para o envolvimento com drogas na adolescência: abordagem no contexto da escola*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília. Obtenido de <http://bdtd.bce.unb.br>
- Santoucy, L. B., Conceição, M. I. G., & Sudbrack, M. F. O. (2010). A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 176-185.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciências e Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Seidl, E. M. F., Leite, L. F., Sudbrack, M. F. O., Povoá, M. L. S., & Pedroza, R. L. S. (2012). *Curso de Prevenção do uso de drogas para educadores de Escolas Públicas: construindo o projeto de prevenção do uso de drogas da escola*. Brasília: Gráfica e Editora Movimento Ltda.
- Souza, M. T., & Oliveira, A. L. (2011). Fatores de proteção familiares, situações de risco, comportamentos e expectativas de jovens de baixa renda. In D. D. Dell’Aglia, & S. H. Koller (Eds.), *Adolescência e juventude: Vulnerabilidade e contextos de proteção*, 47-75. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sudbrack, M. F., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (Eds.) (2012). *Curso de Prevenção do uso de drogas para educadores de Escolas Públicas* (5. ed.). Brasília: Gráfica e Editora Movimento Ltda.

World Health Organization. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. World Health Organization. Obtenido de www.who.int/

3. CHILE

La prevención en Chile

Felipe Leyton Frauenberg

Amanda Arratia Beniscelli

I. Introducción

Chile, con una población cercana a los 18 millones de habitantes, es uno de los tres países que constituyen el llamado Cono Sur de América Latina, junto con Argentina y Uruguay.

Después de un largo período de dictadura militar (1973-1988), el país logró establecer un sistema de gobierno democrático que estuvo acompañado de un desarrollo económico sostenido que lo ha convertido, en uno de los países más ricos de la región, en la actualidad. Sin embargo, este crecimiento económico se ha desarrollado en el marco de gran inequidad, lo cual ha implicado que Chile sea uno de los países más desiguales de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Como consecuencia, un grupo importante de la sociedad se ha quedado al margen del crecimiento económico y social.

II. Evolución de las políticas públicas

En Chile las iniciativas en temas de drogas se formalizaron en el año 1990 con la creación de un Consejo asesor de la presidencia (CONACE) dedicado a la tarea de Prevención, Control y Tratamiento de Drogas. Ese fue el primer hito en relación con las políticas públicas en el país; a partir de allí se sumaron nuevos avances que facilitaron el abordaje del fenómeno de drogas.

El segundo aporte a la implementación de una política pública para afrontar este problema ocurre en 1993, cuando se define la primera Política y Plan Nacional para la Prevención y el Control de la Oferta, que estaba

orientada a formalizar las acciones del CONACE. La política estaba orientada, principalmente, a promover el desarrollo de iniciativas en prevención, evaluación de prevalencias y control de drogas en el país, y tuvo una vigencia de nueve años, siendo renovada en el año 2003.

Desde el ámbito legislativo, en el año 1994 se establece la ley 19.336 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, dicta normas y modifica algunas disposiciones legales que se encontraban en vigencia a esa fecha. Con ello se asentaba de forma más clara en la legislación cómo sería abordado el problema de las drogas.

En términos legislativos, el hito de mayor relevancia fue la modificación de la ley de drogas en el año 2005. En este período se publicó la Ley 20.000, aún en vigencia, la cual tipifica delitos y faltas relacionados con la venta y consumo de drogas. Es importante aclarar que en esta ley se define penalización para el consumo solo cuando se realiza en lugares públicos o en lugares privados previa concertación, por lo tanto, no se penaliza al consumidor; con esa intención se define en la misma ley la figura de microtráfico y las sanciones asociadas al mismo, diferenciando a *consumidores* de *traficantes*.

Los cambios legislativos que se iban expresando en el sistema judicial eran el reflejo del trabajo del CONACE, junto con la correcta percepción en el país de que el problema de las drogas había que acometerlo desde distintos ámbitos.

Otro hecho fundamental en relación con las políticas públicas, fue la publicación de la Estrategia Nacional de Drogas 2003-2008, que estuvo orientada a la reducción de la demanda, la reducción de la oferta y a propiciar la cooperación internacional. Las orientaciones de esta estrategia permitieron definir el fenómeno del consumo de drogas de forma amplia (biopsicosocial), así como también definir los grupos prioritarios de intervención; el foco en ámbitos de prevención se mantuvo en las intervenciones de tipo comunitario. A pesar de ello, la visión de seguridad pública estaba impregnada en las

distintas descripciones del fenómeno: no solo se enfatizaba en los daños a la salud, sino que se vinculaba permanentemente el fenómeno a los daños en la estructura social.

Haciendo un análisis retrospectivo, se puede decir que la falta de objetivos estratégicos, la deficiente institucionalidad que se había logrado hasta ese momento y la conceptualización del fenómeno de drogas como distinto del de alcohol y tabaco, fueron falencias que era necesario mejorar. A pesar de ello se lograron importantes avances en relación con las coberturas en programas de prevención y tratamiento a lo largo del país.

La siguiente estrategia publicada fue la que abarcaba los años 2009 al 2018, la cual, a pesar DE ser una evolución de la estrategia anterior, se implementó solo dos años hasta el cambio de coalición política en Chile.

En el año 2011, CONACE evoluciona y se convierte en el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), lo que permitió un mayor nivel de autonomía y capacidad de administración de recursos. Junto a ello y como objetivo final, se publica la Estrategia Nacional de alcohol 2011-2014, y con ello se define de forma prioritaria la intervención preventiva en espacios educativos y laborales, disminuyendo la intervención de los espacios comunitarios. En esta estrategia también se marca una clara preferencia de inversión en ámbitos asociados al tratamiento de drogas.

En este periodo los avances más relevantes, en términos de política pública, son la integración del abuso de alcohol dentro de los fenómenos de intervención del SENDA, y la eliminación de las políticas relacionadas con el control de drogas, las cuales fueron derivadas a otra institución.

Para financiar estas políticas nacionales, se destinaron presupuestos en forma creciente; a modo de ejemplo, en el año 2001 se asignó un total aproximado de dos millones de dólares para iniciativas de prevención, y en el

año 2013 el presupuesto disponible fue de nueve millones de dólares, aproximadamente. En términos generales, el SENDA ha aumentado su presupuesto de 20 millones de dólares⁶ en el año 2000, a 90 millones en el año 2013, es decir, en 13 años ha habido un aumento de 400% (DIPRES, 2013).

III. Prevención en Chile

Las primeras iniciativas en prevención se realizaron desde el CONACE (en los años noventa), y estas estaban fundamentadas en modelos de intervención comunitaria. La idea de base era desarrollar –desde los territorios– plataformas que movilizaran adecuadamente los recursos de la comunidad que se intervenía. El énfasis se puso en instalarlas en los Municipios (Ayuntamientos) y dar curso a planes y acciones que fueran valorados por la comunidad y la red existente. Estos programas⁷ continúan implementándose; aun cuando han sufrido cambios en su estructura y orientaciones; en los últimos años han focalizado sus intervenciones en ámbitos educativos y, en menor medida, en algunos espacios comunitarios.

Luego de veinte años de intervención y trabajo a nivel preventivo, se alcanzaron amplios logros en coberturas, representando crecimientos exponenciales en la cantidad de beneficiarios que año a año lograba el *Programa Previene*. También se aumentaron las diversas iniciativas que este llevaba a cabo, en diferentes modalidades, como programas, proyectos o intervenciones específicas.

A modo de ejemplo, en 1999 se financiaron 683 proyectos comunitarios con *fondos concursables*. A nivel escolar, en el año 2000 se había logrado llegar a 1.2 millones de beneficiarios, incluyendo a padres, apoderados (acudientes) y docentes (DIPRES, 2001). El programa local, *Previene*, logró instalarse en 76 comunas⁸ para el año 2000, representando un 22% del país (actualmente la cobertura es de 62% a nivel nacional).

⁶ Estimación dólar promedio equivalente año 2001 y 2013 (\$629 pesos y \$479 respectivamente).

⁷ Programa “CONACE previene en la comuna”, actualmente “Senda Previene”

⁸ Comuna, unidad administrativa equivalente a municipio.

En el ámbito educativo se desarrollaron materiales de prevención universal que abarcaron al total de establecimientos educativos del país⁹. Así también se desarrollaron programas dirigidos a familias¹⁰, jóvenes¹¹ y espacios laborales¹².

Los materiales de prevención universal que se entregaban a las escuelas estaban diseñados para ser implementados en las salas de clases, a través de actividades que promovían la discusión respecto de temáticas relacionadas con la prevención del consumo de drogas y alcohol. Estas actividades estaban dirigidas a estudiantes y sus familias, pero también incorporaban a los docentes y equipos directivos. Además, estaban relacionadas con objetivos y aprendizajes del currículum educativo nacional de la época. Algunos de los materiales que se entregaban eran “En Busca del Tesoro”, “Marori y Tutibú”, “Quiero Ser” y “Yo Decido”, los cuales abarcaban los diferentes niveles educativos del país, desde educación parvularia (preescolar) hasta enseñanza media.

Por otra parte, el principal programa dirigido a las familias correspondía a “Prevenir en familia”, el cual buscaba “ser una herramienta de apoyo para padres, madres y/o adultos significativos que se interesen por abordar este tema con sus hijos y familiares, de manera de potenciar su labor educativa hacia el desarrollo de habilidades personales y sociales que permitan evitar el consumo de drogas”. (CONACE, 2003). En cuanto a su metodología, el programa establecía espacios para que las familias pudieran reflexionar y potenciar factores protectores que promovieran estilos de vida saludable. Estos espacios eran liderados por monitores preparados especialmente para implementar este programa, este programa alcanzó una importante participación en las comunas, con un alto compromiso de los monitores.

⁹ En búsqueda del tesoro, Marori Tutibu, Quiero Ser, Yo Decido, Actitud, El Gran Tesoro, Programa de Prevención Secundaria, Programa Selectivo “A Tiempo”, ETAD, Certificación de Escuelas, Chile Previene en la Escuela.

¹⁰ Prevenir en Familia, Te acompaño.

¹¹ Enfócate, Prevención Selectiva en Territorios

¹² Trabajar con Calidad de Vida, Programa de Prevención en Micro y Pequeña Empresa

Es importante mencionar que, aun cuando la oferta de programas se consolidó y abarcó un gran número de beneficiarios en diferentes ámbitos preventivos, no se desarrollaron estrategias de evaluación formales que fueran adecuadas y permitieran retroalimentar tanto los diseños como los procesos de implementación. Por ello, en la actualidad, no se cuenta con información disponible sobre la modificación de los factores de riesgo y factores de protección (aumento y/o disminución) que permitan determinar el logro del propósito de los programas (DIPRES, 2001).

En la medida en que evolucionaron las herramientas de gestión del Estado, así como los organismos de control, y también las herramientas de gestión y evaluación a nivel internacional, los programas de prevención fueron adoptando características que permitieron formalizar los procesos. Pero, debido a que las propuestas de diseño de las iniciativas no estaban enfocadas en incorporar la evaluación de las mismas, no fue posible contar con datos de su impacto para, con ello, permitir una evolución adecuada que potenciara los programas.

Junto con lo anterior, los modelos teóricos utilizados para elaborar cada uno de los programas fueron demasiado amplios, tanto en los niveles estratégicos y programáticos como en las acciones preventivas, lo cual generó intervenciones difusas y, en ocasiones, contradictorias. En cada una de las iniciativas convergían distintos modelos comunitarios, sistémicos, teorías del desarrollo individual, entre otros, por lo que la definición del fenómeno y las estrategias de intervención se difuminaban.

Con la creación del SENDA (en el año 2011), se modificaron y reestructuraron programas e intervenciones que existían en el servicio. La prioridad se enfocó en generar una base teórica pertinente, comprensible, transmisible y unificada de los distintos programas, así como en un diseño lógico que permitiera su evaluación con base en indicadores adecuados. Por este motivo

se optó por el Modelo de Competencias¹³, que define la prevención como un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral de los individuos (Martin, 1995) con un objetivo educativo –y formativo- orientado a mejorar la calidad de vida.

Así, se trabaja con y desde las creencias, experiencias y saberes de las personas o comunidades, para el desarrollo y despliegue de competencias en la toma de decisiones autónomas y responsables en el autocuidado propio y colectivo (SENDA, 2013). Se trata de un ejercicio crítico y reflexivo que habilita a los participantes para leer y diagnosticar sus actuales condiciones de vida, y producir las transformaciones necesarias (Murillo, 2013). Finalmente, la medición de logros no es necesariamente el no consumo de drogas en un plazo indeterminado, sino el logro de la competencia y su puesta en práctica.

A partir de lo anterior, es destacable la definición de SENDA respecto de una *persona con competencias preventivas*, como alguien capaz de desenvolverse de manera saludable y protectora en distintos contextos, utilizando diferentes recursos –ya sean personales o de su entorno cotidiano– para tomar decisiones de forma responsable, argumentando la razón de esas decisiones.

De esta manera se entiende la prevención como un espacio colectivo en donde las personas (niños, jóvenes y adultos) son protagonistas activos de la intervención social. Es así como el logro de una intervención preventiva se asegura en un ejercicio crítico y reflexivo, que habilita a los participantes para leer y diagnosticar sus actuales condiciones de vida y producir las

¹³ Las competencias están compuestas por tres ejes formativos que se complementan: el eje informacional, el eje de habilidades y el eje actitudinal. El eje Informacional busca que las personas manejen distintos niveles de información con respecto a factores protectores y de riesgo. Por su parte, el eje de Habilidades supone el logro (integrado con la información necesaria del eje anterior) de herramientas y recursos personales y colectivos que se despliegan frente a diversas situaciones de la vida cotidiana. Por último, el eje Actitudinal buscar alcanzar (en conjunto con la información necesaria y las herramientas desarrolladas a través de los otros dos ejes) posiciones claras frente a diversos aspectos de la vida y propender a la toma responsable de decisiones, por lo tanto es en este eje en donde las personas ponen en práctica sus competencias.

transformaciones necesarias para la generación de estilos de vida saludables. El desarrollo de competencias personales e interpersonales para el mejoramiento de la calidad de vida es, en sí mismo, una estrategia de prevención del consumo de drogas en la medida en que permite el desarrollo de capacidades de problematización y generación de soluciones alternativas.

Acciones preventivas

SENDA ha desarrollado diferentes acciones preventivas basadas en el Modelo por Competencias, las cuales se estructuran con base en la población objetivo a quienes están dirigidas y a los tipos de prevención (universal o selectiva). Por lo tanto, hay acciones de prevención *universal* en los espacios laborales, de prevención *universal* y *selectiva* en los establecimientos educativos y de prevención *universal* en las comunidades.

En cuanto a los espacios laborales:

a. Trabajar con calidad de vida

(Cárdenas G., González B., Leyton F., Sanhueza S.Trela J; 2012)

Corresponde a la principal acción preventiva que se despliega en el trabajo y se orienta a mejorar la calidad de vida laboral de trabajadores. Lo anterior se lleva a cabo a través de la elaboración de una política organizacional y la implementación de un plan de acción que aborda la problemática del consumo de drogas y alcohol desde diferentes ámbitos (individual, familiar, organizacional, entre otros).

En este sentido, las intervenciones están dirigidas tanto a la gestión para desarrollar, incentivar y fortalecer una cultura organizacional de prevención del consumo de drogas y alcohol, como también dirigida directamente a los trabajadores en su rol de agentes preventivos tanto en la organización como en su vida familiar y personal.

La intervención se enfoca a los tres ámbitos ya mencionados (Individuo, familia y organización), siempre con base en un diagnóstico organizacional, en un Índice de Calidad de Vida Laboral (ICVL) y en un plan de acción anual; el diagnóstico se realiza al inicio de la implementación y se replica año a año, lo cual permite establecer una línea base para la empresa, evaluar si es necesario realizar cambios y dirigir los planes de acción.

b. Habilidades preventivas parentales

(Cárdenas G., González B., Leyton F., Trela J; 2012)

Un aspecto relevante de trabajar en los espacios laborales, es el desarrollo de competencias preventivas en las familias, entendiéndolas de manera amplia, como adultos significativos para niños y jóvenes, y no solamente como padres y madres.

El diseño de esta intervención busca fortalecer factores protectores familiares del consumo de drogas y alcohol a través de la capacitación a facilitadores, quienes estarán encargados de replicar los talleres en sus propios espacios laborales.

Las habilidades parentales que se abordan en este programa corresponden a la comunicación asertiva, la resolución de conflictos y el establecimiento de normas y límites en el interior de la familia lo que, según distintos estudios, muestra una significativa eficacia en la reducción de conductas de riesgo en los hijos (Kumpfer y Alvarado, 1998).

c. MIPE Preventiva (micro y pequeñas empresas)

(SENDA, 2013)

Esta acción preventiva está dirigida a las micro y pequeñas empresas del país, las cuales concentran alrededor del 95% de la población laboralmente activa de Chile, al igual que Trabajar con Calidad de Vida, busca empoderar a los trabajadores como agentes preventivos, tanto en su organización como también en sus familias.

El foco de la intervención está puesto en distintos roles de los individuos, según el ámbito o escenario en el cual se desenvuelvan. Se identifican tres ámbitos a partir de los cuales se pueden llevar a cabo las actividades con el fin de fortalecer factores protectores del consumo de drogas y alcohol en la organización y sus trabajadores: la organización, el individuo y su entorno familiar.

Respecto de los establecimientos educativos:

Prevención Universal:

a. Sistema de gestión Chile Previene en la Escuela (CHPE)

(SENDA, 2013)

Esta iniciativa está adaptada desde el modelo preventivo de los factores de riesgo y protectores que surge del sistema Communities That Care (CTC), el cual corresponde a un sistema de gestión de consultoría estratégica, capacitación y herramientas basadas en la evidencia de investigación aplicada en Estados Unidos, el Reino Unido y otros países.

En Chile, este modelo fue incorporado al trabajo con la Comunidad Educativa (equipos directivos, docentes, estudiantes, padres, entre otros actores) de enseñanza básica, más vulnerables de Chile. El programa consideraba la instalación de profesionales que, desde SENDA, se insertaran en el establecimiento y organizaran las asociaciones necesarias para llevar a cabo el programa. Este profesional, llamado gestor, además debía motivar a la comunidad educativa para que se comprometiera en las distintas fases del programa; así como también apoyara la implementación de una encuesta diagnóstica y la implementación de las distintas iniciativas preventivas en la escuela.

En este sentido, el Sistema CHPE aborda cuatro ámbitos (individuo, grupo de pares, familia y escuela). Esta iniciativa busca empoderar a los miembros de los establecimientos educativos para abordar de manera efectiva los problemas de conducta que presentan sus estudiantes, y los factores que

preceden la aparición de estas, sobre la base de un diagnóstico de factores de riesgo y factores protectores.

El instrumento diagnóstico fue elaborado a partir de la encuesta del programa *Communities That Care, CTC Youth Survey questionnaire*, el cual fue adaptado para estudiantes de 5° a 8° de enseñanza básica (niños y niñas de 10 a 12 años aproximadamente).

b. Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos

(SENDA, 2012c)

Es una estrategia diseñada para promover, en los establecimientos educativos, el desarrollo de un proceso continuo y sistemático de construcción de una *cultura preventiva* como respuesta al problema derivado de la oferta y consumo de drogas y alcohol.

Propone una visión sistémica e integral del fenómeno del alcohol y las drogas y de las consecuencias sociales del consumo en estudiantes y su comunidad. Considera diversas realidades que abren la reflexión y discusión sobre el quehacer preventivo, reforzando aspectos relevantes como el autocuidado, el desarrollo de competencias, la calidad de vida y la formación ciudadana. Esta discusión ya no se lleva a cabo solamente en horas de clases, sino que es una conversación que interpela a muchos actores distintos, que construyen nuevas formas de prevenir, con sus propias experiencias y recursos.

Instalar una cultura preventiva es el resultado de un proceso de formación y compromiso que se ubica en la escuela a todo nivel incluyendo valores, actitudes, modos de hacer o procedimientos, además de los conceptos de la ciencia de la prevención que deben reflejarse en el proceso formativo curricular y, primordialmente, en sus prácticas.

Este programa se instala a través de los equipos comunales SENDA PREVIENE, y depende especialmente de la disposición de los establecimientos educativos a mejorar en diversos ámbitos y acciones concretas en prevención.

El esquema contempla que en la medida en que el establecimiento avanza en acciones de inserción curricular, gestión escolar, involucramiento escolar o integración con el medio, es certificado en Nivel Inicial o Avanzado por el SENDA. Este aliciente simbólico es valorado por las escuelas ya que permite manifestar a los padres la preocupación del establecimiento por cuidar a sus alumnos del consumo de drogas y alcohol.

c. Estrategias de Pares, Estrategias Parentales, Curso de Formación Preventiva en Alcohol y Debates Estudiantiles

(SENDA, 2013 y Arratia A, Barkan, A, Jiménez, S; Leyton, F; Murillo, F; 2013)

Constituyen un conjunto de estrategias de menor envergadura, en relación con las anteriores, que se crean con la idea de dar respuesta a establecimientos con intención de desarrollar iniciativas pero que no cuentan con el compromiso o los espacios necesarios para desarrollar programas de mayor complejidad. Estas estrategias también acompañan la implementación de los programas ya mencionados (CHPE o Certificación de escuelas).

Las estrategias preventivas permiten implementar una forma de trabajo compuesta por elementos diversos, los que se seleccionan de acuerdo con las necesidades y recursos de cada establecimiento. En primer lugar se ejecutan capacitaciones que conciernen la revisión y fortalecimiento de las potencialidades de los establecimientos para abordar el problema del consumo de drogas desde una perspectiva preventiva y educativa. Las capacitaciones iniciales eran requisito mínimo para intervenir luego con el desarrollo de las estrategias. La idea no es complejizar la implementación de iniciativas, sino exigir un mínimo de constancia en las intervenciones para que se pueda impactar a los alumnos, docentes o padres de la comunidad educativa.

La segunda etapa de esta intervención consiste en el desarrollo de cuatro iniciativas seleccionadas:

1. Estrategia de Pares: es una estrategia que se implementa con estudiantes de educación media, los cuales son capacitados en temáticas preventivas para que implementen sesiones con estudiantes de niveles más bajos. Las sesiones fueron diseñadas especialmente para esta intervención. El propósito es generar reflexiones entre estudiantes pares acerca de situaciones cotidianas y cercanas a ellos.
2. Estrategias Parentales: consideran la implementación de sesiones creadas para el desarrollo de competencias preventivas en los padres, por parte de los docentes apoyados por profesionales de SENDA. Generalmente se llevan a cabo durante las reuniones de padres en los establecimientos educativos.
3. Debates estudiantiles: consiste en el desarrollo de debates estudiantiles de carácter regional, donde se organiza una competencia entre cursos o niveles (grados) o entre establecimientos, donde los temas de discusión son: el consumo de drogas, legislación, factores protectores, factores de riesgo, etc.⁴
4. Curso de Formación Preventiva en Alcohol: es una iniciativa implementada por el docente en la sala de clases con sus estudiantes, una vez haya sido capacitado por profesionales SENDA. Se realizan en sesiones que buscan reflexionar sobre el alcohol (que es una droga legal en el país) e incorporar a toda la comunidad cercana de los establecimientos educativos.

d. Descubriendo el Gran Tesoro y Activa Tu Desarrollo (ACTITUD)

(SENDA, 2013 y Murillo, 2013)

Este es un material de prevención universal diseñado desde una perspectiva pedagógica para promover aprendizajes claros, evaluables y afines al proceso educativo del estudiante. Desde el abordaje curricular, involucra a los estudiantes con sus entornos para tomar decisiones que aporten a una vida

saludable individual y colectiva. Su objetivo es desarrollar competencias preventivas en estudiantes, sus familias y profesionales de la educación.

Desde un Enfoque Pedagógico Constructivista, la promoción de la capacidad de los estudiantes para posicionarse, argumentar y demostrar, es fundamental, ya que el aprendizaje es un ejercicio integral de desarrollo permanente que habilita a la persona para involucrarse en forma creciente en la vida pública. Esto supone el logro previo de competencias que se transforman en recursos individuales complejos (no solo académicos y cognitivos) inclinados a garantizar la participación en el entorno de forma saludable, comprometida y responsable.

Estos materiales cubren todo el ciclo preescolar y escolar; son entregados de forma gratuita, previa inscripción, a todos los establecimientos del país. La implementación es cubierta por los mismos docentes de cada establecimiento. Las coberturas llegaron al 95% de establecimientos públicos en años anteriores.

Prevención selectiva:

a. A Tiempo

(SENDA, 2012a)

Este programa se inicia con un tamizaje especialmente formulado para medir la acumulación de factores de riesgo en estudiantes entre los niveles de séptimo de enseñanza básica a segundo de enseñanza media (12 a 16 años, aproximadamente), luego se realiza la selección de los alumnos de mayor riesgo. La intervención es realizada por una dupla psicosocial y se realizan intervenciones individuales y grupales.

Las intervenciones apuntan al fortalecimiento de factores protectores basados en el desarrollo de competencias. Este enfoque permite desarrollar un plan de trabajo e intervención con base en componentes que aportan al mejoramiento de las condiciones de vida de los niños, niñas y jóvenes, lo que cobra especial relevancia cuando estos permiten la protección frente a un contexto (personal, familiar y social) particularmente riesgoso para su crecimiento.

Dependiendo de las particularidades de cada usuario, los temas que profundizan las intervenciones selectivas enfatizan en la toma de decisiones responsables para el cuidado personal; el manejo de habilidades sociales en conflictos y crisis; la identificación de recursos en el establecimiento, la familia y la comunidad; además del ensayo de estrategias personales para hacer frente a potenciales situaciones de riesgo.

b. Te Acompaño

(Barkan, A; Arratia, A; Leyton F; Mirochnick, Z; 2012)

Está basada en el programa Norteamericano Across Ages, el cual es un programa de prevención del consumo de sustancias recomendado por distintas instituciones a nivel internacional, como son: National Registry of Effective Prevention Programs (2010), National Collaboration for Youth (2006), United States Department of Education (2002), entre otros, y desarrollado por el Centro de Aprendizaje Intergeneracional de la Universidad de Temple.

Es una estrategia de prevención selectiva basada en tutorías realizadas por adultos mayores voluntarios, que apuntan a potenciar estrategias de protección frente al consumo de sustancias, reforzando habilidades en la participación social, familiar y comunitaria. La población objetivo corresponde a estudiantes entre 10 y 14 años, pertenecientes a establecimientos educativos y que presentan mayor vulnerabilidad en relación con sus factores de riesgo y protección. El desarrollo de la relación de tutorías se basa en la generación de un vínculo significativo con una persona de referencia, que favorezca el incremento de conocimientos en temáticas asociadas a la vida saludable, el autocuidado y el uso de sustancias en el estudiante, así como en el mejoramiento de habilidades sociales para la resolución de conflictos y toma de decisiones en la vida cotidiana y en el entorno cercano.

c. SENDA previene

En cuanto a la prevención en comunidades, SENDA cuenta con oficinas comunales, llamadas *Previene*. Esta iniciativa surgió como una estrategia de intervención en las comunas, la cual buscaba abordar la problemática del consumo de drogas y alcohol de manera integral, pertinente y oportuna.

Actualmente, SENDA Previene busca desarrollar –en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol– políticas comunales de prevención, a través de un convenio de colaboración financiera entre SENDA y cada municipio, donde ambas instituciones aportan recursos para la implementación del programa (SENDA, 2015).

En cuanto a las actividades que desarrolla SENDA Previene, una de las más relevantes tiene relación con establecer vínculos directos con los principales actores y organizaciones de la comunidad local. También es el encargado de implementar las diferentes iniciativas, tanto en establecimientos educativos como en algunos espacios laborales, “articulando y desarrollando directamente diversas actividades que buscan generar condiciones adecuadas para la prevención del consumo de drogas en el territorio comunal, abarcando el ámbito comunitario, de salud, familiar, educativo, laboral, juvenil, y las condiciones particulares de riesgo social” (SENDA, 2015).

Si bien es un programa que abarca casi la totalidad del territorio nacional, los cambios de enfoque sin previa evaluación, la reducción de presupuestos y la deficiencia en torno a su reinversión como modelo comunitario, han significado que los resultados que presenta el día de hoy sean dispares entre sí.

A continuación se presenta una tabla que resume las principales características de las diversas iniciativas preventivas en establecimientos educativos desarrolladas por SENDA, expuestas anteriormente:

Tabla 1: Iniciativas preventivas de SENDA en establecimientos educativos

Nombre iniciativa	Origen	Periodo de implementación	Inversión aproximada ¹⁴	Público objetivo	Cobertura/Año
Espacios Laborales					
Trabajar con Calidad de Vida	SENDA	2003-2011* - 2015 *Reformulado	\$110.000	Empresas del país (sobre 100 empleados)	230 Empresas
Habilidades Preventivas Parentales	SENDA	2011-2015	\$31.000	Empresas del país	400 Empresas
MIPE	SENDA	2011-2015	\$47.000	Empresas del país (menor a 10 empleados)	300 Empresas
Establecimientos Educativos					
Sistema de Gestión CHPE	Adaptación	2010 – 2014	\$781.000	Establecimientos de educación municipal y particulares con apoyo del Estado, más vulnerables del país que cuentan con enseñanza básica, y con una matrícula mayor a 200 estudiantes.	150 establecimientos educativos

¹⁴ Cifras en dólares, basadas en el presupuesto aproximado del año 2013.

Certificación de E.E. Preventivos	SENDA	2011 – 2014	\$156.000	Establecimientos educativos municipales y particulares con apoyo del Estado	800 establecimientos educativos
Estrategias de pares, parentales y debates estudiantiles	SENDA	2011 -2014	\$62.500	Estudiantes, equipos directivos, docentes y padres de establecimientos educativos municipales y particulares con apoyo del Estado.	500 establecimientos educativos
Descubriendo el Gran Tesoro y ACTITUD	SENDA	2011 – 2015	\$1.100.000	Estudiantes de Educación parvularia (preescolar), enseñanza básica y educación media, padres y docentes de jardines infantiles y establecimientos educativos municipales y particulares con apoyo del Estado.	9.000 jardines infantiles y establecimientos educativos

A Tiempo	SENDA	2007 - 2014	\$1.250.000	Estudiantes de 7° básico a 2° medio de establecimientos educativos municipales y particulares con apoyo del Estado, que presentan mayores factores de riesgo.	297 establecimientos educativos 4.500 estudiantes
Te Acompaño	Adaptación	2012 - 2015	\$70.000	Estudiantes de establecimientos educativos municipales y particulares con apoyo del Estado, que presentan mayores factores de riesgo.	500 estudiantes
SENDA PREVIENE	SENDA	1999 (Siscop) - 2015	\$6.250.000	Comunidad en su conjunto	S/I

Principales resultados de la implementación de las iniciativas preventivas

Durante los procesos de puesta en marcha de las iniciativas preventivas descritas anteriormente, fue posible realizar evaluaciones de distinto tipo (de proceso, de resultado, de impacto) las cuales han permitido conocer diversas fortalezas y debilidades y, a partir de estas, tomar decisiones sobre las distintas fases y actividades de tales iniciativas.

Respecto de las iniciativas preventivas en el ámbito laboral, se realizó una evaluación sobre el Índice de Calidad de Vida Laboral (ICVL), el cual se mide a través de una encuesta auto-aplicada que fue respondida en dos momentos. El principal resultado que muestra esta evaluación es un aumento significativo del ICVL entre una medición y la otra, especialmente en las variables organizacionales.

En cuanto a las iniciativas diseñadas para los establecimientos educativos del país, algunas de las principales evidencias recogidas en las evaluaciones de proceso han sido las siguientes:

- Los equipos docentes y directivos han reconocido el trabajo llevado a cabo por SENDA y valoran la labor que se lleva a cabo tanto en los procesos de gestión, como de asesoría, educación y colaboración con las escuelas.
- En algunos establecimientos, los equipos docentes se han visto tensionados por mantener sus escuelas ajenas al consumo y al tráfico de drogas, asunto que ha concentrado sus esfuerzos y que se considera difícil de lograr.
- Los programas de gestión (CHPE y Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos) aparecen como una oportunidad para las escuelas, ya que permiten definir de mejor manera sus recursos y sistematizar sus prácticas en prevención.
- Es necesario revisar y fortalecer las actividades y los espacios posibles que permitan a la cultura escolar ser también una cultura preventiva. En

definitiva, identificar cómo las políticas y programas de prevención pueden generar un continuo en la cotidianidad de la escuela y no perfilarse desde lo episódico.

Por otra parte, se realizó por primera vez en SENDA una evaluación de impacto para el programa Chile Previene en la Escuela (CHPE), la cual consideró las encuestas aplicadas a los estudiantes (de 5° a 8° año de enseñanza básica) una vez al año. Los análisis realizados fueron pruebas estadísticas de comparación de medias entre el grupo de tratamiento y el de control.

Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes: hubo diferencias significativas entre escuelas intervenidas y no intervenidas solo para los años 2011 y 2013. En el 2011 las prevalencias fueron mayores para las escuelas de control en los factores “Interacción con pares prosociales” (grupo de 5° y 6° básico) y “Recompensas de los amigos por el consumo de drogas” (grupo 7° y 8° básico).

En cuanto a la evaluación de un grupo de establecimientos educativos que implementaron las iniciativas desarrolladas en aula (ACTITUD), muestra que el 73% de los establecimientos implementaron ACTITUD, ya sea una o todas las sesiones de los módulos. Sin embargo, cuando se analiza la información en los niveles educativos, se observa que la implementación va disminuyendo en cuanto se avanza a los cursos mayores; en el tercer ciclo (1°- 4° medio) no se supera el 50%.

Esta información mostró la necesidad de generar mayores incentivos y facilidades para promover la implementación del material en todos los cursos y además promover que se ejecute el programa en sus seis sesiones.

Otro elemento a destacar en los resultados de la evaluación, habla de la relación con aquellos establecimientos que implementaron otras iniciativas de SENDA (Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos y A Tiempo). En ellos, el porcentaje de implementación fue de un 95%; esto

podría indicar que hay procesos de sinergia o compromiso institucional con las distintas iniciativas de prevención del consumo de drogas y alcohol.

Finalmente, en relación con la iniciativa preventiva “A Tiempo” – que trabaja actividades de prevención selectiva con jóvenes– se pudo recabar información importante sobre su implementación. Un primer aspecto es que alrededor de un 20% de los estudiantes que participan en el tamizaje, son seleccionados para participar del programa. Del total de actividades que se llevan a cabo, el 50% corresponde a actividades grupales, a diferencia de las familiares que solo alcanzan el 10%. Además, solo un 40% de los usuarios que necesitaron ser remitidos a instancias más especializadas, lo fueron; esto muestra la necesidad de mejorar la relación con las instituciones de la red local.

Así también, respecto de la percepción de los profesionales encargados de implementar el programa, se destaca la necesidad de mejorar el instrumento de tamizaje e incorporar a los docentes en la puesta en marcha con el propósito de mejorar los tiempos de aplicación. Otro aspecto importante es el involucramiento de los padres y apoderados (o acudientes), donde se percibe una baja participación en las actividades programadas aun cuando los profesionales consideran que son un actor esencial para el logro de los objetivos de trabajo con los estudiantes.

El resto de los indicadores disponibles son principalmente de cobertura y de implementación de los distintos programas, los que abarcan una gran cantidad de población en el país, pero que se consideran insuficientes.

IV. Investigación

Prevalencias y percepción de riesgo

En los últimos diez años, Chile ha crecido significativamente en distintos ámbitos, y el consumo de drogas y alcohol ha mostrado amplias variaciones en la población. Esta estimación se ha realizado a través de una serie de estudios de

prevalencia a nivel nacional. Estos estudios son implementados desde el año 1994 a la fecha, con periodicidad bianual, alternando estudios de población general en años pares y en población escolar en años impares.

En relación con el estudio realizado en el año 2012 (SENDA, 2012b) en población general, la prevalencia/año del consumo de marihuana mostró un significativo aumento de tres puntos porcentuales (4.0% a 7.1%) desde al año 1994; en el último estudio publicado recientemente (2014) la prevalencia año de consumo es de 11.3%, mostrando un aumento significativo y un quiebre en la curva en este periodo.

En el estudio de 2012, las declaraciones de prevalencia/año de consumo de marihuana en adolescentes de 12 a 18 años presentó una leve alza no significativa respecto de 2010, variando de 5,3% a 6,7%. Sin embargo, en el último estudio (2014) la prevalencia de consumo de marihuana/año presenta una diferencia significativa de 13.2%, duplicando la prevalencia del estudio anterior.

Para el grupo de jóvenes de 19 a 25 años se observó en 2014 un aumento significativo en la prevalencia/año de 17.5 a 24 puntos porcentuales para el consumo de marihuana, volviendo a los niveles observados en el estudio de 2008.

Otro indicador preocupante en relación con el consumo de marihuana, es la cantidad de nuevos consumidores, la cual se ha estimado en 254.993 personas en el último año como se puede apreciar en la figura 1 (SENDA, 2014).

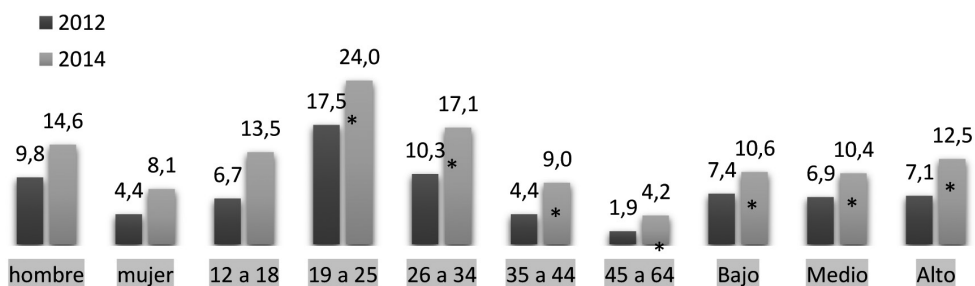


Figura 1: Evaluación de la prevalencia de consumo de marihuana durante el último año, según sexo, edad y nivel socioeconómico, Chile 2012 - 2014

Fuente: Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, SENDA 2014.

Con relación al consumo de marihuana en población escolar, los resultados del último período no son nada alentadores. La prevalencia/año de consumo de marihuana aumentó de 19,5% el año 2011 a 30,6% el año 2013. Por su parte, la percepción de riesgo presentó una baja significativa de 48,8 a 21,1 puntos porcentuales en el mismo período.

En estudios de población general, las declaraciones de prevalencia de consumo de cocaína en el último año se mantuvieron estables hasta el año 2012, y en el último periodo evaluado hubo un aumento en la prevalencia de consumo/año de 0,9% a 1,4% en población general. Si bien se mantiene constante tanto en adolescentes (12 a 18 años) como en población joven (19 a 25 años), se percibe un aumento significativo en el consumo de hombres. En los estudios orientados a escolares se observan resultados equivalentes, es decir, se sostiene un consumo de 3,2% a 3,6% en los años 2011 y 2013 respectivamente, lo cual no implica una diferencia significativa.

El consumo de pasta base se mantiene estable presentando un aumento no significativo de 0,4% el año 2012 a 0,5% en el año 2014 para población general. Esto puede observarse en la figura 2.

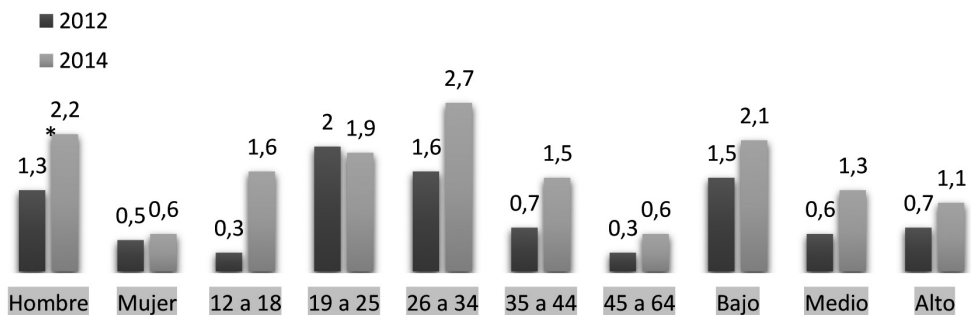


Figura 2: Evaluación de la prevalencia de consumo de cocaína durante el último año, según sexo, edad y nivel socioeconómico, Chile 2012 – 2014.

Fuente: Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, SENDA 2014

En relación con el alcohol, y de acuerdo con el último estudio de Factores de Riesgo para la salud (2014), la OMS indica que Chile es el país con mayor consumo de alcohol per cápita en Latinoamérica, llegando a 9,6 litros de alcohol puro al año (WHO, 2014)

En los estudios nacionales de población general la prevalencia/mes de consumo de alcohol ha evolucionado de un 49,8% en 2008 a un 48,9% el 2014, mostrando un cambio de comportamiento al alza en relación con la tendencia que se estaba estableciendo desde el 2006.

En relación con la prevalencia/mes de consumo de alcohol en Población Escolar en los años 2011 y 2013, esta se ha mostrado estable con 34,7 y 35,6 puntos porcentuales, diferencia que no es significativa como se observa en la figura 3.

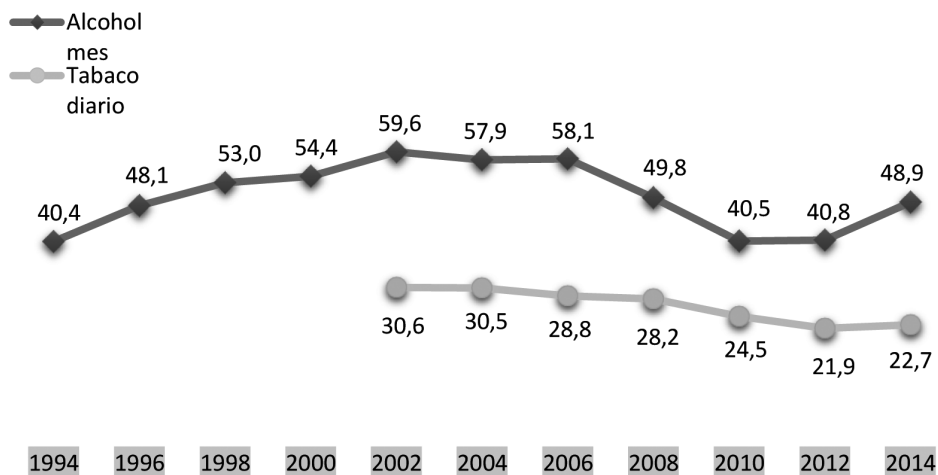


Figura 3: Evolución prevalencias de consumo de tabaco y alcohol, Chile 1994 – 2014

Fuente: Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, SENDA 2012

En este análisis es menester detenerse en los patrones de consumo de la población chilena. Es así como el 52,1% de los consumidores de alcohol presenta patrones de consumo intenso y un 14,5% presenta consumo de riesgo (AUDIT), siendo esta población prioritaria en términos de intervenciones y políticas de estado (SENDA, 2012b).

Entre los entrevistados que reportaron consumo de alcohol en el último mes, la proporción que declaró haber bebido cinco o más tragos en una sola ocasión (cuatro o más para mujeres) durante los últimos 30 días fue de 52,1%. Es decir, uno de cada dos consumidores ha tenido por lo menos un episodio de consumo intenso (o embriaguez) en los últimos 30 días. (SENDA, 2012b)

En relación con la percepción de riesgo, un 87,9% de la población percibe como un gran riesgo el consumo de cinco o más tragos de alcohol al día, cifra que muestra un aumento significativo con respecto a 2010; sin embargo, como ya está demostrado en evidencia internacional, la percepción de riesgo de consumo de alcohol no necesariamente se asocia a la disminución de las prevalencias.

En términos generales se puede decir que las prevalencias de consumo de drogas se mantuvieron relativamente estables en los últimos años, mostrando un aumento en el último periodo estudiado. En el caso del alcohol, los patrones de consumo en la población chilena son preocupantes por lo cual se requiere una atención intersectorial. Esto se ve reflejado en la figura 4.

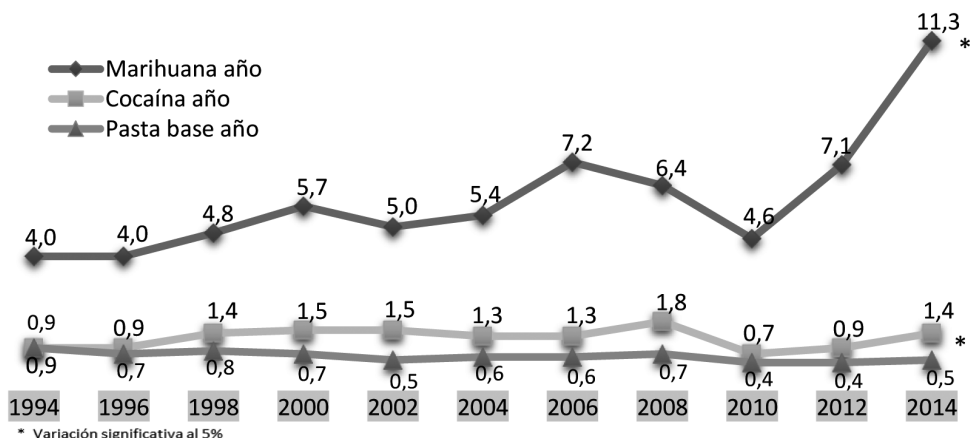


Figura 4: Evolución prevalencias de consumo de marihuana, cocaína y pasta base, Chile 1994 – 2014

En el caso del consumo de marihuana se ha presentado un aumento sostenido en los últimos años, y de acuerdo con las estimaciones y proyecciones de los estudios se espera un aumento significativo en el consumo de esta sustancia; lo anterior se considera particularmente crítico en cuanto se presenta en población escolar. Es necesario resaltar que es en este período –de alta vulnerabilidad biológica– donde se producen los mayores daños por el consumo de sustancias psicotrópicas.

V. Conclusiones y proyecciones

El fenómeno de consumo de drogas y alcohol es multicausal, por lo cual deben intervenir diferentes instituciones del Estado y de la sociedad civil para buscar soluciones integrales. Por ello, es necesario mantener y fortalecer los esfuerzos de los distintos países para lograr experiencias cada vez más exitosas e ir involucrando, de manera paulatina, herramientas de planificación y medición de los fenómenos sociales, específicamente el consumo de drogas y alcohol.

En lo descrito en este documento queda claro que el desarrollo económico y la inequidad social resultado del mismo, influye en la desprotección de las poblaciones vulnerables y es principalmente ahí donde los fenómenos asociados al consumo de drogas y alcohol dificultan el desarrollo, aun cuando no es un problema exclusivo de esa población.

En Chile, la evolución de las iniciativas preventivas ha ido acompañada de diversos cambios sociales que es necesario mencionar. Posterior al periodo de dictadura, el país entró en un proceso de reestructuración del Estado y CONACE fue, sin duda, una estrategia plena de visión para el país, ya que desde ahí se logró avanzar en los distintos componentes del problema, y con ello hacer frente al fenómeno de las drogas.

Gracias a la estabilidad política conseguida con el retorno de la democracia y a la permanencia de veinte años del mismo conglomerado político en el gobierno del país, las iniciativas en prevención fueron lideradas a partir de objetivos similares durante varios periodos de gobierno, permitiendo el desarrollo de iniciativas a largo plazo; ahí se destacan considerables logros en cobertura y presencia tanto en un gran número de entes territoriales como en los distintos espacios en los que se focalizaron, especialmente en educación, salud y en los gobiernos locales. Las prioridades fueron puestas en el desarrollo de intervenciones de tipo comunitario, intentando movilizar programas de prevención desde la base social.

A pesar de los años que han pasado, estos espacios siguen siendo prioritarios para el desarrollo de políticas públicas asociadas a la prevención del consumo de drogas y alcohol. Es por eso que las experiencias implementadas, aun cuando no cuentan con evaluaciones formales, sí fueron la base para que se evidenciara la necesidad de avanzar en mejores iniciativas preventivas.

El año 2010 Chile sufrió rápidos cambios, y con ello la rotación (luego de 10 años) de los conglomerados de gobierno. Esto implicó un cambio drástico en los organismos de la administración del estado y con ello se sometieron a cuestionamiento la totalidad de las políticas vigentes.

Dado que los ciclos de gobierno en el país son de cuatro años, las autoridades entrantes no cuentan con los tiempos suficientes para realizar evaluaciones óptimas de los programas.

Por ello, la dinámica dominante que se ha instalado en Chile se orienta a la modificación de todo aquello que represente a la coalición de gobierno anterior. Esta dinámica de cuestionar e intentar modificar las iniciativas existentes, privilegiando argumentos más políticos que técnicos, ha significado que programas que habían logrado instalarse de manera adecuada en los territorios y ámbitos de acción que, si bien no contaban con resultados de impacto específicos, pero que tenían una alta participación y validación de los usuarios, fueran descartados o reformulados, aun cuando esto significara retrocesos para los objetivos del programa.

Es necesario abordar este problema, y para ello las evaluaciones de impacto son fundamentales; sin embargo, el elevado costo de las mismas y las dificultades de lograr intervenciones equivalentes en distintas regiones y comunas, dificulta contar con un soporte de información sólida que respalde los programas en curso y los modelos de intervención que se encuentran en la base.

En el último ciclo de reestructuración de gobierno, se priorizó la intervención preventiva en espacios educativos, las cuales fueron diseñadas para

dar cuenta a través de indicadores concretos. Por ello, en los últimos años, se han realizado algunas evaluaciones de proceso y resultado intermedio a los programas e iniciativas preventivas, las cuales han permitido conocer puntos ciegos y fortalezas necesarias de atender y mejorar. Adicionalmente, los programas han sido diseñados con mejores herramientas metodológicas y basados en evidencia, lo que, sin duda, ha reflejado un avance en el desarrollo de las políticas públicas de prevención del país.

La reflexión realizada en este texto se considera un resumen de considerables años de trabajo en CONACE y SENDA; por ello, esta es una tarea que no queda resuelta aquí. Este es un esfuerzo parcial que intenta resumir las acciones, programas y políticas desarrolladas en 25 años en ámbitos de prevención. Para ello se debió realizar una selección de la información disponible y dar cuenta de los puntos más relevantes de los programas y políticas desarrollados en este periodo. Si bien este es un esfuerzo importante, aún quedan desafíos para describir la tarea realizada por los diversos equipos profesionales en el desarrollo de las políticas de estado en los ámbitos mencionados.

Respecto de las prevalencias de consumo, tanto la plataforma del Estado como los recursos destinados a los programas preventivos, han resultado ser insuficientes para mantener las prevalencias o disminuirlas. Cabe la duda de cuán lamentables serían los resultados de prevalencias sin el desarrollo de estos programas y también queda expuesta la necesidad de contar con recursos y mecanismos de evaluación óptimos para representar los impactos de las políticas mencionadas.

Finalmente, es fundamental no perder de vista que el fenómeno de consumo de drogas y alcohol –y las poblaciones particularmente vulnerables a ello– son dinámicas y evolucionan rápidamente, tanto en las formas de comunicarse (uso de tecnologías) como en las costumbres de ocio y esparcimiento. Por lo que es necesario que el resultado de las evaluaciones se tenga en cuenta para modificar y adaptar o rediseñar los programas. En una sociedad como la

nuestra, abierta a la globalización, se requiere de plataformas que se adapten a las personas y que, en ese proceso, sean capaces de establecer vinculaciones efectivas y pertinentes, tanto en la forma en cómo se llevan a cabo, como en el lenguaje que utilizan.

Esperamos ser parte de las políticas que resta por desarrollar y, de esta manera entregar un pequeño aporte a las mismas.

Referencias

- Arratia A, Barkan A., Jimenez S, Leyton F., Mirochnick Z., Ugarte F., (2013); *Construyendo culturas preventivas: Guía para el abordaje del consumo y tráfico de drogas y alcohol desde las comunidades educativas*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
- Arratia A, Barkan, A, Jimenez, S; Leyton, F; Murillo, F (2013). *Curso de formación preventiva en alcohol: Programa de prevención universal del consumo de alcohol para estudiantes*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
- Barkan, A; Arratia, A; Leyton, F; Mirochnick, Z (2012). *Programa te acompaño: Manual del mentor*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior, España.
- Cárdenas G., González B., Leyton F., Trela J. (2012). *Taller de habilidades preventivas parentales: Guía metodológica para el facilitador*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
- Cárdenas G., González B., Leyton F., Sanhueza S.Trela J. (2012). *Trabajar con Calidad de Vida; Chile*: Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
- CONACE (2003). *Prevenir en Familia: Programa de Prevención del Consumo de Drogas para las Familias*, Obtenido de <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001%5CFile%5CCuadernillo%20monitor.pdf>
- CONACE (2009). *Estrategia nacional sobre drogas 2009 – 2018*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/media/2015/08/Estrategia-Nacional-2009-2018.pdf>.

- CONACE (2003). *Estrategia nacional sobre drogas 2003 – 2008*. Obtenido de http://www.cicad.oas.org/Fortalecimiento_Institucional/esp/planes_nacionales/CHILE%20ESTRATEGIAdefinitiva-pdf.pdf Santiago, Chile.
- DIPRES (2001), *Informe de Programa de Evaluación de Proyectos Gubernamentales*. Obtenido de <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-propertyvalue-15221.html>
- DIPRES (2006), *Informe de Programa de Evaluación de Proyectos Gubernamentales*. Obtenido de <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-propertyvalue-15221.html>
- DIPRES (2008), *Informe de Programa de Evaluación de Proyectos Gubernamentales*. Obtenido de <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-propertyvalue-15221.html>
- DIPRES (2013), *Informe de Programa de Evaluación de Proyectos Gubernamentales*. Obtenido de <http://www.dipres.gob.cl/594/w3-propertyvalue-15221.html>
- Hurtado, P., & Saez, X. (2004). *Políticas y programas de prevención y control de drogas en Chile*. Fundación Paz Ciudadana.
- Murillo en curso COPOLAD (2013); Consumo de alcohol y otras drogas: Prevención basada en la evidencia, Caso estudio. Programa de prevención universal: ACTITUD: ¡Activa tu desarrollo!, Chile.
- SENDA (2012a). *A Tiempo. Una estrategia de detección precoz y trabajo preventivo de drogas y alcohol en adolescentes*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
- SENDA (2012b). *Décimo Estudio Nacional de Drogas en Población General del Chile*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>

- SENDA (2012c). *Manual Programa de Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>
- SENDA (2013). *Orientaciones Técnicas para la Prevención del Consumo de Drogas y Alcohol* (documento interno, no publicado), Santiago, Chile.
- SENDA (2015). *Programa Previene Municipalidades*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/transferencias/programa-previene-municipalidades/>
- SENDA (2014). *Décimo primer Estudio Nacional de Drogas en Población General del Chile*. Obtenido de <http://www.senda.gob.cl/>.
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health-2014*. World Health Organization.

4. COLOMBIA

La prevención del consumo de drogas y alcohol en Colombia

Augusto Pérez Gómez

Juliana Mejía Trujillo

I. Introducción

El problema del consumo de sustancias psicoactivas ilegales no tiene una historia tan larga en Colombia como en otros países. Sin embargo, el consumo de alcohol entre menores representa una tradición antigua y profundamente arraigada en las costumbres de amplios grupos poblacionales en todo el país.

A finales de los años 60 del siglo XX, la difusión del hipismo, los cambios culturales asociados a las influencias estadounidenses a través del cine y la televisión, llevaron a que se incrementara el consumo de marihuana y a que se iniciara la historia del narcotráfico, que logró su máximo auge al final del siglo. La frase “Colombia pasó de ser un país productor a ser un país consumidor de drogas”, tan en boga actualmente, es perfectamente banal: Colombia es y ha sido un país consumidor desde el momento mismo en que se empezaron a producir marihuana y cocaína, y poco a poco ha ido añadiendo todas las otras sustancias que se consumen en el continente. Este fenómeno no es propio nuestro: en realidad, todos los países “productores” se convierten rápidamente en “consumidores”, tal como ocurrió en Pakistán y Afganistán; una de las pocas excepciones fue Turquía, durante un corto período gran productor de amapola. La realidad colombiana fue ocultada deliberadamente durante mucho tiempo por razones políticas que no viene al caso discutir aquí¹⁵.

¹⁵ Desde la “guerra de la marihuana” de finales de los 70 hasta 1998, los países “productores” decían que el problema eran los “vicios” de los países ricos, y estos decían que los productores “envenenaban” a su juventud. Culpas y reproches que nunca produjeron nada positivo.

A pesar de que Colombia es, junto con España y Tailandia, uno de los primeros países del mundo en tener un plan nacional de prevención (desde 1985), la verdad es que en estos 30 años la prevención del consumo de drogas no ha recibido un apoyo especial, salvo en el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002). La mayor parte del tiempo se han implementado actividades puntuales, de campañas o de iniciativas un tanto miopes y de corto alcance, que presentan una muy baja probabilidad de haber alcanzado algún efecto; las políticas han sido ambiguas, en ocasiones erráticas y desconectadas de la realidad. Aun cuando la situación ha mejorado un poco en los últimos años, trataremos de mostrar a lo largo del capítulo las dificultades que deben enfrentar quienes trabajan en este campo que, en más del 90% de los casos, son organizaciones privadas sin ánimo de lucro.

II. Evolución de las políticas públicas

b. Antecedentes históricos a nivel legislativo

Aun cuando las poblaciones indígenas de Colombia siempre han utilizado sustancias que modifican los estados de conciencia (yajé, mambeo de hojas de coca, bebidas fermentadas), en general puede decirse que tales prácticas nunca han representado un problema en la medida en que se encuentran asociadas a los ritos propios de esas culturas. Por el contrario, el consumo abusivo de alcohol tiene una larga historia, de la cual existen documentos ilustrativos desde el siglo XVII, cuando el Presidente del Nuevo Reino de Granada, Dionisio Pérez Manrique de Lara intentó, sin éxito, prohibir la elaboración, venta y consumo de chicha¹⁶. Un siglo más tarde, en 1748, la Iglesia y el Estado se asociaron para dictar una cédula real con el mismo objetivo, y con los mismos resultados. El mismo Simón Bolívar, en 1820, dictó un decreto amenazando

¹⁶ En Colombia la chicha es una bebida derivada de la fermentación del maíz, pero el mismo nombre es utilizado en otros países del continente para referirse a bebidas fermentadas de frutas o cereales, e incluso a bebidas no alcohólicas.

con expropiación de bienes y expatriación a quienes vendieran chicha. Los resultados fueron igualmente escasos (Bejarano, 1950).

Un apretado resumen de la normatividad más importante del último siglo incluiría lo siguiente (Rubio, 1994):

- Ley 11 de 1920, que restringe la formulación de medicamentos a médicos y farmacéutas;
- Ley 118 de 1928, que incluyó el término “uso indebido” de drogas pero no imponía sanciones a los infractores;
- El artículo 210 del Código Penal de 1936 (vigente hasta 1980) sancionó la elaboración, distribución y tráfico de narcóticos o estupefacientes; no incluye marihuana ni cocaína, ni sanciona el uso de los estupefacientes;
- El 11 de febrero de 1938 se publicó una resolución ministerial restringiendo la venta de hojas de coca a farmacias y droguerías autorizadas y solamente bajo fórmula médica;
- La Resolución 578 de 1941 ordenó levantar un censo de las plantaciones de coca y prohibió la siembra de nuevos cultivos;
- La Ley 45 de 1946 penalizó el cultivo y conservación de plantas de coca;
- El Decreto 846 de 1947 constituyó el primer estatuto contra la coca y la marihuana: en él se prohibía pagar salarios en hojas de coca; cultivar, distribuir y vender ambas plantas; imponía sanciones penales a quienes poseyeran morfina, heroína y otros estupefacientes e imponía multas y penas de prisión a quienes infringieran estas disposiciones. Esta ley provocó graves reacciones que llevaron a la renuncia del Ministro de Salud y a un aplazamiento por un año de su aplicación. Los eventos del 9 de abril de 1948 (asesinato del candidato presidencial Jorge Eliécer Gaitán), que produjeron una explosión de violencia en todo el país, llevaron a que esta ley nunca fuera aplicada;

- La Ley 34 de 1948 reglamentó el consumo y producción de chicha;
- El Decreto 014 de 1955 reafirmó el sistema mixto de sanciones del Código Penal de 1936.

La última legislación importante fue la Ley 30 de 1986, llamada Estatuto de Estupefacientes, vigente en la actualidad (Congreso de la República de Colombia, 1986). En 1986 las condiciones políticas del país y el desarrollo abrumador del narcotráfico llevaron a la aprobación de la ley 30 y a la creación del Consejo Nacional de Estupefacientes. Esta ley se centra fundamentalmente en todo lo relacionado con control de la oferta y de 97 artículos, solo dedica unos pocos a lo relacionado con demanda: los artículos 11 y 12 hacen referencia a prevención en el medio educativo, y el 53 a las sanciones por no cumplir lo indicado; el artículo 51 se refiere a tratamiento obligatorio, y generaría una polémica que culminó con la sentencia C221 de 1994 emitida por la Corte Constitucional, en la que se afirman dos cosas: nadie puede ser castigado por consumir, y ningún adulto puede ser obligado a seguir un tratamiento por ese motivo, de la misma manera que nadie puede ser obligado a recibir un tratamiento para ninguna otra cosa.

Los gobiernos de César Gaviria (1990-1994) y Ernesto Samper (1994-1998), agobiados por la guerra desatada por Pablo Escobar, por el narcotráfico, por las guerrillas y los paramilitares, no le dieron ninguna importancia al consumo de drogas.

La situación cambió radicalmente en 1998, al ser elegido Andrés Pastrana presidente de la República: por primera (y única) vez en la historia del país, el consumo de drogas hizo parte de una plataforma de gobierno. En el Decreto 2193 de 1998 se dice que “el consumo de sustancias psicoactivas ha ocasionado daños irreparables en la sociedad, especialmente en los niños y jóvenes del país; una de las funciones primordiales del Estado es garantizar a todas las personas los servicios de protección, promoción y recuperación de la salud, y el Gobierno Nacional pretende establecer políticas que contribuyan

a crear las condiciones para la prevención y disminución del consumo de sustancias psicoactivas, mediante el desarrollo de estrategias de alerta de la conciencia pública, capacitación de agentes de cambio, fortalecimiento de redes sociales y de apoyo y facilitación de instrumentos que le permitan a las comunidades enfrentar el problema de las drogas”. Luego, en 1999 se emite el Decreto 1943, “Por el cual se modifica la estructura de la Dirección Nacional de Estupefacientes y del Programa Presidencial para el Afrontamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, que se conoció como el Programa Presidencial RUMBOS, institución coordinadora de las políticas de reducción de la demanda en el ámbito local, nacional y regional, y que igualmente servía de puente entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales (Rodríguez Bernal, 2007, p. 29). El programa RUMBOS abrió un nuevo panorama a la prevención en el país, gestionando recursos internacionales y nacionales para la aplicación de las políticas con el fin de reducir la demanda.

Pero el gobierno siguiente (Álvaro Uribe, 2002-2010) desmanteló Rumbos, y en palabras de uno de sus ministros “abandonó completamente el problema”. En el ámbito que nos interesa ocurrieron muy pocas cosas en esos ocho años, entre ellas:

- Creación del Observatorio de Drogas, adscrito inicialmente a la Dirección Nacional de Estupefacientes en 2005, y en la actualidad al Ministerio de Justicia: en realidad se trató de una ‘resurrección’, pues el Observatorio había sido creado en el gobierno de Ernesto Samper y recibió un fuerte impulso en RUMBOS. En la nueva versión, la aplastante mayoría de la información tenía que ver con narcotráfico y control de la oferta;
- Se emitió la Resolución 1315 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, con las normas para la habilitación de centros de tratamiento;
- Durante el segundo periodo de gobierno se creó la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, en la que participaron 15 entidades nacionales y la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito;

este grupo produjo un documento llamado Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010, todavía vigente (Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, 2008). La política cuenta con cuatro ejes operativos: el primero es el de Prevención, cuyo propósito es prevenir el inicio y uso indebido de SPA en cualquier momento de la vida; el segundo y tercer eje son Mitigación y Superación, que buscan ofrecer atención a quienes ya están involucrados en consumo; el cuarto eje es construir capacidad de respuesta, este busca movilizar esfuerzos para lograr los objetivos. Hasta el momento de escribir este documento (julio de 2015) la política planteada hace seis años, muy ambiciosa y poco realista, es solo una propuesta en la que se han realizado inversiones mínimas; los avances son insignificantes, y es altamente probable que la situación no se modifique en el corto plazo.

- Resolución 1441 –complemento de la 1315 del 2006–: impuso una serie de condiciones que medicalizaban completamente el problema de las drogas, y produjo una reacción de rechazo a nivel nacional.
- Resolución 2023 de 2014: corrige los errores de la resolución anterior.

En el actual gobierno (Juan Manuel Santos 2010-2018) han ocurrido varias cosas importantes:

- El presidente planteó estar abierto a la idea de legalizar la marihuana en el marco de la Cumbre de los Estados Latinoamericanos realizada en Cartagena a principios de 2012. Sin embargo, esta idea necesitará todavía recorrer un largo camino.
- Aprobación de la Ley 1566 de 2012, por medio de la cual “se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas” (Congreso de la República de Colombia, 2012). Declara que los adictos puedan tener tratamiento de rehabilitación pagado por el Estado, si así lo desean, ya que se considera la adicción como una enfermedad y un

problema de salud pública. Teniendo en cuenta los innumerables problemas del sistema de salud, la carencia de infraestructura y el reducido número de profesionales capacitados en este campo, la nueva ley tiene pocas posibilidades de convertirse en un conjunto de acciones concretas y exitosas. Sin embargo, lo esencial es que quita el acento de lo represivo y lo mueve al campo de la salud.

- Nuevo Estatuto Nacional de Drogas: desde hace más de diez años, se han venido haciendo esfuerzos por modificar o sustituir el llamado Estatuto de Estupefacientes (Congreso de la República de Colombia, 1986), plagado de imprecisiones y bastante inadecuado con respecto a las realidades actuales. El proyecto está terminado, pero tiene muchos opositores en el Congreso (ver Ministerio de Justicia, 2013), por lo que sus autores han evitado presentarlo hasta que se presenten condiciones de mayor ecuanimidad.
- Se creó la Comisión Nacional Asesora en Política de Drogas, 2014-2015, que presentó su informe final en mayo de 2015. Si sus recomendaciones son acogidas y soportadas financieramente, en los próximos años se verán cambios muy importantes en el manejo del problema. En la sección sobre consumo, la Comisión aceptó los lineamientos generales planteados por la Organización Panamericana de la Salud (2010), que le dan prioridad a la prevención desde un enfoque de salud pública.
- Propuesta de legalizar la marihuana con fines médicos: igual que el nuevo estatuto de drogas, tiene muchos opositores y desde mediados de 2015 reposa en los archivos del Congreso.

b. Diagnóstico

1. Las políticas nacionales no tienen repercusión en la realidad por falta de inversión.

Aun cuando en el año 2009 se presentaron unos lineamientos políticos importantes (Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas,

2008), la realidad es que el impacto de esas políticas ha sido mínimo porque, ni a nivel central ni a nivel municipal ha habido asignación de recursos para convertirlo en acciones concretas. La impresión que se desprende consistentemente de las acciones de los sucesivos gobiernos es que el consumo de drogas no es considerado como un asunto al que deba dársele algún grado de prioridad, a pesar de que se reconoce que afecta a un gran número de personas (480.000 necesitarían tratamiento, según el último estudio nacional de 2013), especialmente menores de edad. En lo referente a inversiones, el 98% de los recursos van a control de la oferta, y menos del 2% a reducción de la demanda.

2. Hay un gran atraso en la atención del problema de consumo de drogas

Exceptuando la decisión de poner a prueba algunas estrategias de prevención en 2011-2012, tarea a la que no se le dio continuidad, en los últimos diez años el Estado colombiano no ha hecho nada diferente a vagas campañas de radio y televisión anunciando “un país libre de drogas”, de una calidad pobre y totalmente desconectadas de iniciativas programáticas. Lo mismo ocurre en tratamiento y reducción de daño asociados a consumo.

3. La asignación de recursos para evaluar las dimensiones del problema, o para evaluar las intervenciones, son muy reducidas.

En la mayor parte de los países del hemisferio se hacen estudios nacionales con población de 12 a 65 años cada cuatro años, y en el intermedio se hacen estudios con población escolarizada. En Colombia se hizo un estudio en 1996 (Ministerio de Justicia & Dirección Nacional de Estupeficientes, 1996), el siguiente en 2008 (Ministerio de Protección Social, CICAD & Dirección Nacional de Estupeficientes, 2009), y el último en 2013 (Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); los estudios con población escolarizada se hicieron en 2004 y 2011 (Ministerio de Protección Social & CICAD, 2004; Ministerios de Educación, Justicia y Derecho, Salud y Protección Social & CICAD, 2012) , y se prevé un nuevo

estudio en 2015. Todo esto significa que solo hasta hace muy poco tiempo el país ha comenzado a generar estudios con una periodicidad adecuada. Sin embargo, las evaluaciones de programas preventivos o de estrategias de tratamiento son prácticamente inexistentes.

4. No existe estabilidad en las estructuras del Estado que garantice una continuidad en las acciones.

Las estructuras del Estado a las que nos referimos incluyen cuatro componentes: las normas y leyes; las instituciones; la calificación de las personas involucradas; y los recursos asignados. Ya se vio cuál es la situación de la normatividad, llena de elementos dispares y carentes de un hilo conductor, en muchos casos, o inaplicables por la ingente cantidad de recursos que requiere su implementación. En lo referente a las instituciones, el núcleo de atención del problema del consumo de drogas se encuentra ubicado en el Ministerio de Salud y Protección Social, pero es una pequeña oficina que tiene asignadas otras funciones y sufre de una constante rotación de personal. En cuanto a la calificación profesional en las instituciones responsables, con demasiada frecuencia no se cuenta con el personal calificado para asumir estas funciones. Y, finalmente, los recursos asignados a nivel central no son pertinentes ni suficientes para responder a las demandas básicas de la población.

III. Acciones en prevención

a. Consumo en Colombia

Si se compara con otros países de la región, Colombia aparece actualmente en un rango intermedio, fuera del ojo del huracán en el que se encontraba hace veinte años: nuestro nivel de consumo es sustancialmente inferior al de los países del Cono Sur (Uruguay, Chile, Argentina y ciudades brasileras como Sao Paulo o Río de Janeiro), e incluso de países centroamericanos como El Salvador; nuestros “pares” son países como Perú y México, y por debajo

aparecen Ecuador y Bolivia (Pérez Gómez, 2013; UNODC & CICAD, 2009). Aun aceptando que los estudios de hogares (metodología utilizada comúnmente en los estudios de población general entre los 12 y los 65 años y que exige verse frente a frente y conocer la dirección de la persona), producen un alto subregistro (a diferencia de los estudios con escolares, que son totalmente anónimos), las tendencias se mantienen y dan un rango razonable de certeza a esta ubicación de los países en “escalas” de consumo.

Tabla 1: Prevalencias de consumo en población escolar y población general

	ESCOLARES 2011			POBLACIÓN GENERAL (2013)		
	Vida	Último año	Último mes	Vida	Último año	Último mes
Alcohol	63,4	56,7	39,8	8,1	58,8	35,8
Tabaco	24,3	16,1	9,8	42,1	16,2	12,9
Marihuana	7,0	5,2	2,8	11,5	3,3	2,2
Cocaína	2,8	1,9	1,0	3,2	0,7	0,4
Basuco	0,7	0,5	0,2	1,2	0,2	0,2
Inhalantes	3,1	1,8	0,9	1,9*	0,3*	0,08*
Éxtasis	1,2	0,8	0,4	0,7	0,2	0,02
Ácidos	1,5	1,0	0,4			
Tranquilizantes	1,1	0,8	0,4	1,8	0,5	0,3
Popper	2,5	1,4	0,6			
Heroína	0,5	0,4	0,2	0,1	0,03	0,02
Dick	4,1	2,7	1,3			

* Incluye pegantes, pinturas, thinner, popper y dick; solo se utilizan dos decimales cuando la alternativa sería poner “0” por tratarse de cifras muy bajas.

En la actualidad se dispone de datos mucho más precisos que en los años noventa del siglo pasado (Scoppetta, 2010), y se tiende a buscar mucha más regularidad en los estudios.

b. Las acciones¹⁷

En 1984 el gobierno inició la estructuración del Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción (PNPD), con el apoyo de la oficina de Naciones Unidas equivalente a la actual UNODC, que en esa época se llamaba UNFDAC (United Nations Fund for Drug Abuse Control), el cual se aprobó en 1985. En este plan participaron, bajo la coordinación de la Presidencia de la República, además de Planeación Nacional y el Consejo Nacional de Estupefacientes, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los Ministerios de Educación, Salud, Justicia, Agricultura y Comunicaciones. Este plan, que se prolongó con altos y bajos hasta comienzos de 1994, incluyó propuestas como:

1. Búsqueda de alternativas de tratamiento y rehabilitación e inventario de instituciones (Ministerio de Salud);
2. Promoción Juvenil y Prevención Integral a través de estrategias tales como el uso creativo del tiempo libre, el fortalecimiento de grupos y organizaciones creativas juveniles, la capacitación de padres y maestros, el fortalecimiento de la comunidad educativa, el fomento de Empresas Creativas Juveniles y la inclusión en el currículo de información sobre las SPA y sus peligros (Ministerio de Educación);
3. Refuerzo del sistema familiar (ICBF), refuerzo del sistema judicial (Ministerio de Justicia), sustitución de cultivos (Ministerio de Agricultura) y desarrollo de campañas publicitarias (Ministerio de Comunicaciones) (Pérez Gómez, 1994, p. 113-114).

Cada uno de los proyectos que conformaron el PNPD nace en un contexto donde la articulación interinstitucional en la administración pública era inexistente o muy débil, situación que, en la actualidad, aún persiste. A

¹⁷ Deseamos agradecer a Luis Ángel Parra Garcés sus minuciosas observaciones y comentarios a la sección sobre el PNPD, del cual él fue un protagonista notable. Por motivos de espacio solo incluimos aquí algunas de sus notas.

pesar de esto, se logró constituir el Comité Técnico Nacional que dio origen, en 1986, a un documento que Colombia presentó como insumo para la realización de la Asamblea Extraordinaria de la Organización de Estados Americanos en Río de Janeiro, donde se aprobó la creación de la CICAD, cuya primera reunión se realizó en Montevideo en 1988. En todo este período Colombia ejerce un indiscutible liderazgo en la región por sus propuestas, argumentos e interpretaciones frente al fenómeno cultural de las drogas, hasta el punto que varios países realizaron pasantías para conocer estas experiencias o invitaron a profesionales colombianos como asesores temporales a sus países.

Este proceso inicia su declive en el primer lustro de la década de los 90 y se va agudizando con los sucesivos cambios de gobierno; la pérdida de influencia de Colombia se mantiene hasta el momento actual.

Es importante ampliar lo ocurrido en el Ministerio de Educación, pues los desarrollos logrados allí tuvieron un impacto importante en otros países como Perú, Chile, Panamá, Costa Rica y el Salvador, y resultan no solo de actualidad sino consistentes con algunas de las iniciativas que se están impulsando actualmente en varias partes del mundo, incluida Colombia (en donde muchas cosas nacen pero no perduran). El programa, que duró de 1985 a 1996, fue liderado por el psicólogo Luis Ángel Parra Garcés, y se centró en el fortalecimiento de la comunidad educativa, en la transformación de la interacción por roles a la interacción entre personas bajo la idea de ser familia educativa, en la estimulación de la creatividad y en la participación de grupos juveniles y comunitarios.

En realidad, el planteamiento fundamental era que la comunidad educativa requería una profunda transformación, de manera que todos los actores participaran en la definición y logro de objetivos comunes; y aun cuando en el primer momento el objetivo era la prevención del consumo de drogas, pronto ese objetivo se transformó en “prevención de problemas socialmente relevantes”, a partir de un proceso de reflexión sobre la práctica, que llevó a afirmar

que los elementos que se encontraban en la base de problemas como el consumo de drogas eran los mismos que creaban problemas como la delincuencia juvenil, el embarazo adolescente y la deserción escolar. Estas reflexiones serían validadas ampliamente por la investigación sistemática en numerosos países.

De aquí surgió el concepto de “prevención integral”, que sugería una aproximación holística a los problemas que afectan a los jóvenes, y sugería también que los diferentes componentes de la problemática deberían ser tratados de manera coordinada. En el caso de las drogas: los cultivos ilícitos, la venta de insumos, el narcotráfico, el lavado de activos, la prevención del consumo, el tratamiento y la rehabilitación. Aun cuando teóricamente interesante, esta última propuesta se ha revelado completamente imposible en la realidad: los asuntos relacionados con lo que se ha dado en llamar de manera equívoca (con un marcado sesgo economicista) la “oferta” y la “demanda” de drogas requieren abordajes completamente diferentes (Comisión Nacional Asesora en Política de Drogas, 2015).

Luego de la reunión de 1988 en Uruguay tuvieron lugar otras: en el año siguiente el encuentro fue en Quito, más tarde en Panamá y República Dominicana y luego, en varios países centroamericanos (Costa Rica, El Salvador, Honduras y Guatemala), siempre con el apoyo de CICAD y de Naciones Unidas; en todos los casos, Parra jugó un papel determinante y contribuyó a generar el primer plan subregional de prevención integral. Todos los países mostraron un gran interés por la idea (que sigue siendo recordada en la actualidad), pero no se lograron cambios permanentes en las políticas públicas, salvo en Costa Rica. Las acciones desarrolladas nunca fueron objeto de evaluaciones sistemáticas, y la mayor parte de lo que queda son registros orales y fotográficos, pero hay pocos documentos publicados. Sin embargo, es indiscutible que lo ocurrido entre 1985 y 1990 dejó unas huellas que todavía no se han borrado, pues marcaron el camino que llevaría, poco a poco, a que la CICAD unificara criterios de trabajo para toda la región, tanto en el campo de la prevención como en el de la investigación.

Aparte de esta iniciativa gubernamental, debe decirse que la gran mayoría de las acciones en prevención en Colombia han sido desarrolladas, en estos 30 años, por entidades no gubernamentales; algunos de los principales ejemplos son el programa La Casa de la Universidad de los Andes, en Bogotá; Caminos, en Cali; Surgir, en Medellín; y la Universidad del Norte, en Barranquilla; todas estas instituciones trataron de trabajar con la comunidad educativa y algunas con la comunidad en general. Pero al perder el soporte de las entidades gubernamentales, y en algunos casos de entidades internacionales, sus acciones fueron desapareciendo.

RUMBOS (1998-2002) permitió poner el consumo de drogas como uno de los diez problemas prioritarios del país. Durante esos cuatro años se estimularon y apoyaron de manera constante los Comités Municipales de Sustancias Psicoactivas; se buscó ayuda internacional para apoyar proyectos de prevención específicos¹⁸, se desarrollaron 16 proyectos de investigación, se hizo el estudio de consumo de drogas entre jóvenes más grande del continente (participaron más de 200.000 personas) y se llevó a cabo una efectiva coordinación entre diferentes instancias del gobierno (RUMBOS, 2002).

Como se mencionó anteriormente, entre 2002 y 2010 no se llevaron a cabo actividades preventivas con liderazgo nacional, y simplemente se desarrollaron algunas acciones puntuales y locales de muy bajo impacto. Desde 2011 hasta el momento actual las inversiones gubernamentales siguen siendo muy marginales, aun cuando se nota, especialmente a nivel de municipios y ciudades, una preocupación por el incremento del consumo.

c. Los programas preventivos

La construcción de un menú de programas de prevención en 2012, actualizado en 2015, arrojó información de quince utilizados en el país, encontrándose que solo uno cuenta con evaluación sistemática durante nueve años; seis

¹⁸ Seis países contribuyeron sistemáticamente en este esfuerzo: Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, España, Francia y Japón.

de ellos tienen alguna clase de monitoreo (percepción de riesgo, información sobre herramientas de evaluación, sistematizaciones o líneas de base y de cierre), y siete no cuentan con evaluación.

En el año 2012 la Corporación Nuevos Rumbos realizó un inventario de los programas preventivos utilizados en Colombia, con el fin de ponerlos a disposición de las comunidades y así implementar aquellos que tuvieran los mejores resultados. En esa búsqueda se encontraron catorce programas que se describen a continuación:

TIPICAS

El programa lleva este nombre como acrónimo de las siete competencias psicosociales que trabaja: Tolerancia a la frustración, Información, Presión de grupo, Integración escolar, Comunicación asertiva, Autoestima y Solución de conflictos. Se implementa en el entorno escolar como parte del currículo y se enfoca en los factores sociales que se relacionan con el consumo de drogas. Sin embargo, no aborda el tema directamente. Fue creado por el Grupo de investigación Estilo de vida y desarrollo humano de la Universidad Nacional de Colombia (Ramírez, Díaz, Gantiva-Díaz, & Flórez-Alarcón, 2014).

CEMA-PEMA

También creado por el Grupo de investigación Estilo de vida y desarrollo humano de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2000, es una intervención grupal que busca disminuir el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes entre los 12 y 25 años en el entorno escolar y universitario. Se soporta en la intervención motivacional breve, la formación en habilidades y el autocontrol (Ramírez et al., 2014).

Experiencias para Vivir y Convivir (Organización comunitaria para la prevención del consumo de SPA)

Este programa de la Fundación Mentor, creado en el año 2004, busca desarrollar competencias personales y sociales para la prevención del consumo

de SPA y problemas conexos, cuya principal estrategia es organizar a la comunidad, con el fin de reducir la demanda y el uso de drogas legales e ilegales (Mentor International, 2012).

ConSentidos

Es un programa preventivo de nivel selectivo que aborda directamente el tema de alcohol y tabaco (y marihuana en el quinto nivel del programa), y a su vez promueve el desarrollo de habilidades básicas para el afrontamiento de la presión de grupo, la conceptualización de la amistad como una relación de protección, la amplitud de la percepción de valores, el fortalecimiento del análisis crítico a los mensajes de medios, la promoción y fortalecimiento de habilidades familiares que encuadren el escenario familiar y aumenten su capacidad de contención y asertividad frente al consumo. Es un programa que se inserta dentro del currículo escolar, desarrollado por el Colectivo Aquí y Ahora desde el año 2006 y dirigido a estudiantes, niños y adolescentes de 5° a 9°, sus padres y maestros (Colectivo Aquí y Ahora, 2012).

SanaMente

Desarrollado por el mismo Colectivo, es un programa que busca aportar al aumento de la percepción de riesgo y de las influencias normativas. Es una versión de Consentidos pero dirigida a estudiantes entre 9 y 11 años pertenecientes a colegios de estratos socioeconómicos bajos (Colectivo Aquí y Ahora, 2012).

Anímate

Creado por la Corporación Buscando Ánimo, en 1999, es un programa que se desarrolla en el ámbito escolar y está dirigido a estudiantes de sexto a undécimo grado. Busca crear condiciones de fortalecimiento de los factores protectores frente al riesgo de suicidio y el consumo de SPA. Los talleres en clase guiados por el director de curso, tienen tres componentes: trabajo en grupos, discusión plenaria y trabajo individual. Es el único programa que ha

llevado a cabo evaluación periódica durante más de diez años, con resultados positivos en disminución de prevalencias de vida, año y mes de consumo de drogas (Aja Eslava & Gómez Avila, 2013).

Zonas de Orientación Escolar (ZOE):

Este programa desarrollado desde el año 2010 por la Corporación Viviendo, tiene el objetivo de fortalecer la comunidad educativa y sus redes para prevenir los riesgos de exclusión de las personas de esa comunidad que han consumido SPA o están afectadas por problemáticas asociadas al consumo, a través del desarrollo de un trabajo en red que involucra a los actores sociales internos y externos a la comunidad educativa, la construcción de herramientas para la motivación y la participación activa en los procesos de prevención y de mitigación del consumo de SPA, y la incidencia en el cambio de las percepciones, actitudes y comportamientos frente al consumo. Está dirigido a jóvenes de 12 a 19 años, docentes, padres de familia, personal administrativo y directivo (Ministerio de la Protección Social, UNODC, RAISS Colombia, & Corporación Viviendo, 2009).

DARE (Educación para la Resistencia al Uso y Abuso de las Drogas)

Es un programa internacional, ejecutado actualmente por la Policía Nacional y tiene el objetivo de desestimular el consumo de sustancias psicoactivas y el comportamiento violento en la población estudiantil de 5 a 18 años, a través de estrategias informativas en el aula de clase. Los facilitadores son miembros de la Policía. Si bien es un programa poco recomendado por tener un carácter contrapreventivo (es decir, que estimula el consumo de drogas porque despierta curiosidad en los niños y adolescentes), es muy usado en las escuelas colombianas desde el año 1997 (Clayton, Leukefeld, Harrington & Catarello, 1996).

Retomemos

Es un programa de la Corporación Surgir y se basa en el desarrollo de habilidades para la vida y el fomento de la adquisición de estilos de vida saludables, como estrategia protectora frente a la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en jóvenes. Está dirigido a estudiantes, docentes y padres de familia (Corporación Sugir, 2011).

Leones Educando (Lions' Quest)

Programa ejecutado por Lions' Quest International, que busca fomentar el desarrollo sano de los jóvenes, las destrezas de la autodisciplina, responsabilidad, buen juicio, buenas relaciones con los demás, destrezas para decir “no” al alcohol y a otras drogas, e interés en el servicio comunitario. Usa un modelo de prevención universal y está dirigido a estudiantes de cuarto a undécimo grado (Lions Quest, 2015).

d. Comunidades Que se Cuidan (CQC)¹⁹

Desde 1989, un equipo de investigadores de la Universidad de Washington, en la ciudad de Seattle, Estados Unidos, liderados por los profesores David Hawkins y Richard Catalano, ha venido trabajando en la construcción de un *sistema preventivo* que no solamente tiene una sólida estructura conceptual y teórica, sino que ha acumulado durante cerca de 25 años una considerable cantidad de datos empíricos de alta calidad que le dan un soporte difícil de igualar a las acciones que se proponen. Este sistema preventivo, que se articula fundamentalmente alrededor del concepto de *coaliciones*, del enfoque de salud pública y la estrategia de desarrollo social, es conocido con el nombre de *Communities That Care* (CTC)²⁰, y ha sido una de las piedras angulares de lo que se conoce actualmente como la *ciencia de la prevención* (Hawkins, Ca-

¹⁹ Esta sección le debe mucho a la monografía publicada por Pérez Gómez y Mejía Trujillo (2015), en donde se trata todo lo relacionado con CQC con mayor profundidad. Se puede consultar en www.nuevosumbos.org

²⁰ La versión que se utiliza en Colombia y en Chile se llama “*Comunidades Que se Cuidan*” (CQC).

talano & Miller, 1992; Catalano, Arthur, Hawkins, Berglund & Olson, 1998; Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Brown, Hawkins, Arthur, Briney, & Abbott, 2007; Brown, Hawkins, Arthur, Briney, & Fagan, 2011; Rhew, Brown, Hawkins, & Briney, 2012; Social Development Research Group, 2015). Los objetivos principales de CTC son:

- Proporcionar a las comunidades capacitación y entrenamiento en los conceptos fundamentales de prevención y en el desarrollo metódico del ejercicio de planeación focalizada;
- Aprender a crear y a utilizar datos de archivo locales para la identificación de los niveles de comportamientos problemáticos en una comunidad;
- Identificar los factores protectores y de riesgo en cada comunidad a través de la aplicación de un instrumento que ha sido sometido durante largo tiempo a evaluaciones rigurosas;
- Ayudar a las partes interesadas de la comunidad, y a aquellos que toman las decisiones, a entender y a aplicar la información resultante de la identificación de los factores de riesgo y de protección;
- Crear redes interinstitucionales y un lenguaje común de prevención;
- Aplicar los *programas* probados y efectivos dirigidos a los factores protectores y de riesgo prioritarios en las comunidades que promueven el desarrollo saludable de los jóvenes;
- Llevar a cabo una evaluación sistemática y continuada de los recursos existentes en la comunidad, así como de las intervenciones realizadas a partir del plan de acción.

Todo el modelo se apoya sobre el concepto de movilización de la comunidad, lo cual implica reducir la desorganización social, promover normas comunitarias fuertes contra el comportamiento antisocial y desarrollar una apropiación por parte de la comunidad de las actividades preventivas (France & Crow, 2005).

Lo que hace de CTC un *sistema* es la articulación de tres grandes elementos: un *proceso de empoderamiento* en donde la comunidad aprende a identificar y utilizar sus propios recursos para diseñar e implementar un plan de acción guiado por datos empíricos. En segundo lugar, aprenden a elaborar un *perfil comunitario* sobre la base de un instrumento llamado “Encuesta para jóvenes”; en América Latina el instrumento ha sido aplicado en Colombia a más de 40.000 jóvenes de 9 municipios²¹, y ya se concluyó el proceso de validación de los ítems y se calcularon puntos de corte para el país²². En Chile y Brasil se están llevando a cabo procedimientos para validarlo.

El tercer elemento que hace de CTC un sistema es la presentación de un “*menú*” de *programas preventivos* que han sido sometidos a evaluaciones. Así, cada Junta Comunitaria (resultado del trabajo de la movilización de la comunidad) escogerá los programas preventivos que más se ajusten a sus necesidades, requerimientos y disponibilidad de recursos.

d. CQC en América Latina: La implementación de CTC en Colombia 2011-2014

Como se mencionó anteriormente, Colombia es el único país en el que se ha implementado una versión de CTC, en estrecha relación con la Universidad de Washington, en Seattle. Se presentan aquí los resultados de tres años de experiencia en ocho comunidades del país, con el propósito de contribuir a la comprensión de los ajustes que son imprescindibles al utilizar el sistema en una cultura diferente a la estadounidense.

En el año 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social tomó la decisión de invitar a un cierto número de entidades a llevar a cabo el pilotaje de

²¹ En Colombia se está llevando a cabo un trabajo comparativo en los factores protectores y de riesgo de adolescentes de los Estados Unidos y de Colombia a través de un contrato con la Universidad de Washington, bajo un proyecto financiado por NIDA (# R01 DA031175-01A1)

²² Este procedimiento se ha llevado a cabo conjuntamente con la Universidad de Washington; en octubre de 2015 está en proceso la elaboración de un artículo con los resultados.

varias estrategias de prevención del consumo de alcohol y otras sustancias en menores de edad. Entre las estrategias seleccionadas estaban Familias Fuertes (Strengthening Families), Leones Educando (Lions' Quest) y Comunidades Que se Cuidan (Communities That Care). Debido a la prolongada relación entre Nuevos Rumbos y la Universidad de Washington, que había llevado a crear una versión en español de la encuesta para jóvenes, Nuevos Rumbos fue seleccionado para implementar una prueba piloto en dos comunidades del país, bajo el nombre “Comunidades Que se Cuidan” – CQC –.

La primera decisión fue que el pilotaje se limitaría a dos de los cinco comportamientos problemáticos que abarca este sistema preventivo: *consumo de alcohol y otras sustancias*, y *delincuencia juvenil*. La segunda fue traducir al español todos los materiales disponibles, introduciendo tan pocas modificaciones como fuera posible, pues el objetivo era utilizar el sistema tal como sus creadores lo habían concebido, y solo al final hacer recomendaciones sobre ajustes indispensables.

Se seleccionaron inicialmente dos comunidades, una en Bogotá y otra a 20 km de la capital; algunos meses después se comenzó el trabajo en otra comunidad cercana a Bogotá y un año más tarde se iniciaron actividades en cinco municipios de la zona cafetera, en el centro del país, en donde se registran altos niveles de consumo de sustancias entre los jóvenes, así como otros problemas sociales.

Además de seleccionar dos programas preventivos, las Juntas también identificaron otras prácticas que pudieran responder a los factores prioritarios identificados en la fase 3, y se contemplaron algunas estrategias de cambio de metodología para facilitar la implementación de los programas y las prácticas seleccionadas. Así mismo, Nuevos Rumbos ofreció un conjunto de estrategias para apoyar las que ya estaban disponibles en la comunidad (breves sesiones de capacitación para líderes, maestros y padres; estrategias para uso creativo del tiempo libre; intervenciones rápidas en comunidad escolar; comprador aliado

(un joven con apariencia de menor de edad trata de comprar alcohol); la más importante fue creada por Nuevos Rumbos y se llama IBEM, Intervención Breve basada en Entrevista Motivacional, que a la fecha ha sido utilizada con más de 6.000 jóvenes.

IBEM permite identificar un problema con el consumo de alcohol u otras SPA, ya sea presente o latente, movilizándolo al individuo hacia el cambio a través del incremento de la motivación intrínseca al explorar y resolver la ambivalencia; así mismo busca promover y reforzar el no consumo en aquellos que no están interesados o que por diversas razones nunca han consumido. Su aplicación incluye a todos los estudiantes de los grados octavo y noveno involucrando tanto a quienes no han iniciado como a aquellos que pueden tener consumo problemático de una o más sustancias. Se realizan tres encuentros de carácter individual separados entre sí por tres meses, y cada uno tiene una duración aproximada de diez a quince minutos. Los resultados hasta el momento son altamente promisorios²³.

Para terminar, es importante hacer un balance de las principales dificultades que se han presentado hasta el momento (octubre de 2015), para lograr una adecuada implementación de CQC; muchas de ellas han sido resueltas satisfactoriamente, pero cada comunidad debe encontrar las soluciones que más se adecúen a sus circunstancias (Pérez-Gómez y Mejía-Trujillo, 2015 a y 2015 b; Mejía-Trujillo, Pérez-Gómez y Reyes-Rodríguez, en prensa).

1. El concepto de *prevención* usualmente es inadecuado. En la mayoría de los casos las comunidades tienden a creer que se trata de dar conferencias o talleres en las escuelas, y eventualmente en invitar a algunos padres de familia a participar. Es imprescindible hacer una capacitación básica que proporcione una visión acertada de lo que es la prevención.

²³ Aun cuando se han observado diferencias altamente significativas en las evaluaciones pre-post ($p < 0,0001$), se utilizará un diseño cuasi-experimental (con grupos control pero sin distribución al azar) para confirmar o refutar estos resultados.

2. El acceso a las autoridades locales suele ser difícil: la tendencia es a *delegar* en personas de niveles cada vez más bajos, lo cual hace imposible la toma de decisiones. Conviene hacer un contacto directo con la persona de mayor autoridad en esa comunidad (por ejemplo, el alcalde), invitándolo a que participe, o a que delegue en una única persona con capacidad decisoria y que tendrá como parte de sus funciones el asistir regularmente a las reuniones.

3. En la versión original de CTC *todos* los miembros de la junta comunitaria son voluntarios. En países como Colombia esto no es posible: los miembros de la sociedad civil deben ser voluntarios, pero los representantes del sector público deben ser designados por la autoridad competente, y su participación debe ser obligatoria y parte de sus funciones.

4. Una vez elegidos los miembros de la junta comunitaria e identificados los líderes clave, suele resultar difícil organizar las capacitaciones con la dedicación apropiada. Será necesario llegar a acuerdos específicos en cada comunidad, pues unas pueden desear capacitaciones concentradas, mientras que otras pueden preferir distribuir las en diferentes lapsos.

5. Las comunidades suelen experimentar un primer bloqueo cuando comprenden que deberán hacer inversiones para ejecutar los programas de prevención que ellos mismos escojan. Sin embargo, cuando desde el inicio se les advierte que deben ir preparándose para esta eventualidad, pueden asignar recursos dentro del presupuesto local.

6. En América Latina hay muy pocos programas de prevención evaluados y hay una urgencia real para que estos procesos se lleven a cabo; esto puede tomar largo tiempo, por lo que se propone que se utilicen *estrategias preventivas* basadas en los principios derivados de investigación empírica. En la parte final de este artículo se dan algunos ejemplos de lo que se puede hacer.

7. Un concepto básico de CTC/CQC es la *disponibilidad de la comunidad*; en los encuentros iniciales, generalmente se expresa mucho interés por

la propuesta pero luego ese interés puede esfumarse. Es entonces importante utilizar el instrumento desarrollado por Nuevos Rumbos para determinar esta condición.

8. Aun cuando parezca obvio que cuando se adquieren compromisos se deben cumplir, en la realidad esto no ocurre, incluso con respecto a situaciones tan obvias como la puntualidad, la asistencia de las mismas personas a las capacitaciones o el respeto por las ideas de los otros. No hay soluciones definidas para esta situación: deben ser elaboradas para cada caso.

9. Con frecuencia, la existencia de conflictos internos y conflictos de intereses no es obvia en los primeros encuentros; pero una vez identificados debe buscarse solucionarlos con la mayor rapidez, pues pueden poner en riesgo todo el proceso.

10. Muchas comunidades carecen de registros históricos sobre asuntos altamente pertinentes para CQC, como delincuencia juvenil, consumo de drogas o incidentes asociados a consumo de alcohol. Debe asesorarse a la comunidad para que inicie tales registros y deben intentar llenarse los vacíos con información no oficial o con indicadores indirectos.

CTC/CQC parece ser un sistema preventivo altamente promisorio para los países de América Latina. Aun cuando los autores (David Hawkins y Richard Catalano) siempre han considerado que la clave del éxito está en la correcta selección de los programas de prevención en la fase 5, la experiencia en Colombia muestra que las cuatro primeras fases consolidan procesos en la comunidad que ninguna otra estrategia preventiva ha logrado: solidaridad, toma de conciencia sobre la responsabilidad del futuro de los jóvenes, necesidad de identificar los factores protectores y de riesgo y de modificarlos cada vez que sea posible y necesario. Esta será la condición indispensable para que la implementación de los planes de acción sea exitosa.

Y en este punto se impone una reflexión importante: si bien CTC/CQC es un *sistema* altamente flexible, en general los *programas* preventivos no lo son. Tal vez la mejor prueba de ello es lo sucedido con el más famoso de todos, Life Skills Training (LST), o Habilidades para la Vida. Un estudio reciente (Luna-Adame, Carrasco-Giménez & Rueda-García, 2013), realizado con extrema rigurosidad para evitar las críticas sobre fallas de fidelidad, mostró resultados nulos en España en la prevención del inicio de consumo de tabaco en adolescentes, que es supuestamente el área en la que LST es más efectiva. Y no es el único ejemplo: en realidad, hay varios estudios que muestran resultados pobres de LST (Gorman, 2011; Johnson, Shamblen, Ogilvie, Collins, & Saylor, 2009; Vicary et al., 2004, 2006). Este dato no tiene por qué sorprender: LST fue creado hace 30 años, y no se ha beneficiado de ninguna clase de modificaciones, mientras que el mundo ha cambiado enormemente en ese lapso, especialmente para los adolescentes; sus autores, Gilbert Botvin y Kenneth Griffin (Botvin & Griffin, 2006), han mantenido que su programa es muy eficiente, y han rechazado las críticas, negándose a introducir cambios. Esto mismo ocurre, probablemente, con muchos otros programas de prevención.

Sin embargo, la lógica permite pensar que esta forma de proceder condenará a todos los programas de prevención a encontrarse muy desfasados con respecto a la realidad en un plazo de pocos años, lo cual pondría en peligro toda la estructura de funcionamiento de CTC. Esto significa, en pocas palabras, que:

1. Los programas preventivos necesitan actualizarse constantemente, lo cual crea algunas dificultades a propósito de las evaluaciones;
2. Se requiere desarrollar programas preventivos que sean fácilmente modificables sin que se altere su estructura nuclear, responsable de los logros. Deberán, además, incluir procesos de evaluación flexibles y confiables.

IV. Publicaciones e investigaciones

Si en los años setenta y ochenta del siglo pasado los estudios sobre drogas eran virtualmente inexistentes, durante la década de los 90 se produjo un incremento importante en el número de trabajos sobre esta problemática, y tal tendencia se acentúa en la primera década del siglo XXI. Sin embargo, existen pocos estudios específicamente sobre prevención, y la mayoría de ellos hacen parte de la llamada “literatura gris”, que eventualmente puede tener una gran riqueza pero que reposa (tal vez eternamente) en los anaqueles de las universidades. Desafortunadamente, como se vio en epígrafe anterior, las investigaciones evaluativas suelen utilizar diseños débiles (“antes-después” sin grupo de control). Por todos estos motivos, y con el propósito de dar una idea global sobre la investigación en drogas en Colombia, se presentan a continuación algunos de los trabajos publicados más relevantes en esta área.

La primera investigación seria sobre consumo a nivel nacional se llevó a cabo en 1992 (Fundación Santa Fé de Bogotá et al., 1993), seguida por otra en 1996 (Ministerio de Justicia y el Derecho & Dirección Nacional de Estupeficientes, 1996). Los datos disponibles, aun cuando no siempre de gran calidad, muestran que en los años noventa del siglo anterior Colombia era el país con algunos de los consumos más altos del hemisferio. Contrario a lo esperado, esa situación se fue modificando a través de los años; “contrario a lo esperado” porque Colombia reúne todos los factores de riesgo que la literatura menciona: una amplia disponibilidad de sustancias de altísima calidad y muy bajo precio, presentes en unas condiciones sociales de conflicto crónico, de inmensas desigualdades económicas, de opresión de algunos sectores de la sociedad, de pobre desarrollo educativo y de falta de respeto colectivo por las normas más básicas de convivencia. En este caso, un factor protector parece ser la fuerte cohesión familiar y otro, según el antropólogo Daniel Lende (2002), el rechazo social (estigmatización) que producen en general los consumidores de sustancias conocidos como “drogadictos”; la opinión de Lende va en contra

de lo que ha sido la posición oficial de Naciones Unidas, pero es razonable y sensata, aun cuando puede no aplicarse para otros países.

Entre 1996 y 2008 hay un gran vacío de estudios sobre población general. Probablemente el estudio epidemiológico más importante de esa época fue el estudio de consumo de sustancias entre jóvenes de 12 a 24 años, realizado por el Programa Presidencial Rumbos entre 2001 y 2002, que mostró con mucha precisión (la muestra tenía más de 200.000 personas) lo que ocurría en cada ciudad capital de Colombia (RUMBOS, 2002).

Hay algunos estudios que vale la pena mencionar porque contribuyen a dar una visión general del problema de drogas en Colombia:

Existen dos estudios sobre consumo de heroína:

- Consumo de heroína en Colombia (Castaño-Pérez, 2002): se analizan varios estudios sobre el uso (prevalencias hasta la fecha) de drogas por vía endovenosa y su asociación con el SIDA; además hace propuestas para frenar la posible epidemia por la alta disponibilidad de heroína en el país.
- Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública (Castaño-Pérez & Calderón-Vallejo, 2010). Se trata de un análisis de tipo cualitativo que busca hacer una caracterización del consumo de heroína en la ciudad de Medellín. El instrumento fue una entrevista semi-estructurada, realizada a 42 consumidores regulares de heroína.
- Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia (Medina-Arias & Carvalho Ferriani, 2010): buscó analizar los factores protectores presentes en las familias de los niños que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, para prevenir el consumo de sustancias. La muestra se realizó en 256 familias a través de una encuesta. En los resultados se describen los factores de riesgo y protección encontrados, el rol de las familias y la necesidad de aumentar la protección.

- Fracciones atribuibles drogas/criminalidad en adultos (Pérez-Gómez, Valencia & Rodríguez, 2006). Es el primer estudio de este tipo en América Latina, en el que se logró demostrar un elevado riesgo relativo en la asociación entre consumo de drogas y comisión de delitos, y unas fracciones atribuibles moderadas entre consumo de alcohol, cocaína y marihuana y delitos como lesiones personales, homicidio y delitos contra la propiedad.
- Construcción y validación de un cuestionario de factores protectores y de riesgo para el uso de drogas en jóvenes universitarios (Salazar-Torres, Varela-Arévalo, Tovar-Cuevas, & Cáceres-Rodríguez, 2006): el cuestionario fue aplicado a 763 estudiantes de Cali. Se definieron seis factores psicosociales de riesgo y protección (malestar emocional: satisfacción en las relaciones interpersonales; preconcepciones y valoración de las drogas; espiritualidad; permisividad social y accesibilidad a las drogas; y habilidades sociales y de autocontrol).
- Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes (Varela-Arévalo, Salazar-Torres, Cáceres-Rodríguez, & Tovar-Cuevas, 2007): factores psicosociales asociados. Investigación de tipo descriptivo de los factores de riesgo y protección y el consumo de SPA. Desarrollado en 763 estudiantes en Cali, a través de un cuestionario auto diligenciado. Marihuana fue la droga de mayor consumo.
- Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios (Londoño-Pérez & Valencia-Lara, 2008). El objetivo del estudio fue describir la asociación entre asertividad, resistencia a la presión del grupo y el nivel de consumo de alcohol en universitarios entre los 16 y 33 años de ambos sexos, de dos instituciones educativas. En los resultados se observó una asociación significativa entre variables como nivel de consumo, asertividad y resistencia a la presión del grupo, entre otras.
- Transiciones en el consumo de drogas en Colombia (Pérez-Gómez, 2007):

se identificaron patrones de cambio en el consumo de sustancias y en vías de administración, y se definieron cinco tipos de transiciones; el sexo y la edad son determinantes importantes de los cambios observados.

- Estudio nacional de consumo de SPA en población general de 12 a 65 años (Ministerio de Protección Social & Dirección Nacional de Estupefakientes, 2009): a pesar de tener una muestra reducida (red con mallas muy grandes, que no identifican con precisión fenómenos importantes pero de baja representación estadística, como el consumo de heroína), llevó a sus autores a concluir que en el país habría 300.000 personas con necesidad de tratamiento.
- Estudio Nacional de Consumo de SPA en población escolar en Colombia 2011 (Ministerios de Educación, Justicia y Derecho, Salud y Protección Social & CICAD, 2012).
- Estudio Nacional de Consumo de SPA en Colombia 2013 (Ministerio de Justicia, Observatorio de Drogas de Colombia, & Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- Consumo de alcohol en menores de 18 años en nueve ciudades de Colombia (Pérez-Gómez & Scoppetta, 2009): se observó que el consumo de alcohol en adolescentes es muy elevado, y que porcentajes importantes de jóvenes toman alcohol semanalmente, beben en la escuela o el colegio, beben durante varios días seguidos y beben solos.
- Consumo de SPA en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia (Pérez-Gómez, 2010): La tabla que se presenta a continuación muestra los resultados de un estudio realizado sobre el universo de adolescentes privados de la libertad por comisión de delitos (N= 1670) y el estudio nacional hecho en 2011 en población escolarizada (Ministerios de Justicia, Educación y Salud; N=95.000). Estos datos proporcionan una estimación sobre el consumo de diversas sustancias en las dos poblaciones, pero sobre todo,

ilustra la relación existente entre consumo y comportamiento delincuen- cial, relación casi con certeza de circularidad: el consumo problemático (juzgado a partir de consumo de último mes) es entre 7 y 20 veces superior en la población infractora; y la asociación simple (riesgo relativo) muestra que los infractores han consumido sustancias con una frecuencia superior a los no infractores en proporciones que varían entre 10 y 35 veces más.

PREVALENCIAS DE CONSUMO DE SPA: Comparación con los datos de 2011									
Sustancia	Estudio infractores			Escolares 2011			Comparación		
	En la vida	Último año	Último mes	En la vida	Último año	Último mes	En la vida	Último año	Último mes
Alcohol	87,8	74,1	30,6	63,4	56,7	39,8	24,4% +	17,4% +	9,2% -
Marihuana	77,4	63,4	28,9	7,01	5,22	2,83	x 11 +	x 12 +	x 10 +
Tranquil.	49,1	40	13,6	1,09	0,78	0,37	x 25 +	x 50 +	x 35 +
Cocaína	36,3	30,2	9,8	2,77	1,87	1,02	x 13 +	x 17 +	x 8 +
Inhalables	36	28	7,3	3,05	1,83	0,9	x 12 +	x 15 +	x 8 +
Basuco	20,9	15,4	4,5	0,66	0,47	0,22	x 30 +	x 30 +	x 20 +
Éxtasis	11,6	9,1	2,7	1,22	0,79	0,38	x 10 +	x 11 +	x 7 +
Heroína	5,6	4	1,4	0,51	0,36	0,19	x 11 +	x 11 +	x 7 +

Tabla 1: Comparación de Prevalencias de consumo de SPA entre la población escolar y adolescentes infractores de ley en Colombia.

- Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria: informe de Colombia (Comunidad Andina de Naciones & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009): mostró niveles elevados de consumo de alcohol y marihuana en esa población.
- Estudio Nacional de consumo de SPA en población escolar (Ministerios de Educación, Justicia y Derecho, Salud y Protección Social & CICAD, 2012): mostró que el consumo de basuco tiende a disminuir y el de marihuana se mantiene estable, con incrementos muy marcados en algunas regiones del país; y que hay un aumento del consumo de cocaína entre estos jóvenes.

- Contexto de vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia (Pérez-Gómez, 2011): reveló las principales características de los consumidores de heroína en esas ciudades, y propone estrategias explícitas de manejo de las situaciones a nivel de políticas públicas.
- Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria: informe de Colombia (Comunidad Andina de Naciones, 2013): la comparación con el estudio de 2009 muestra que hubo un incremento estadísticamente significativo en el consumo de marihuana (de 11% a 15%); la cocaína y los estimulantes anfetamínicos se mantienen estables.
- Para terminar, vale la pena mencionar dos libros que abordan el tema de la prevención del consumo de sustancia desde diferentes perspectivas: el de Martínez (2006), que hace un análisis detallado de los múltiples conceptos y propuestas vigentes hasta esa fecha relacionados con la prevención; en su libro, Martínez resalta el valor de los conceptos de percepción de riesgo y de factores protectores; adicionalmente, el autor dice cómo hacer prevención en Colombia, lo cual es muy poco usual. El otro libro es de Pérez-Gómez (2013), y está conformado por una colección de artículos en los que examina diversas temáticas útiles para abordar el trabajo preventivo: la relación del consumo de drogas con los medios masivos de comunicación, con los estilos de vida, con la vulnerabilidad y los determinantes sociales del consumo de drogas.

V. Conclusiones y recomendaciones

Cuando se examina el problema del consumo de drogas en Colombia, se tiene la impresión de que el Estado y los gobiernos no han sabido cómo manejarlo ni qué hacer con él. Ha habido numerosas iniciativas a lo largo de los años, pero la mayoría de ellas no sigue un hilo conductor, son producto

de la manera como determinados legisladores imaginan el problema; a veces son arbitrarias y contraproducentes, y en ciertos casos pueden empeorar la situación; algunos ejemplos de esto último son el acto legislativo 002 de 2009, que buscó reformar la constitución para hacer ilegales el consumo y la dosis personal; o la ley 1566, llena de buenas intenciones pero desconectada de la realidad; o la Resolución 1441 del Ministerio de Salud de mayo de 2013, que obligaría a todos los centros de tratamiento a ser dirigidos por psiquiatras, a seguir un modelo médico-farmacológico de tratamiento que no existe en ninguna otra parte del mundo (por la sencilla razón de que no sirve) y que habría podido generar un caos indescriptible si se tiene en cuenta que en el país el 95% de los centros de tratamiento no siguen ese modelo ni están dispuestos a seguirlo, y que muchos de ellos aseguraron que preferían cerrar a someterse a esas exigencias.

A pesar de que ha habido algunos avances, especialmente a nivel del incremento de la conciencia pública sobre el impacto que tiene en los jóvenes el consumo de drogas y de alcohol, todavía existen muchas deficiencias. Más del 90% de las acciones son realizadas por organizaciones privadas, con buena voluntad pero con un conocimiento limitado y con frecuencia inexacto del significado de prevención. Por consiguiente, hace falta crear un ente rector que, con base en políticas de carácter nacional, organice las acciones, estimule la investigación, favorezca el entrenamiento adecuado de quienes asumirán las acciones y promueva el que las comunidades, de manera conjunta con los entes estatales, asuman la responsabilidad del manejo del problema.

En Colombia existen leyes sobre la obligatoriedad de hacer prevención, pero la realidad está muy lejana de lo que tales normas proponen; de hecho, se presenta un enorme desbalance en las inversiones de recursos públicos para afrontar las dos caras del problema (oferta y demanda): las opiniones más optimistas aseguran que el 94% se invierte en oferta y el 6% en demanda (Ministerio de Justicia y el Derecho, 2015). En la práctica ese porcentaje puede no ser mayor del 2%.

A pesar de que el panorama presentado aquí puede parecer algo sombrío, se debe subrayar que existen razones para el optimismo. En primer lugar, la preocupación por el problema en las comunidades es auténtica y se observa una disposición a destinar tiempo y recursos para hacerle frente; en segundo lugar, el Estado está considerando renovar a fondo las políticas en este campo, y parece tener claridad sobre la importancia de detener las improvisaciones y darle fundamento empírico y conceptual a las acciones que se emprendan, así como a motivar y apoyar las inversiones locales; en tercer lugar, hay un número creciente de programas preventivos que buscan implementar evaluaciones sobre su eficacia; y por último, los entes académicos muestran un interés por contribuir al logro de estas metas.

Una mejor comprensión de la importancia de la prevención, así como la aceptación de que no pueden esperarse resultados a corto plazo, permitirá el que se tomen medidas racionales, bien fundamentadas y con un soporte económico adecuado. Porque la esencia de la prevención es proteger a los menores de edad, y ese es un deber ineludible para todas las naciones.

Referencias

- Aja Eslava, L., & Gómez Avila, J. (2013). Evaluación y seguimiento de un programa de prevención de consumo de SPA y riesgo de suicidio : 1999 - 2012. *Tipica Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 9(2).
- Bejarano, J. (1950). *La derrota de un vicio: origen e historia de la chicha*. Bogotá, Colombia: I queima.
- Botvin, G.J. & Griffin, K. W. (2006). Drug abuse prevention curricula in schools. In En Z.
- Sloboda y W. Bukoski, (eds), (2006). *Handbook of drug abuse prevention* (pp. 45–74). Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Abbott, R. D. (2007). Effects of communities that care on prevention services systems: Findings from the community youth development study at 1.5 years. *Prevention Science*, 8(3), 180–191. doi:10.1007/s11121-007-0068-3
- Brown, E. C., Hawkins, J. D., Arthur, M. W., Briney, J. S., & Fagan, A. a. (2011). Prevention service system transformation using Communities That Care. *Journal of Community Psychology*, 39(2), 183–201. doi:10.1002/jcop
- Castaño-Pérez, G. A. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones*, 14(1), 87–90.
- Castaño-Pérez, G. A., & Calderón-Vallejo, G. A. (2010). Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 311-322.

Catalano, R.F., Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Berglund, L. & Olson, J.J. (1998). Comprehensive community and school based interventions to prevent antisocial behavior. En R. Loeber y D.P. Farrington (eds), *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA, Estados Unidos: Sage (pp. 248-284).

Clayton, R., Leukefeld, C.G., Harrington, N.G. & Catarello, A. (1996). DARE (Drug Abuse Resistance Education): very popular but not very effective. En C.B. McCoy et al., eds., *Intervening with drug involved youth*. Nueva York, Estados Unidos: SAGE (pp. 101-109).

Colectivo Aquí y Ahora. (2012). Consentidos - Programa de prevención selectivo del consumo de alcohol, cigarrillo y otras drogas. Recuperado junio 9 de 2015, de <http://www.consentidos.org/>

Comisión Nacional Asesora en Política de Drogas (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia: informe final*. Bogotá, Colombia.

Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas (2008). *Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.

Comunidad Andina de Naciones y Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de sustancias sintéticas en población universitaria*. Lima, Perú.

Comunidad Andina de Naciones (2013). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria*. Lima, Perú.

Congreso de la República de Colombia (1986). *Estatuto de Estupefacientes*. Bogotá.

- Congreso de la República de Colombia (2012). *Ley 1566*. Bogotá.
- Corporación Sugir. (2011). Retomemos: una propuesta para tomar en serio. Recuperado en mayo 20 de 2015, de <http://www.corporacionsugir.org/surgir/index.php/programas-y-proyectos/retomemos>
- France, A., & Crow, I. (2005). Using the “risk factor paradigm” in prevention: Lessons from the evaluation of Communities that Care. *Children and Society*, 19(2), 172–184.
- Fundación Santa Fé de Bogotá, Escuela de Medicina & Dirección Nacional de Estupeficientes (1993). *Consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá : Dirección Nacional de Estupeficientes.
- Gorman, D. (2011). Does the Life Skills Training program reduce use of marijuana? *Addiction Research & Theory*, 19(5), 470–481.
- Hawkins, D., Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Hawkins, J.D., Catalano, R. & Arthur, M.W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- Johnson, K. W., Shamblen, S. R., Ogilvie, K. A., Collins, D., & Saylor, B. (2009). Preventing youths’ use of inhalants and other harmful legal products in frontier Alaskan communities: A randomized trial. *Prevention Science*, 10(4), 298–312.
- Lende, D. (2002). The Paradox of Colombia: Drug Use and Abuse in Cross-Cultural Context. *Manuscrito no publicado*.

- Lions Quest. (2015). Lions' Quest history. Recuperado 20 de marzo, 2015, de <http://www.lions-quest.org/history.php>
- Londoño-Pérez, C., & Valencia-Lara, C. (2008). Asertividad, resistencia a la presión de grupo y consumo de alcohol en universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 155–162.
- Luna-Adame, M., Carrasco-Giménez, T.J., Rueda-García, M. D. M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the “Life Skills Training” approach. *Health Education Research*, 28(4), 673–682. doi:10.1093/her/cyt061
- Martínez Ortiz, Efrén (2006). *Hacia una prevención con sentido*. Bogotá, Colombia: Colectivo Aquí y ahora.
- Medina-Arias, N., & Carvalho Ferriani, M. das G. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5014–512.
- Mentor International. (2012). Experiencias para vivir y convivir. Recuperado junio 9, 2015, de <http://mentorinternational.org/projects.php?id=28&lang=23>
- Ministerio de Justicia (2013). Proyecto de Estatuto Nacional de Drogas. Recuperado el 20 de mayo de 2015 de <http://www.eltiempo.com/justicia/ARCHIVO/ARCHIVO-12250125-0.pdf>
- Ministerio de Justicia & Dirección Nacional de Estupefacientes (1996). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá, Colombia: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Ministerio de Justicia y del Derecho (2015). Presentación del informe “Asumiendo el control: caminos hacia políticas de drogas eficaces”. *Global Commission on Drug Policy*, 2014. Bogotá.

- Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá, Colombia: ALVI Impresoras.
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de la Protección Social & CICAD (2004). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en Colombia*. Bogotá, Colombia: Editorial Guadalupe.
- Ministerio de la Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2009). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2008*. Bogotá, Colombia: Editora Guadalupe.
- Ministerio de la Protección Social, UNODC, RAISS Colombia, & Corporación Viviendo (2009). *Modelo zonas de Orientación Escolar (ZOE)*. Cali, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Resolución 1441*. Bogotá.
- Ministerios de Educación, Justicia y Derecho, Salud y Protección Social & CICAD (2012). *Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población escolar 2011*. Bogotá, Colombia: ALVI.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). La política de drogas y el bien publico. Recuperado el 9 de mayo de 2015 de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf

- Pérez Gómez, A. (1994). *Sustancias psicoactivas: historia del consumo en Colombia*. Bogotá, Colombia: Presencia.
- Pérez Gómez, A. (2007). *Transiciones en el consumo de drogas en Colombia*. Bogotá, Colombia: Dupligráficas.
- Pérez Gómez, A. (2010). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio del Interior y de Justicia y Dirección Nacional de Estupeficientes.
- Pérez Gómez, A. (2011). *Contexto de vulnerabilidad al VIH/Sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Pérez Gómez, A. (2013). “Adicciones” y otros asuntos humanos. Bogotá, Colombia: Dupligráficas.
- Pérez Gómez, A. (2013). Colombia fuera del ojo del huracán pero todavía cerca. *Editorial Revista Adicciones*, 25 (2), 106-108.
- Pérez Gómez, A. (2015). Políticas y estrategias de reducción de la demanda de drogas en Colombia: análisis y recomendaciones. En Comisión sesora en Política de Drogas (2015), *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*, p. 69-88.
- Pérez Gómez, A. y Mejía Trujillo, J. (2015 a). *Evolución de la prevención del consumo de drogas en el mundo y en América Latina: 1970-2014*. Bogotá, Colombia: Corporación Nuevos Rumbos/COPOLAD.
- Pérez Gómez, A. y Mejía Trujillo, J. (2015 b). Implementação de um sistema preventivo baseado em evidências: perspectivas para a América Latina. En In S.G. Murta, C. Leandro-França, K. Brito dos Santos &

- L. Polejack (eds.) (2015), *Prevenção e promoção em Saúde Mental*, Brasília, Brazil: Sinopsys, cap. 36, p. 713-732 .
- Pérez Gómez, A., Valencia, J.E. & Rodríguez, C. (2006). Fracciones atribuibles drogas/crimen en adultos. *Manuscrito no publicado*.
- Pérez Gómez, A. & Scopetta D-G, O. (2009). *Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia*. Bogotá, Colombia: Corporación Nuevos Rumbos.
- Ramírez, N., Díaz, M., Gantiva-Díaz, C. A., & Flórez-Alarcón, L. (2014). Del abuso de alcohol en escolares : análisis sistemático de dissemination of a procedure for the selective prevention of alcohol abuse in school : systematic case analysis. *Tipica Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 10(2).
- Rhew, I. C., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Briney, J. S. (2012). Sustained Effects of the Communities That Care System on Prevention Service System Transformation. *American Journal of Public Health*, 103(3), 529–535. doi:10.2105/AJPH.2011.300567
- Rodríguez Bernal Y. (2007). Análisis de la Repercusión del Régimen Internacional de la Lucha Contra las Drogas en la Formulación e Implementación de Políticas sobre la Reducción de la Demanda en Colombia 1998-2006. *Tesis de grado*, Facultad de Relaciones Internacionales. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- Rubio Peña, M.I. (1994). Siglo XX: 1900-1960. En A. Pérez Gómez (ed.), *Sustancias psicoactivas: historia del consumo en Colombia*. Bogotá, Colombia: Presencia (pp. 37-49).
- RUMBOS (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas, 2001*. Bogotá, Bogotá, Colombia:: Presidencia de la República-

- Salazar-Torres, I. C., Varela-Arévalo, M. T., Tovar-Cuevas, J. R., & Cáceres-Rodríguez, D. E. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios 1. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 19–30.
- Scoppetta, O. (2010). Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. Bogotá, Bogotá, Colombia: Observatorio Colombiano de Drogas.
- Social Development Research Group (2015). Recuperado el 11 de junio de 2015 de www.SDRG.org
- UNODC/CICAD (2009). *Estudio comparativo sobre consumo de drogas en la población general en seis países sudamericanos*. Washington, DC, Estados Unidos: OID.
- Varela-Arévalo, M. T., Salazar-Torres, I. C., Cáceres-Rodríguez, D. E., & Tovar-Cuevas, J. R. (2007). Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes : factores psicosociales asociados. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 31–45. doi:10.11144/70
- Vicary, J. R., Henry, K. L., Bechtel, L. J., Swisher, J. D., Smith, E. A., Wylie, R., & Hopkins, A. M. (2004). Life skills training effects for high and low risk rural junior high school females. *Journal of Primary Prevention*, 25(4), 399–416.
- Vicary, J. R., Smith, E. A., Swisher, J. D., Hopkins, A. M., Elek, E., Bechtel, L. J., & Henry, K. L. (2006). Results of a 3-year study of two methods of delivery of life skills training. *Health Education & Behavior*, 33(3), 325–339.

5. COSTA RICA

La prevención del consumo de drogas en Costa Rica

Vera Barahona Hidalgo

Julio Bejarano

I. Introducción

La República de Costa Rica es un país de Centroamérica que limita con Nicaragua y al sureste con Panamá. Cuenta con 5.000.696 habitantes según el último censo de la población. Su territorio tiene un área total de 51.100 km²; al este se encuentra el océano Atlántico y al oeste el océano Pacífico.

En el área de la salud la institución rectora de este sector es el Ministerio de Salud Pública, el cual desempeña una función de prevención de enfermedades.

La atención en promoción, prevención y tratamiento de la persona consumidora de drogas y su familia, está a cargo del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), adscrito al Ministerio de Salud.

II. Políticas e instituciones

En 1972 se firmó una Carta-Convenio por medio de la cual el gobierno de Costa Rica y la Oficina Panamericana de la Salud acordaron crear el “Centro de Estudios Sobre Alcoholismo”. Con la firma de esta Carta-Convenio el manejo del problema de alcohol en el país entró en una etapa de cooperación internacional que le ha representado asistencia económica y técnica de organismos especializados, para ejecutar proyectos de prevención e investigación.

En 1973 se creó el Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA), organismo que sustituyó a la Comisión sobre Alcoholismo, su antecesora. Tal

hecho tuvo origen en la Ley No. 5412 del 8 de noviembre de 1973. A partir de esa fecha el Instituto quedó adscrito al Despacho del Ministro de Salud, asumiendo tareas de investigación, prevención y tratamiento, así como la coordinación de programas públicos y privados orientados a ese mismo fin. En 1974 se promulgó la Ley No. 5489 conocida como “Ley de Regulación y Control de Publicidad de Bebidas Alcohólicas”; con esta Ley, se le asignó al Instituto la responsabilidad de regular y controlar la publicidad relacionada con el consumo de bebidas alcohólicas. Unos años más tarde, el 12 de marzo de 1986, con la promulgación de la Ley No. 7035, se creó el Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), sucesor del INSA y actual ente rector en el tema de drogas en Costa Rica; se le asignaron funciones de prevención, investigación, tratamiento y rehabilitación del alcoholismo y farmacodependencia, además de la coordinación de los programas públicos y privados orientados al tratamiento de pacientes con problemas de alcohol y otras drogas. El IAFA ha asumido la tarea de desarrollar estrategias que promuevan la participación de los diferentes actores sociales, para que juntos interactúen en el desarrollo de planes, programas y proyectos en pro de estilos de vida saludables y el desarrollo de comportamientos sociales proactivos.

Marco Normativo

La salud y el bienestar constituyen un derecho de las personas, garantizarlo le compete a los poderes públicos organizando y tutelando la salud por medio de medidas de promoción, prevención y tratamiento en la prestación de los servicios. El derecho a la salud se ha consagrado en numerosos tratados internacionales y ha estado presente en la legislación y en la práctica de nuestro país.

La Ley General de Salud, (Ley 5395) señala que le corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, velar y asegurar el derecho a la salud de la población.

La Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Ley 5412) en el artículo No. 3 hace referencia a que el Ministerio de Salud cumplirá sus funciones por medio de dependencias directas, organismos adscritos y asesores, entre los cuales el IAFA es un órgano adscrito especializado.

Mediante la Reforma a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (Ley 8289) se asignó al IAFA la dirección técnica, el estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas, además de coordinar y aprobar todos los programas públicos y privados relacionados con estos fines.

El título 1, Artículo. 3 de la Reforma integral a la ley sobre Estupeficientes, Sustancias Psicotrópicas, Drogas de uso no Autorizado, Legitimación de Capitales y Actividades Conexas (Ley 8204): señala que “es deber del Estado el prevenir el uso indebido de estupeficientes, sustancias psicotrópicas y cualquier producto capaz de producir dependencia física o psíquica; asimismo, el asegurar la identificación pronta, el tratamiento, la educación, el post-tratamiento, la rehabilitación, la readaptación social de las personas afectadas y procurar los recursos económicos necesarios para recuperar a las personas farmacodependientes y a las personas afectadas indirectamente por el consumo de drogas, a fin de educarlas, brindarles tratamiento de rehabilitación física, mental y reintegrarlas a la sociedad”.

La Ley 7972: Sobre La Creación de Cargas Tributarias sobre Licores, Cervezas y Cigarrillos; decreta la utilización de estos recursos para financiar un plan integral de protección y amparo de la población adulta mayor, niñas y niños en riesgo social, personas discapacitadas, abandonadas, rehabilitación de alcohólicos y farmacodependientes, apoyo a las labores de la Cruz Roja y derogación de impuestos menores sobre las actividades agrícolas y su consecuente sustitución.

El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley No 7739): aprobado en el año 1998, tiene como objetivo la protección integral de los derechos de las

personas menores de edad. Establece los principios fundamentales tanto de la participación social o comunitaria como de los procesos administrativos y judiciales que involucren los derechos y las obligaciones de esta población. El artículo 44, inciso h, hace referencia a las obligaciones del Ministerio de Salud en relación al tema de drogas, “instancia que debe promover, por los medios más adecuados, políticas preventivas permanentes contra el consumo de drogas y crear centros especializados para atender y tratar a las personas menores de edad con consumo de drogas y a las que padezcan trastornos emocionales”

La Ley Penal Juvenil (7576), aplica para aquellas personas con edades comprendidas entre los 12 y 18 años de edad; de acuerdo con el artículo 7 el principio rector de esta ley es la protección integral del menor de edad, su interés superior, el respeto a sus derechos, su formación integral y la reinserción en su familia y la sociedad. El Estado, en asocio con las organizaciones no gubernamentales y las comunidades, promoverá tanto los programas orientados a esos fines como la protección de los derechos e intereses de las víctimas de los hechos.

La Ley de Fortalecimiento de la Salud de los Costarricenses (Ley No. 7374), propone, por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, la atención integral de salud de la población en general y establece la inclusión de programas asistenciales para personas con problemas por consumo de drogas.

Las normas para la aprobación del funcionamiento técnico de los programas especializados en tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas (Decreto Ejecutivo No 35383-S), tiene como objetivo regular las acciones de tratamiento aplicadas a las personas adultas, que presentan conductas adictivas al consumo de alcohol u otras drogas, así como los requisitos mínimos que deberán reunir el personal y los programas que prestan servicios a esta población; es competencia del IAFA verificar la aplicación, control, vigilancia y cumplimiento.

La Ley de Creación del Programa Nacional de Educación contra las Drogas (Ley No 8093); en sus artículos 2 y 4, respectivamente, establece la creación del Programa Nacional de Educación contra las Drogas, “siendo El Consejo Superior de Educación quien emitirá las políticas educativas nacionales en todos los niveles de la Educación preescolar, General básica y Diversificada, tanto pública como privada, para lo cual se incorporará, como eje transversal del currículo, la formación de una cultura antidrogas. Para lograr el objetivo se contará con la cooperación técnica, profesional y logística del Centro Nacional de Prevención de Drogas (CENADRO), el Centro de Inteligencia Conjunto Antidrogas (CICAD), la Policía de Control de Drogas del Ministerio de Gobernación, Policía y Seguridad Pública, y el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)”.

III. Acciones preventivas en Costa Rica

Las primeras acciones tomadas en Costa Rica a favor de la prevención del consumo de alcohol se iniciaron en el año 1925 con un Decreto Ejecutivo que estableció la enseñanza sobre alcoholismo en las escuelas y colegios. Tal Decreto se complementó con la Cartilla Antialcohólica (1929), instrumento básico para esa enseñanza.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) posee, entre sus prioridades, programas y proyectos en promoción, prevención y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Es así como en promoción y prevención desarrolla el programa nacional de prevención universal “Aprendo a Valerme por Mi Mismo(a)”, basado en el enfoque de habilidades para la vida, que permite ofrecer a los niños y a las niñas de la escuela primaria, herramientas adicionales y complementarias a la educación formal para que, a una edad temprana, desarrollen actitudes que les permitan asumir estilos de vida saludables por medio de aprendizajes significativos fortaleciendo los factores de protección hacia el consumo de drogas.

El programa está basado en el enfoque de habilidades para la vida propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (OMS/OPS, 2001) y pretende brindar herramientas a los niños y las niñas para afrontar las dificultades que se presentan en su vida cotidiana, por medio de aprendizajes significativos que fortalezcan factores de protección, en especial aquellos que los empoderen contra el consumo de drogas, reflejándose en el retardo de la edad de inicio y la reducción de la prevalencia e incidencia en el consumo de drogas.

a. Habilidades para la vida

Las habilidades para la Vida son un grupo genérico de habilidades o destrezas psicosociales que les facilitan a las personas enfrentarse con éxito a las exigencias y desafíos de la vida diaria. Se pueden considerar como destrezas para conducirse de cierta manera, de acuerdo con la motivación individual y el campo de acción que tenga la persona, dentro de sus limitaciones sociales y culturales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que existe un grupo esencial de habilidades psicosociales, o *Habilidades para la Vida*, que probablemente son relevantes para los niños, las niñas y los jóvenes en cualquier contexto sociocultural, y que pueden agruparse por parejas en cinco grandes áreas, ya que existen relaciones naturales entre ellas: conocimiento de sí mismo, comunicación efectiva, toma de decisiones, pensamiento creativo, manejo de sentimientos y emociones, empatía, relaciones interpersonales, solución de problemas y conflictos; pensamiento crítico y manejo de tensiones o estrés.

b. Prevención del consumo de drogas

La prevención de la enfermedad es entendida por la OMS (1998) como aquellas “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la

enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Por prevención de drogodependencia se entiende, según Martín 1995, citado por Becoña (2002) “un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de droga”.

Son varios los objetivos que se pretenden conseguir con la prevención del consumo de drogas. De los que se han enumerado podemos mencionar los siguientes según: (Ammerman et. al., 1999; Martín, 1995; Paglia y Pandina, 1999; Plan Nacional sobre Drogas, 2000):

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellas personas que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Hay tres motivos fundamentales por los que se tiene y debe prevenir el consumo de drogas, especialmente tabaco, alcohol y cannabis, en niños y

adolescentes. El primero, el más evidente y conocido, es que si conseguimos que los niños y adolescentes no fumen cigarrillos o cannabis, ni beban abusivamente alcohol, evitaremos que de adultos se conviertan en adictos o abusadores.

El segundo motivo es que si las personas se abstienen de consumir, evitan contraer enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo (cáncer de pulmón, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares, etc.) y también se reduce la probabilidad de padecer trastornos mentales en su vida adolescente y adulta. Se conoce que el consumo de drogas está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrearán gran sufrimiento, como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc. (Be-coña, 2003; Comisión Clínica, 2006; Regier et al., 1990). Y, en tercer lugar, se conoce que el consumo de alcohol y tabaco facilita pasar a consumir, en muchos casos, drogas ilegales como el cannabis, la heroína, la cocaína, etc. (Kandel y Jessor, 2002).

Dado que la salud-enfermedad debe ser entendida como un proceso dinámico condicionado por múltiples factores, varios serán los niveles de actuación preventiva. Desde hace algún tiempo se han diferenciado tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, que están relacionados con las fases de la historia natural de la enfermedad. Esta visión tradicional de la prevención se ha visto ampliada, para el caso de la patología psiquiátrica, por una visión basada en la reducción del riesgo (Mrazek y Haggerty, 1994) citado por Vázquez y Torres (2005).

Para lo anterior los autores adoptan la clasificación propuesta por Gordon (1987), en la que se distinguen tres ámbitos de prevención: universal, selectiva e indicada, clasificación que sin duda es conocida por los lectores de este libro.

Como un programa de tipo universal, en el año 2003 el IAFA inicia la ejecución del programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”, como un proyecto

piloto en escuelas, dirigido a niños y niñas de 4º, 5º y 6º grado de la educación general básica.

Del 2003 al 2005, el programa se implementó en una población cercana a los cien mil niños de todas las regiones del país mediante dos estrategias: una con docentes como agentes multiplicadores, y otra en forma directa con los niños y niñas, a cargo de funcionarios del IAFA.

Con base en los resultados de la evaluación de la experiencia piloto, realizada en 2005, el IAFA y el Ministerio de Educación Pública, en diciembre de 2006, firmaron el “Convenio marco de cooperación para el desarrollo de programas de prevención integral, detección e intervención temprana y tratamiento del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas”, lo cual permitió lograr su implementación en la totalidad de las escuelas públicas del territorio nacional.

Desde el año 2005, el programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”, se incorpora como una de las metas o proyectos del Plan Nacional de Drogas de Costa Rica. De igual forma, en el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010, “Jorge Manuel Dengo Obregón”, se le incluye como uno de los programas de prevención del consumo de drogas, dándosele continuidad en el Plan Nacional de Desarrollo 2011 – 2014, “María Teresa Obregón Zamora”, con la particularidad que se propone iniciar la cobertura de 1º, 2º y 3º grado de la educación general básica. Para el Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018, “Alberto Cañas Escalante”, en donde aparece como una de las metas estratégicas planteadas por el Gobierno de la república desde el sector salud costarricense.

Desde el año 2007, se implementa el programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”, en preescolar y en algunos CEN-CINAI. En el año 2013 se lleva a cabo la validación del material del primer grado y se inicia su implementación en el año 2014.

Este programa preventivo tiene más de una década de ejecución ⁴ en escuelas del país, en la población estudiantil de primer y segundo ciclo de la escuela primaria pública, desde preescolar hasta sexto grado de la Educación General Básica.

El IAFA cuenta con funcionarios distribuidos en 10 sedes regionales de tal manera que las actividades que se realizan en forma conjunta con el Ministerio de Educación han permitido que este programa se desarrolle en más de 3.700 centros educativos públicos a nivel nacional.

Para la implementación de este programa, los funcionarios del IAFA capacitan en habilidades para la vida, al personal docente del Ministerio de Educación, los cuales desempeñan una función preponderante en la aplicación de esta intervención preventiva, a los que se les denomina “Agentes Multiplicadores” y estos a su vez, involucran a los niños y niñas en actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar una serie de habilidades personales y sociales, por medio de sesiones estructuradas, apoyadas con material didáctico que se brinda tanto al docente como al estudiante.

Durante estos años (entre 2010 y 2014) en el programa Aprendo a Valerme por Mi Mismo (IAFA, 2015), han participado cerca de 300.000 niños y niñas por año, de todo el país, lo cual se puede observar en el cuadro siguiente.

Regiones	Escolares				
	2010	2011	2012	2013	2014 *
Central	156.738	154.752	147.613	138.027	162.111
Huetar Norte	43.273	41.797	41.580	39.857	48.757
Pacífico Central	18.265	18.113	17.735	17.917	22.336
Chorotega	30.994	31.915	32.166	32.147	38.748
Huetar Caribe	33.288	33.348	32.239	32.163	37.212
Brunca	25.864	25.636	23.748	25.286	27.869
TOTAL	308.422	305.561	295.081	285.397	337.033

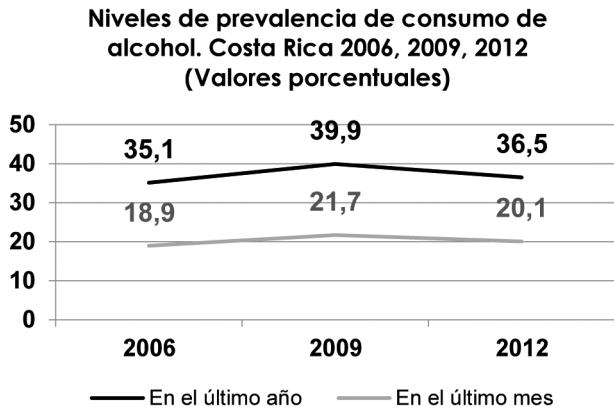
Nota (*): Incluye niños y niñas del 1° grado de escuela.

Tabla 1: Escolares que participaron en el Programa Aprendo a Valerme por Mí Mismo (AVPMM), según regiones de planificación. Costa Rica, 2010 - 2014

Fuente: IAFA, Informes del Programa AVPMM.

El Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia desarrolla investigación en personas jóvenes desde los años ochenta. No obstante, en el 2006 inició un proceso de cooperación con la CICAD/OEA que dio lugar a la primera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación. El IAFA cuenta con un Departamento de Investigación el cual, en el año 2006, realizó la primera “Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria de Costa Rica”; las siguientes se realizaron en los años 2009 y 2012 correspondientes a la segunda y tercera²⁴ encuesta.

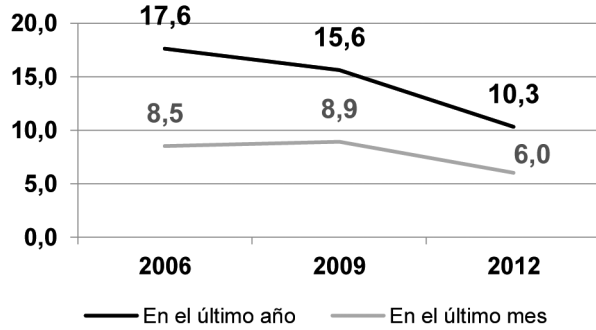
En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas en el último año, en población de estudiantes de educación secundaria del país, pasó de un 39.9% en el año 2009 a un 36.5% en el año 2012, mientras que el consumo de activo o de último mes pasó de 21.7% a 20.1%, para los años 2009 y 2012, respectivamente.



²⁴ Ver Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población de Educación Secundaria. Costa Rica, 2006, 2009 y 2012.

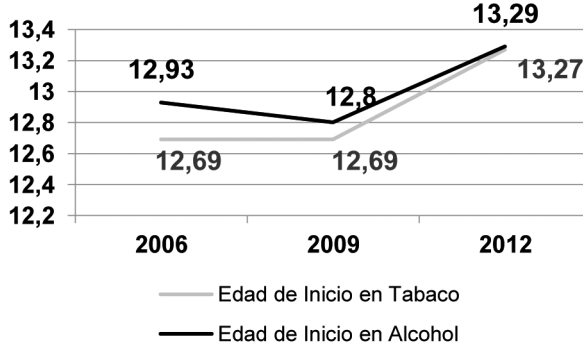
Con respecto al consumo de tabaco se presenta una situación similar en la población de estudiantes de educación secundaria del país. Se observa una reducción importante en la prevalencia de consumo de último año y en la de último mes.

Niveles de prevalencia de consumo de tabaco. Costa Rica 2006, 2009, 2012 (Valores porcentuales)



La implementación de la Ley N° 9028, Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud, ha contribuido a que estos resultados sean positivos

Edades de inicio en consumo de alcohol y tabaco. Estudio Nacional de Colegiales 2006, 2009, 2012.



Con respecto a la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco, se evidencia que dicha población está empezando a consumir más tardíamente, ubicándose en los 13.3 años.

Cuando se les consultó a los estudiantes de educación secundaria sobre el Programa Aprendo a Valerme por Mí Mismo, un 54% manifestó recordar aspectos vinculados a temáticas sobre habilidades para la vida y un 41% respecto a información sobre drogas y su consumo.

*Objetivos propuestos*²⁵

Objetivo General

1. Contribuir a la mejora de la salud de la población menor edad, mediante la práctica de las habilidades para la vida, promocionando actitudes positivas y estilos de vida saludables que reduzcan el consumo de drogas.

Objetivos Específicos

1.1. Desarrollar en los niños y niñas del segundo ciclo de la escuela primaria pública las habilidades sociales, cognitivas y de control de emociones que reduzcan la propensión a consumir drogas.

1.2. Proporcionar a los docentes las herramientas y el conocimiento necesario para el desarrollo y dinamización de las habilidades para la vida con los niños y niñas del segundo ciclo de la educación primaria pública.

1.3. Evaluar la relación costo-beneficio.

Evaluación del Programa

Durante el año 2005 se trabajó en el tercer año de ejecución del pilotaje y se realizó una evaluación cuali- cuantitativa del proyecto piloto, en un proceso que se inició con el nivel de cuarto grado y concluyó en ese año con sexto grado.

En el año 2011 el IAFA contrató una evaluación (de proceso) sobre la implementación del programa “Aprendo a Valerme por Mí Mismo”, la cual fue realizada por el Centro de Investigaciones Psicológicas Avanzadas (CIPA) de la Universidad Católica de Costa Rica.

Para este año 2015, el IAFA se encuentra elaborando una propuesta de metodología de evaluación para definir e implementar un modelo de evaluación del programa Aprendo a Valerme por Mí Mismo, que le permita monitorear el cumplimiento de los objetivos y metas.

²⁵ Tomado de: IAFA. (2015). Aprendo a Valerme por Mi Mismo. Descripción de la Intervención. San José Costa Rica.

IV. La investigación en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica

Hace un decenio, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Salud de Costa Rica concordaron en que el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) era, en esencia, la única institución del sector Salud, en Costa Rica, acerca de la cual podía afirmarse que investigaba en el campo de su competencia y, en virtud de esto, podía desarrollar programas específicos (Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2004). Años atrás, en la década de los ochenta, al IAFA le correspondió ser durante varios años Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Investigación y Adiestramiento, posición que en el país solo ostentaba otra organización: el Hospital Nacional de Niños y, más recientemente, en 2012, se le volvió a conferir tal condición, habida cuenta de sus logros en diferentes áreas de la intervención especializada en drogodependencias.

En el nivel nacional, los estudios pioneros sobre drogas fueron desarrollados en la década de los años sesenta y luego, en 1970, el Instituto Nacional sobre Alcoholismo (INSA), antecesor del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, desarrolló la primera encuesta nacional sobre consumo de alcohol. El apoyo de la OPS/OMS para la creación del Centro de Estudios sobre Alcoholismo (CESA) dentro del INSA, en 1973, fue esencial para potenciar la investigación sobre alcohol y alcoholismo, la cual adquirió un nuevo impulso hacia mediados del decenio de los setenta. En ese tiempo, México y Costa Rica eran países líderes en América Latina en investigación sobre alcohol. La irrupción del interés por estudiar la cocaína en los ochenta, como problema geopolítico, supuso una multiplicación del trabajo científico pero relegó, en cierta medida, la labores en torno a los problemas asociados con el consumo de alcohol y tabaco (Calvo, López y Bejarano, 2012).

La realización de la encuesta nacional sobre consumo de drogas de 1990 (Jiménez y Bejarano, 1991) marcó una nueva etapa en la medida en que se constituyó en un proyecto que tendría prioridad dentro de los planes de operación institucional y al que se adjudicó una periodicidad de cinco años, la cual se ha cumplido hasta el momento actual. Este primer trabajo permitió la elaboración posterior de artículos que fueron publicados en revistas, a partir de resultados en personas jóvenes (Bejarano y Jiménez, 1993a) o como trabajos monográficos, que exploraban la manera en que el consumo de drogas se distribuía geográficamente en el país (Bejarano y Jiménez, 1993b). Se determinaron nuevas prioridades de investigación que tuvieron un desarrollo posterior exitoso, pero sin descuidar el interés por otros tipos de estudios como los que hacían referencia a las campañas públicas de prevención del abuso de drogas (Jiménez, Bejarano y Segura, 1991; Bejarano, 1992; Bejarano y Blanco, 1993) o a aspectos clínicos relacionados con la atención de pacientes (Jiménez y Jiménez, 1991; Sandí, 1991; Carvajal, Rodríguez y Solano, 1992) o grupos pertenecientes a poblaciones en riesgo social (Bejarano y Carvajal, 1993). Esta panorámica de investigación sobre la demanda de drogas de inicios de los años noventa se complementó con estudios acerca de la oferta (Khrono, 1991) y otros de carácter epidemiológico, por primera vez dentro del ámbito universitario (Bejarano, Carvajal y San Lee, 1992). También se realizaron proyectos de investigación en colaboración con otras instituciones nacionales y del ámbito centroamericano (Blanco y Sandí, 1993; Bejarano, Sáenz y Ugalde, 1999) tendientes a evaluar la situación de la demanda de drogas en diferentes poblaciones, y un interés creciente por la incorporación de la perspectiva de género en la investigación sobre drogas (Abadía, Echeverría, Mejía, Qvant, Rivera, y Vargas, 1993; Bejarano y Carvajal, 1999).

La investigación en poblaciones jóvenes, tanto aquellas que cursan la enseñanza primaria como la secundaria, también ha sido de gran interés institucional. Un primer trabajo (Bejarano, Amador y Vargas, 1994) puso de relieve las características de un fenómeno que, si bien no era nuevo,

presentaba elementos novedosos desde el punto de vista epidemiológico. El desarrollo de investigaciones en estos grupos contó con el impulso de la CICAD/OEA al punto que, a partir del 2006, el proyecto de investigación en poblaciones escolarizadas adquirió un carácter permanente y, como en las encuestas de hogares, se desarrolla de manera sistemática, esta vez cada tres años. Tres rondas de estudios han permitido establecer la evolución del fenómeno de la demanda de drogas en estos sectores, constituyéndose en un importante ámbito para las intervenciones preventivas (Bejarano, y Fonseca, 2007; Bejarano, Cortés, Chacón, et al 2011; Fonseca, Cortés, Chacón, et al, (2013).

Durante los primeros diez años del siglo XXI y hasta el momento actual, se replicaron los estudios nacionales realizados en períodos anteriores (Bejarano, y Ugalde, 2003; Bejarano, Fonseca, y Sánchez, 2009; Bejarano, Fonseca, Cortés, et al, 2010) y continuó la participación en estudios multinacionales, tanto en la temática del tabaquismo (Fonseca, Méndez y Bejarano, 2014) como del consumo de alcohol (Bejarano, 2005), principalmente. En época más reciente se ha incursionado en la temática del consumo en personas en edad escolar junto con exploraciones acerca del fenómeno de la intimidación y la utilización de tecnologías de información, además de nuevas exploraciones en torno al fenómeno de la resiliencia, tanto en población escolarizada como en aquella que no lo está. En adolescentes se han explorado también las percepciones de riesgo ante el consumo de drogas (Bejarano, Ahumada, Sánchez, et al, 2011) y la información obtenida ha sido utilizada en programas de prevención vigentes, como en otros por ser implementados. Para el quinquenio 2015-2020 se espera continuar con el desarrollo de las encuestas nacionales en hogares y en estudiantes, tanto de primaria como de secundaria y universitarios, como el que inició con la exploración del tabaquismo en estudiantes de profesiones de la salud (Fonseca, 2007) así como los estudios sobre costos sociales de las drogas en Costa Rica (Salas, 2014). Se espera que otros proyectos permanentes continúen siendo de utilidad para la

toma de decisiones, tal es el caso del sistema de información sobre drogas el cual permite recolectar datos sobre demanda de sustancias y problemas asociados en muy diferentes contextos: producción de bebidas alcohólicas (Salas, 2013) y tabaco, y registros sobre mortalidad en la Medicatura Forense (Méndez, 2014)

Finalmente, las estrategias de investigación que se han utilizado durante el último medio siglo revelan la preeminencia de diseños de corte positivista, en especial de estudios transversales que tienen como base el método de encuesta (Calvo, López y Bejarano, 2012). Existe escasa documentación en el país sobre los alcances de otro tipo de métodos como el etnográfico, la investigación acción, los estudios longitudinales o los descriptivos, que den cuenta de datos más allá de lo epidemiológico y cuantitativo e incluyan en las variables de estudio aspectos subjetivos, afectivos y emocionales asociados con las drogodependencias desde los diferentes actores implicados: la familia, la comunidad y el sujeto dependiente de sustancias, así como la investigación evaluativa que permita tener indicadores sobre eficacia y eficiencia de las intervenciones.

V. Conclusiones y proyección

El desarrollo de las intervenciones preventivas que se desarrollan en la generalidad de los países de América Latina se encuentran en una etapa de madurez y pleno desarrollo, luego de los intentos primigenios en los decenios de los años sesenta y setenta, muchos superados hoy en día. Costa Rica no ha sido excepción y ha visto una consolidación de los esfuerzos desplegados en los últimos quince años.

La estructura de los programas (dirigidos al ambiente escolar), así como su contenido (habilidades sociales, habilidades para la vida) y los procesos de entrega a sus destinatarios (maestros capacitados, número de sesiones) han evolucionado permanentemente y hoy existe claridad acerca de la importancia que tiene esta implementación de las acciones y el potencial de

las estrategias *multi-componentes*, orientadas al desarrollo de dos o más programas simultáneamente (el existente en población escolar junto con acciones de prevención para padres, en vías de ejecución) en vez de uno solo. A esto se suma la puesta en práctica de estrategias tendientes a evaluar el programa, buscando no solo determinar las características procesuales sino el impacto relativo alcanzado. La evaluación del programa preventivo reseñado en este trabajo ha tenido importancia, prácticamente desde sus inicios, pese a las diversas limitaciones imperantes, muchas de ellas relacionadas con las dificultades inherentes a la ausencia de una política clara de evaluación.

No obstante, persisten desafíos de gran trascendencia pues, como se ha indicado, en el último Informe del Uso de Drogas en las Américas, presentado por la CICAD/OEA con ocasión del Quincuagésimo Séptimo Período Ordinario de Sesiones del 29 de abril al 1 de mayo de 2015, la primera conclusión que surge del mismo es la elevada prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en la población adolescente, junto con una baja percepción de riesgo con respecto a su utilización ocasional. Esto ha puesto de relieve una serie de interrogantes tanto acerca del desarrollo de las políticas preventivas, como de la elevada percepción de facilidad de acceso, presente en todos los países y ante una oferta que se vislumbra creciente en casi todas las naciones.

A los desafíos anteriores se suma en Costa Rica la necesidad de un mayor impacto sobre el grupo familiar durante la infancia y la adolescencia, en procura de aumentar el nivel de involucramiento parental el cual es escaso, según se ha podido detectar en las diferentes encuestas realizadas, y disminuir los niveles de violencia entre los jóvenes y otros problemas no menos importantes como el desarrollo de una sexualidad y auto concepto adecuados, así como el favorecimiento de una vivencia académica satisfactoria, según las condiciones imperantes en cada región del país.

Lo anterior debe acompañarse, necesariamente, de una profundización y ampliación de las estrategias de investigación-evaluación que el Instituto

sobre Alcoholismo y Farmacodependencia ha desarrollado a lo largo de cuatro decenios. La producción de conocimiento deviene en un quehacer de alta pertinencia para la formulación de políticas e intervenciones específicas, sean de orden preventivo, de tratamiento o de acción comunitaria y, especialmente, para la evaluación de dichas intervenciones y el mejoramiento constante de los programas.

El momento es propicio para la creación de un compromiso investigativo, sostenible en el largo plazo, que permita incursionar en procesos de corte longitudinal y, por otra parte, propiciar, dentro de períodos menos extensos, estudios de corte experimental orientados a la evaluación de intervenciones. Asimismo, los esfuerzos colaborativos con proyectos de investigación multinacional deben profundizarse, tanto para asegurar que la investigación cumple con los estándares científicos internacionales como para maximizar las capacidades y la productividad de los investigadores locales.

Referencias

- Abadía, H., Echeverría, M.; Mejía, T.; Qvant, M.; Rivera, I. & Vargas, S. (1993). *El alcoholismo en la mujer costarricense*.
- Acero, A. (SF): Guía Práctica para una Prevención Eficaz. ADES. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid, España.
- Alonso. C., Salvador. T. & otros (2004): Glosario sobre Prevención del abuso de Drogas. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid España.
- Becoña. E. (SF): Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid España.
- Bejarano. J. (1992). La evaluación cuantitativa de campañas antidrogas. *Comunicación Contra las Drogas*, Quito, ECU: Ed. Quipus.
- Bejarano. J., Carvajal, H. & San Lee. L. (1992). El fenómeno de la farmacodependencia en el estudiante de primer ingreso a las universidades estatales de Costa Rica: percepciones de riesgo y consumo. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Bejarano. J. & Blanco. H. (1993). Análisis de la publicidad de bebidas alcohólicas en Costa Rica. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Bejarano. J. & Carvajal. H. (1993). Abuso de drogas y conducta delictiva. *Revista de Ciencias Sociales*, 60, 51-62.
- Bejarano, J. & Jiménez, F. (1993a). El consumo de drogas en el adolescente costarricense. 3ª Antología. San José: *Caja Costarricense de Seguro Social. Programa de Atención Integral del Adolescente*.

- Bejarano, J. & Jiménez, F. (1993b). Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en Costa Rica: distribución geográfica. San José: *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Bejarano, J.; Sáenz, M. & Ugalde, F. (1999). Tabaco y recreación en adolescentes escolarizados de Centroamérica, Panamá y República Dominicana. *Revista Costarricense Salud Pública* 1999; 8 (14), 1-8.
- Bejarano, J. y Carvajal. H. (1999). El consumo de drogas en la mujer costarricense. *Salud Mental*, 22, 2:41-48.
- Bejarano, J. y Fonseca, S. (2007). La juventud y las drogas: encuesta nacional sobre percepciones y consumo en población de educación secundaria. San José: *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Bejarano, J., Cortés. E., Chacón. W., Fonseca. S., López. K. y Sánchez. G. (2011). Juventud Escolarizada y drogas. *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria*. San José: I.A.F.A. ISBN: 978-9968-705-84-4.
- Bejarano, J. y Ugalde, F. (2003). Consumo de drogas en Costa Rica. *Resultados de la encuesta nacional 2000-2001*, San José, C.R.: *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Bejarano, J., Fonseca. S. y Sánchez. G. (2009). Consumo de Drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional 2006, San José: *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Bejarano, J., Fonseca. S., Cortés. E. et al. (2010). Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas. Costa Rica, 2010. San José: *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Bejarano, J., Ahumada. G., Sánchez. G., Cadenas. N., Hynes. M., Cumsille. F., de Marco, M. (2011). Perception of risk and drug use: an

exploratory analysis of explanatory factors in six Latin-American countries. *The Journal of international Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1 (1), 9-17.

Blanco, C. y Sandí, L. (1993). Proyecto de vigilancia epidemiológica sobre uso indebido de sustancias psicotrópicas. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.

Calvo, Z., López, K., Bejarano, J. (2012). Drogas en Costa Rica: características y desafíos. *Revista Costarricense Salud Pública*, 21 (1) 96-104.

Carvajal, H., Rodríguez, M. y Solano, S. (1992). Guía para la entrevista diagnóstica e informe social en alcoholismo y otras farmacodependencias. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.

De Rementeria, I. (2001). Prevenir en Drogas: Paradigmas, conceptos y criterios de Intervención. División de Desarrollo Social. CEPAL Santiago, Chile.

Fonseca, S., Cortés, E., Chacón, W., Madrigal, S., Ortega, M., Salas, C. y Bejarano, J. (2013). *Encuesta nacional sobre consumo de drogas en población de educación secundaria. Costa Rica 2012*. San José: I.A.F.A. ISBN: 978-9968-705-93-6.

Fonseca, S.; Méndez, J. y Bejarano, J. (2014). IV Encuesta Nacional sobre tabaquismo en jóvenes (GYTS) Costa Rica, 2013. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.

Fonseca, S. (2007). Tabaquismo en estudiantes universitarios de profesiones de la salud. Resultados de la Encuesta Mundial (GHPS). *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.

García Ospina, C., Tolón Correo, O. (sf). *Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, atención Primara en Salud y Plan de atención Básica*

¿qué los acerca? ¿Qué los separa? Universidad de Caldas, Colombia. Obtenido de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_2.pdf.

Gobierno de Costa Rica (2012). Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. Decreto Ejecutivo No.37110-S. La Gaceta No.122 el 25 de junio 2012. San José, Costa Rica.

Gobierno de Costa Rica (2012). *Ley general de control de tabaco y sus efectos nocivos en la salud. Decreto Ejecutivo No. 9028*. Publicado en La Gaceta No. 61 el 26 de marzo 2012. San José, Costa Rica.

Gobierno de Costa Rica (2012). *Reglamento a la ley general de control de tabaco y sus efectos nocivos en la salud. Decreto Ejecutivo No. 37185*. Publicado en La Gaceta No. 124 el 27 de junio 2012. San José, Costa Rica.

Gordon. R. (1983). *An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Report*, (98). Obtenido de http://www.kitsco.com/casupport/WebHelp_Prevention101/Institute_of_Medicine_IOM_for_Prevention.

Instituto sobre Alcoholismo Farmacodependencia (2010). *Plan estratégico Institucional 2011- 2015*. San José Costa Rica.

IAFA. (2008). Política del sector salud para la atención de los problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. San José Costa Rica.

IAFA. (2015). *Aprendo a Valerme por Mi Mismo. Descripción de la Intervención*. San José Costa Rica.

Jiménez. F., Bejarano. J. (1991). Estudio nacional sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas. *Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.

- Jiménez. F., Bejarano. J. y Segura. P. (1991). *Campañas de prevención del abuso de drogas: percepción de diferentes grupos sociales*, 3 (3): 233-247.
- Jiménez, F. y Jiménez, F. (1991). Manual de normas de tratamiento alcoholismo y farmacodependencia. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.
- Khrone. W. (1991). Alto decomiso de drogas en Latinoamérica. *Panorama Internacional*. 2 (68): 36-37.
- Lewis, N.D. (1974). American psychiatry from the beginning to World War II. In: Arieti S (Ed). *American handbook of psychiatry, 2nd ed.* New York: Basic Books
- Mantilla Castellanos, L. (1999). Una propuesta educativa para la promoción del desarrollo humano y la prevención de problemas psicosociales. Bogotá, Colombia.
- Méndez, J. (2014). Muertes violentas o inesperadas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica en el año 2010. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.
- Mental Health (1951). Report on the second session of the Expert Committee; Geneva: World Health Organization.
- Ministerio de Salud (2006). *Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. Lima Perú*. Obtenido de http://vs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/203_PROM30.pdf.
- Ministerio de Salud de Costa Rica/Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Análisis Sectorial de Salud*. Resumen Ejecutivo. Ministerio de Salud, Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2008). Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud. Marco Estratégico. San José Costa Rica.

- OMS (1998). *Promoción de la salud: Glosario*. Ginebra. Obtenido de. www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
- OMS (2000). *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud Promoción de la salud: hacia una mayor equidad* (5), 9. Obtenido de. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf.
- OMS (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Bangkok, Tailandia. Obtenido de. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- OMS (2007). El derecho a la salud. Nota descriptiva N°323 Agosto de 2007. Obtenido de. <http://www.who.int/es/>
- OMS (2010). Concepto de salud mental. Obtenido de. http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- OMS/OPS (2001). Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington, D.C., Estados Unidos: *Organización Panamericana de la Salud*
- OPS (2004). Situación actual de la salud mental en Costa Rica. *Ministerio de Salud*. San José Costa Rica
- Oviedo. M., Barceinas. A. y otros. (SF) Lineamientos para la Prevención del consumo de Drogas. *Escuela Mexicana*. México. CONADIC.
- OPS. MS (2009). Perfil del sistema de salud Costa Rica monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.
- Pollard. L. (SF). La Prevención es responsabilidad de todos. *IV Encuentro de saberes, ciudadanía y participación*. Caracas, Venezuela.
- Salas, C. (2014). Impacto económico del consumo de sustancias psicoactivas en Costa Rica 2011. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia*.

- Salas, C. (2013). Estimación del consumo per cápita de alcohol en población costarricense mayor de 15 años, 2008-2012. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.*
- Sánchez Lázaro, A y García Martínez, A. (sf). Prevención del abuso de drogas y promoción de la salud en los jóvenes. *Revista de Estudios y Experiencias en educación. (14)*. Universidad de Murcia. España. Obtenido de redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/.../243117031008_Resumen_1.pdf.
- Sandí, L. (1991). Beneficios y costos del tratamiento para el alcoholismo en hospitales y consulta externa. *San José: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.*

6. EL SALVADOR

Evolución de la prevención en El Salvador

Cristina Juárez de Amaya

I. Introducción

La República de El Salvador, es un país de América Central ubicado en el litoral del Océano Pacífico con una extensión territorial de 21,040 km². La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) correspondiente al año 2013, presentada por el Ministerio de Economía, refleja que la población total del país fue de 6.290.420 personas, con una densidad poblacional de 299 habitantes por km². Para el área urbana el total de la población fue de 3.915.712 habitantes, representando el 62.2% del total de la población y en el área rural fue de 2.374.708 habitantes, lo que representa el 37.8% del total de la población.

La EHPM 2013, reporta que el 56.2% de la población es menor de 30 años y la población de 60 años y más, que es considerada como de personas adultas mayores, representa el 11.0%. Esto revela que la población salvadoreña es bastante joven, lo que facilita la renovación generacional en los ámbitos productivos y de la sociedad en general. La escolaridad promedio a nivel nacional fue de 6.6 grados; la Población Económicamente Activa está constituida por 2.795.156 personas; de este total el 58.0% es representado por los hombres y el 42.0% por las mujeres (DIGESTYC, EHPM 2013).

En los últimos años la economía salvadoreña ha comenzado a recuperarse a un ritmo lento: registró un crecimiento del 2% en 2011, del 1.6% en 2012 y del 1.9% en 2013; sin embargo, los desafíos todavía son muchos (Banco Mundial, 2014).

II. Evolución de las políticas públicas

De acuerdo con los principios constitucionales que establecen la salud como un bien público, y la seguridad ciudadana como responsabilidad fundamental del Gobierno de la República de El Salvador, se crea la “Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas” (1991), en virtud de la cual y mediante Decreto Ejecutivo N° 4, se crea en enero de 1990 el Comité Antinarcóticos (COAN), organismo al que se le confieren amplias facultades para prevenir el consumo y reprimir el uso de las drogas.

El COAN fue derogado mediante Decreto Ejecutivo N° 89, que en 1995 crea la Comisión Salvadoreña Antidrogas (COSA), integrada por funcionarios de alto nivel bajo la presidencia del Ministro de Seguridad Pública y Justicia, con el propósito de continuar el trabajo iniciado por el COAN agregando, además, la responsabilidad de dar cumplimiento a las convenciones internacionales suscritas y ratificadas por El Salvador en materia de drogas.

A partir de las modificaciones a la Ley Reguladora de las Actividades Relativas a las Drogas aprobada según Decreto Legislativo N° 153 del 2 de octubre de 2003, se incorpora en la ley la creación de la Comisión Nacional Antidrogas (CNA) bajo la dirección del Presidente de la República. La CNA es instaurada como la autoridad nacional encargada de planificar, coordinar, supervisar y evaluar los planes, estrategias y políticas gubernamentales en el tema de las drogas (CNA, 2014), es presidida por un Director Ejecutivo y está conformada por los ministros o sus representantes del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud Pública, la Dirección Nacional de Medicamentos y el Director Ejecutivo de la CNA. A la Comisión se le asignó la responsabilidad de coordinar acciones en las siguientes áreas: reducción de la demanda, reducción de la oferta, producción y tráfico de drogas, medidas de control, observatorio de drogas, cooperación internacional, evaluación de programas, formación y capacitación. La Dirección Ejecutiva

(oficina técnica central) se encuentra adscrita presupuestaria y administrativamente al Ministerio de Justicia y Seguridad Pública; el presupuesto de la CNA se encuentra integrado a otro organismo gubernamental, cuyas fuentes de financiamiento provienen de la asignación del Gobierno, así como aportes de la sociedad civil y de la cooperación internacional.

La CNA es la entidad responsable de aprobar los planes de trabajo de las entidades privadas debidamente autorizadas, y las gubernamentales cuya finalidad sea prevenir la drogadicción. Además tiene a su cargo la competencia para promover, coordinar y dar seguimiento a las campañas publicitarias que se realicen por cualquier medio, tanto a nivel gubernamental como privado, encaminadas a prevenir los efectos nocivos producidos por el uso y consumo de drogas.

A cada ministerio que conforma la CNA se le han delegado funciones específicas. El Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, por medio de la División Antinarcóticos de la Policía Nacional Civil, tiene la atribución de diseñar, dirigir y coordinar todas las actividades y medidas que impidan y controlen la penetración y difusión del narcotráfico en el país.

El Ministerio de Salud (MINSAL) es responsable de elaborar y hacer cumplir programas de tratamiento y rehabilitación de las personas consumidoras de drogas, y de controlar a aquellos que estuvieren a cargo de otras instituciones legalmente autorizadas.

El Ministerio de Educación (MINED) es responsable de elaborar, ejecutar y supervisar programas de prevención contra el consumo de drogas.

El Ministerio de la Defensa Nacional –dentro del marco establecido a la Fuerza Armada en el artículo 212 de la Constitución de la República– colabora con la CNA en lo que le fuere requerido.

El Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) tiene las atribuciones prescritas en el Código de Salud, su Reglamento Interno, el Reglamento de

Productos Farmacéuticos Oficiales, el Reglamento de Especialidades Farmacéuticas, el Reglamento de Estupefacientes y en las demás leyes y reglamentos relativos a la materia.

A partir de junio del año 2002, El Salvador dispuso de un Plan Nacional Antidrogas (PNAD) que contemplaba ocho áreas estratégicas de acción, determinándose como primera línea de acción la prevención integral del consumo. Este plan se implementó desde el año 2002 hasta el año 2010. Además, las autoridades departamentales y municipales que tienen competencia en las áreas relacionadas con las políticas antidrogas, desarrollan políticas de descentralización en los 14 departamentos que lo conforman.

Consciente de la complejidad que conlleva la problemática de las drogas, el Gobierno de El Salvador, a través de la Comisión Salvadoreña Antidrogas (COSA), presentó el Plan Nacional Antidrogas (PNAD) como instrumento fundamental de la Estrategia Nacional Antidrogas 2002-2008 (OSD, 2008), concebido como la expresión de la voluntad y la decisión política del Estado para enfrentar el fenómeno de las drogas en sus diferentes manifestaciones. Este plan parte de una visión común, compartida y concertada de los diferentes sectores de la sociedad salvadoreña, siendo considerado como:

- a. Un conjunto sistematizado de programas elaborados a partir de la caracterización del fenómeno de las drogas.
 - b. Un instrumento integrador de políticas, objetivos, estrategias, programas y recursos para enfrentar el fenómeno de las drogas.
- C Una matriz de acción clara y precisa, que señala responsabilidades institucionales en cada ámbito de acción, facilitando la evaluación de los resultados.

El referido PNAD expiró en diciembre de 2008 pero continuó operando hasta el año 2010. En el año 2011 se aprobó la nueva Estrategia Nacional Antidrogas (ENA) para el quinquenio 2011-2015 (OSD, 2011). Desde

el año 2002 hasta el 2010 se mantuvo la coordinación a través de los planes anuales que las entidades competentes ejecutaban en cada ámbito de acción. Las prioridades estratégicas y metas del PNAD eran reducir el abuso y uso indebido de drogas lícitas e ilícitas y las consecuencias asociadas a tales fenómenos; reducir la disponibilidad de drogas ilícitas y prevenir el desvío de drogas lícitas a canales ilícitos.

Dentro del PNAD se identificaron como principales áreas de acción las siguientes:

1. Prevención integral del consumo
2. Tratamiento, rehabilitación y reinserción
3. Legislación, tratados y convenios
4. Fiscalización y control de sustancias
5. Control de oferta y delitos conexos
6. Investigación, información y estadística
7. Formación y capacitación
8. Financiamiento y cooperación

Se establecieron cuatro ejes transversales: a) Cooperación internacional, b) Legislación, c) Capacitación, d) Investigación y estadísticas. El financiamiento del Plan Nacional Antidrogas provino del presupuesto específico de cada una de las entidades vinculadas al tema drogas, de los aportes de la sociedad civil y de la cooperación internacional. La CNA señala que la elaboración de la ENA 2011-2015 tuvo como fuente de referencia diversos instrumentos, tanto nacionales como internacionales, tales como el Plan Nacional Antidrogas 2002-2008, “La Estrategia Antidrogas del Hemisferio” de la Comisión Interamericana para el Control de Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA, 2010), la “Declaración

Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas”, aprobada durante el 52º período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes celebrada en marzo de 2009, entre otros.

El Salvador ha cumplido con las recomendaciones hechas por organismos internacionales, estableciendo y fortaleciendo las autoridades nacionales de drogas, ubicándolas en un alto nivel político, con la misión de coordinar la planificación y aplicación efectiva de las políticas nacionales sobre drogas. La autoridad nacional coordina las áreas de reducción de la demanda, reducción de la oferta, medidas de control, observatorio de drogas, cooperación internacional, legislación, formación y capacitación, coordinación, y fortalecimiento institucional. El país tiene un mecanismo de coordinación para realizar la planificación y ejecución efectivas de las políticas nacionales sobre drogas (CICAD, MEM, 2014). En cuanto al diseño, implementación, fortalecimiento y actualización de las estrategias y políticas nacionales sobre drogas basadas en la evidencia, el Mecanismo de Evaluación Multilateral 2014 señala que aunque El Salvador cuenta con la Estrategia Nacional Antidrogas 2011-2015, la cual cubre reducción de la demanda, reducción de la oferta, medidas de control y cooperación Internacional, el país no cuenta con un marco de seguimiento y evaluación de dicha estrategia nacional.

III. Acciones en prevención

De acuerdo con la información general que expone la Comisión Nacional Antidrogas, en el país se implementan diferentes programas de prevención; sin embargo, no se dispone de evidencia empírica del efecto de estos programas, ni de cuáles de ellos corresponden a las mejores prácticas en términos de la disminución de la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas. Los programas de tipo universal, selectivo e indicado, presentados en el Informe de país: Evaluación del progreso del control de drogas 2007- 2009, son los siguientes: Parvularia, Educación Básica, Progra-

ma de estudio de tercer ciclo, asignatura Ciencia, Salud y Medio Ambiente; Gestión integral ciudadana, Mediación escolar, Intervención y asistencia psicológica, Habilidades para la vida y prevención de drogas, No más violencia y Drogodependencia (CICAD, 2011).

En la actualidad se implementan en El Salvador programas de prevención dirigidos a población escolar y universitaria, así como a personas en condiciones de suspensión de libertad. Entre estos programas se citan la asignatura “Ciencia, Salud y Medio Ambiente” que está inserta en el currículo nacional; el programa “Gestión Integral de la Ciudadanía” y el programa “Habilidades para la Vida”. Cabe mencionar que el resto de la población no está atendida con especificidad. Adicionalmente, no se reporta información relacionada con el desarrollo de mecanismos de evaluación de estos programas (CICAD, 2010).

De acuerdo con los informes de la Comisión Nacional Antidrogas, se avanza en el fomento de la prevención, pero esto no se ha evaluado. Para el año 2010 la CNA reportó los siguientes logros:

- El financiamiento de USD 5.000 por parte de CICAD/OEA para la ejecución del proyecto: “Implementación de prevención de drogas en el currículo de técnico y tecnólogo en enfermería del Instituto Especializado de Educación Superior de Profesionales de la Enfermería de El Salvador (IEPROES)”.
- En coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC), se planificó y llevó a cabo el contenido del seminario “Prevención y tratamiento en el uso de drogas” dirigido a representantes de las Comisiones Nacionales Antidrogas de Centroamérica.
- El lanzamiento de la “Campaña Preventiva del Consumo de Drogas”, consistente en cuñas radiales; dicha campaña fue dirigida a jóvenes adolescentes cuyo objetivo fue concientizarlos sobre el riesgo del uso de drogas.

El Salvador tampoco dispone de reportes oficiales sobre la cantidad de programas de prevención del consumo de SPA que se implementan; ni hay informes sobre los resultados de los procesos de evaluación y monitoreo de tales programas.

A la fecha, el Observatorio Salvadoreño sobre Drogas (OSD, 2015) reporta que la población objetivo de los programas del Ministerio de Educación es: niñez; adolescencia y juventud escolarizada; docentes, padres y madres de familia, y técnicos educativos. Las principales actividades en prevención están relacionadas con: enfoque de prevención del consumo de drogas en el currículo nacional, capacitación de docentes, materiales educativos con contenidos de prevención del consumo de drogas, capacitación de líderes juveniles sobre habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas, educación entre pares y la Estrategia nacional de prevención con la participación del Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, otras Organizaciones Gubernamentales y Organizaciones no Gubernamentales (Observatorio Salvadoreño sobre Drogas, 2015).

La Secretaría Ejecutiva de la CICAD, con el apoyo del Gobierno de Japón logró implementar una iniciativa de alianzas con universidades de América Latina y El Caribe desde 1997 hasta 2004, seguido por el Gobierno de los Estados Unidos y Canadá hasta el año 2014 (Musayón-Oblitas, et al., 2015). Hoy en día este proyecto ha contado con la participación de más de 200 Escuelas y Facultades pertenecientes a todos los países de América Latina y el Caribe, en las siguientes áreas académicas: Enfermería, Salud Pública, Educación, Medicina, Bioanálisis Clínico, Psicología, Trabajo Social, Comunicación Social y Derecho. Los componentes principales del proyecto son: (i) Educación: formación del profesorado en temas de drogas, desarrollo curricular con contenido de drogas, sistemas de monitoreo y evaluación; (ii) Actividades de Extensión: implementación de actividades de promoción y prevención del consumo de drogas en grupos de alto riesgo a nivel comunitario; (iii) Investigación: desarrollo de estudios de drogas de acuerdo con las prioridades de los países.

En El Salvador, gracias a esta cooperación de la SE/CICAD, se han desarrollado diferentes proyectos en conjunto con algunas universidades, en las áreas de Educación y Salud (Observatorio Salvadoreño sobre Drogas, 2015). Entre las universidades participantes se citan: la Universidad de El Salvador (UES), la Universidad Evangélica de El Salvador (UEES) y la Universidad Cristiana de las Asambleas de Dios (UCAD); estos proyectos fueron ejecutados en alianza con la CNA. En el área de educación se insertó la temática de drogas como eje transversal en los planes de estudio de algunas carreras y se definió la temática “Drogas” como una línea de investigación institucional; se implementaron planes de supervisión en aquellas asignaturas que tenían incorporado el componente de drogas en sus programas académicos; además, se diseñó una Guía sobre Metodología para la enseñanza de la temática de drogas en las carreras de la salud y se desarrollaron programas de capacitación docente. En el área de investigación se realizaron diferentes estudios, tanto en investigación en cátedra como institucional, por citar algunos: Factores que incidieron en el consumo de drogas lícitas e ilícitas (Rivas, 2007); Factores de riesgo y protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños (Rivera, 2007); Exploración de modelos predictivos de consumo de tabaco en adolescentes salvadoreños (Alfaro & Lizano, 2009); Consumo de drogas psicoactivas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios (Bautista, 2010); Percepción del personal de salud sobre la calidad de la atención de adolescentes que abusan de drogas (Juárez, García & Marquina, 2012); Evaluación del “Programa Educación para la Vida” en la prevención del consumo de drogas en estudiantes de Tercer Ciclo y Bachillerato (Bautista, 2013). En la línea de extensión las acciones se enfocaron en el área de prevención, la cual estuvo dirigida a los niños, niñas y adolescentes de las escuelas públicas aledañas a las universidades, ejecutando proyectos enfocados en salud mental, deportes y otras actividades recreativas para dicha población.

Entre algunos de los resultados de este esfuerzo se citan:

- Año 2006: Participación de las universidades en el taller “El fenómeno de las drogas desde la perspectiva de la salud internacional”, realizado en Cartagena de Indias, Colombia. En dicha reunión se compartieron experiencias en la aplicación de la perspectiva de la salud internacional en materia de drogas y se exploraron formas para aumentar la cooperación y la investigación entre las diferentes disciplinas académicas.
- Año 2008: Firma de una Carta de Entendimiento entre el Comité Coordinador del Proyecto y la Comisión Nacional Antidrogas; evento que se llevó a cabo en la ciudad de San Salvador, El Salvador, evento bajo el lema “Reunión de integración de las Escuelas de Salud Pública, Enfermería, Medicina y Educación en el área de investigación sobre el fenómeno de las drogas desde la perspectiva de la Salud Internacional”; contando con la participación de representantes de diversas universidades de América Latina. La sede del evento fue la Universidad Evangélica de El Salvador.
- Año 2009: Participación de la Universidad Evangélica de El Salvador, la Universidad de El Salvador y la Universidad Cristiana de las Asambleas de Dios, en una reunión Internacional de Escuelas de Medicina, realizada en Ciudad de Guatemala, convocada por la CICAD/OEA.
- Año 2010 a la fecha: Entrenamiento y capacitación de docentes universitarios como investigadores del fenómeno de drogas desde la perspectiva de la salud internacional, programa de formación que combinó las modalidades online y presencial, siendo facilitado por el Centro de Adicciones y Salud Mental de Toronto, Canadá (CAMH) y la Universidad de Riberão Preto (Brasil). Este programa ha permitido la realización de estudios multicéntricos y locales relacionados con el fenómeno de las drogas, entre ellos: *La asociación entre el abuso de drogas de adultos y el maltrato durante la niñez en los estudiantes que asisten a siete universidades de cinco países de América Latina y un país en el Caribe* (Longman-Mills, et al., 2013); *El papel de las*

relaciones familiares, la espiritualidad y el entretenimiento en la moderación de influencia de los pares y el consumo de drogas entre los estudiantes de ocho universidades de cinco países de América Latina y tres del Caribe (Morera, et al., 2014); Uso de drogas en estudiantes de una universidad de El Salvador y su relación con el maltrato durante la niñez (Amaya, et al. 2015). Las universidades participantes han propiciado el desarrollo de otras actividades de prevención como torneos deportivos, escuelas de fútbol para niños de escasos recursos en condiciones de vulnerabilidad de consumo, y concursos orientados a la prevención.

- Año 2013: Del 17 al 19 de junio, la CICAD en conjunto con la Universidad de Costa Rica (UCR) impulsó la unión y la contribución de los profesionales de la salud de la región y áreas relacionadas, así como de los investigadores de los consejos nacionales de drogas y de las universidades, formando un grupo de expertos en materia de drogas que conjuntamente pudieran desarrollar la producción de la mejor evidencia científica disponible para las Américas, y específicamente para la región centroamericana, así como para cada país. Frente a esta necesidad, la CICAD/SRD/OEA y la Universidad de Costa Rica – Escuela de Enfermería - Programa de Colaboración para la Investigación de Enfermería Basada en la Evidencia (CIEBE- CR), propusieron organizar la primera reunión regional con representantes de las universidades de Centroamérica, de los Consejos Nacionales de Drogas, con los ex-participantes del programa de capacitación en investigación de la CICAD-CAMH para América Latina y el Caribe, y representantes del Centro de Adicciones y Salud Mental-CAMH/Canadá, para discutir la posibilidad de la creación del primer “Centro Académico de Colaboración de Evidencia Científica sobre Drogas en América Central-CACEDAC”. Dicho evento contó con la participación de las Comisiones Nacionales Antidrogas de cada país participante y de las siguientes universidades:

-El Salvador: Universidad Evangélica de el Salvador (UEES); Universidad de El Salvador (UES).

-Honduras: Universidad Autónoma de Honduras (UAH); Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán (UPNFM)

-Guatemala: Universidad de San Carlos (USAC)

-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-LEON).

-Panamá: Universidad de Panamá

-Costa Rica: Universidad Nacional de Costa Rica (UCR)

Cabe aclarar que a la fecha el Proyecto CACEDAC no se ha implementado.

IV. Publicaciones e investigaciones científicas

Para considerar el estado actual de la evolución de los programas de prevención del consumo de drogas en El Salvador, se ha realizado una indagación sobre el grado de avance que en investigación se ha desarrollado en esta materia en el país, y es claro para los responsables de la salud pública que el diseño, seguimiento y evaluación de los programas de prevención es una falencia importante en las políticas sobre drogas, no solo en El Salvador, sino en la mayor parte de países de Latinoamérica, Centroamérica y El Caribe insular.

El informe sobre el uso de drogas en las Américas realizado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos en el año 2011, muestra que los indicadores de reducción de la oferta y reducción de la demanda se han mantenido o incrementado en la última década en los diferentes países de la región, y estos resultados exigen valorar la eficacia y pertinencia de las acciones que en cada país se ejecutan (CICAD, OEA 2011).

El consumo de drogas y sus consecuencias representan uno de los temas que más preocupa a la población general y una seria amenaza para la

convivencia social. De ahí que la cuestión básica que se debe plantear es hasta dónde, con las acciones que se ejecutan, se está contribuyendo a concientizar a la sociedad sobre el fenómeno de las drogas, es decir, si el Plan o Estrategia Nacional que se implementa es un instrumento eficaz de concientización y un cauce efectivo de participación social en las tareas de reducción de la oferta y reducción de la demanda. En la actualidad, el panorama del consumo de drogas en El Salvador, de acuerdo con los registros oficiales, tiende a la alza (CNA, 2014).

De otra parte, según el primer estudio sobre consumo de drogas y de otras problemáticas en población estudiantil de cinco universidades de El Salvador, realizado en el 2010, el 70.8% de los estudiantes universitarios declaran haber consumido algún tipo de drogas a lo largo de su vida, un 45.1% de los estudiantes consumieron alguna droga legal o ilegal en el último año. Excluyendo el alcohol y el tabaco, los resultados de este estudio demuestran que las drogas ilegales más consumidas en el 2009 fueron: la marihuana con 3.3%; solventes, 0.7%; cocaína con 0.6%; y hachís, con algo más del 0.5%. En cuanto a tranquilizantes, estimulantes y analgésicos, el 7.8% de los universitarios declaró el consumo de tranquilizantes alguna vez en su vida (CNA, 2013). Cabe señalar que al comparar el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) frente al consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, hachís, etc.), la diferencia de prevalencia de consumo es significativa, lo que permite visualizar que son las drogas legales como el alcohol y el tabaco, las que más problemas sociales, familiares e individuales ocasionan en la población joven de El Salvador. La prevalencia de consumo de tabaco fue del 46.9%, alguna vez en la vida; y de 21.3%, en el último año. La prevalencia de consumo de alcohol, alguna vez en la vida, fue del 64.5%; y de 40.2%, en el último año.

Con relación al consumo de alcohol, se encontró que los porcentajes fueron mayores al 50% entre los hombres y las mujeres, siendo un poco más elevado en el sexo masculino, mostrando un mayor porcentaje para la prevalencia de vida, año y mes. Se evidenció que el consumo de alcohol se

incrementa con la edad, siendo el rango de 23 a 24 años el que mostró el mayor porcentaje y en menor escala en el grupo de 18 años o menos. Se encontró que el promedio de inicio del consumo fue de 17 años para hombres y mujeres. El consumo de tabaco mostró la misma tendencia que el alcohol, pero con la diferencia que en los hombres el consumo fue siempre el doble que en las mujeres para la prevalencia de vida, año y mes, observándose la misma situación para la incidencia por año y mes. En cuanto a los tranquilizantes, el Informe internacional de fiscalización de estupefacientes 2012 de las Naciones Unidas, hace énfasis en que el abuso de preparados farmacéuticos, incluidos los que contienen tranquilizantes, sedantes y estimulantes, sigue siendo grave motivo de preocupación en América Central, en particular en lo que respecta a las mujeres (CNA, 2013). En este estudio, se identificó que de los estudiantes universitarios, el 1.8% de ellos utilizaron por primera vez tranquilizantes sin prescripción médica en el último año. En cuanto a los estimulantes, la Ritalina es el de mayor consumo alguna vez en la vida, con predominio del sexo masculino.

Según el Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador realizado en el período 2013-2014, el alcohol resulta ser la sustancia psicoactiva que más se consume: de cada dos personas, una habrá consumido, en al menos una ocasión en su vida, dicha sustancia. El estudio señala que es de vital importancia que las campañas que se diseñen para prevenir o reducir el consumo de alcohol en la población salvadoreña, tomen en cuenta lo que evidenció este estudio, en el sentido que son los hombres quienes presentan mayor problema de consumo riesgoso o perjudicial, y quienes mayormente presentan signos de dependencia a las bebidas alcohólicas, y por lo general, sucede entre los 18 y 24 años de edad. Es importante resaltar que entre los estudios de 2005 y 2014 la prevalencia de vida de alcohol se ha incrementado cerca de un 12%: considerando únicamente a los consumidores del último mes, en el grupo de menores de edad, la tasa de consumo casi se duplica. Un hallazgo importante es que tanto la prevalencia del último año

como del último mes, de tabaco se ha reducido en comparación con los resultados del año 2005, lo cual podría ser explicado por la Ley para el control del tabaco que entró en vigor hace un par de años. En cuanto a sustancias ilegales, el principal resultado del estudio tiene que ver con el aumento de consumo global de cualquier droga ilícita, entre ambos estudios. Para todas las sustancias, entre ellas marihuana, cocaína, crack, heroína, MDMA-éxtasis e inhalables, se destaca un aumento en el consumo; es de mencionar que el aumento se debe, principalmente, a un aumento en el uso de marihuana, pues es el consumo que más creció entre ambas mediciones. El consumo reciente o del último año se ha quintuplicado, pasando de 0.4% en 2005, a 2.3% en 2014 (CNA, 2014).

Según el Estudio de Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños (Rivera, 2007), se advierte que alrededor de una tercera parte de la población se encuentra en inminente riesgo a causa de la inseguridad individual, familiar y socioeconómica; en consecuencia, los jóvenes se ven inducidos a adoptar conductas de riesgo. Este estudio concluye, además, que la publicidad ofrecida por los medios de comunicación induce a la adopción de conductas de inadaptación y al consumo de drogas lícitas e ilícitas, lo cual es tangible a diario en el país, donde los medios de comunicación envían un mensaje confuso, mezclando el fenómeno del narcotráfico con el fenómeno del consumo problemático de drogas. A esto se le suma que la mayoría de universidades priorizan la instrucción profesional y muy poco la educación integral, lo que se constituye en un verdadero reto para las instituciones de educación superior cuya prioridad es contribuir aportando alternativas para la solución o disminución de los problemas sociales (Longman-Mills, et al. 2013). Un estudio realizado en El Salvador en el año 2013 sobre las condiciones contextuales y evolutivas de los medios de comunicación y la percepción de las adicciones, señala que es necesario que los medios de comunicación informen con veracidad, en el sentido que la mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad por consumo

problemático y dependencia de sustancias psicoactivas (SPA) está relacionada con las drogas lícitas y no con las drogas ilícitas, considerando la variación en las características sociodemográficas, en los patrones de consumo de la población y la necesidad de los usuarios de obtener respuestas satisfactorias en los servicios de atención (Juárez, 2013).

Hasta el año 2013 no se disponía de evidencias que orientaran sobre cuáles son los programas que en materia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se están implementando en El Salvador, a qué tipo de población están dirigidas y si se utilizan mecanismos de evaluación; de hecho, una de las recomendaciones para el Gobierno de El Salvador en el rubro de reducción de la demanda fue realizar evaluación de resultados del programa de prevención dirigido a población de estudiantes de primaria y secundaria; a la fecha no existen resultados publicados al respecto (CICAD, 2010).

En el año 2013, la Universidad Evangélica de El Salvador realizó una investigación sobre la temática “*Limitaciones y desafíos para evaluación de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas*”. Este estudio permitió identificar algunos de los programas de prevención que se implementan en el país, las poblaciones a quienes están dirigidos, la ejecución de mecanismos de evaluación, los enfoques teórico-conceptuales de base, así como las limitaciones y desafíos que enfrenta el gobierno en esta materia. La investigación se llevó a cabo en 16 entidades a nivel nacional, 11 entidades públicas y 5 privadas, entre ellos Ministerio de Educación (MINED), Hospitales y Unidades de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSAL) y demás Centros Privados. El estudio fue descriptivo-exploratorio, bajo una perspectiva de análisis de resultados histórico-hermenéutica para lo cual se diseñó un cuestionario semi-estructurado y una ficha de observación. Los resultados del estudio permitieron concluir que en El Salvador se implementan diversos programas de prevención, la mayoría muy inespecíficos (Juárez, 2013).

Para este estudio, en representación del MINED, se contó con la participación de la coordinación del área educación para la vida; del MINSAL se

contactaron los coordinadores y directores de 10 establecimientos entre ellos: 3 unidades de salud, 5 hospitales de segundo nivel de atención y 2 hospitales de tercer nivel de atención. En el ámbito privado se tuvo acceso a 5 establecimientos.

Según los resultados del referido estudio, como se aprecia en la Tabla 1, el MINED implementa 6 programas de prevención en centros educativos públicos y privados a nivel nacional.

Tabla 1. Programas de prevención que el MINED implementa y población a la que están dirigidos, 2012.

Ministerio de Educación - MINED	Programa de prevención	Población a la que está dirigida
Centros escolares públicos y privados	Gestión integral ciudadana	Estudiantes de tercer ciclo y bachillerato
	Educación para la vida y el trabajo	Jóvenes que estudian en modalidades flexibles
	Educación en derechos humanos, valores y ciudadanía	Estudiantes de primer ciclo, segundo ciclo, tercer ciclo y bachillerato.
	Arte, cultura, recreación y deporte	Estudiantes de primer ciclo, segundo ciclo, tercer ciclo y bachillerato.
	Orientación para la vida	Bachillerato
	Ciencias, salud y medio ambiente	Estudiantes de primer ciclo, segundo ciclo, tercer ciclo y bachillerato.

FUENTE: Juárez, 2013

Los programas de prevención que el MINSAL implementa se aprecian en la Tabla 2. En las Unidades de Salud, estos programas se implementan a través de los Servicios Polivalentes de Atención Psicosocial, conocidos como SEPAPS; algunos programas se ejecutan en hospitales departamentales, regionales y de tercer nivel (especializados). La población a la que el MINSAL dirige sus programas es diversa: población general, población adolescente, padres de familia, pacientes con conductas adictivas a SPA, familiares de pacientes y

estudiantes de centros escolares desde primer ciclo hasta bachillerato.

Tabla 2 Programas de prevención que el MINSAL implementa y población a la que están dirigidos, 2012.

Ministerio de Salud – MINSAL	Programa de prevención	Población a la que está dirigida
Unidades de Salud (SEPAPS)	Programa familias fuertes	Población adolescente y padres de familia
	Programa de salud mental	Población adolescente, población general.
Hospitales	Prevención secundaria y terciaria: Abordaje psicoterapéutico	Pacientes con conductas adictivas a SPA.
	Programa de niños replicadores “Red salvando vidas del tabaco y el alcohol”	Estudiantes de centros escolares, desde primer ciclo hasta bachillerato
	Programa de sensibilización del ambientes libres de humo	Población adolescente, personal del hospital, población general.

FUENTE: Juárez, 2013.

En lo que respecta a los establecimientos privados, estos reportan diferentes programas como el abordaje psicoterapéutico, programas de rehabilitación e inserción social, y los dirigidos exclusivamente a conductores del transporte público. La población a la que dirigen estos programas es diversa: personas dependientes de droga, familiares de pacientes, estudiantes, padres de familia, maestros de centros educativos, población general, conductores de transporte público y privado.

En cuanto al enfoque teórico-conceptual con base en el cual se implementan los programas de prevención, el MINED manifiesta que orienta sus programas en la línea de educación en derechos humanos y habilidades para la vida, es decir el enfoque integral – biopsicosocial. Respecto de las instituciones y centros del MINSAL, estos reportan que en sus programas de prevención adoptan como enfoque teórico-conceptual preferentemente, el enfoque integral biopsicosocial, seguido de educación en salud, enfoque

cognitivo conductual y detección temprana del riesgo. Con base en los resultados de este estudio, el país no cuenta con especialistas nacionales en evaluación, se suma la falta de gestión presupuestaria para implementar nuevas acciones para la prevención, así como para el diseño de indicadores y procesos de evaluación.

Los resultados del estudio realizado por Juárez (2013), permiten identificar que en El Salvador no se aplican programas de prevención selectiva, la cual debe estar dirigida a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidor mayor que el promedio de los adolescentes. El estudio realizado en cinco universidades de El Salvador en el año 2010, dejó al descubierto que la edad promedio del inicio para el consumo general fue de 15.1 años y para el poli-consumo fue 16.9 años, es decir, que el inicio del consumo de SPA se da desde muy temprana edad en la escuela secundaria, antes de ingresar a la universidad (CNA, 2013); este es un claro ejemplo de un grupo en el que se podría aplicar un programa de prevención selectiva.

En el referido estudio, Juárez (2013) identifica como principales limitantes para la ejecución de los mecanismos de evaluación: la inexistencia de presupuesto para tal fin, la falta de especialistas nacionales en evaluación, la poca coordinación interinstitucional y el débil conocimiento y sensibilización de la población general sobre las adicciones como una enfermedad. La Guía sobre políticas de drogas del Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, revela que se debe reunir información para evaluar periódicamente el impacto de los programas nacionales de desarrollo socioeconómico sobre la prevalencia del uso de drogas en las comunidades, con ello se garantizará que las mejores prácticas se evalúen y se pongan claramente de manifiesto para futuras intervenciones (IDPC, 2010).

A continuación se citan las investigaciones hechas en El Salvador en materia de prevención del consumo de drogas, conforme a la documentación y clasificación disponible en el Observatorio Salvadoreño sobre Drogas, a junio 2015 (<http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/>):

a. Estudios realizados con la Metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas-SIDUC

- Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador-2014
- FICHA TÉCNICA: Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador-2014
- Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas y de otras Problemáticas en Población Estudiantil Universitaria de El Salvador 2012. Mayo 2014
- Indicadores sobre Consumo de Drogas en la Región Centroamericana y El Salvador. Área de Investigación y Estudios de la Comisión Nacional Antidrogas. Septiembre 2011
- Primer Estudio sobre Consumo de Drogas y de otras problemáticas en población estudiantil de cinco universidades privadas de El Salvador. Junio 2011
- Segundo Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar de El Salvador SIDUC 2008.
- Patrones de consumo de drogas de salvadoreños y salvadoreñas entre los 12 y 71 años de edad de la República de El Salvador 2005.
- Primer Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General de El Salvador, 2005.
- Encuesta de Prevalencia de Consumo de drogas de Internos de Centros Penales 2005.
- Estudio sobre los patrones de consumo de drogas en adolescentes estudiantes de secundaria de ambos sexos pertenecientes a centros educativos públicos y privados de El Salvador. 2003

– Informe comparativo 7 países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay 2003.

– Resultados comparados Encuestas Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas - SIDUC escolares 2001-2003.

– Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Consumo de Drogas 2003. Muestra 5,644 jóvenes de centros escolares de centros urbanos mayores de 30 mil habitantes, septiembre 2003.

– Informe Encuesta SIDUC Escolares 2001. Encuesta AMSS de Prevalencia de Consumo de Drogas. Jóvenes de centros escolares urbanos mayores del área metropolitana de San Salvador, Octubre 2001.

– Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas-SIDUC I Escolares 2001. Encuesta AMSS de Prevalencia de Consumo de Drogas. Jóvenes de centros escolares urbanos mayores del área metropolitana de San Salvador, Octubre 2001.

b. En el apartado “Publicaciones”, disponible en el sitio web del Observatorio Nacional sobre Drogas se citan las siguientes Investigaciones nacionales:

– Prevención de las Drogas en la Familia, San Salvador, noviembre 2001.

Presenta el fenómeno de las drogas en El Salvador así como una guía completa para toda la familia en cuanto a prevención de drogas.

– El barrio, la frontera del joven pandillero. Contexto familiar y su influencia en el desarrollo de la personalidad del joven pandillero.

Afronta la reacción de las maras (o pandillas) en la última década y el trato que sus miembros recibieron en su familia, generó respuestas que se convirtieron en un problema social que fue tomando mucha relevancia en los medios de comunicación, por la inseguridad y violencia que crean estos jóvenes.

- El alcoholismo, San Salvador, Julio 2002.

Este estudio señala los efectos psicológicos, fisiológicos y riesgos que conlleva el consumo de alcohol, tomando en cuenta que esta es la droga más consumida en El Salvador, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa.

- La drogadicción, San Salvador, Julio 2002.

Aborda el fenómeno de la drogadicción en cuanto al concepto, clasificación de las drogas, las relaciones de uso y abuso, efectos y riesgos del consumo de cada una de las drogas más consumidas.

- Tesis de Grado “Programa de prevención psicosocial en consumo de drogas aplicado con adolescentes, maestros(as) y madres-padres de familia del tercer ciclo, turno vespertino, Complejo Educativo Dr. Humberto Romero Alverque, Barrio San Jacinto, San Salvador”, julio a octubre de 2003.

En el desarrollo de este estudio se buscó elaborar y aplicar un programa de prevención psicosocial que permita incidir en las habilidades de los adolescentes (autoestima, auto superación, proyecto de vida, control emocional, asertividad, adecuada distribución del tiempo e información sobre las drogas y sus efectos) para que puedan enfrentar de forma adecuada la presión externa e interna que se genera en ellos en relación al tema de las drogas.

- Tesis de Grado “El perfil psicosocial de las familias de jóvenes drogodependientes en proceso de rehabilitación en Hogares CREA, San Salvador”, marzo de 2004.

Los objetivos del estudio estuvieron centrados en identificar la estructura familiar de los jóvenes drogodependientes en proceso de rehabilitación a partir de un enfoque sistémico, la existencia de patrones de repetición sobre alcoholismo y drogadicción en las familias de los jóvenes, el patrón de estilo de crianza o ejercicio de autoridad que los padres han aplicado a los

hijos drogodependientes en proceso de rehabilitación y la identificación de problemáticas psicosociales comunes que se han presentado en las familias en estudio.

– Tesis de Grado “Diagnóstico de factores de riesgo y protección vinculados al uso indebido y abuso de drogas lícitas e ilícitas, en adolescentes entre 15 y 18 años de edad, estudiantes de educación media del Centro Escolar Japón y Colegio Jardín, Mejicanos, San Salvador”, junio de 2004.

La investigación corroboró un estudio realizado en 1989 entre jóvenes entre 10 y 18 años pues en él se concluyó que existe consumo de sustancias psicoactivas sin importar el sexo ni la edad de las personas. Asimismo, este trabajo comprobó estadísticamente que la edad y el sexo no influyen en el consumo de sustancias psicoactivas.

– Estudio para identificar Comportamientos de Riesgo y Necesidades de Prevención de VIH/SIDA en Centros de Tratamiento de Drogadicción en la Ciudad de Guatemala y San Salvador, Año 2007. Describe un estudio exploratorio en usuarios de drogas y personal de siete centros de tratamiento por drogas en Guatemala y El Salvador para evaluar los riesgos del VIH e identificar oportunidades para prevención de VIH entre consumidores de droga. El estudio se realizó a solicitud del proyecto de la Oficina contra las Drogas y el Crimen de las Naciones Unidas (ONUDD) CAM H90, como parte de su esfuerzo para establecer y fortalecer una red de centros de tratamiento por drogas en Centroamérica.

Conforme a la información disponible, se citan algunos estudios realizados en universidades o en coordinación con la CICAD:

– Informe consolidado sobre los costos del problema de las Drogas en El Salvador: 1998-2004 (Pérez-Gómez, Valencia & Rodríguez, 2004).

– Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños, 2007 (Rivera, 2007).

– Influencia familiar y comunitaria en la inducción al inicio de consumo de drogas lícitas e ilícitas en población estudiantil de la Universidad de El Salvador, febrero a abril 2010 (Ortega, et al., 2010).

– Drogas Psicoactivas y su incidencia (Bautista & Sánchez, 2011).

Universidad Gerardo Barrios y Universidad Evangélica de El Salvador.

– Percepción del Personal de las Unidades de Salud de la Región Metropolitana de El Salvador sobre la Calidad de la Atención que se brinda a los y las Adolescentes que abusan de Drogas (Juárez, García & Marquina, 2012).

– Diagnóstico de los servicios de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas en establecimientos e instituciones de El Salvador (Juárez, et al., 2012).

– Limitaciones y Desafíos para la Evaluación de Programas de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en El Salvador (Juárez, 2013).

– Condiciones Contextuales y Evolutivas de la Relación entre Medios de Comunicación y Percepción Social de las Adicciones (Juárez, 2013).

– Desafíos en la Atención de Salud Mental: Situación de las Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas (Juárez, 2013).

– Uso de drogas en estudiantes de una Universidad de El Salvador y su relación con el maltrato durante la niñez (Amaya, et al., 2015).

– El uso de drogas entre los estudiantes y su relación con el maltrato durante la niñez, en siete universidades en América Latina y el caribe (Longman-Mills, et al., 2013).

– Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de Facultades de ciencias de la salud/ciencias médicas en Siete universidades de cinco países de América Latina y un País del caribe: implicaciones de género, legales y sociales (Herrera, et al., 2012).

– Entretenimiento, espiritualidad, familia y la influencia de pares universitarios en el consumo de drogas (Rivera, et al.; 2015).

Conclusiones y recomendaciones

En El Salvador se implementan diversos programas de prevención universal y selectiva, sin embargo son muy inespecíficos. No existen registros oficiales del número de programas que se implementan, no se cuenta con programas de prevención indicada, ni se ha diseñado un sistema integral de prevención. Para El Salvador, es apremiante el diseño de una estrategia eficaz que permita oficializar los programas, así como la ejecución de un sistema integral de programas de Prevención universal, selectiva e indicada basados en la evidencia, con objetivos medibles, dirigidos a los distintos grupos poblacionales, incluyendo poblaciones en riesgo.

Con base en la evidencia disponible, las principales limitantes en materia de evaluación de programas de prevención en el país, son la inexistencia de presupuesto específico, la falta de especialistas en evaluación y la débil coordinación interinstitucional. Es necesario fortalecer la coordinación interinstitucional para unificar criterios en el área de prevención; por tanto, los desafíos más importantes que El Salvador enfrenta en materia de evaluación de programas de prevención del consumo de drogas son: estandarizar el contenido y las formas de evaluar los programas, formar recursos humanos en evaluación, realizar un diagnóstico de las poblaciones objetivo para orientar los programas con enfoques adecuados, fortalecer los programas existentes, sensibilizar a los medios de comunicación y dirigentes políticos del país sobre los beneficios de la prevención y lograr establecer comunidad terapéutica basada en evidencias científicas.

Se debe propiciar la creación de redes de trabajo colaborativo nacionales y regionales, entre el Ministerio de Educación y las universidades que desarrollan proyectos integrados en materia de prevención del consumo de drogas, bajo la conducción de la CNA. Las universidades deben priorizar la ejecución

de proyectos de investigación en la temática de “Evaluación de los Programas de Prevención” y aportar de manera significativa al país, demostrando con la evidencia científica, cuáles son los programas que previenen eficazmente el consumo de drogas en El Salvador, considerando mecanismos de evaluación de resultados, de eficacia y efectividad.

Referencias

- Alfaro, M., Lizano, M (2009). Modelos predictivos de consumo de tabaco en adolescentes. *Revista Creaciencia*. 6,(10), 20-26. ISSN 1818-202X... Obtenido de <http://www.uees.edu.sv/pubs/cc10/cc10/index.html>
- Amaya, C., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N., ... & Khenti, A. (2015). Uso de drogas en estudiantes de una universidad de El Salvador y su relación con el maltrato durante la niñez. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24, 45-54. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600045&lng=en&tlng=. 10.1590/0104-07072015001050014
- Banco Mundial (2014). *El Salvador: Panorama general*. Obtenido de: <http://www.bancomundial.org/es/country/elsalvador/overview#1>
- Bautista, F (2010). Consumo de drogas psicoactivas lícitas e ilícitas en estudiantes universitarios. *Revista Creaciencia*, 7, (11), ISSN 1818-202X. Obtenido de <http://www.uees.edu.sv/pubs/cc11/index.html>
- Bautista, F. Sánchez, O (2011). *Drogas Psicoactivas y su incidencia*. ISBN: 978-99923-951-6-5; ISBN: 978-99923-951-3-4. Obtenido de <http://www.uees.edu.sv/editorial/pdf/drogas-incidencia.pdf>
- Bautista, F (2013) Evaluación del “Programa Educación para la Vida” en la prevención del consumo de drogas en estudiantes de Tercer Ciclo y Bachillerato. *Revista Creaciencia* 8, (2), 17-24, ISSN 1818-202X, ISSN-E 1997-0188. Obtenido de <http://www.uees.edu.sv/pubs/cc13/index.html>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2010). Mecanismo de Evaluación Multilateral - MEM. El Salvador,

Evaluación del Progreso del Control de Drogas. 2007-2009. OAS/Ser.L/XIV.2.48; CICAD/docx.1843/10; ISBN 978-0-8270-5577-3, Obtenido de www.cicad/oas.org

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD (2011a). Mecanismo de Evaluación Multilateral – MEM. Informe Hemisférico, Quinta Ronda. OEA/Ser.L/XIV.2.49; CICAD/doc.1862/11, ISBN 978-0-8270-5634-3, Obtenido de www.cicad/oas.org

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD (2011b). *Informe del Uso de Drogas en Las Américas*. OEA/Ser.L/XIV.6.6; ISBN978-0-8270-5707-4.

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD (2014). Mecanismo de Evaluación Multilateral – MEM. Informe Hemisférico, Sexta Ronda. OEA/Ser.L/XIV.2.56; CICAD/doc.2148/14, ISBN 978-0-8270-6272-6, Obtenido de www.cicad/oas.org

Comisión Nacional Antidrogas de El Salvador, CNA (2013). Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas y de otras Problemáticas en Población Estudiantil Universitaria de El Salvador, 2012. ISBN. 978-99923-991-5-6 Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio>. Obtenido de 5 de noviembre de 2014.

Comisión Nacional Antidrogas CNA, El Salvador (2014). Obtenido de www.cna.gob.sv

Comisión Nacional Antidrogas de El Salvador, CNA (2014). Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas en Población general de El Salvador, 2014. ISBN. 978-99923-991-7-0. Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio>.

- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas, IDPC (2010). *Guía sobre Políticas de Drogas*. 1, 57-65. ISBN 0-904932-07-9
- DIGESTYC, EHPM (2013). Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía, El Salvador. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1-13 Obtenido de <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html>
- Herrera, A., Prieto, R., Veloza, M., Riquelme, G., Socorro, M., Mitchell, C., Bautista, P., Harrison, J., Whitehorne-Smith, P. (2012). Policonsumo simultáneo de drogas en estudiantes de Facultades de ciencias de la salud/ciencias médicas en siete universidades de cinco países de américa latina y un país del caribe: implicaciones de género, legales y sociales. *Revista Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 21 (ESP), 17-24. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21nspe/v21nspea02.pdf>
- Juárez, C., García, M., & Marquina, M., (2012). Percepción del personal de salud sobre la calidad de la atención a adolescentes que abusan de drogas. *Revista Análisis*, 8,. ISSN 012 - 36814, 2011. Fundación Universitaria, Colombia. Obtenido de <http://fiuc.org/w/cms/ANALISIS/Home/RevistaAnalisis8/Analisis8.pdf>
- Juárez, C., Figueroa, J., Rivera, A., Cruz, V. (2012). *Diagnóstico de los servicios de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas en establecimientos e instituciones de El Salvador*. Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/Estudios/2013/Dxde%20los%20Servicios%20de%20Tx%20y%20Rehabilitacion.pdf>
- Juárez, C. (2013). *Limitaciones y Desafíos para la Evaluación de Programas de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivantes en El Salvador*. Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/Estudios/2013/Juarez%20C%20Limitaciones%20y%20Desafios.pdf>

- Juárez, C. (2013). Condiciones Contextuales y Evolutivas de los Medios de Comunicación y Percepción de las Adicciones. *Revista Ciencia, Cultura y Sociedad*. 1, (2) 39-49. ISSN 2305-7688. Obtenido de <http://www.uees.edu.sv/pubs/ccs2/index.html>.
- Juárez, C. (2013). *Desafíos en la atención de salud mental: situación de las personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas*. Obtenido de [http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/Estudios/2013/Juarez%20C%20Desafiosen Salud Mental.pdf](http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/Estudios/2013/Juarez%20C%20Desafiosen%20Salud%20Mental.pdf)
- Longman-Mills, S., González, Y., Meléndez, M., García, M., Gómez, J., Juárez, C. Martínez, E., Peñalba, S., Pizzanelli, M., Solórzano, L. (2013). Explorando el maltrato durante la niñez y su relación con el consumo de alcohol y cannabis en los países latinoamericanos y caribeños seleccionados. *Child Abuse & Neglect*, 37, 77 – 85. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.11.002>
- Longman-Mills, S., Williams, Y. M. G., Rodríguez, M. O. M., Baquero, M. R. G., Rojas, J. D. G., Amaya, C. J. D., ... & Tinoco, L. I. S. (2015). La asociación entre el abuso de drogas y el maltrato infantil en estudiantes de siete universidades de cinco países de Latin America y uno país del Caribe. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(SPE), 26-32.
- Morera, J. A., Rivera de, A., Ogowewo, B., Gough, H., Alava, Scott M., Zeferino, M., Jules, M., ...& ; Khenti, A. (2015). El papel de las relaciones familiares, espiritualidad y diversión como moderadores entre la influencia de pares y el uso de drogas entre estudiantes de ocho universidades de cinco países de America Latina y tres del Caribe. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(SPE), 106-116.
- Musayón-Oblitas, F. Y., Vásquez, C. V., Loncharich-Vera, N. R., Chanamé-Amperero, E., & Wright, M. D. G. M. (2015). El aporte científico del proyecto SE/CICAD/SSM/OEA con las escuelas de enfermería en América Latina. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(SPE), 190-199.

Observatorio Salvadoreño sobre Drogas - OSD (2008). Plan Nacional Antidrogas, PNAD 2002-2008. Acuerdo Presidencia de la República de El Salvador. Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/pnad/pnad.pdf>

Observatorio Salvadoreño sobre Drogas - OSD (2011). Estrategia Nacional Antidrogas, ENA 2011-2015. Acuerdo N° 110. Presidencia de la República de El Salvador. Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/pnad/ENA%202011-2015.pdf>

Observatorio Salvadoreño sobre Drogas - OSD (2015). Actividades Preventivas. Proyecto Escuelas de Educación y Salud. Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/2010/Preven-cion%20en%20Universidades.htm>

Observatorio Salvadoreño sobre Drogas - OSD (2015). Directorio Entidades Públicas. Obtenido de:

http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/directorio_ong/ongs.htm

Observatorio Salvadoreño sobre Drogas - OSD (2015). Estudios realizados con la Metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas-SIDUC. Obtenido de http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/rd_ind-investigaciones-SIDUC.htm

Parada, A. R. D., Noh, S., Hamilton, H., Brands, B., Gastaldo, D., Wright, M. D. G. M., ... & Khenti, A. (2015). Entertainment, spirituality, family and peer influence universitarries in drug use. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24(SPE), 161-169.

Pérez-Gómez, A.; Valencia, J.; Rodríguez, C. (2004). *Informe consolidado sobre los costos del problema de las drogas en El Salvador: 1998-2004*.

Obtenido de <http://www.seguridad.gob.sv/observatorio/publicaciones/2008/Informe%20Final%20Costos%20El%20Salvador.pdf>

Rivas, I. (2007) Factores que incidieron en el consumo de drogas lícitas e ilícitas. *Revista Creaciencia*, 4. (6), 7-11. Obtenido de <http://www.uees.edu.sv/pubs/cc6/cc6/index.html>

Rivera, A. (2007) Factores de Riesgo y Protección del consumo de drogas entre estudiantes universitarios salvadoreños. *Revista Científica Crea Ciencia*, 7, 7-12 Obtenido de <http://www.uees.edu.sv/investigacion/pubs/cc7/cc7/index.html>

7. MÉXICO

La Prevención del Consumo de Drogas en México

María Elena Castro

Jorge Llanes

Nancy Gigliola Amador Buenabad

Jorge Villatoro

María. Elena Medina-Mora

I. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como objetivo mostrar el avance en el área de prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en México. Para ello se describen 14 modelos que han sido probados en el país. Se consideran modelos por el hecho de tener marcos conceptuales de referencia, métodos y herramientas probadas, y pruebas empíricas en distintos tipos de población mexicana. Actualmente se cuenta con modelos en los tres tipos de prevención (universal, selectiva e indicada).

El financiamiento con el que se han desarrollado estos modelos proviene, en gran parte, del presupuesto gubernamental, pero un 20% tiene su origen en el apoyo financiero de fundaciones privadas nacionales e internacionales. Los marcos conceptuales para entender los consumos de sustancias, son variables. Algunos consideran la teoría de la complejidad para comprender el sufrimiento social de las poblaciones de alto riesgo; otros se refieren a la vulnerabilidad psicosocial y sus problemas asociados; y unos pocos se dirigen a atender los aspectos que se originan en los sistemas de crianza del individuo, bajo un enfoque conductual y cognitivo.

Las intervenciones buscan la disminución de este sufrimiento social y la vulnerabilidad psicosocial a través del empoderamiento de las poblaciones y la toma de conciencia de los problemas asociados al abuso, del análisis de las

representaciones sociales, el incremento de la resiliencia a través del desarrollo de habilidades para la vida, de la disminución de los estresores psicosociales, o de la reducción de daño a través de medidas de protección para los consumidores. Varios modelos han iniciado el camino de la instrumentación a nivel estatal o nacional, algunos con historias de éxito y otros menos afortunados que debido a situaciones financieras y políticas no han permanecido. Como parte de las políticas públicas del actual gobierno, se está iniciando el camino para implementar las intervenciones más jóvenes que han mostrado resultados positivos en la comunidad.

Si bien la brecha entre los hallazgos científicos y su uso para beneficio de la comunidad se está reduciendo, el proceso de investigación sigue necesitando un tiempo considerable por lo cual es recomendable apoyar los modelos probados para introducirlos en los programas oficiales de prevención en el país, tanto en el campo del abuso de sustancias como en el de comportamientos violentos, así como evaluar de forma más consistente y precisa el impacto de la aplicación de los modelos en el abuso de sustancias, con estudios de corte, tanto transversal como, longitudinal. Sin duda se cuenta con una amplia gama de modelos; no obstante, es necesario disminuir aquellas acciones de prevención basadas solo en información, o que no tengan una base científica, o carezcan de evaluaciones sistemáticas de sus efectos en el mejoramiento de la población. Asimismo, es necesario incrementar los recursos destinados a la ejecución de estos y de nuevos modelos que permitan alcanzar mejores niveles de bienestar en la salud mental de la población.

II. Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas

El consumo de drogas es monitoreado en México por medio de diversos sistemas de información en drogas: encuestas poblacionales y encuestas en grupos específicos, ya que cada una proporciona información vital, complementaria y específica. Ninguna fuente por sí sola da una visión completa de la problemática.

Por ello es que México, al igual que muchos países, cuenta con su Observatorio Nacional (Observatorio Mexicano de Tabaco, Alcohol y otras Drogas, OMEXTAD) y también se tienen los Observatorios Continentales como el Observatorio Europeo de Drogas o el Observatorio Interamericano de Drogas, cuyo último reporte ha sido recientemente publicado con objeto de dar cuenta de la problemática del país o de la región correspondiente, pero incluyendo siempre distintas fuentes de información. Esto es posible ya que los diversos sistemas incorporan, en su método, indicadores que permiten la comparación internacional.

En este contexto, a continuación se presenta la problemática del consumo de drogas conforme los resultados de las diversas fuentes señaladas en México.

Encuestas Nacionales de Hogares (ENA)

Los resultados de la ENA 2011 mostraron un incremento en el consumo (alguna vez) de drogas ilegales en la población de 12 a 65 años; los hombres son los que reportan mayores porcentajes, de manera especial los hombres entre 18 y 34 años. La marihuana se mantiene como la sustancia de preferencia de los usuarios (pasó de 1.5% a 1.8%); en tanto, la cocaína se mantuvo estable (0.4%). La dependencia a drogas incrementó de 0.6% en 2008 a 0.7% en 2011, representando a casi 553 mil personas de entre 12 y 65 años (Villatoro-Velázquez et al., 2012). Es en el norte del país donde se tienen las prevalencias más elevadas, aunque en la región occidental se reportan incrementos importantes en el consumo de alcohol y drogas.

En cuanto al alcohol, la dependencia alcanzó al 6.2% en 2011 y representa la droga de mayor consumo e impacto en el país.

Asimismo, 21.7% de la población total de entre 12 y 65 años son fumadores activos. Los hombres fumadores activos de la ENA del 2011 (31.4%) disminuyeron con respecto a la del 2002 (36.2%). En la población adolescente de 12 a 17 años, la prevalencia de fumadores activos en 2011 fue de 12.3%. En las mujeres la prevalencia aumentó de 3.8% en 2002 a 8.1% en 2011. La

edad de inicio de consumo de tabaco fue 14.1 años, similar para ambos sexos (Reynales-Shigematsu et al., 2012).

Encuestas en Población Escolar

Desde 1973 se llevan a cabo estudios con población adolescente que se encuentra en educación media y media superior (12 a 19 años) lo que ha permitido identificar con mayor precisión cambios en los patrones de consumo, impacto en la edad de inicio, así como la identificación del uso de nuevas sustancias. El trabajo con diversos Estados del país ha permitido contar con distintos estudios en población escolar. En Jalisco se han realizado dos encuestas (Chávez et al., 2010, 2012). En 2012 se encontró una prevalencia de consumo de cualquier droga, alguna vez en la vida, de 16.4%, y el consumo fue similar a lo encontrado en 2009 (16.5%); sin embargo, el consumo de marihuana aumentó significativamente de 6.2% a 8.4%.

Contrariamente, el uso de tabaco disminuyó significativamente (de 34.9% a 27.3%). El consumo de alcohol también presentó una disminución significativa (de 65.1% a 58.1%); al igual que en el consumo excesivo de alcohol, que pasó de 21.0% a 16.9%

La medición del 2012 que se realizó en la Ciudad de México (Villatoro et al., 2014) mostró que el consumo de cualquier droga (alguna vez) aumentó de 21.5% a 24.5% en un periodo de 3 años. En cuanto al consumo de alcohol (alguna vez) la prevalencia aumentó de 68.8% a 71.4%, con porcentajes similares para ambos sexos. En cuanto al tabaco, el consumo (alguna vez) disminuyó de 48.3% a 44.3%; en hombres disminuyó de 49.4% a 45.9% y en mujeres de 47.1% a 42.6%. Sin embargo, la proporción de estudiantes que iniciaron el consumo antes de los 13 años de edad se ha mantenido similar cerca del 40% de los usuarios desde el año 2006.

Sistemas de Vigilancia Epidemiológica

a. Pacientes de los Centro de Integración Juvenil (CIJ)

Los Centros de Integración Juvenil se conformaron en México desde inicios de los años 70 y actualmente se cuenta con más de 100 centros de atención a usuarios en todo el país. Llevan a cabo un registro de casos donde evalúan diversos aspectos sociodemográficos y del patrón de consumo de los usuarios de drogas, incluido el alcohol y el tabaco.

Con esta información, de los 11.941 registros clínicos, reportados en el segundo semestre del 2012, la proporción de hombres que acuden a tratamiento es 4.7 hombres por cada mujer (82.6% hombres, 17.4% mujeres). La edad promedio de ingreso a tratamiento fue de 23.4; sin embargo, las mujeres ingresan a menor edad (21.9) en comparación con los hombres (23.7).

Las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento fueron drogas ilícitas (85.5%), alcohol (43.5%) y tabaco (37.3%).

La edad promedio de inicio del consumo de tabaco fue de 14.5 años; para el consumo de alcohol fue de 14.6, mientras que la edad de inicio de consumo de drogas ilícitas (incluyendo drogas médicas) fue de 16.3 años. Las drogas ilícitas de inicio mayormente reportadas fueron la marihuana (64.3%), seguida de los inhalables (18%) y la cocaína (11.6%). Cabe resaltar que los hombres refirieron consumir, en mayor medida que las mujeres, marihuana y *crack*, mientras que las mujeres prefirieron, en mayor medida que los hombres, consumir inhalables, tabaco y alcohol. En cuanto a la droga de impacto, se señalaron principalmente la marihuana (36.1%), alcohol (16.3%), inhalables (15.3%), tabaco (7.5%), *crack* (7%), metanfetaminas (6.1%) y cocaína en polvo (4.9%).

b. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA)

De la misma forma que los CIJ, SISVEA registra el consumo de drogas en diversos grupos.

De manera especial, en su reporte de usuarios que asisten a centros de tratamiento no gubernamentales durante el 2012, 1.658 centros proporcionaron información de 48.378 personas. La mayoría de los entrevistados tenía 35 años o más (32.2%) seguido del grupo de 15 a 19 años (23.3%). El 84.5% fueron hombres y 15.5% mujeres. En promedio, la edad de inicio del consumo de drogas fue de 14.5 años.

El alcohol fue la droga de inicio más reportada (46.5%), seguida de tabaco (30.7%) y marihuana (12.7%). La droga de impacto más frecuente a nivel nacional fue el alcohol, mencionada por 39.7% de los usuarios; el 16.4% mencionó a la marihuana, 13.4% a las metanfetaminas (cristal) y 10.1% a la cocaína.

Por grupo etario y sustancia de impacto (excluyendo al alcohol, por ser la principal droga reportada en todos los grupos), los menores de 14 años reportan los inhalables (27.8%) y la marihuana (22.7%) como las principales drogas por las que asisten a tratamiento; para aquellos de 15 a 19 años fueron la marihuana (30.8%) y los inhalables (14.9%); en aquellos de 20 a 24 años reportaron la marihuana (21.9%), y el cristal (20.3%). Para los grupos de 25 a 29 y de 30 a 34, y mayores de 35 años reportaron como principales drogas de impacto el cristal (22.7%, 19.5% y 10.0%, respectivamente) y la cocaína (16.9%, 15.0% y 9.6%).

Al estratificar por regiones, la región Sur y Centro presentan una mayor demanda de atención por consumo de alcohol (Sur 60.4%, Centro 46.5%) y marihuana (Sur 16.5%, Centro 18.1%); la región Norte, tiene una mayor demanda de atención por el consumo de metanfetaminas (35.7%) y alcohol (21.6%).

Adicionalmente, el SISVEA también cuenta con información sobre los Consejos Tutelares de Menores que proporcionaron información de 3.782 menores infractores de la ley. De ellos, el 89.9% tenía entre 15 y 18 años y el 8.5% fueron mujeres.

El 65.9% de los menores refirió consumir alguna droga, siendo el alcohol y el tabaco las sustancias de inicio con mayor porcentaje (32.2% y 27.9% respectivamente). El 97.2% reportó consumir aún la droga de inicio. El consumo de inhalables como droga de inicio fue mayor entre los sujetos de 10 a 14 años (25.8%).

Del total de los encuestados, 18.6% cometieron delito bajo los efectos de alguna sustancia; el 93.5% pertenecen al grupo de 15 a 18 años de edad. Al momento de cometer el delito, las personas reportaron estar bajo los efectos del alcohol con mayor frecuencia (43.3%), seguido por la marihuana (23.7%) y los inhalables (22.2%).

En este contexto de consumo, las acciones con mayor prioridad que se han realizado en el país, además de incrementar la disponibilidad de servicios de tratamiento para la población afectada, se han dirigido a privilegiar la prevención en la población general y en grupos específicos. Tal como se reporta en las encuestas en población escolar, las necesidades de atención siguen siendo mayoritariamente de acciones encaminadas a la prevención (73,2% de las mujeres y el 71.4 % de los hombres); el 21.4% y el 21.3% de hombres y mujeres respectivamente, requieren de intervención breve de consejería o apoyo y solo un 7.3% de los estudiantes varones y 5.5 % de las adolescentes requieren tratamiento.

Se ha buscado que las personas con necesidades de tratamiento accedan al mismo, aunque la respuesta no ha sido la esperada, ya que diversos estudios señalan que solo el 20% de los usuarios con dependencia va a tratamiento por su consumo de sustancias, lo cual es similar a varios países de la región. Esto debe llevar a buscar mejores y más adecuadas formas de permitir el acceso de servicios; a aumentar la privacidad del servicio y a tomar en cuenta las diferencias de género de quienes acuden a ellos. Si bien la prevención es una prioridad, el estudio de por qué la población no llega al tratamiento es relevante para poder apoyar a las personas que presentan ya la problemática del consumo de drogas.

Otro elemento importante en las acciones que ha hecho México, es que se está trabajando fuertemente para descriminalizar el consumo personal. Actualmente se están implementando y extendiendo las cortes de drogas y se trabaja en tener clara su definición para canalizar a los usuarios al tratamiento correspondiente.

También se está trabajando en contar cada vez más con el establecimiento de lugares libres de humo de tabaco y en agregar más ciudades a la revisión del alcoholímetro, como mecanismos importantes para reducir, en un caso, o favorecer el consumo responsable en la población, en el otro.

En México, la federación establece un apoyo financiero a los Estados, para fortalecer las acciones de tratamiento y prevención de las adicciones. Para dar seguimiento al uso del dinero en estas acciones, es necesario mejorar los mecanismos que aseguren que los Estados y los municipios realmente empleen el recurso en este rubro. También se debe establecer los elementos necesarios para que las acciones preventivas apoyadas estén basadas en evidencia científica, de manera que la relación entre las autoridades de salud y educativas, con las universidades y los grupos de investigación, se consoliden y lleven a mejores resultados de prevención a largo plazo, en la población.

III. Acciones en prevención

La Ciencia de la Prevención, en México, es un área de estudio todavía joven; si bien hay una larga historia de acciones preventivas, el enfoque ha evolucionado de forma importante durante los últimos veinte años, pasando de acciones aisladas y acciones basadas en buenas intenciones a modelos con fundamento teórico, más estructurados y basados en evidencia.

La información que durante más de cuatro décadas ha sido recabada por las distintas fuentes señaladas en el panorama epidemiológico; el aprendizaje acumulado, tanto de experiencias exitosas como de otras menos afortunadas, y el acceso cada vez mayor a información de estudios internacionales, ha

permitido el desarrollo de iniciativas originales basadas en necesidades locales de la población mexicana, y también la adaptación cultural de modelos o programas que han sido incluidos en la lista de “mejores prácticas”, en las cuales se incluyen aquellos programas preventivos y de tratamiento que cuentan con sólida investigación científica acumulada, lo que permite identificarlos como intervenciones “basadas en evidencia”.

Cuando hablamos de modelos preventivos nos referimos a aproximaciones que parten de un marco conceptual y de investigación empírica de referencia, que cuentan con un método y con herramientas de medición y seguimiento para aplicar distintos diseños de investigación, ya sea de comparaciones antes y después, de comparaciones con grupos experimentales y controles, o con recopilación de testimonios comunitarios, además de mantener un nivel de disseminación importante dentro del país.

También cuentan con materiales probados que permiten operar el modelo en escenarios a gran escala. Es decir, los modelos han contribuido a que los programas preventivos sean más eficaces y puedan adaptarse sus componentes a las necesidades comunitarias, con lo que el beneficio se hace sustentable. Esto es relevante, aun cuando no contamos con estudios de costo/beneficio de alguno de los modelos.

En el año 2004, el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), hizo un primer esfuerzo por identificar aquellos programas —que estaban siendo aplicados en contextos escolares, familiares y comunitarios— que cumplían con ciertos aspectos básicos en cuanto a su sustento teórico y metodológico (CONADIC, 2002). En total se reportaron 11 modelos y programas y la publicación sirvió de base para que, desde el gobierno federal, se impulsaran políticas y recursos financieros a instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil para el perfeccionamiento de aquellas experiencias con mejores resultados y evidencia científica.

En los últimos 15 años de la historia de la prevención en México, se han documentado las ventajas de diferenciar entre modelo, programa y material, lo cual ha permitido la participación conjunta de los saberes de los investigadores en el campo de la prevención y los administradores públicos encargados de operar los programas preventivos de acuerdo con las políticas públicas oficiales y la comunidad misma que vive la problemática.

Esta diferenciación ha sido importante porque se ha constituido en una estrategia en la cual los modelos han aportado metodología, enfoque y herramientas a los programas y, a su vez, los programas oficiales han investigado y adaptado los componentes de los modelos, aportando evidencias, datos y lecciones aprendidas a través de su aplicación en distintos sectores de la población. La comunidad que utiliza los materiales es la que ha marcado la pauta de cómo adoptar y adaptarlos, conservando el enfoque de cada modelo. El Consejo Nacional contra las Adicciones, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia, y fundaciones privadas, organismos internacionales como UNICEF y gobiernos de los Estados, han propiciado que los programas oficiales utilicen estos modelos para garantizar los resultados de sus programas. Asimismo, los diplomados de prevención del consumo de sustancias, impartidos en universidades, fundaciones y principales organismos dedicados a la prevención en el país, incluyen siempre el tema de los modelos preventivos en México.

Sin embargo, sabemos que el uso convencional del término “modelo”, refiere únicamente al marco conceptual que se utiliza para explicar los enfoques preventivos del uso y abuso de sustancias y otros riesgos psicosociales. El National Institute on Drug Abuse (NIDA) considera una terminología diferente y llama a los planificadores comunitarios a utilizar programas eficaces con bases científicas, haciendo énfasis en la estructura, contenido y adaptación del programa por parte de los planificadores comunitarios, para que las partes esenciales del programa se mantengan intactas (NIDA, 2004).

Las diferentes terminologías coinciden en una sólida recomendación: utilizar programas basados en la ciencia.

A más de una década de esta publicación, se presenta la oportunidad de reanalizar la información sobre los programas preventivos que se están aplicando actualmente para poner en perspectiva los avances de la prevención de adicciones en nuestro país. Entre estos se identificaron 17 programas que actualmente se encuentran en operación.

A partir de una primera fase de búsqueda sobre la literatura de acceso público de los programas, se encontró poca información. Sin embargo, pudo identificarse que existe lo que se conoce como “literatura gris”, que hace referencia a reportes internos, memorias de congresos, carteles, etc., que dan cuenta del trabajo en evolución. Dados estos antecedentes, se inició una segunda fase con el objetivo de obtener la información de primera mano de la fuente identificada. Se diseñó un formulario mediante el cual se obtuvo información sobre 17 aspectos de los programas (como, datos generales del modelo, la institución y su desarrollador; enfoque teórico, evolución, experiencia en la instrumentación; evaluación, así como el acceso a las referencias que sustentan la información) y se invitó a cada uno de los desarrolladores de los programas a completar la información requerida en el formulario. Se verificó la información recibida y se procedió a analizar.

De los 17 identificados, se tuvo respuesta para 14 programas (Tabla 1). La mayoría está basado en factores de riesgo y de protección que han sido identificados localmente para la población en la que se implementan y parten de la premisa de que las intervenciones tienen como propósito incidir en la reducción de los factores de riesgo y del fortalecimiento de los factores de protección.

Estos programas, conforme a la información obtenida, están basados en evidencia científica, tanto aquellos que han sido creados localmente (Modelos 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11 y 14) como aquellos que fueron adaptados

culturalmente y probados (Modelos 3, 5, 6, 12 y 13). Esto ya supone un avance importante en cuanto al desarrollo de las estrategias. El gran reto de estos modelos ha sido evaluar la fidelidad de su aplicación y la sustentabilidad después del momento de su instrumentación.

Es posible categorizar los modelos en términos del nivel de prevención al que se destinan, es decir, de acuerdo con la audiencia y el nivel de riesgo de la población a la que se dirigen las acciones, tomando en cuenta elementos como la edad, el sexo, el contexto comunitario de aplicación, etc. Desde el primer programa reportado en 1970 hasta la realización del programa creado en 2009, la tendencia se ha encaminado al desarrollo de intervenciones de corte universal (Programas 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12 y 14); sin embargo, conforme se fue consiguiendo mayor evidencia científica y de evaluación, los autores fueron incluyendo acciones encaminadas a la prevención selectiva (Programas 1,2,3,4,5,6,10,12 y 13) para comunidades que están presentando alto riesgo psicosocial en las áreas de uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y estilos de vida. Del conjunto de modelos, solo cuatro han desarrollado acciones de corte indicado (Tabla 1).

En cuanto al contexto de aplicación, la mayoría de los esfuerzos realizados se concentran en población escolar, principalmente con niños, adolescentes y docentes; la mayoría se dirige a alumnos de educación básica y media (6 a 15 años) y media superior (15 a 18 años), así como hacia los docentes.

Esto es comprensible si consideramos lo que Faggiano et al. (2006) plantean sobre por qué las escuelas representan el ámbito adecuado para los programas de prevención: "...la prevención del consumo de sustancias debe centrarse en niños en edad escolar y adolescentes, antes de que se establezcan sus creencias y expectativas acerca del consumo de sustancias. Las escuelas ofrecen la manera más sistemática y eficiente de acceder a un número considerable de jóvenes cada año [...] en la mayoría de los países, las escuelas pueden adoptar e imponer un espectro amplio de políticas educativas".

Cinco de ellos son aplicados en contextos comunitarios (1, 2, 3, 4 y 7) y además incorporan acciones preventivas simultáneas en otro contexto como lo puede ser el escolar, laboral y de salud. Esto es relevante ya que los reportes de la literatura internacional señalan claramente que las intervenciones que combinan al menos dos componentes presentan mejores resultados que las acciones aisladas (NIDA, 2011).

Ante la evidencia que refuerza la importancia de intervenir lo más tempranamente posible con niños y revertir o evitar la progresión de problemas de conducta en la infancia (agresión, conducta antisocial leve), a conductas de riesgo mucho más complejas en la adolescencia, tres modelos incorporan acciones para el desarrollo de habilidades de crianza positiva en los padres, como son las herramientas para promover el involucramiento positivo con los hijos, el establecimiento efectivo de límites y estrategias de supervisión efectiva, entre otras (1, 9 y 12).

Otros tres de los programas incorporan acciones de prevención con población trabajadora (1, 6 y 8), desde trabajadores de la industria textil hasta trabajadores de la industria gastronómica y hotelera quienes, por su misma profesión, están expuestos a una mayor disponibilidad de sustancias que afectan sensiblemente su salud e integridad física, lo cual puede manifestarse en su nivel de productividad.

Finalmente, un aspecto a destacar en el desarrollo de las acciones de prevención, es la participación articulada de instituciones gubernamentales y de participación civil que, de manera coordinada, han logrado beneficiar a un mayor número de personas y han ampliado el campo del conocimiento en el tema de prevención.

Tabla1. Información general de los programas

Modelo/Institución	Institución	Fecha inicio	Desarrollo	Nivel de prevención			Contexto de Aplicación	Financiamiento
				Univ.	Selecc.	Indic.		
1. Modelo y Programa Preventivo Para vivir sin adicciones. Centros de Integración Juvenil (CIJ)	Pública	1970	Original	X	X	X	Familiar Escolar Comunitario Salud Laboral	Federal
2. Modelo Preventivo de riesgos psicosociales Chimalli. Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR)	Civil	1989	Original		X		Escolar Comunitario	Federal y Privado
3. Meta-modelo ECO2. Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas (CAFAC)	Civil	1995	Adaptado		X		Comunitario Escolar	Privado
4. Yo quiero, Yo puedo. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP)	Civil	1995	Original	X	X		Escolar Comunitario	Federal y Privado
5. Programa de intervención comunitaria para desalentar riesgos sociales asociados al uso de drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)	Pública	1995	Adaptado		X		Comunitario	Federal
6. Programa modelo de prevención del uso alcohol, tabaco y drogas en trabajadores y sus familias. INPRFM	Pública	1996	Adaptado	X	X	X	Laboral	Federal y Privado

7. Talleres Interactivos Para la Promoción de la Salud, (TIPPS). Fundación de Investigaciones Sociales AC (FISAC)	Privada	1999	Original	X			Escolar Laboral Comunitario	Privado
8. Programa de intervención comunitaria en trabajadoras sexuales con enfoque de reducción del daño. INPRFM	Pública	2000	Original		X		Comunitario	Federal
9. Prevención de las conductas adictivas a través de la crianza positiva para reducir comportamiento antisocial. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)	Pública	2008	Original	X			Familiar	Federal
10. Construye T. Secretaría de la Educación Pública SEP	Pública	2008	Original	X	X		Escolar	Federal
11. Dejando Huellitas en tu vida. INPRFM	Pública	2008	Original	X			Escolar	Federal
12. Modelo de crianza positiva CAPAS-MX. INPRFM	Pública	2009	Adaptado	X	X		Familiar Escolar	Federal
13. Sistema de Prevención Selectiva Comunitaria Alas. Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (IAPA)	Pública	2011	Adaptado		X		Comunitario	Federal
14. Ámbar Centro Interactivo. INPRFM	Pública	2013	Original	X			Escolar Comunitario	Federal y Privado

*Se recomienda revisar la información de cada programa en <https://www.dropbox.com/sh/vl3x48ep496xb7d/AAC5md319P4K6MnNKfqZ>

aYNSa?oref=e

Por ello, es claro que existe una mayor participación de las instituciones gubernamentales aunque la presencia de las asociaciones civiles ha sido constante y se encuentra en crecimiento. Se busca respaldar a aquellos programas que incorporan elementos de evaluación y que se encuentran basados en evidencia científica, esto es así porque cerca del 80% del recurso existente para prevención en el país proviene de fondos públicos, tanto para la realización de investigación básica y aplicada, como para las acciones de implementación. El 20% restante proviene de fundaciones, empresas y organismos internacionales como la OMS, OPS, NIDA, entre otros.

Una parte importante del trabajo de prevención se ha dirigido a evaluar los materiales de las intervenciones. En este aspecto se ha trabajado mucho, tanto en el sentido de adaptación de materiales usados en otros países, como en el diseño original.

La mayoría de los modelos se centran en evaluar cambios actitudinales, el incremento de las habilidades de los asistentes, los cambios en las percepciones de riesgo, la disposición al cambio en la comunidad y el aumento en los factores de protección. Algunos modelos han llevado a cabo mediciones sobre el impacto en la disminución de los consumos de sustancias y en sus problemas asociados. Se ha medido también la disminución del número de consumidores como efecto de la intervención preventiva. Algunos contenidos preventivos han sido institucionalizados dentro del currículo escolar, con lo cual se han logrado incrementar comportamientos asertivos y habilidades sociales que permiten a los estudiantes enfrentar de manera eficiente y sana los problemas que se les presenten. También los programas escolares han permitido el fortalecimiento de la relación entre profesores y alumnos, así como el incremento de la participación juvenil.

De otra parte, el empoderamiento de las técnicas de intervención por la misma comunidad que vive y sufre las problemáticas, es un objetivo en varios de los modelos. Se están relacionando aspectos de estrés psicosocial,

estrés laboral y estrés postraumático, y otros aspectos relacionados con la salud mental y emocional de las poblaciones.

IV. Enfoques que se han utilizado para la prevención en México²⁶

Los programas preventivos que se aplican actualmente en México, son producto de una evolución de las ideas en la materia, en las últimas décadas. El enfoque ético-legal, bajo el cual se consideraba el consumo de sustancias como fallas morales o delitos, en donde la acción preventiva consistía en la advertencia y el tono autoritario de la prohibición y la inducción a una ética, ha evolucionado hacia el enfoque médico-asistencial, que considera a las adicciones como una enfermedad, con un enfoque preventivo basado únicamente en la información de los daños, desde una perspectiva de educación sobre las drogas.

La realidad obligó a ver otros enfoques, como el sociocultural, dada la importancia del ambiente y la cultura en este tipo de problemáticas asociadas a los consumos de las sustancias, que por años fue centrándose, básicamente, en el uso del tiempo libre y la recreación como medida preventiva a los consumos.

Aun cuando los enfoques anteriores tuvieron sus aciertos, ha sido la investigación la que ha mostrado nuevos y más efectivos caminos para la prevención, considerando esencial lo psicosocial, identificando factores de riesgo que pueden ser neutralizados, disminuidos o contrarrestados con factores de protección específicos para cada cultura y grupo; que toma en cuenta la complejidad de estos comportamientos en los que intervienen riesgos que se acumulan para producir factores de estrés psicosocial, estilos de vida, y distintas visiones y maneras de ser y estar en la comunidad proximal.

La investigación que guía la misión y las visiones de las instituciones líderes de los programas preventivos en México, tanto de las organizaciones de la sociedad civil, como de las instituciones gubernamentales, ha resultado en enfoques preventivos exitosos y de muy variada naturaleza, aunque es aún

²⁶ <https://www.dropbox.com/l/XQCKlqKcYQCINQPkuCeYTm?text=1>

insuficiente y requiere de mayor impulso para tener una cobertura más amplia en la población.

Se han incorporado visiones comunitarias integrales (ecológicas) o enfoques precisos sobre la crianza infantil y pre-adolescente, con énfasis en la resiliencia y en la aproximación riesgo-protección, la transferencia de tecnología de prevención a las comunidades y otras aportaciones, como se verá enseguida.

Estos elementos se dilucidan al interior de cada uno de los programas señalados en la tabla 1, en las siguientes líneas.

En primer lugar, un componente importante de estos nuevos enfoques es la visión comunitaria con un marco teórico que observa los fenómenos de sufrimiento social y de uso y abuso de sustancias de forma conjunta, bajo una lente que mira la complejidad de la realidad, con un enfoque más epistemológico, (Modelo ECO 2) basado en la “Epistemología de la complejidad” que hace referencia a un metanivel que nos brinda la posibilidad de enlazar de manera crítica y transdisciplinaria aportes de diversas ciencias (psicología, antropología, etc.) y retoma elementos de geometría fractal, pensamiento complejo, cibernética, cibernética de la cibernética, complejidad efectiva y sistemas complejos adaptativos; dinámica de sistemas no lineales, la ciencia de las Redes Sociales”. (Machin, J, formulario, 2015)

Una aportación fundamental ha sido dada desde la visión integral de instituciones con más de cuatro décadas dedicadas a la prevención, donde destacan los Centros de Integración Juvenil, con un enfoque alineado a las buenas prácticas de organismos internacionales y bajo un modelo predominante de salud pública, con cobertura a nivel nacional que, de alguna manera, va de acuerdo a nuestra propuesta sobre evaluar y calificar las buenas prácticas.

La evidencia se incorpora en la planeación, diseño, operación y evaluación del programa. “Retoma lineamientos, estándares y mejores prácticas de

organismos internacionales y nacionales expertos, e investigaciones propias. Utiliza un modelo ecológico integral de salud pública con enfoque riesgo-protección y un abordaje comunitario que promueve la participación ciudadana en la generación de recursos personales y colectivos de salud, protección y bienestar social. Las adicciones se conciben como un problema de salud, prevenible y tratable, donde interactúan factores que incrementan o reducen la probabilidad de que una persona inicie, mantenga o aumente el consumo. Busca reforzar recursos protectores y habilidades para afrontar riesgos en cada etapa del desarrollo, con un enfoque transversal de género y basado los derechos humanos, con estrategias diferenciales (universal, selectiva e indicada)”. (CIJ, Formulario 2015)

Otros programas consideran un enfoque dirigido a los métodos de crianza positiva, ya que a partir de investigaciones tanto de orden epidemiológico sobre los problemas de salud mental en la infancia como a nivel clínico, se ha identificado la importancia de intervenir tempranamente para reducir la probabilidad de presencia de conductas de riesgo en la adolescencia, está sustentado en las investigaciones nacionales e internacionales que reportan de manera reiterada un incremento de los trastornos psicológicos y problemas de conducta en la infancia (agresividad, robo, oposición y desafío sin sentido, entre otros), identificado a los segundos como el principal motivo de consulta de los padres y de asistencia psicológica, psiquiátrica y neurológica (De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011). Se estima que alrededor del 15% de la población infantil con edad entre 3 y 12 años presenta problemas de conducta, siendo el grupo de edad de 6 a 11 años en donde se encuentra mayor incidencia, tanto para niñas como para niños.

Esta información resulta relevante si se toma en cuenta que los problemas conductuales y de agresión en los niños se establecen y se generalizan hacia otros ambientes como la escuela y los grupos sociales con los que interactúan; predicen un mayor riesgo de resultados negativos en la adolescencia

y adultez, como uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco, así como conductas de riesgo en edad adulta, y se acompañan de consecuencias graves como son el fracaso y bajo rendimiento académico, problemas en las relaciones íntimas en la edad adulta y desempeño laboral, delitos, actos violentos, trastornos de ansiedad y depresión, o conductas suicidas (Ayala et al., 2001; Webster-Stratton et al., 2012).

Bajo este enfoque de atención temprana se incluyen dos programas: el primero de ellos, *Criando con Amor Promoviendo Armonía y Superación en México* (CAPAS-mx), fue el resultado de la adaptación cultural del Modelo Parent Management Training Oregon™, desarrollado por el Dr. Gerald Patterson y sus colaboradores; este modelo surge en los años 60 con el objetivo de explicar y atender la conducta agresiva y problemática de los niños, desde la perspectiva de la Teoría de Aprendizaje en Interacción Social y la Teoría de la Coerción. En estrecha colaboración con el equipo del Implementation Sciences International, Inc. (ISII), de las doctoras Melanie Domenech y Ana Baumann se llevó a cabo la adaptación sistemática de la intervención, asegurando con ello la fidelidad de la misma (Baumann et al., 2014). El objetivo de este modelo es entrenar a los padres, madres y otros cuidadores en técnicas que reducen las interacciones coercitivas (escalamiento, reciprocidad negativa y reforzamiento positivo y negativo); se han identificado cinco componentes que han sido relevantes para este fin: disciplina efectiva, solución de problemas en familia, desarrollo de habilidades, supervisión e involucramiento positivo. Posterior al proceso de adaptación cultural, el modelo CAPAS-mx fue evaluado a través de un ensayo clínico aleatorizado. Los resultados mostraron que la intervención fue efectiva en el aprendizaje de estrategias de paternidad positiva, las cuales, a su vez, tuvieron un efecto positivo en los niños al disminuir los problemas de conducta e impactar en la salud mental de los padres con la reducción de la sintomatología depresiva y de estrés parental.

El Programa de Prevención de las Conductas Adictivas a Través de la Crianza Positiva para Reducir Comportamiento Antisocial, es liderado

por la Universidad Nacional Autónoma de México, que considera también el enfoque centrado en la violación de las normas sociales y las conductas antisociales hacia las figuras de autoridad, por lo que considera indispensable la intervención temprana en los métodos de crianza: “Los problemas de conducta infantil han sido definidos como el grupo de conductas que violan los derechos de otros (p. ej., agresión o violación de la propiedad privada) y/o que promueven que el individuo se involucre en conflicto con las normas sociales o las figuras de autoridad”. (Morales, S, Formulario 2015) Sin una intervención apropiada, es común observar que los problemas de conducta se transformen en comportamiento antisocial o de consumo de drogas, por lo que resulta importante interrumpir la progresión a partir de intervenciones exitosas. Existe evidencia científica de que incrementar las habilidades de crianza positiva puede ser eficaz para la prevención de la violencia. La meta del entrenamiento conductual es que los padres reduzcan su conducta coercitiva o negativa y que incrementen su conducta positiva, para generar un cambio en los problemas disruptivos de los niños. Las metas específicas han sido incrementar la atención a conducta apropiada, exhortar más control a través de límites consistentes en escenarios e ignorar o usar tiempo fuera por conducta inapropiada. (Morales S, Formulario 2915)

Dos programas, Chimalli y Alas, basan su intervención en materiales con contenidos de resiliencia con énfasis en la participación comunitaria y con base en el modelo ecológico de interacción entre el individuo y su medio ambiente proximal.

“Chimalli, es el nombre del programa, y es una voz náhuatl que significa escudo o protección. El programa, está basado en la aproximación riesgo protección, que considera que las intervenciones preventivas pueden neutralizar el efecto de los factores de riesgo e incrementar la protección y el bienestar en las comunidades, y sigue para su diagnóstico y evaluación la metáfora del semáforo en la prevención, es decir, el diagnóstico previo con informantes calificados de la comunidad para clasificar el grado de riesgo percibido en los

temas de intervención en foco verde (bajo riesgo, protección) foco amarillo (alerta, mediano riesgo) y foco rojo (alto riesgo). Sus materiales y su enfoque se basan en la teoría de la resiliencia. Se trata de incrementar los factores de protección con habilidades para la vida, facilitar un cambio de paradigmas hacia las actitudes proactivas en la comunidad, interviniendo con técnicas anti-estrés y prácticas cuerpo/mente/espíritu (Castro M.E. Formulario 2015).

El Programa Alas, es una adaptación a las necesidades comunitarias de los comités ciudadanos de la Ciudad de México. Alas tiene origen en el programa Chimalli elaborado a partir de las investigaciones epidemiológicas nacionales sobre drogas, en especial entre jóvenes estudiantes, ante la necesidad de comprender integralmente el desarrollo adolescente y no los problemas aislados que podían obstaculizarlo. Así, el programa se estructuró de manera integral, abarcando los aspectos psicosociales que enfrenta el desarrollo humano –no solo las adicciones–, haciendo uso de conceptos principales del modelo ecológico, el enfoque proactivo, la flexibilidad paradigmática, la resiliencia, los niveles de desarrollo sociocultural y el cambio psicosocial comunitario. El sistema construye un espacio de participación para las comunidades que viven diversas problemáticas, les ofrece la posibilidad de diseñar y diseminar sus propias acciones ya que proporciona técnicas de protección sencillas de practicar en la vida diaria. Posibilita formar redes que duplican técnicas de protección en los ambientes próximos. Alas considera a la comunidad como actor y objeto, se apoya en las relaciones sociales que construyen redes y capital social, pues hace énfasis en que la comunidad también es responsable de su seguridad y de su empoderamiento para conseguir soluciones.

Un programa específico y con resultados positivos en varios sectores de población en México, es el Programa de Prevención del Uso de Alcohol, Tabaco y Drogas en Trabajadores y sus Familias, basado en la evidencia científica que refleja riesgos relacionados con el consumo de sustancias, que afectan el bienestar emocional y el desarrollo de los trabajadores y las empresas. El modelo se aplica en programas de prevención dirigidos a la población de

trabajadores. El modelo parte de “una visión de la problemática desde la salud pública y, con base en la Teoría Cognitivo-Conductual, propicia los cambios conductuales necesarios para lograr el bienestar de los trabajadores. Utiliza la entrevista motivacional como herramienta para facilitar el acercamiento de los orientadores a los usuarios de drogas que requieren apoyo para reducir o dejar de consumir. Asimismo, se apoya en la aproximación teórica del círculo del cambio de Prochanska y DiClemente (1982), para propiciar el cambio y considera la recaída como parte de la recuperación”.

Un programa que ha sido aplicado en la población de estudiantes de enseñanza media superior, es decir jóvenes preparatorianos de 15 a 18 años, es Construye T. El programa tiene un enfoque en los derechos de los jóvenes y perspectiva de género, con el objetivo de desarrollar competencias y destrezas, articulando las dimensiones de la vida emocional y la vida cotidiana, con conceptos claves como participación, inclusión, ciudadanía y autonomía. El programa propicia la colaboración de los estudiantes en un mismo proyecto, y genera una sinergia en la escuela que impacta favorablemente en el clima escolar, fortalece el sentido de pertenencia y da oportunidad de que sus miembros perciban que sus capacidades son reconocidas y valiosas para esa comunidad. Participan todas las personas que componen la comunidad educativa, tanto adultos como jóvenes, y pretende impactar en todas las áreas: afectos y emociones, capacidad de expresarlos, espíritu creativo, sexualidad, formas de consumo, percepciones, actitudes e interrelaciones; formas de enfrentar y resolver conflictos; participación en las escuelas, la familia y la comunidad.

Existen dos programas dirigidos específicamente a estudiantes en su adolescencia temprana. Uno es *Yo Quiero, Yo Puedo*: “Con un enfoque en la prevención temprana que reduce la posibilidad de riesgos psicosociales, tales como deserción escolar, conducta antisocial, uso de drogas. Se utiliza como marco teórico el llamado “Marco para Facilitar el Empoderamiento Intrínseco”, como una manera de conceptualizar y poner en la práctica un verdadero desarrollo humano sostenible y una alternativa de llevar al salón de clase el

desarrollo de competencias. Dicho proceso favorece el cambio de conductas en la medida en que se desarrollan las habilidades para la vida, se incorporan nuevos conocimientos y se reducen barreras psicosociales (pena, miedo, culpa, etc.)”. (Pick S, Formulario 2015)

Por su parte, el programa Huellitas, también está dirigido a intervenciones en preadolescentes y adolescentes tempranos, que se extiende en su objetivo preventivo a otros problemas de salud mental, además del uso y abuso de sustancias. “Diversas investigaciones demuestran que las intervenciones en edades tempranas que se dirigen a favorecer el desarrollo de hábitos de vida saludables y el desarrollo de habilidades adecuadas, tienen menor probabilidad de involucrarse en conductas riesgosas, entre ellas el consumo de drogas (WHO, 1997; Sáenz, 2001). Las habilidades sociales son un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás (Caballo, 1986). Una conducta socialmente competente durante la infancia puede constituir un punto importante para el desarrollo y preparación del repertorio interpersonal (Michelson et al., 1987), dando como resultado relaciones interpersonales más sanas”. Además, el programa enfatiza la realización de actividades auto-evaluativas con objeto de retroalimentar al menor y de facilitar la interacción con sus papás. (Gutiérrez, Formulario 2015)

Existen también programas dirigidos a reducir específicamente el consumo de alcohol entre los adolescentes, como el programa Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud, (TIPPS)²⁷ “Que reconoce en su enfoque, no sólo que quienes desarrollaron alcoholismo presentan algún problema de salud, sino también los que hacen un uso nocivo del alcohol y que existen personas que consumen responsablemente sin ocasionarse daños ni a otros. Es relevante incidir en los patrones de consumo de alcohol, ya que actualmente

²⁷ Este programa es financiado por la Fundación de Investigaciones Sociales, sostenida por compañías alcohólicas.

es tolerado beber hasta intoxicarse. Considera la abstinencia como una opción adecuada y respetable de vida. Se consideran las múltiples influencias individuales, familiares, culturales y sociales que repercuten en la decisión para beber alcohol o no y en el cómo. Al comprender su interacción, se puede ayudar a reducir los factores de riesgo a los que están expuestos, refuerza los factores de protección para adoptar habilidades de autocuidado y toma de decisiones para su bienestar”. (Paredes, Formulario 2015)

Finalmente existen Programas de intervención indicada en poblaciones de alto riesgo, con el enfoque de reducción de daño, como el Programa de Intervención Comunitaria en trabajadoras sexuales con enfoque de reducción del daño y enfoque de género, que parte de premisas básicas. Pragmatismo: la reducción del daño acepta que el uso de sustancias se presenta en todas las culturas, es una característica común de la experiencia humana. Desde el punto de vista de la comunidad se deben contener y disminuir los daños relacionados con las drogas y este puede ser una opción más que los esfuerzos por eliminar por completo el uso de drogas. Valores humanistas: la decisión del usuario de utilizar drogas se acepta como un hecho y esto no significa que se apruebe o se apoye, sino que se debe respetar la dignidad y el derecho de los usuarios de utilizarlas. La prioridad es disminuir las consecuencias negativas que le causa al usuario y a los demás. La reducción del daño no está dirigida a dar un tratamiento a largo plazo que finalmente termine en la abstinencia. En algunos casos reducir el grado de consumo puede ser una de las formas más efectivas de reducir los daños y en otros puede ser más efectivo cambiar la manera de usarlas.

Otro programa con enfoque de prevención indicada es el de Intervención Comunitaria para Desalentar Riesgos Sociales Asociados al Uso de Drogas, que se orienta desde las siguientes perspectivas (Fuentes, Formulario 2015):

De Desarrollo Comunitario: busca promover la acción y la participación popular con el fin de mejorar las condiciones de vida con programas y proyectos de autogestión, como una manera de empoderar a las comunidades

para que puedan asumir acciones colectivas eficaces hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida. De Derechos: es un marco de referencia conceptual fundamentado normativamente en estándares internacionales de Derechos Humanos (Convención de los Derechos de los Niños, Convenio 169 y 189 de la OIT, entre otros) y dirigido a la promoción y defensa de estos. Desde este enfoque, se trata de fortalecer las capacidades de los actores clave en los procesos de cambio, los “titulares de derechos” para que puedan ver garantizados sus derechos, y los “titulares de deberes” que puedan cumplir con sus deberes. De Género, conforme al cual se desarrolla un proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. El objetivo final es lograr la igualdad [sustantiva] entre los géneros”. Intercultural en la atención a la salud, con el cual se busca el proceso de comunicación en relaciones de convivencia de dos o más grupos culturales que manifiestan características y posiciones diversas, así como promover condiciones de inclusión y horizontalidad, con respeto, con escucha, comprensión mutua y sinergia.

Este programa se basa también en el enfoque del modelo modificado de estrés social; es un marco conceptual que permite organizar los diferentes factores que intervienen en el consumo de sustancias en dos tipos: los que favorecen y los que desalientan el consumo de sustancias. Estos factores incluyen dimensiones individuales, familiares, comunitarias y más allá de la comunidad”.

Un programa reciente enfocado a diseminar y divulgar los resultados científicos de la investigación sobre el impacto en el cerebro y en el sistema nervioso central del uso de sustancias tóxicas es Ámbar Centro Interactivo; surge como un proyecto de mentes colectivas en el que, mediante el liderazgo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz²⁸, se desarrolla

²⁸ En acuerdo con el Sr. Pedro Campuzano, la idea original se enriquece de la colaboración cercana del Instituto contra el Abuso de Drogas en los Estados Unidos (NIDA) y la Universidad de California.

el modelo conceptual y el programa preventivo, el cual fue desarrollado sobre las bases y hallazgos científicos recientes en el área de las neurociencias, la epidemiología, el diagnóstico, la prevención del consumo de drogas, así como de la pedagogía, la psicología, y la transferencia de información tanto científica como tecnológica, para lo cual se contó con la participación de más 25 especialistas en las diferentes áreas. Tiene como principal objetivo que los niños, adolescentes, padres y maestros conozcan de forma recreativa y novedosa diversas alternativas en las que pueden mantener el cuerpo y el cerebro sanos, así como estrategias para evitar involucrarse en situaciones de riesgo, como las adicciones.

Se compone de 5 módulos relacionados con la prevención de las adicciones (Ciencia y Salud; Cerebro y Cuerpo Humano; Las Adicciones, Prevención y Vida plena; Sala para Padres y Maestros) y un cómic como material de apoyo (La Defensa de Dakorpus).

Dentro de la concepción de Ámbar Centro Interactivo, se incluyó un componente de evaluación tanto del desarrollo de sus contenidos como del impacto de la intervención en la población objetivo. La primera evaluación a la que se hace referencia -realizada con jueces expertos- permitió garantizar, por un lado, el apego a los hechos científicos que fueron adaptados a un lenguaje más cotidiano, así como conocer el grado en que la población objetivo comprendía los conceptos clave y se identificaba con las historias que se les presentaban (lenguaje, imágenes, personajes, diseño, etc.). Por otro lado, un primer ejercicio para evaluar el impacto del programa permitió identificar, mediante una evaluación pre-test, post test, que los niños expuestos a la intervención completa mostraron cambios en variables relacionadas con la adquisición de conocimientos y actitudes hacia las drogas. Asimismo, se observó que las creencias y la percepción del uso en el entorno cercano tienen entre sí una relación moderada y positiva, y que ambos son predictores importantes de la oportunidad e intención de consumir drogas (Medina-Mora y Amador, 2014). Actualmente, el programa se encuentra en

la fase de evaluación a mayor escala, ya que se instrumentará a nivel estatal, cerca de la frontera con los Estados Unidos y con ello se podrán obtener resultados aún más concluyentes.

a. Componentes de los programas.

Un componente que se encuentra presente en los 14 programas modelo que referimos, es el componente de investigación aplicada antes de iniciar las intervenciones, con un diagnóstico y, después de terminadas, con una evaluación. Es el componente principal que ha permitido el avance y la mejora continua. En algunos de ellos se encuentra también la presencia de un grupo experimental para dar mayor fortaleza a la evaluación de la intervención.

Otro componente presente en casi todos los modelos, es la intención de que sea la misma comunidad la que utilice y aplique los métodos y las técnicas, ya sea con la traducción a la comunidad de los componentes exitosos, o la transferencia directa de tecnología o diversas técnicas para que la comunidad se apropie de las herramientas y los métodos, sea en comunidades abiertas, en escuelas, o empresas. Algunos de los modelos también consideran una evaluación constante de los actores de la comunidad, con la finalidad de mantener los estándares de fidelidad en la aplicación de la intervención.

Un aspecto que se observa claramente, es que los anteriores programas de intervención focalizados en la sustancia y sus efectos son ya prácticamente inexistentes. Como es claro en la síntesis de los modelos referidos, se incluyen estrategias que pretenden disminuir el sufrimiento social, desarrollar habilidades para la vida, para disminuir el riesgo acumulado y el estrés psicosocial; cambiar percepciones y actitudes; reducir los daños; reforzar e implantar en los padres métodos de crianza positivos; contrarrestar los elementos de exclusión social, y métodos de afrontamiento de situaciones o problemáticas que se suceden como consecuencia de los abusos de sustancias y sus riesgos asociados.

Algunos de estos modelos están más orientados que otros a hacer que la intervención funcione sin los especialistas; es decir, a trabajar con voluntarios de la misma comunidad que utilizan los métodos desarrollados y probados por los especialistas; en unos casos se utilizan técnicas de duplicación y, en otros de capacitación en la acción dirigidos a la misma comunidad que vive las problemáticas. Se trata de evitar que sean promotores institucionales los que lleven el beneficio a la población después de recibir la capacitación, pues la experiencia generalizada ha demostrado que en este proceso se pierde un gradiente importante de los beneficios.

Adicionalmente, todos los programas modelo consideran el uso y abuso de sustancias como parte de una problemática más amplia. Puede decirse que el abuso de sustancias es importante de prevenir no solo por el riesgo de desarrollar una adicción, sino por los comportamientos violentos asociados que dañan el tejido social y disminuyen de forma muy significativa el bienestar de las comunidades, así como por sus efectos en la salud mental de los individuos, sean o no causados por el consumo de sustancias.

Todos los modelos señalan con claridad estrategias a seguir sobre el número de sesiones necesarias para obtener cambios significativos, que en su mayoría son entre 10 y 15 sesiones, y la importancia del seguimiento y monitoreo por parte de la institución que transfiere el método y que capacita e investiga durante y después de la intervención, pues está demostrado que la práctica preventiva debe ser constante, consciente e incorporada al estilo de vida diario de las comunidades.

Poco a poco, durante los últimos 15 años, se ha delineado el papel de las instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales, como diseñadoras de métodos de intervención y de investigación; en tanto que las comunidades con las problemáticas han sido diseminadoras de las acciones que realmente funcionan.

La inquietud por las poblaciones de alto riesgo, sea por su alto nivel de consumo o por su edad de desarrollo, como es el caso de los preadolescentes y adolescentes tempranos, hacen de la prevención selectiva comunitaria y de la prevención indicada, el principal tipo de prevención en nuestro país, es decir se va dejando atrás la prevención universal basada solo en contenidos informativos.

b. Evolución

En el año 2004, el Consejo Nacional Contra las Adicciones publicó el libro *Modelos Preventivos*. Como ya mencionamos, fue una publicación dirigida a todos aquellos interesados en los temas de prevención de adicciones y salud mental. En aquel entonces se documentaron once programas, muchos de los cuales habían iniciado sus primeras aplicaciones a finales de la década de los ochenta, por lo cual se podía decir que tenían ya varios años de evolución y evaluación. Cinco de ellos han continuado su labor y han evolucionado en los últimos 10 años: ECO 2; el programa de riesgos psicosociales Chimalli; el de Prevención del Uso de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en el Lugar de Trabajo; el programa Yo Quiero Yo Puedo para preadolescentes y adolescentes tempranos; y el programa de Prevención de los Centros de Integración Juvenil.

Seis programas existentes en 2004 no se implementan ya en la actualidad, esto ha ocurrido porque las instituciones líderes no continuaron con sus aplicaciones y evaluaciones para evolucionar el modelo, fundamentalmente por el cambio de políticas y de líderes al interior de las instituciones. Dicha situación ha reducido de forma muy significativa el impacto y la acumulación de saberes institucionales sobre cómo llevar el bienestar psicosocial a nuestras comunidades.

Sin embargo, el hecho de que cinco modelos se hayan mantenido haciendo aplicaciones en distintos escenarios preventivos con evaluación constante y evolución de sus componentes y herramientas –e incluso algunos institucionalizados en programas preventivos oficiales– más la ampliación de la oferta con los nuevos modelos que aquí se han presentado, indica que ya

contamos en el país con métodos suficientemente probados que han producido lecciones para aplicarse en los escenarios correspondientes de todo el país. Sin embargo, es importante seguir evolucionando y generando más conocimiento sobre áreas de intervención en la prevención que aún faltan por considerar y en particular, desarrollar una prevención dirigida a edades más tempranas que pueda tener, además de la base científica correspondiente, el apoyo institucional requerido para su continua aplicación y actualización a lo largo del tiempo.

Parte de la evolución de los modelos que llevan tiempo aplicándose en México, se refiere a la mejora constante de los materiales que usan, para mantener actualizados sus contenidos y para que sean adecuados a las necesidades de las comunidades sin alterar sus componentes básicos y con la inclusión de nuevos componentes, principalmente aquellos que posibilitan intervenir en la prevención del uso y abuso de sustancias, de una manera integral.

También sabemos, por la experiencia de evolución de los programas, que cada aplicación del programa en un escenario lo enriquece notablemente y permite ampliar el campo de aplicación a poblaciones que no solamente presentan abuso de sustancias sino otros riesgos psicosociales o situaciones de problemática social.

Los materiales y escenarios de aplicación tradicional en el aula escolar o los grupos de vecinos se han ampliado notablemente para incluir ahora a grupos de pandillas, poblaciones callejeras, grupos de trabajadores informales y trabajadores sexuales; unidades habitacionales, padres en riesgo y con hijos de 2 a 18 años de edad; es decir, a todos aquellos contextos en los que el riesgo está presente y la prevención selectiva comunitaria puede traer un beneficio, pues se trata de llevar a la comunidad y a los diferentes escenarios, métodos y herramientas para que cada día se incorpore la práctica preventiva.

En esta evolución, el uso de la tecnología e infraestructura computacional es un recurso sustancial que apoya para llevar en línea los avances del trabajo preventivo, sea en la comunidad, en la escuela, en el hogar o en el

centro de salud. Apoyo que ahora resulta indispensable, junto con la adecuada capacitación y la transferencia de la tecnología, en los escenarios y poblaciones referidas, para que los facilitadores o el personal de salud de la propia comunidad empleen las técnicas y lleven el beneficio a su comunidad proximal, tanto en escuelas y empresas, como en comités de vecinos y poblaciones específicas en riesgo.

También en esta evolución, muchos de los programas están utilizando las herramientas virtuales (e-learning o aplicaciones en línea) para llegar a un mayor número de miembros de la comunidad, ya sea con el fin de capacitarlos o bien de poner a su alcance los materiales para la intervención. Los detalles sobre la forma como cada modelo ha evolucionado a través del tiempo pueden consultarse en la página electrónica mencionada previamente, donde se muestran los formularios de modelo.

V. Publicaciones e investigaciones

Al analizar las referencias bibliográficas de los programas/modelo, podemos ver que existen ya varios cientos de referencias a las experiencias preventivas que se han tenido en el país, tanto reportes internos de las instituciones como publicaciones científicas y de divulgación en revistas con comité editorial. Estas referencias se pueden consultar en los formularios enviados por los investigadores y que son algunas de las aportaciones de este capítulo, difundir los modelos probados en el país y su documentación según lo reportan los propios autores.

Sin embargo, dado el avance de la ciencia de la prevención en México, resulta interesante analizar cuántas de esas referencias son sobre la evaluación de los modelos preventivos, sus aplicaciones y la construcción de sus marcos teóricos y empíricos; y cuántas corresponden a revistas ya sea científicas o de divulgación con comité editorial y publicaciones de libros con editoriales ya sea nacionales o extranjeras. Con base en lo respondido en los formularios (cuatro son instituciones públicas y cinco son organizaciones de la sociedad civil o fundaciones privadas), pudimos compilar un total de

102 publicaciones con estas características, 47 publicaciones de instituciones públicas de investigación y 45 de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a la investigación y diseño de modelos preventivos. Este solo dato da cuenta de la importancia que las organizaciones de la sociedad civil han tenido para el avance de la prevención científica y comunitaria en México, cuyo aporte está a la par que el de las instituciones públicas.

Sin embargo, la proporción total de publicaciones en revistas con comité editorial resulta sumamente baja: si tomamos en cuenta que el diseño de modelos preventivos inició en México a finales de la década de los ochentas, estaríamos hablando de menos de una publicación científica sobre prevención por año, en los 25 años que tenemos de experiencia en el tema.

Esto quiere decir que, a pesar de que hemos evolucionado hacia una prevención científica y comunitaria, este tipo de investigación todavía no tiene el lugar que se merece en nuestro país. La producción en parte es reflejo de lo reducido del presupuesto y de las pocas revistas científicas disponibles para difundir resultados. Una excepción son las instituciones públicas dedicadas a la investigación, como el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Universidad Nacional Autónoma de México que cuentan con sus propias revistas científicas, y en estas el tema se trata más ampliamente. Por ello, debe lograrse también que estas revistas cuenten con secciones específicas de prevención, como la tuvo en su momento la revista *Libberaddictus*; o bien, lograr tener revistas de habla hispana con alto nivel de impacto, que sean específicas sobre el desarrollo y prueba científica de intervenciones de esta naturaleza.

Conclusiones

El panorama epidemiológico muestra la importancia de más y mejores medidas preventivas en los más diversos sectores.

Existen diversos programas en México que requieren de un espacio científico para difundirse de forma continuada y así promover que los servicios gubernamentales y privados utilicen los programas probados y con ello, además,

alentar a las instituciones y a los profesionales que se dedican al diseño y prueba de estas acciones para avanzar cada día más en las intervenciones de prevención que el país requiere. Algo imperativo en cuanto a la política de prevención y su relación con la evidencia científica, es la promoción y desarrollo de estudios de seguimiento longitudinal cuya carencia es evidente en el país. Es necesario poner más énfasis en que todos los programas, independientemente de sus componentes y marcos conceptuales, evalúen el efecto de las intervenciones en los comportamientos de consumo de sustancias tóxicas.

El uso de los resultados de evaluación de estos programas debería promoverse en todos los ámbitos para que las políticas públicas tomen en cuenta sus hallazgos de investigación en prevención y planear los programas oficiales. En particular, resulta relevante dar prioridad a la implementación de programas de prevención selectiva e indicada, pues la existencia de comportamientos de riesgo relacionados con el abuso de sustancias, los comportamientos violentos y los niveles de corrupción producto de las actividades de la delincuencia organizada –incluyendo el narcomenudeo (micro tráfico) – requieren intervenciones direccionadas en las escuelas, las comunidades y los barrios de alto riesgo del país.

Resulta evidente la necesidad de incrementar significativamente los presupuestos para investigación y diseminación científica de los resultados, pues un artículo promedio de prevención al año es una producción totalmente insuficiente respecto de las necesidades de amplios grupos poblacionales que se encuentran en alto riesgo. La incorporación de las modernas tecnologías de información y comunicación es más que deseable.

Cada vez es más evidente que la prevención del uso y abuso de sustancias y la prevención de otros comportamientos violentos, tienen muchos elementos en común, por lo cual no es conveniente hacer una división tajante entre estos dos conceptos. En consecuencia, las prácticas de prevención que se dirijan a diversos componentes de la problemática social, resultan una opción relevante a la que se deben dirigir los esfuerzos de la política pública y de investigación del país.

Referencias

- Amador, N., Castillo, C., Villatoro, J., Domenech, M., Bauman, A., Medina-Mora, M. E., Moreno, D. (2015). Parent Management Training-Oregon model (PMTO) in Mexico City: Results from a Randomized Controlled Trial. "Manuscrito en preparación".
- Amador, N. G., Guillén, S. G., Sánchez, D., Domenech, M. y Baumann, A. (2012). *CAPAS-MX: Criando con Amor promoviendo armonía y superación en México. Manual para Terapeutas y Padres: Distrito Federal, México*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM.
- Amador, N., Villatoro, J., Guillén, S., & Santamaria, B. (2013). *Reporte técnico: Proyecto desarrollo y prueba de un modelo de entrenamiento en prácticas de crianza positivas en familias mexicanas con niños/las con problemas de conducta*. Clave 2009-C01-115150. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Arellanez, J. (2013). *Evaluación de la eficacia de un proyecto de prevención selectiva dirigido a adolescentes*. (Informe de investigación 13-05). México: Centro de Integración Juvenil.
- Baumann, A. A., Domenech, M., Amador, N. G., Forgatch, M. S. y Parra Cardona, J. R. (2014). Parent Management Training Oregon Model (PMTO™) in Mexico City: Integrating Cultural Adaptation Activities in an Implementation Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21, 32-47. doi:10.1111/cpsp.12059
- Castillo, C., Amador, N., Villatoro, J., Domenech, M. y Baumann, A. (2015). Direct Benefits to Parents: Improvements to Parenting Stress and

Depression from Participating in an Evidence-Based Parenting Intervention. “Manuscrito en preparación”.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (2002) *Modelos Preventivos. Serie Planeación*. México, CONADIC, SS. ISBN 970-721-136-9.

Chávez, J., Villatoro, J., Robles, L., Bretón, M., Sánchez, V., Gutiérrez, M., ... Medina-Mora, M. E. (2010). *Encuesta escolar sobre adicciones en el Estado de Jalisco*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.

Chávez, J., Villatoro, J., Robles, L., Bustos, M., Moreno, M., Oliva, N., ... Paredes, A. (2013). *Encuesta escolar sobre adicciones en el Estado de Jalisco 2012*. Consejo Estatal Contra las Adicciones de Jalisco, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.

Carreño S., Medina-Mora, Ma. E., Ortiz, A., Natera, G., Tiburcio, M., Vélez, A. y Ruiz, E. (2009). *¿Problemas por el consumo de alcohol y drogas en centros de trabajo? Cómo prevenirlos*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Pax. México.

Castro, M. E., Llanes, J., Carreño, A., Escalante, L., Navarrete, M. E., Martínez, S. L. y Medina, I. (2008). Prevención selectiva en comunidades y planteles escolares de alto riesgo. Formación de redes preventivas y registro de sus actividades en el sistema de tecnología Chimalli (SITT Chimalli). *Revista Peruana de Drogodependencias*, 6(1), 91-114.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. y Lemma P. (2006) Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas. (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus*, 3, Oxford: Update Software Ltd. Obtenida de <http://www.update-software.com> . (Traducida de The Cochrane Library, 2006

Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 04 de febrero de 2005 Fecha de la modificación significativa más reciente: 08 de febrero de 2005.

Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (2001). *Manual TIPPS: Talleres Interactivos para la promoción de la Salud*. México: FISAC.

García, L., González, A. C., Morales, M. R., González, A., Trejo, O. J., Díaz, T., Argüelles, R. y Osorio, R. (28 de febrero de 2012). Re: Sistema de Prevención Selectiva Comunitaria “Alas Vivas”. Una aplicación a comunidades abiertas por Comités Ciudadanos. (Memoria del Foro de Análisis) “Buenas Prácticas en la Atención a las Adicciones”, Toluca, Estado de México, Instituto de Atención y Prevención de las Adicciones. Obtenido de <http://http://www.grupotellso.com/INEPAR/pdf/descargas/articulos%20spsc%20alas%20vivas%2015%20dic.pdf>

Gutiérrez, A. D. (2013). *Consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento a Centros de Integración Juvenil Julio–Diciembre, 2012* (Informe de Investigación 13-02^a). Obtenido de <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/13-02a.pdf>

Gutiérrez, R. y Vega, L. (2009). *Cómo prevenir y desalentar el consumo de sustancias en adolescentes, niños y niñas que subsisten en las calles*. México: Pax, INPRF.

Gutiérrez, M. L. y Villatoro, J. A. (2011). Desarrollo de habilidades sociales en la escuela: experiencia de una estrategia de prevención. *Rayuela. Revista Iberoamericana*, 5,34-40.

Machín, J. (2013). Formación de pares en el Modelo ECO2. En Llord, A. y Borràs, T. (Coord.) *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*, 150-167. España: Grup IGIA.

- Millé, C. (2011). *Programa de apoyo a las y los jóvenes de educación media superior para el desarrollo de su proyecto de vida y la prevención en situaciones de riesgo. Manual de Operación de Comités escolares Construye T.* México: SEMS-SEP, PNUD, UNESCO, UNICEF
- Morales, S. y Pineda, F. (2014). Prácticas de Crianza Asociadas a la Reducción de los Problemas de Conducta Infantil: Una Aportación a la Salud Pública. *Acta de Investigación Psicológica*, 4, 1701-1716. doi:10.1016 / s2007-4719 (14) 70975-5.
- Medina-Mora, M.E., Villatoro-Velázquez, J. A., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L. R., Romero-Martínez, M., ... Guisa-Cruz V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol.* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D. F.
- Medina-Mora, M.E. y Amador, N. (2014). *Evaluación de un programa de educación preventiva: museo de ciencias prevención del uso y abuso de drogas en adolescentes.* (Informe 2007-71204). México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health y U.S Department of Health & Human Services. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes.* 2ª Edición. Bethesda, Md.
- National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health y U.S Department of Health & Human Services. (2011). *Lecciones Aprendidas de las investigaciones sobre la prevención.* Obtenido de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/lecciones_0.pdf
- Pick, S. y Givaudan, M. (2014). *Soy adolescente Vol. I Sanos, guapos y con futuro.* México: IDEAME, S.A. de C.V.

- Pick. S. y Givaudan, M. (2014). *Soy adolescente Vol. II Sexo, violencia, depre, tareas y otras cositas...* México: IDEAME, S.A. de C.V.
- Reynales-Shigematsu, L. M., Guerrero-López, C. M., Lazcano-Ponce, E., Villatoro-Velázquez, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz-Bautista, C., ... Guisa-Cruz V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D. F.
- Rodríguez, E., Ramos, L., Fuentes de Iturbe, P., Morón, A. y Ruíz, E. (2013). Violencia y salud mental. Resultados de un estudio realizado en trabajadoras sexuales. En: Rodríguez, E. y P., Fuentes de Iturbe (Eds.), *Visibilizando las necesidades de salud mental de las trabajadoras sexuales (pp. 11-21)*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, (2013). Reporte Nacional 2012*. México: Secretaría de Salud.
- Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Moreno M, Oliva N, Bustos M, Fregoso D, Gutiérrez ML Buenabad N. (2012) El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Revista Salud Mental*. 35, (6) ,447-457.

8. PERÚ

Hacia una ciencia de la prevención del consumo de drogas en el Perú:
Avances recientes y retos desde la gestión de políticas públicas

William Cabanillas Rojas

I. Introducción

El Estado peruano impulsa una política nacional de lucha contra las drogas de carácter multisectorial a través de la *Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas* (ENLCD) 2012 – 2016²⁹. Esta política refleja la responsabilidad, el compromiso y la articulación de todas las entidades del Estado involucradas. Por su carácter integral, la ENLCD cubre cuatro ejes estratégicos: desarrollo alternativo integral y sostenible; interdicción y sanción; prevención y rehabilitación del consumo de drogas; y compromiso global. Entendiendo la complejidad natural de las políticas de drogas, focalizaremos nuestra atención y análisis al frente de intervención preventiva, reconociéndola como una actuación fundamental para la reducción de la demanda. Bajo este marco, se identifica a la prevención como un proceso que promueve la aplicación de diversas estrategias, y orientada a mejorar la calidad de vida de las personas, especialmente en las poblaciones más vulnerables (niños, adolescentes y jóvenes). Asimismo, la ENLCD señala que la prevención debe promover el desarrollo de habilidades y capacidades de las personas, así como, generar oportunidades educativas, laborales, recreativas, entre otras. Todos estos aspectos se orientan a evitar la involucración al consumo de drogas u otros comportamientos de riesgo. El periodo de vigencia de la ENLCD 2012-2016 coincide con dos procesos importantes de la modernización de la gestión pública en el Perú: la descentralización y el presupuesto por resultados.

²⁹ Aprobada mediante el Decreto Supremo 033-2012-PCM.

A partir del año 2007, el Estado peruano emprendió la implementación de un enfoque por resultados para la elaboración del presupuesto. A través del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) se impulsa el “Presupuesto por Resultados” (PpR) que consiste en la aplicación de principios y técnicas para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación del presupuesto con una articulación entre bienes, servicios (productos) y cambios para el bienestar ciudadano (resultados). Este enfoque tiene como marco de referencia la “*Gestión para Resultados*”³⁰ (GpR), que a su vez se sustenta en la “*Nueva Gestión Pública*”³¹.

Otro elemento importante de modernización del Estado peruano es la descentralización de sus funciones y competencias. Este proceso de descentralización significa una transferencia de funciones a instancias que se encuentran en contacto más directo con los ciudadanos, permitiendo un acercamiento mayor para identificar sus necesidades y ofrecer mejores respuestas a sus problemas. A efectos de la implementación y coordinación efectiva de la ENLCD, los gobiernos regionales y municipalidades son actores clave para las diversas actuaciones de la política, entre ellas, el de la prevención del consumo de drogas.

Es frecuente escuchar y observar la necesidad de prevenir el consumo de drogas. No obstante, en la práctica, se identifican diversos temas críticos comunes: asunción de “teorías” o “modelos explicativos” personales que se confrontan con formulaciones de base científica, escases de recursos financieros que conlleva a la implementación de intervenciones con insuficiente cobertura, sostenibilidad e impacto, incipientes procesos de formación a técnicos y operadores de programas, escasa priorización de la temática preventiva basada en evidencia en la agenda pública, entre otros.

³⁰ Es un enfoque que propone cambios en las formas tradicionales de gestión gubernamental, focalizándose en los resultados e impactos en beneficio de los ciudadanos. En muchos textos aparece la denominación *Gestión por Resultados*, no obstante consideramos más apropiada la denominación *Gestión para Resultados* en la medida que indica una gestión orientada a obtener resultados determinados.

³¹ Es una corriente que plantea reformas en gestión pública orientadas a la eficacia y eficiencia.

Esto es visible en diversas experiencias en donde, por ejemplo, una autoridad local o subnacional estima que la prevención es igual a una monopólica ejecución de acciones deportivas y de entrega de material impreso, pasando por decisiones gubernamentales de nivel central asociadas a una insuficiente asignación presupuestal; hasta la consideración de la labor preventiva como una acción sustentada en la “buena voluntad” y el activismo. Todas las situaciones citadas tienen una importante influencia sobre los posibles impactos de los programas preventivos del consumo de drogas y no deben ser obviadas del análisis al momento de su diseño, implementación y evaluación.

Tampoco es conveniente obviar respuestas a preguntas básicas tales como: ¿Son eficaces las intervenciones preventivas? ¿La magnitud de recursos financieros destinados a la prevención y su cobertura a nivel nacional contribuyen directamente a la reducción de indicadores epidemiológicos? ¿Las instituciones del Estado y de la sociedad civil se encuentran articuladas? Definitivamente, por *la escasez* de información sistemática, las posibles respuestas a estas preguntas no pueden ser respondidas con la solvencia debida.

No hay duda de que el consumo de drogas representa una problemática compleja, siendo responsabilidad de diversos actores públicos y privados contribuir a su resolución. Esta tarea no es sencilla dada la multiplicidad de elementos que deben ser analizados e intervenidos. Esta complejidad, sin embargo, no debe ser percibida como inmanejable.

Ciertamente, ya existe un importante camino avanzado en la prevención del consumo de drogas y habría que tomarlo en cuenta para el despliegue de intervenciones eficientes y efectivas. Por ejemplo, en la prevención en el ámbito escolar existe múltiple evidencia de eficacia con programas empíricamente validados que han demostrado reducciones en el consumo de drogas legales e ilegales (ej. Tobler et al., 2000; Faggiano et al., 2010; Porath-Waller, Beasley y Beirness, 2010). Lo mismo ocurre en el ámbito familiar donde se identifican programas eficaces para reducir comportamientos de riesgo y

consumo a través del desarrollo de capacidades en padres e hijos, y mejorando las relaciones familiares (Spoth, Kavanagh, y Dishion, 2002; Spoth, Randall, Shin y Redmond, 2005). De igual modo, en el ámbito comunitario se presenta consistente evidencia sobre el impacto favorable que cumple la capacitación y entrenamiento a la comunidad sobre aspectos conceptuales y metodológicos sobre prevención, creación de redes institucionales, etc. Todo esto en un marco orientado a la estructuración de sistemas preventivos (Fagan, Hanson, Hawkins y Arthur, 2009; Fagan, Arthur, Hanson, Briney y Hawkins, 2011; Hawkins, Oesterle, Brown, Abbott, y Catalano, 2014).

Tanto en el Perú como en Latinoamérica se presenta una historia de respuesta preventiva a través de acciones y políticas desde los diversos niveles de gobierno y la sociedad civil. De hecho, esta historia se describe en detalle en el presente libro. Sin embargo, consideramos que es necesario llamar la atención sobre algunos aspectos de la prevención del consumo de drogas que debemos reforzar y que son de preocupación común. De este modo, el presente capítulo analizará algunos aspectos clave para la adopción de la “*Ciencia de la revención*” (CP) a propósito de los avances recientes obtenidos en el Perú en materia preventiva del consumo de drogas desde la labor estatal. Asimismo, se realizará un análisis sobre los diversos retos para el logro de un trabajo preventivo más efectivo y sostenible. También discutiremos sobre diversos puntos de encuentro (y desencuentro) entre la CP y la política pública, entendiendo ambas como marcos de referencia complementarios y fundamentales para el logro de una prevención del consumo de drogas responsable.

II. Breve panorama epidemiológico: ¿es el consumo de drogas un problema público en el Perú?

En el Perú, la información epidemiológica y de estimación de impactos económicos, muestra a la problemática del consumo de drogas como relevante para la formulación de políticas públicas y la puesta en marcha de intervenciones preventivas que disminuyan la exposición e impacto de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores (Cabanillas, 2012).

En la población general, el consumo de drogas legales representa el más alto índice de uso. Se reporta que 7 de cada 10 peruanos señala haber consumido estas drogas en algún momento de su vida. De otro lado, la prevalencia anual de alcohol asciende a 54.7% y la de tabaco, a 21.1%. El mayor consumo de alcohol se presenta en el periodo de edad comprendido entre los 19 y 35 años, siendo el grupo de 26 a 35 años el que registra la prevalencia más alta. Para el consumo de tabaco, es el grupo de 19 a 25 años. En cuanto al consumo de drogas ilegales, se registra que el 4.8 % ha consumido estas sustancias en algún momento de su vida. El número de consumidores en el último año para todas las drogas ilegales asciende a 180.700, siendo la marihuana y pasta básica de cocaína (PBC) las más prevalentes. El consumo de drogas ilegales se concentra en los adolescentes y jóvenes. Se evidencia que el grupo de 12 a 18 años registra las más altas prevalencias de consumo en todas las sustancias ilícitas, seguido del grupo de 19 a 25 años (DEVIDA, 2012).

La información en la población escolar de nivel secundario (DEVIDA, 2014), muestra que más de medio millón de escolares ha consumido drogas legales en el último año. Estos datos indican que casi la mitad de escolares de nivel secundario han consumido estas drogas en ese periodo de tiempo. Asimismo, se registra que más de cuarenta y siete mil escolares han consumido marihuana en el último año, mientras que en ese mismo periodo casi veinte mil lo hicieron con clorhidrato de cocaína, más de veinte mil con PBC y más de veintidós mil con éxtasis. El consumo de inhalantes es significativo, registrándose que más de veintiséis mil estudiantes han consumido esta sustancia en los últimos doce meses previos al estudio. En el caso de las drogas médicas (tranquilizantes y estimulantes), más de sesenta y nueve mil escolares las han consumido en el último año.

Si bien es cierto dentro del análisis epidemiológico la determinación de prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales es más que importante (de hecho se convierten en indicadores de impacto de políticas públicas), no habría que descuidar otros indicadores que den cuenta sobre el impacto sanitario y psicosocial. Por ejemplo, al profundizar la información en la

población general, se encuentra que cerca de ochocientos mil consumidores de bebidas alcohólicas en el último año son “bebedores problemáticos”. También se observa que del total de consumidores de último año, 5 de cada 10 consumidores de marihuana muestran signos de dependencia. El clorhidrato de cocaína presenta la misma situación. En el caso de la PBC se identifica que 6 de cada 10 consumidores presenta signos de dependencia (DEVIDA, 2012). Los datos en la población escolar registran que el 46% de estudiantes consumidores de alcohol en el último año presentan “consumo problemático” (DEVIDA, 2014). En el caso de la población general, entre los consumidores de último año de drogas ilegales, se reporta que alrededor de la mitad de estos presentan signos de dependencia (DEVIDA, 2010). De este modo, hay un importante número de personas que presentan afectación significativa en diversos niveles.

De otro lado, existen costos identificables en la problemática del consumo de drogas. En el Perú, se estima que, anualmente, el impacto social y económico del consumo de drogas asciende a 447 millones de dólares. Del total estimado, el 11.3% corresponde a costos de atención en el ámbito sanitario, 57.4% en costos asociados a la pérdida de la productividad laboral, 7.5% a daños a la propiedad y 23.8% a gastos gubernamentales (DEVIDA, 2010).

Este panorama del consumo de drogas y sus impactos asociados en el Perú, nos lleva a diversas reflexiones:

1. Existen importantes prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales en nuestros países y la tendencia a una mayor precocidad en el consumo. Sobre esto hay medidas preventivas y de control que requieren ser desplegadas para evitar magnitudes aún más considerables y consumos más tempranos.

2. La no intervención sobre este problema generará mayores costos. Por lo tanto, acciones preventivas deben ser desplegadas con un criterio racional que permitan cubrir las diversas necesidades de intervención y con la cobertura adecuada.

3. Los datos sobre edad de inicio de consumo y factores psicosociales asociados, nos muestran la necesidad de contemplarlas en el análisis y respuesta preventiva. Consideramos que ya es momento de consignar en nuestras prioridades la pertinencia de implantar programas preventivos desde la educación primaria o inicial. Además, se hace necesario reforzar el carácter educativo-formativo de la prevención.

4. El consumo de drogas no es un fenómeno “invisible” o marginal. Existen costos claramente identificables que deben ser analizados por los gobiernos. La inacción, indiferencia o escasa asignación de recursos podría incrementar el problema y, con ello, los costos e impactos negativos.

III. La asunción de políticas y programas preventivos basados en evidencia en el Perú: la ENLCD 2012- 2016 y el programa presupuestal de prevención y tratamiento del consumo de drogas (PTCD).

La adopción progresiva de la gestión para resultados en el Perú, ha producido reformas importantes en sus políticas de reducción de la demanda de drogas. Previo a esto, se contaba con una coyuntura preventiva caracterizada por un rol bastante activo e importante de organizaciones no gubernamentales³² como CEDRO, CEPESJU, COPRODELI, CEPTIS y otras, a través de la implementación de proyectos y servicios. La cooperación internacional (principalmente Estados Unidos, Bélgica y España) tenía un rol fundamental en la dotación de recursos. En ese marco, el Estado peruano a través de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA)³³, ejerció un rol promotor, articulador y de acompañamiento técnico-financiero.

³² Este capítulo se focaliza en la acción preventiva gestionada por el Estado Peruano. Se reconoce la trascendente labor de las organizaciones no gubernamentales en la historia y futuro de la prevención del consumo de drogas en el Perú.

³³ La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA es un Organismo Público Ejecutor, adscrito al sector de la Presidencia del Consejo de Ministros, encargado de diseñar y conducir la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas y constituirse en la contraparte nacional para todos los fondos de cooperación internacional destinados a la lucha contra las drogas.

No obstante, el presupuesto estatal en esta materia era bastante limitado. En términos de la planificación, las intervenciones preventivas (en gran medida proyectos) se organizaban sobre la base del uso del “marco lógico” sustentado a su vez en un “árbol de problemas y alternativas” construidos participativamente por representantes de la comunidad o instituciones a través de criterios personales. Las evaluaciones se expresaban en sistematizaciones de experiencias preventivas con estimaciones sobre el cumplimiento de indicadores de proceso (ej. número de participantes, número de talleres realizados).

Durante el periodo 2010 - 2011 se inicia una coordinación intensiva entre DEVIDA y MEF para la formulación del “*Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas*”³⁴ (PTCD). Como parte de la metodología propuesta por el MEF para el diseño de programas presupuestales, se requería la construcción de tres modelos articulados: modelo explicativo (identificación de factores causales del consumo de drogas), modelo conceptual (descripción detallada de la problemática y la asunción de un marco analítico) y modelo prescriptivo (identificación de intervenciones con eficacia comprobada). Esta metodología permitía, por primera vez en la planificación estatal asociada a la reducción de la demanda de drogas, sustentar la necesidad de realizar búsquedas sistemáticas de información para dar soporte científico a las actuaciones preventivas y terapéuticas a implementar desde el PTCD.

Los diversos hallazgos fueron organizados en posibles intervenciones y se identificaron resultados en dos niveles. Un primer nivel de resultados asociados a la población, y un segundo nivel vinculado a la disminución del consumo de drogas. De esta forma las intervenciones del PTCD se orientarían al incremento de habilidades psicosociales, habilidades parentales, percepción de riesgo y participación comunitaria. Explicitar

³⁴ Un programa presupuestal es un instrumento del Presupuesto por Resultados y se define como una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos (bienes y servicios), para lograr un Resultado Específico a favor de la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de política pública.

la relación entre intervención y resultado, fue un elemento clave en la formulación, pues se requería que las actuaciones preventivas y terapéuticas tuvieran la capacidad de generar efectos positivos.

Esta primera etapa del diseño del PTCD guardó correspondencia temporal con la formulación de la ENLCD 2012-2016. Para los temas asociados a la reducción de la demanda de drogas, la ENLCD considera un objetivo estratégico y cinco objetivos específicos:

Tabla 1. Objetivo estratégico y objetivos estratégicos de la ENLCD 2012-2016.

Objetivo estratégico	Objetivos específicos
Disminuir el consumo de drogas a nivel nacional a través de intervenciones preventivas y terapéuticas que fortalezcan el desarrollo personal y generen espacios protectores en la comunidad, familia y escuela, en un trabajo articulado entre los niveles de gobierno central, regional, local y la sociedad civil.	OE 1: Establecer mecanismos que integren el nivel nacional, los gobiernos regionales y gobiernos locales y sociedad civil para un trabajo articulado, permanente e institucionalizado de prevención y rehabilitación del consumo de drogas.
	OE 2: Consolidar y ampliar, a nivel nacional, la cobertura de los programas de prevención del consumo de drogas, adaptándolos a las características y necesidades de su respectiva realidad regional y local, priorizando los ámbitos educativo, familiar y comunitario.
	OE 3: Incrementar y fortalecer programas de atención a personas consumidoras y dependientes de drogas legales e ilegales a nivel nacional, integrándolos al Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
	OE 4: Incrementar los niveles de conciencia de riesgo en la población general, respecto al abuso de alcohol, al consumo de drogas, así como, rechazo social al tráfico ilícito de drogas.
	OE 5. Fortalecer un sistema de información multisectorial para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas.

El análisis de los objetivos de la ENLCD 2012-2016 vinculados a la prevención del consumo de drogas (OE1, OE2, OE4), nos expresa la necesidad de desplegar intervenciones que:

- a. Generen cambios concretos en las diversas poblaciones de intervención.

- b. Se encuentren articuladas en el marco de las competencias y funciones de las entidades públicas de nivel nacional, regional y municipal, en acción coordinada con la sociedad civil.
- c. Amplíen progresivamente su cobertura.
- d. Prioricen los ámbitos de intervención escolar, familiar y comunitario.
- e. Se adapten a las distintas necesidades preventivas.

Todos estos aspectos tienen implicancias muy importantes para la planificación de programas y gestión del PTCD. En definitiva, la ENLCD y el PTCD exigen procesos de implementación que abrían paso a una reforma importante en la prevención del consumo de drogas: significativa asignación presupuestal, intervenciones a gran escala, desconcentración y descentralización de la gestión.

Por su diseño, el PTCD tiene que afrontar diversos retos técnicos y administrativos. Esto es observable en su **resultado final**³⁵ y **resultado específico**³⁶. El PTCD tiene como resultado específico la disminución del consumo de drogas, contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad de enfermedades no transmisibles (resultado final). En este contexto, y principalmente a través de sus intervenciones preventivas, el PTCD tendría que lograr reducciones de la prevalencia de consumo de drogas. Este resultado tiene correspondencia con el objetivo estratégico de reducción de la demanda de drogas de la ENLCD 2012-2016.

La obtención del resultado específico nos llevó a la necesidad de responder algunas preguntas básicas previas a la ejecución del PTCD:

³⁵ Es un cambio en las condiciones, cualidades y características inherentes a una población identificada en el entorno en el que se desenvuelve o en las organizaciones que la sirven, tanto en el sector público como privado.

³⁶ Es el cambio que se busca alcanzar para solucionar un problema identificado sobre una población objetivo, y que a su vez, contribuye al logro de un resultado final.

- ¿Los programas preventivos que integran el PTCD son eficaces?
- ¿Existen entidades públicas que por competencia o función tendrían la responsabilidad de gestión de los recursos y la implementación de los programas preventivos? ¿Están en la capacidad de hacerlo?
- ¿Cuál será la cobertura inicial y su progresión en años posteriores?

Como se puede apreciar, las respuestas a estas preguntas nos remiten al emprendimiento de diversos procesos vinculados a la gestión pública y la CP. Con estos retos por delante, el PTCD inició su ejecución en enero del año 2012 con 19 regiones participantes.

En su versión actual, el PTCD cuenta con dos productos³⁷:

a. Población desarrolla competencias para la prevención del consumo de drogas

Este producto está dirigido a la población general y su finalidad es fortalecer factores de protección contra el consumo de drogas, a través del desarrollo de intervenciones preventivas en los ámbitos educativo, familiar, laboral y comunitario.

b. Población atendida en adicciones por consumo de drogas

Este producto consiste en brindar atención, tratamiento y rehabilitación a usuarios consumidores y dependientes de drogas en forma ambulatoria, de día y residencial. Las intervenciones serán ejecutadas por profesionales de la salud o técnicos capacitados.

En correspondencia con el análisis de las intervenciones preventivas, objeto de esta publicación, nos concentraremos en el primer producto.

³⁷ Según la metodología de elaboración de programas presupuestales propuesta por el MEF, un producto es un conjunto articulado de bienes y servicios que recibe la población beneficiaria con el objetivo de generar un cambio. Los productos son la consecuencia de haber realizado, según las especificaciones técnicas, las actividades correspondientes en la magnitud y el tiempo previstos.

El producto denominado “*Población desarrolla competencias para la prevención del consumo de drogas*” comprende cinco actividades:

1. Servicio de orientación y consejería “Habla Franco”³⁸.
2. Difusión de contenidos preventivos del consumo de drogas en zonas urbanas y rurales³⁹.
3. Prevención del consumo de drogas en el ámbito comunitario⁴⁰.
4. Prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo.
5. Prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar.

A través de estas actividades se identifica la apuesta por el despliegue de acciones preventivas en el ámbito escolar, familiar y comunitario. Del mismo modo, se apuesta por la ejecución de actividades comunicacionales a gran escala en contextos urbanos y rurales, y la implementación de servicios de consejería telefónica y virtual.

Por su nivel de desarrollo, asignación de recursos presupuestales y cobertura, focalizaremos nuestro análisis en las actividades de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar y escolar.

³⁸ Es un servicio de información, orientación y consejería especializada gestionado por DEVIDA. “Habla Franco” aplica metodología interactiva mediante las Tecnologías de la Comunicación e Información (TIC). Se realizan actividades informativas con padres de familia y docentes. También dispone de un servicio presencial de intervención breve contando con programas estructurados.

³⁹ Esta actividad, también gestionada por DEVIDA, articula el fortalecimiento de capacidades técnicas para la prevención y tratamiento del consumo de drogas, campañas de difusión de contenidos preventivos, y talleres e intercambios de experiencias.

⁴⁰ Esta actividad implica el fortalecimiento y conformación de una red comunitaria generando mecanismos de articulación con otras entidades locales para el desarrollo de acciones de prevención a través de la participación activa de los líderes, adolescentes y jóvenes de la comunidad, propiciando el desarrollo de espacios de sensibilización, formación, recreación, integración socio laboral, entre otros. Las municipalidades son las entidades ejecutoras de esta actividad en el marco de la suscripción de convenios Interinstitucionales con DEVIDA.

La prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar en el marco del PTCD

Sobre la base de la diversa evidencia a favor de la eficacia del Strengthening *Families Program* (SFP), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en coordinación con el Centro de Comunicación en Salud de Harvard School of Public Health, adaptó el SFP a la cultura Latinoamericana, con la denominación *Familias Fuertes - Amor y Límites (PFF)*. En el año 2008 el Proyecto Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia OPS/GTZ transfiere la metodología del programa a DEVIDA comprometiéndose a la adaptación comunicacional del módulo de vídeos educativos con el fin de adecuar comunicacionalmente la propuesta al contexto peruano. Con estos compromisos el Estado peruano entiende que el PFF es una intervención efectiva de prevención de conductas de riesgo, con énfasis en el consumo de drogas.

La implementación a nivel nacional del PFF ha guardado correspondencia con su metodología, desarrollándose siete sesiones de intervención con las familias para construir estrategias de protección tanto para adolescentes como para los padres. Se incluyen además diversos recursos: manuales, modelos para prácticas individuales y de grupo, juegos de dramatización, cambio de roles y videos para ilustrar los temas. Este importante nivel de protocolización se ha reforzado con la adaptación de recursos para el contexto urbano de las regiones naturales de selva y sierra del Perú.

Un resultado importante de la implementación del PFF es la disponibilidad de facilitadores expertos en la aplicación del programa. Para ello se han desarrollado múltiples espacios formativos de carácter intensivo, articulando aprendizajes conceptuales y procedimentales. El manejo de la metodología del PFF en el Perú ha permitido la asistencia técnica a otros países (Ecuador, Colombia, Bolivia y Paraguay) en el marco de acuerdos internacionales.

La experiencia peruana de adopción, disseminación y sostenibilidad del Programa “Familias Fuertes” durante el periodo 2008 – 2012 ha sido sistematizada, presentando las siguientes conclusiones (PRADICAN, 2013):

- a. La experiencia de implementación del PFF, ha tenido a DEVIDA como gestor principal, insertando la intervención en sus políticas institucionales y desarrollando mecanismos para su disseminación.
- b. Se reconoce el compromiso de las autoridades a nivel nacional, regional y de las instituciones educativas para la implementación del programa.
- c. La inclusión del PFF en los programas presupuestales, garantiza su implementación sostenible por las Direcciones Regionales de Educación y Direcciones Regionales de Salud.
- d. Se identifica a la formación de facilitadores como un componente esencial en la disseminación.
- e. Es necesario el apoyo y seguimiento al entrenamiento de los facilitadores, articular los esfuerzos para garantizar una gestión efectiva que asegure la fidelidad de las intervenciones y garantice condiciones adecuadas en la implementación del programa respetando sus exigencias técnicas.
- f. Las evaluaciones del programa, no han contado con la rigurosidad científica que permita atribuir los resultados favorables encontrados a la aplicación del programa.

Durante el periodo 2011- 2014 ocurre una implementación a gran escala del PFF cubriendo la mayoría de las regiones del país (para el presente año se llegará a 20 de las 26 regiones). En ese periodo se logró beneficiar a más de 60,000 familias.

Es importante señalar que se presenta un proceso paralelo conducido por el Ministerio de Salud (MINSA). El MINSA asume el PFF como parte del trabajo preventivo de conductas de riesgo. En el año 2011 se incluyó el

PFF en el presupuesto por resultados otorgándole sostenibilidad presupuestal y técnica. Del mismo modo, se ha incluido el PFF en la “*Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente*” (NTS No 034-MINSA/DGSP-V.02). En esta norma técnica se involucra al PFF como una estrategia priorizada. Se indica que todo establecimiento de salud, en cualquier nivel de atención, debe considerar al PFF en su programación presupuestal y en la formulación de planes operativos. En la actualidad el PFF es parte de las actividades del “*Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental*”.

Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo (PPCDAE)

El PPCDAE es una intervención multicomponente que articula acciones de prevención universal y prevención selectiva. Asimismo, se implementa en los espacios de Tutoría y Orientación Educativa e incluye estrategias para articularse a las áreas curriculares, garantizando los aprendizajes en la formación integral de los estudiantes con proyección de integrar a las familias y comunidad considerando además la diversidad cultural del Perú. Conforme se observa en la Tabla 2, el PPCDAE desarrolla diversas estrategias orientadas al desarrollo y fortalecimiento de habilidades psicosociales, y está dirigida a todos los estudiantes durante el periodo escolar anual de nivel secundario.

Tabla 2. Estrategias del PPCDAE

<p>Prevención universal</p> <ul style="list-style-type: none">• Marco curricular• Tutoría (grupal, individual)• Trabajo con madres y padres de familia• Orientación entre pares• Brigadas de auto protección escolar• Redes de soporte social <p>Prevención selectiva</p> <ul style="list-style-type: none">• Estrategias de prevención selectivaa) Talleres socioeducativos.b) Tutoría individual: motivación y reforzamiento.c) Acciones con los padres de familia.

Las Direcciones Regionales de Educación (DRE) son las responsables de ejecutar el programa. Los equipos de implementación que se conforman en cada región son supervisados por el Área Tutoría y Orientación Educativa (TOE) y Dirección de Gestión Pedagógica de la DRE. DEVIDA en su condición de entidad gestora del PTCD, realiza también labores de monitoreo a los diversos procesos de implementación.

Las acciones del PPCDAE se adscriben en la Educación Básica Regular (EBR)⁴¹ pudiéndose aplicar potencialmente en la educación inicial, primaria y secundaria. Durante este periodo de ejecución, se han concentrado los esfuerzos preventivos en la educación secundaria.

A nivel de la prevención universal, el PPCDAE tiene intervenciones específicas para cada grado de estudio (de 1ro a 5to año de secundaria). Cada intervención se compone de 12 sesiones de tutoría grupal para la prevención del consumo de drogas. Cada sesión a su vez se distribuye en tres secciones:

⁴¹ Dentro de la organización de la educación básica en el Perú, la EBR es una modalidad que abarca los niveles de educación inicial, primaria y secundaria.

presentación, desarrollo y cierre. Se prevén acciones post-sesión para el refuerzo de los contenidos preventivos trabajados. La duración estimada por sesión es de 45 minutos. Aunque no se incorpora en los documentos técnicos del programa un modelo conceptual o modelo lógico que contenga mediadores definidos, se identifican variables preventivas de intervención tales como: información sobre drogas, asertividad, manejo de la presión de pares, autoestima, identidad, comunicación y proyecto de vida.

A nivel de las bases teóricas, el programa reconoce que se sustenta en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, modelo de habilidades para la vida, modelo evolutivo de Kandel y modelo de la conducta problema de Jessor.

Un logro particularmente importante es la ejecución de las sesiones de tutoría grupal en el horario curricular. Ello rompe la tradición de implementación extra-curricular que primaba en experiencias preventivas pasadas. La idea fundamental es entender a la prevención del consumo de drogas como parte natural del proceso educativo. También contribuye favorablemente a la institucionalización del programa. De otro lado, un logro fundamental es haber beneficiado a un número significativo de estudiantes a nivel nacional. Por ejemplo, en el 2014 se intervino preventivamente a 189.542 estudiantes de nivel secundario de escuelas públicas. Esta experiencia de gestión de programas preventivos a gran escala no tiene precedente en el Perú.

En cuanto a la prevención selectiva, el PPCDAE ofrece a los estudiantes que presentan mayor exposición a factores de riesgo, una serie de actividades psicoformativas y recreativas. La intervención se estructura en quince talleres socioeducativos. Los talleres se desarrollan a través del diálogo, la participación activa, el intercambio de experiencias, el desarrollo de técnicas cognitivas y conductuales, la orientación oportuna, entre otras. Es importante considerar que para realizar un trabajo adecuado, los grupos de intervención no deben exceder de veinte participantes. La duración de los talleres va de los 60 a 90 minutos.

La protocolización del PPCDAE se expresa a través de seis módulos donde se detallan aspectos conceptuales y metodológicos. Cada módulo guarda relación con los componentes del programa: fortalecimiento de capacidades para la prevención, desarrollo de la tutoría, fortalecimiento de líderes estudiantiles, detección y atención de estudiantes en riesgo y orientación a familias.

Para la aplicación de estos módulos se realizan actividades de capacitación para el desarrollo de competencias de los docentes tutores (quienes aplican el programa) y autoridades de las instituciones educativas seleccionadas. Es importante añadir que los tutores capacitados incorporan las 12 sesiones preventivas en los documentos de gestión pedagógica de la escuela y el aula. Esta inclusión es un avance significativo para la institucionalización del programa.

Coordinación interinstitucional para la implementación del PPCDAE y PFF

En la implementación del PPCDAE y el PFF se han desplegado importantes mecanismos de coordinación interinstitucional con el Ministerio de Educación y Gobiernos Regionales (a través de las Direcciones Regionales de Educación). Sus funciones y normatividad asociada puede observarse en la Tabla 3.

Tabla 3. Instituciones responsables, funciones y normatividad facilitadora de la implementación del PPCDAE.

Institución	Funciones	Normatividad
<p>Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas -DEVIDA</p>	<p>Propone las políticas y estrategias contra el tráfico ilícito de drogas y ejerce funciones de articulación con los sectores e instituciones involucradas.</p> <p>Conducción de la ENLCD.</p> <p>Diseño y coordinación interinstitucional para la implementación del PTCO.</p> <p>Gestionar la obtención de recursos financieros.</p>	<p>Decreto Legislativo No 824, Ley de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas. Modifica la Ley No 28003, que en su artículo 2, establece los objetivos de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas.</p> <p>Decreto Supremo No 033-2012-PCM que aprueba la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2012 – 2016.</p> <p>Decreto Legislativo 1241 que fortalece la lucha contra el tráfico ilícito de drogas.</p>
<p>Ministerio de Educación</p>	<p>Asistencia técnica y monitoreo.</p> <p>Asistencia técnica y monitoreo.</p> <p>Dación de normas nacionales que facilitan y fortalecen la labor preventiva del consumo de drogas.</p>	<p>Ley Nº 28044, Ley General de Educación (17 de julio de 2003). Asignación de responsabilidad del desarrollo de acciones preventivas frente al consumo de drogas recae en la Oficina de Tutoría y Prevención Integral - OTUPI, la misma que por Decreto Supremo Nº 006-2006-ED se convierte en la Dirección de Tutoría y Orientación Educativa - DITOE.</p> <p>Resolución Ministerial No 0667-2005-ED de aprobación del documento de “Diseño Curricular Nacional de Educación Básica Regular – Proceso de Articulación”. Se incorporan, a través de los contenidos básicos de las áreas curriculares y la Tutoría y Orientación Educativa contenidos y temas relacionados con la prevención del consumo de drogas.</p> <p>Resolución Vice-Ministerial Nº 004-2007- ED de aprobación de la directiva que norma la Campaña Educativa Nacional “Estudiantes sanos libres de drogas”.</p> <p>Resolución Directoral Nº 0343-2010-ED. Aprobación de normas para el desarrollo de acciones de Tutoría y Orientación Educativa en las Direcciones Regionales de Educación, Unidades de Gestión Educativa Local e Instituciones Educativas.</p>

Gobiernos Regionales – Direcciones Regionales de Educación	Selección de instituciones educativas de acuerdo a criterios de selección.	Mantiene una relación técnica normativa con el Ministerio de Educación. Por lo tanto, las DRE dan cumplimiento a la normatividad nacional.
	Ejecución del programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito educativo.	Ley No 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
	Ejecución del programa “Familias Fuertes” en el contexto escolar.	Ordenanzas regionales asociadas a:
	Seguimiento de las acciones programadas.	a) Constitución de Comités o Consejos Regionales Multisectoriales de Lucha contra las Drogas.
Dación y aplicación de directivas para facilitar la implementación.	b) Aprobación de Estrategias o Planes de reducción de la demanda de drogas.	
		c) Priorización de la problemática del consumo de drogas en la región.

Es preciso indicar que la gestión presupuestal del PTCD se caracteriza por una dotación directa de recursos financieros del MEF hacia los ejecutores, reduciendo la burocratización. Asimismo, DEVIDA realiza un acompañamiento permanente para la formulación de planes operativos, monitoreo y evaluación de la experiencia de intervención. Para ello se destinan presupuestos específicos para el monitoreo mensual de la implementación y asignación de personal especializado. Cada DRE suscribe cada año un convenio de cooperación interinstitucional con DEVIDA.

La gestión del PFF y el PPCDAE en el Perú tiene el reto de disponer en el corto plazo la ejecución de evaluaciones sobre su implementación más allá del número de beneficiarios o capacitados. Aunque en el proceso anual de actualización del diseño del PTCD no se contempla todavía la articulación entre evaluaciones de proceso, resultado e impacto, se hace imperativa la realización de investigaciones a este nivel para el logro adecuado de los indicadores de desempeño⁴² y contar con información confiable sobre el funcionamiento de los programas.

⁴² Indicador de desempeño: es la medida sobre el logro de resultados, la entrega de productos o la satisfacción de los atributos del producto en las dimensiones de eficacia, eficiencia, calidad y/o economía, en términos de una unidad de medida establecida. Tanto el PFF como el PPC deben dar cumplimiento a los indicadores de desempeño:

- a) Porcentaje de familias intervenidas que desarrollan habilidades parentales para la prevención del consumo de drogas.
- b) Porcentaje de estudiantes intervenidos que desarrollan habilidades psicosociales para la prevención del consumo de drogas.

Proyectos (preventivos) de inversión pública

Otra reforma importante en marcha para el logro de la institucionalización de la prevención del consumo de drogas en el Perú, es la inclusión de proyectos de inversión pública (PIP)⁴³ en los programas presupuestales. A través del Sistema Nacional de Inversión Pública (SNIP)⁴⁴, se cuenta con una línea de implementación promisoriosa para complementar los esfuerzos preventivos a gran escala en el ámbito educativo, comunitario y familiar.

Los PIP asociados a la prevención del consumo de drogas ofrecen la oportunidad de fortalecer la acción de las actividades del PTCD, generando infraestructura preventiva y capacidades, expresadas en componentes de implementación relacionados a personal y servicios, mejoramiento de espacios, equipamiento, capacitación y ejecución de actividades culturales y deportivas.

Los PIPs deben tener correspondencia con el resultado específico del PTCD. Asimismo, pueden estar enmarcados en los planes regionales o locales de prevención del consumo de drogas, así como a la ENLCD 2012-2016. En términos presupuestales, se despliegan mecanismos de transferencia de recursos financieros hacia gobiernos regionales y municipalidades. No obstante, los gobiernos subnacionales pueden financiar PIPs de prevención con cargo a su presupuesto y vinculándolos al PTCD. De este modo habría dos tipos de financiamiento de proyectos.

⁴³ Según Directiva General SNIP, Art. 3º: “Un Proyecto de Inversión Pública constituye una intervención limitada en el tiempo que utiliza total o parcialmente recursos públicos, con el fin de crear, ampliar, mejorar o recuperar la capacidad productora o de provisión de bienes o servicios de una Entidad; cuyos beneficios se generen durante la vida útil del proyecto y éstos sean independientes de los de otros proyectos.

⁴⁴ El SNIP es un sistema administrativo del Estado que mediante el establecimiento de principios, procesos, metodologías y normas técnicas busca optimizar la eficiencia en el uso de los recursos públicos destinados a la inversión, garantizando la sostenibilidad de los proyectos y los servicios públicos de calidad para el bienestar de la población. actúa como un sistema de certificación de calidad de los proyectos de inversión pública. Asimismo, el SNIP es un sistema administrativo descentralizado, por tanto, las decisiones sobre la ejecución de un PIP se adoptan en las entidades del nivel nacional, regional o local, de acuerdo con las competencias de cada una.

Esta coyuntura favorable abre diversas posibilidades de gestión. Por ejemplo, se podría contemplar la elaboración y difusión de manuales o guías para la formulación de PIP preventivos, junto a procesos de asistencia técnica. Estos documentos técnicos podrían incorporar contenidos de la CP para orientar los proyectos hacia la mejora de la intervención, sustentadas en bases teóricas y metodológicas más sólidas.

IV. Retos en el Perú para la adopción de políticas y programas preventivos basados en evidencia.

Los importantes avances en la prevención del consumo de drogas en el Perú requieren ser fortalecidos. Sobre la base de la evidencia que nos ofrece la CP y las posibilidades que ofrece la gestión para resultados, pueden identificarse diversos retos:

Reconocimiento en autoridades, hacedores de política y especialistas de la naturaleza multifactorial del consumo de drogas y de su prevención.

Dada la naturaleza compleja de la problemática del consumo de drogas, debe reconocerse su carácter multicausal, identificándose *factores de riesgo* y *factores de protección* (Clayton, 1992) que se encuentran presentes en diversos dominios o ámbitos (ej. individuo, escuela, grupo de pares, familia, comunidad). Esto podría parecer una obviedad, no obstante es necesario realizar este énfasis. Tal como lo describimos en la sección introductoria, existen “teorías personales” de naturaleza unifactorial que intentan explicar el consumo de drogas y su respuesta preventiva (ej. inactividad física – acciones deportivas, falta de información – realización de campañas o entrega de material informativo). Detrás de estas acciones hay un importante despliegue de recursos logísticos y financieros cuyos resultados serán probablemente nulos.

Necesidad de asumir teorías y modelos explicativos científicos del consumo de drogas

La ejecución de actuaciones preventivas debe partir de teorías y modelos explicativos robustos que faciliten el desarrollo de programas efectivos tomando en consideración las características heterogéneas que presentan las poblaciones y comunidades (Cabanillas, 2012). Tanto los decisores como diseñadores de programas deben asumir la idea de que toda acción preventiva debe generar cambios concretos (identificables y medibles), y debe responder a un cuerpo de conocimiento sustentado en la investigación. Asumir teorías o modelos explicativos no es un caprichoso ejercicio académico o de complejización innecesaria de la planificación, es más bien un criterio responsable para reducir los niveles naturales de incertidumbre que conlleva actuar sobre una problemática multifactorial. En esa línea, Bartholomew y Mullen (2011) identifican cinco roles de la teoría y la evidencia en el diseño de intervenciones orientadas al cambio del comportamiento:

- a. Identificación de las conductas y factores relacionados con un problema específico (modelo lógico del problema).
- b. Explicación de un modelo causal que incluya constructos teóricos que producen los cambios en el comportamiento de interés (modelo lógico de cambio).
- c. Selección de los métodos y formas de entrega de la intervención para el logro del cambio.
- d. Evaluación de la intervención resultante incluyendo sus variables mediadoras teóricas.
- e. Reportes sobre los ingredientes activos de la intervención junto con los resultados de la evaluación.

En torno a los factores de riesgo y protección se han formulado teorías y modelos explicativos del consumo de drogas que son de necesaria referencia para el diseño, implementación y evaluación de programas preventivos. Guardando correspondencia con las características multifactoriales del consumo de drogas, los programas preventivos deberían asumir formulaciones teóricas *integrativas y comprensivas*⁴⁵ (ej. Bandura, 1999; Catalano y Hawkins, 1996; Jessor, 1998; Kandel, 2002; Oetting y Donnemeyer, 1998). Bajo esta perspectiva, el PTCD adopta un modelo conceptual basado en factores de riesgo y protección. En términos generales, la multifactorialidad como modelo conceptual para el consumo de drogas ha sido adoptada hace varios años en diversos países, sustentando políticas y acciones preventivas. Los “conceptual framework” de estos países (ej. SAMHSA/CSAP, 2001; Drug Policy Expert Committee, 2000) acogen la idea de articular diversos dominios donde se agrupan los distintos factores de riesgo y protección en concordancia con las propuestas de Jessor (1991), Hawkins y Catalano (1996) y otros.

La adhesión a un modelo explicativo o teoría no asegura por sí misma resultados positivos: Articulemos teoría y práctica.

Si bien es cierto existen teorías y modelos explicativos, no debe darse por hecho que su mera adopción asegurará el éxito o impacto preventivo favorable. Así por ejemplo, se podría poner en marcha un programa preventivo sustentado en la teoría cognitiva social, teniendo como uno de sus objetivos de intervención el desarrollo de la autoeficacia de resistencia. Sin embargo, en la práctica, se observa que las sesiones se orientan a “sensibilizar” o informar a los participantes sobre la importancia de la autoeficacia para enfrentar exitosamente situaciones de invitación o instigación para el consumo de alcohol u otras drogas. He aquí un problema de falta de correspondencia entre la adopción de una base teórica y su aplicación en una intervención concreta en el “mundo real”. Una corrección a la falta de correspondencia anterior,

⁴⁵ Estas teorías se orientan a explicar el comportamiento de consumo de drogas a través de la integración de diversos componentes o formulaciones teóricas.

implicaría el uso de técnicas basadas en la teoría de aprendizaje social para aumentar la autoeficacia de resistencia en las sesiones preventivas (modelado, práctica guiada, ensayo de conducta, retroalimentación y refuerzo). Como es entendible, el uso de esas técnicas dista mucho de una sesión informativa o expositiva. Una cosa es informarse sobre autoeficacia (e incluso ser conscientes de su importancia) y otra desarrollarla a través de técnicas participativas y vivenciales. Lo mismo ocurre con las habilidades sociales, autocontrol emocional, autoestima, entre otras variables mediadoras.

Seleccionemos nuestras estrategias preventivas sobre la base de una revisión sistemática de información.

Además de la asunción de una teoría o modelo, el proceso de selección de las estrategias preventivas basadas en la CP puede tomar en consideración una revisión sistemática de otras intervenciones. Ejemplos de fuentes de información pueden incluir revisiones (ej. Hansen, et al., 2007) o registros de programas basados en evidencia y metaanálisis. Las revisiones *Cochrane* pueden ser un excelente punto de partida, así como recursos disponibles desde internet como el *NREPP* (National Registry of Evidence-based Programs and Practices) de SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), “*Best practice in drug interventions*” del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) y el portal español de “*Prevención basada en la evidencia*” de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías - SOCIDROGALCOHOL.

Identificación de mediadores

Puede asumirse que los programas preventivos ejercen un efecto directo sobre los resultados esperados (ej. reducción del consumo de drogas). Sin embargo, existe evidencia sobre su efecto más bien indirecto, identificándose elementos que se encuentran entre la intervención y el

resultado: los mediadores⁴⁶ (Donaldson, 2001; MacKinnon, Fairchild y Fritz, 2007). En ese sentido, los programas preventivos debiesen lograr cambios en las variables mediadoras que se consideran relacionadas con el consumo de drogas. Por supuesto, es necesario asumir una base teórica o explicativa para una identificación adecuada de estas variables. En el caso peruano, la identificación de mediadores en el PPCDAE y PFF resultará muy relevante en el marco de futuras evaluaciones. Para ello será necesario analizar o reconceptualizar la estructura temática de contenidos preventivos, además de ubicar los mediadores clave según cada programa de intervención (recordar que el PPCDAE contiene un programa de intervención para cada grado escolar). A nivel latinoamericano el PFF tiene disponible una identificación de mediadores (Orpinas et al., 2014) que puede servir de referencia para próximas evaluaciones en el Perú.

Asumir una perspectiva de análisis evolutivo de la problemática del consumo de drogas y su prevención.

Es necesario analizar diversos aspectos evolutivos del consumo de drogas por sus implicancias preventivas. Existe evidencia sobre una importante cantidad de usuarios que siguen una progresión que va desde el uso de drogas legales (alcohol y tabaco) hasta el consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis). Los elementos clave que incrementarían o reducirían esta probabilidad recaen en la familia y grupo de pares. Esta perspectiva de análisis de la progresión del consumo de drogas presenta importante soporte en la literatura científica (véase Kandel y Davis, 1992, Kandel, 1996 y Kandel, 2002). Sin embargo, existe también evidencia sobre la necesidad de tener prudencia en asumirla sin previa exploración, pues no se presenta en todo

⁴⁶ Un mediador es una variable interviniente (factor de riesgo y/o de protección) que explica (o representa) la relación entre el programa y el resultado esperado. Es decir, la función mediadora de una variable representa el mecanismo explicativo a través del cual la variable independiente (programa preventivo) puede influir sobre la variable dependiente (consumo de drogas). Por ejemplo, las expectativas sobre los efectos de las drogas, la autoeficacia, la toma de decisiones, habilidades de rechazo, la percepción de riesgo, entre otros, pueden considerarse como variables mediadoras.

contexto (Degenhardt et al., 2010). En algunos países de Latinoamérica, las investigaciones muestran que la progresión se cumple conforme a la teoría (Posada-Villa, Herazo y Campos-Arias, 2009; Valenzuela y Fernández, 2011). La información en el Perú sobre el cumplimiento o no de esta progresión aún es desconocida.

Este tipo información nos ofrecería insumos para la planificación preventiva, pudiendo favorecer un escenario de implementación de actuaciones específicas con énfasis en alcohol y tabaco. No obstante, la planificación de programas y servicios debe considerar la existencia de individuos o grupos que no cumplen con la progresión (ej. consumidores que se inician con inhalantes, drogas médicas o drogas de diseño). En la práctica, no es tan sencilla esta priorización. La tradición preventiva en nuestros países se ha concentrado en la ejecución de programas preventivos genéricos (para todas las drogas, legales e ilegales) en contraposición con programas específicos por sustancias. La literatura científica no brinda todavía suficiente evidencia, salvo excepciones (Werch, Moore, DiClemente, Owen, Carlson y Jobli, 2005), para una determinación precisa de apuesta por uno o por otro dentro de un marco de diseño de políticas públicas. A pesar de esta indefinición, queda claro que existen programas preventivos genéricos (ej. Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, y Diaz, 1995) y específicos (ej. Ariza et al., 2013; Gorini et al., 2014) que presentan evidencia favorable. Tomando como referencia este análisis, el PTCD incorpora programas preventivos genéricos, siendo menester, en análisis posteriores, la evaluación de la pertinencia de incorporar programas específicos.

Desde la dimensión preventiva se requiere la disponibilidad de programas que cubran el ciclo vital del individuo (Sussman, 2013) incorporando bases teóricas del desarrollo humano (desde la concepción hasta la adultez mayor). En el contexto peruano, será importante realizar un proceso de ordenamiento de las intervenciones a través de un continuum preventivo que vaya desde la promoción de la salud mental hasta la prevención indicada. Este ordenamiento

debe implicar también la identificación de factores de riesgo/protección propios de cada ciclo evolutivo y formular programas que impacten de forma específica sobre ellos.

Emprender intervenciones preventivas más tempranas

En relación con lo anterior, una implicancia del análisis evolutivo del consumo de drogas es la comprensión de que los programas preventivos deben ajustarse a factores de riesgo/protección y características propias de cada etapa del ciclo vital del ser humano. Para ello deberíamos observar con atención algunos aportes recientes. Las neurociencias muestran una ruta importante a considerar para la prevención del consumo de drogas. A través de diversas investigaciones se conoce la existencia de un proceso de desarrollo cerebral heterogéneo, en donde las estructuras asociadas a la recompensa, sensibilidad, búsqueda de sensaciones y motivación (principalmente el área tegmental ventral y núcleo accumbens) maduran antes que las estructuras vinculadas a los sistemas de control inhibitorio (ej. corteza pre-frontal). Esta asincronía del desarrollo cerebral genera vulnerabilidad para el consumo de drogas (Riggs, 2015; Riggs, Black y Ritt-Olson, 2014). En este escenario neurocognitivo se destaca el rol de las funciones ejecutivas⁴⁷ (FE) como predictores del consumo de drogas (Tarter et al., 2011).

Las implicancias preventivas derivadas de las neurociencias podrían ofrecer luces importantes para el diseño o adaptación de programas preventivos dirigidos a etapas tempranas del desarrollo humano. Una muestra es el *Promoting Alternative Thinking Strategies Program* (PATHS). PATHS es un programa de prevención universal escolar que tiene como principal grupo de intervención a niños y niñas de educación pre-escolar y educación primaria. Articula intervenciones orientadas al aprendizaje social emocional

⁴⁷ Las funciones ejecutivas representan un sistema de control de orden superior que regula las actividades cerebrales de orden inferior (por ejemplo, percepción sensorial, memoria a corto plazo, el lenguaje, habilidades motoras) y gestiona las conductas orientadas a un objetivo, basándose en la anticipación de consecuencias y estableciendo un orden de acciones. Las funciones ejecutivas representan un elemento neurocognitivo esencial de la autorregulación.

y a mejorar las funciones ejecutivas. Se basa en un modelo neurocognitivo que hace hincapié en la importancia de las FE en el desarrollo emocional y la regulación del comportamiento (Greenberg, Kusché y Riggs, 2004; Riggs, Jahromi, Razza, Dilworth, y Mueller, 2006). Tomar en serio estos aportes nos permitiría, en un futuro cercano, implantar programas preventivos desde el inicio de la vida escolar, rompiendo con el sesgo de intervención dirigido a la educación secundaria y población adolescente. Este también es un tema crítico para las políticas públicas de prevención del consumo de drogas en el Perú. Sin embargo, los avances en la experiencia de gestión del PTCD permite vislumbrar un panorama favorable para la implantación de programas preventivos tempranos con soporte presupuestal y organizacional, así como con progresivos incrementos de cobertura. El “empezar de cero” en esta área de una política pública preventiva del consumo de drogas en el Perú, nos ofrece la oportunidad de iniciar la adopción y aplicación de diversos procesos promovidos por la CP.

Los programas preventivos deben favorecer el establecimiento de relaciones positivas con los principales agentes de socialización.

En el Perú se evidencia la relevante participación del entorno de amigos y familiar en el consumo de drogas (DEVIDA, 2012; Gutiérrez, et al., 2009; Sanchez et al., 2008; UNODC, 2015). Se sostiene que la socialización (entendida como el proceso de aprender normas y conductas sociales) cumple también un rol importante en la explicación del consumo de drogas. De esta forma, el establecimiento de vínculos débiles o conflictivos con la familia, escuela o grupo de pares incrementará el riesgo de consumo de drogas (Oetting y Donnermeyer, 1998; Oetting y Lynch, 2006). Dentro de la promoción y diseño de programas preventivos no debe olvidarse esta característica social, teniendo implicancias importantes para el logro de impactos favorables.

La cultura y comunidad son también ámbitos significativos de socialización y juegan un papel relevante en el fortalecimiento de normas y conductas sociales. Por ejemplo, promover la participación en grupos deportivos,

religiosos y otros con objetivos prosociales (Carlo et al., 2011; Eccles et al., 2003) puede convertirse en actividad oportuna para generar espacios preventivos. Aunque la experiencia reciente de implantación curricular de programas preventivos en el Perú se identifica como una reforma capital, es necesario reforzar también las actuaciones extracurriculares e institucionalizarlas en acción conjunta con los diversos agentes de la comunidad, organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales.

Asimismo, en el contexto peruano, se evidencian diversas variables personales que ejercen un rol importante en el consumo de drogas (Claux, 2005; DEVIDA, 2011; Saravia y French, 2012). A nivel individual, las creencias, expectativas, y percepciones poseen una significativa importancia para explicar el consumo de drogas. Los programas preventivos, a través de su acción formativa, deben generar espacios y oportunidades para el aprendizaje de habilidades y competencias asociadas a mecanismos de autocontrol y autorregulación de la conducta. Esta no es una tarea sencilla, pues se requiere eliminar la idea de que la prevención es principalmente provisión de información en diversos formatos (spots publicitarios, documentos de difusión, pasacalles, ferias informativas, etc.). En la actualidad los programas preventivos efectivos incorporan acciones y estrategias encaminadas a disminuir al mayor nivel posible la influencia de estresores ambientales, incrementar la percepción de riesgo, el desarrollo adecuado de competencias socio-afectivas y habilidades para eliminar o reducir las influencias sociales (Botvin, 2000; Botvin y Griffin, 2006; Cabanillas, 2012).

Las intervenciones preventivas deben ajustarse a las diferencias individuales y culturales.

Ya en el campo de la implementación, un aspecto poco explorado en la investigación y la práctica sobre programas preventivos del consumo de drogas es el efecto de las diferencias individuales en los resultados de los programas preventivos. Por ejemplo, de implantarse programas preventivos en el

ámbito escolar, habría que considerar que los estudiantes difieren en estilos de aprendizaje. Así, mientras hay programas preventivos orientados a trabajar actividades de aprendizaje cooperativo pudiendo ser eficaz con algunos estudiantes, otros programas pudieran orientarse a desarrollar auto-evaluaciones o autorreflexión funcionando bien para otro tipo de estudiantes. Una de las pocas experiencias concretas que utiliza los estilos de aprendizaje en la labor preventiva es la realizada por el *Prevention through Alternative Learning Styles* - PALS (Workman, Huber, Ford, Mayer, Moore, Wilson, y Kinzeler, 2012).

Asimismo, la gestión de programas preventivos en el Perú debe contemplar adaptaciones o diseños nuevos de programas sensibles a la cultura de los grupos objetivo, reflejando sus valores, creencias, normas y otros aspectos de su visión del mundo y estilos de vida. A modo de ejemplo, las intervenciones de prevención que utilizan las artes para transmitir mensajes preventivos clave, pueden ser muy apropiadas con grupos cuyas tradiciones culturales están orientadas alrededor de la música, las artes gráficas y la danza. Del mismo modo, las actividades de prevención que involucran a toda la familia pueden ser apropiadas para culturas con arraigo de valores familiares y comunitarios. En general, el objetivo es desarrollar una intervención preventiva efectiva adaptada culturalmente (Castro, Barrera, y Martínez, 2004). El proceso de adopción del PFF en el Perú ha seguido esta ruta, siendo necesario continuar este proceso con los programas que se implantan en el ámbito escolar y comunitario.

Sensibilidad al género

A pesar de la existencia de estudios que muestran el impacto diferencial de los factores de riesgo (ej. Fernández-Artamendi et al., 2013; Rohrbach y Milam, 2006) y beneficio de los programas (ej. Kumpfer, Smith y Summerhays, 2008; Vigna-Taglianti et al., 2009) en hombres y mujeres, se presenta actualmente una implementación neutral en cuanto al género. Esta es una línea de mejora necesaria tanto para el PPCDAE, PFF y demás programas

preventivos en el Perú. Esto cobra importancia considerando la información epidemiológica (DEVIDA, 2013), en donde se muestra las notorias cercanías en el consumo de drogas entre los y las adolescentes (principalmente alcohol, inhalantes y éxtasis). Lograr que los programas preventivos sean sensibles al género implicará diversas acciones. Será oportuno profundizar el análisis de las encuestas nacionales u otros estudios, hacia la identificación de diferencias de género en los factores de riesgo y protección. Tomando como base estos resultados, se requerirá realizar la inclusión de contenidos específicos y reformas en la metodología de implantación en los protocolos de intervención.

Adopción de estándares de calidad

A partir de la experiencia de implementación del PTCD, se requiere la elaboración de estándares de calidad para el diseño, implementación y evaluación de programas preventivos. Evidentemente, los estándares deben pasar por procesos de legitimización y adopción progresiva, tanto de las entidades públicas como de las organizaciones no gubernamentales. Existen referencias que pueden servir para iniciar este proceso (UNODC, 2015; COPOLAD, 2014; CCSA-CCLAT, 2011). Los estándares a formular deben contextualizarse al medio, adecuándose a la realidad de los servicios y proyectos actualmente disponibles en el Perú. También deben ser aplicables a una amplia gama de actividades preventivas (ej. programas estructurados, campañas informativas), ámbitos (escolar, familiar, comunitario, laboral, universitario), población objetivo, tipo de intervención (universal, selectiva e indicada). Los estándares de calidad también pueden ser extensivos a la prevención ambiental. Del mismo modo, tendrían que considerarse aspectos organizacionales y administrativos (ej. sostenibilidad, personal, gestión de recursos). Asimismo, los estándares deben ser sensibles a las características de intervenciones preventivas de gran y pequeña escala. Podría articularse estándares básicos y estándares más específicos.

Detrás de las medidas de adopción de estándares existen razones éticas para su promoción. Hay evidencia de que bajo ciertas condiciones las

intervenciones preventivas del consumo de drogas pueden ser iatrogénicas (ej. Dishion, McCord y Poulin, 1999; Werch y Owen, 2002), por lo que es necesario reducir al mayor nivel posible la aparición de efectos adversos (ej. incremento del consumo de drogas o involucración en conductas de riesgo) y procurar que la mayor parte de programas de prevención incorporen criterios definidos en su diseño, implementación y evaluación. Sin llegar a la ingenuidad de asumir que los estándares por sí mismos asegurarán un incremento de la calidad y los beneficios, contar con ellos sería valioso para mejorar la prevención y su impacto positivo en las diversas poblaciones de intervención.

Articulación de programas y sistemas de prevención

Aunque nuestra concentración de análisis se ha dirigido a los programas de intervención preventiva, es necesario ampliar nuestra perspectiva de planificación. Para ello es necesario articular dos planos de acción. En primer lugar, conforme a lo ya expuesto en gran parte de este documento, se requiere mejorar los programas preventivos orientándolos al logro de mayores niveles de eficacia y eficiencia. Este plano de la intervención se encuentra en plena marcha y mejora a través del PTCDD. En segundo lugar, es pertinente la articulación de programas de intervención sobre una plataforma de coordinación interinstitucional y comunitaria, siendo el objetivo la conformación de **sistemas preventivos**. La idea de promover estos sistemas se sustenta en la natural limitación que presentan los programas preventivos para reducir el impacto de los diversos factores de riesgo presentes en un contexto determinado. De esta forma, se requiere armonizar una “gestión de programas preventivos” y una “gestión de sistemas preventivos”. Por ello, es necesario que en el Perú se articulen ambos tipos de gestión para lograr un trabajo integral y mejores resultados. Habría que considerar que durante los últimos años se han conformado diversas instancias de coordinación, a nivel regional y municipal, que podrían reorientar sus esfuerzos a la gestión de sistemas preventivos.

La prevención del consumo de drogas NO es solamente del consumo de drogas

Hemos reconocido que la agendación de la temática preventiva del consumo de drogas debe reforzarse. La problemática de consumo de drogas “compite” involuntariamente (en términos de asignación de recursos) en la agenda con otras problemáticas psicosociales como la delincuencia juvenil, inseguridad ciudadana, violencia familiar y sexual; embarazo en las adolescentes; pandillaje, bullying y otras. Aquí también la CP puede ofrecer información valiosa para las autoridades y responsables del diseño de políticas.

Es probable que las intervenciones preventivas se estén concentrando en un conjunto limitado de grupo de factores de riesgo con impacto específico en el consumo de drogas. Sin embargo, existen avances en la investigación que indican que muchos comportamientos problemáticos poseen factores y trayectorias de riesgo común. Esto sugiere la posibilidad de desarrollar intervenciones preventivas que trabajen sobre estos factores etiológicos compartidos y prevenir varios problemas de comportamiento (Botvin y Griffin, 2014). Una apuesta por el futuro sería la adopción de programas de amplio espectro preventivo. Este enfoque sería más eficiente, rentable, y de mayor probabilidad de ser adoptado y aplicado.

Aunque el *mainstream* nacional y latinoamericano se orienta a la especificidad de la intervención preventiva, asumir una postura más flexible nos permitiría una mayor capacidad de ordenamiento de los programas en un marco de planificación a gran escala. Así, por ejemplo, se podría considerar un escenario preventivo en el ámbito escolar donde se disponga de programas de amplio espectro en la educación primaria y la implantación de programas de impacto específico en la educación secundaria. Todos ellos debidamente incorporados en el currículo escolar y comprendiéndolos como parte del proceso educativo con corto, mediano y largo plazo.

Orientar esfuerzos de evaluación hacia la fidelidad de los programas preventivos.

El éxito de los programas preventivos basados en evidencia, guarda correspondencia con la fidelidad de su implementación (Dusenbury et al., 2003). Los programas preventivos que se implantan con alta fidelidad⁴⁸ están asociados con mejores resultados (Durlak y DuPre, 2008). De este modo, programas preventivos del consumo de drogas bien diseñados, con base teórica sólida e identificación precisa de variables de intervención podrían ser ineficientes e ineficaces por fallas en la implementación.

Lamentablemente, en nuestro idioma no existen amplias referencias sobre investigación en esta materia, siendo un tema pendiente para pronta gestión. De los pocos estudios realizados (Ej. Lorence, Hidalgo, Jimenez y Antolin, 2012; Sánchez- Martínez et al., 2010), se evidencia que los profesores son los principales aplicadores de programas preventivos y que un porcentaje importante de ellos no cuenta con la formación necesaria. También se reporta el escaso porcentaje de cumplimiento de la totalidad de temas preventivos.

Conformación de equipos transdisciplinarios para la gestión de programas preventivos.

Una buena práctica que se podría promover en el Perú, es la conformación de equipos transdisciplinarios que gestionen la labor de diseño, implementación y evaluación de programas preventivos. Además del rol que ya ejercen psicólogos o médicos en esta tarea; involucrar a educadores, pedagogos, politólogos, sociólogos, economistas, y otros profesionales, será de gran aporte para fortalecer la labor preventiva.

⁴⁸ La fidelidad suele referirse a la adherencia, integridad y calidad de la implementación. Implica la aplicación de una intervención (en este caso un programa preventivo del consumo de drogas) según un protocolo o modelo.

Fortalecimiento permanente de las capacidades técnicas en los ejecutores de programas preventivos.

Los profesionales y técnicos que trabajan en programas de prevención en el Perú requieren formación en la prevención y práctica basada en evidencia. Para el mejoramiento de la calidad preventiva es necesario concentrarse en la formación de los operadores a través de sistemas de entrenamiento que permitan un adecuado desarrollo de habilidades para la aplicación de programas. Este proceso formativo deberá considerar mínimamente:

- a. La formulación de un currículo que articule aspectos conceptuales y procedimentales.
- b. Incorporar mecanismos de evaluación y seguimiento.
- c. Desarrollo de los módulos y sesiones formativas orientadas a la práctica de competencias para la prevención.

Ordenamiento de las intervenciones preventivas a través de una taxonomía de políticas.

Todo el marco conceptual y explicativo expuesto debe orientar la formulación de una taxonomía de políticas públicas para la prevención del consumo de drogas. Los avances registrados en el Perú en los últimos años permiten identificar las siguientes políticas:

Políticas públicas preventivas orientadas a la institucionalización

Se caracterizan por sentar las bases normativas, (inter)institucionales, presupuestales y organizacionales para el diseño, implementación y evaluación de actuaciones preventivas del consumo de drogas. Puede implicar la elaboración de normatividad que oficializa y facilita la labor preventiva (ej. Directivas, Resoluciones de nivel nacional y regional en el sector educación), creación de competencias o funciones institucionales (ej. competencias en los gobiernos sub-nacionales para la promoción de intervenciones preventivas).

También puede implicar la conformación de instancias multisectoriales e interinstitucionales para la articulación de esfuerzos y trabajo en red. Asimismo, puede expresarse en la formulación de instrumentos que explicitan las políticas (ej. emisión de normativa que prioriza la temática, planes nacionales o sub-nacionales). Aunque estas acciones son importantes, resultan insuficientes en caso de no existir el soporte presupuestal suficiente para la implementación de actividades y programas.

Políticas públicas preventivas orientadas al diseño, implementación y evaluación de intervenciones basadas en evidencia

A partir de los procesos de institucionalización antes descritos (o en paralelo), se requiere asignar recursos (financieros y humanos) para el diseño, implementación y evaluación de programas preventivos propios o apostar por la adaptación. Resultará oportuna la formulación de documentos estratégicos de promoción de la investigación en prevención (agendas nacionales de investigación). Estos documentos podrían orientar las líneas de investigación a priorizar en los siguientes años. En nuestra región se hace evidente la necesidad de disponer recursos financieros (sean estos de presupuestos públicos o de cooperación internacional) para realizar investigaciones en materia de prevención del consumo de drogas, principalmente en la generación de experiencias de evaluación de programas (por ejemplo, a nivel de ensayos controlados).

Políticas públicas preventivas orientadas a la diversificación y articulación de intervenciones:

Poseen un carácter específico y se orientarán a reducir la exposición e impacto de diversos factores de riesgo y fortalecer factores de protección específicos en diversos dominios. Según criterios a consensuar entre decisores y especialistas, el énfasis de las políticas y asignación de recursos puede propiciar la priorización de actuaciones preventivas en ámbitos educativos, comunitarios, sanitarios, familiares, laborales u otros. Del mismo modo, estas políticas se orientarían a poner en disponibilidad de los ciudadanos un continuum

de servicios, proyectos y programas preventivos de tipo universal, selectivo e indicado, así como actuaciones que cubran la mayor parte del ciclo vital del individuo. En estas políticas tendría que contemplarse también la realización de intervenciones tanto en contextos urbanos como rurales.

Políticas públicas preventivas orientadas a la reducción de brechas de cobertura de intervención:

Un aspecto particularmente sensible es la toma de decisión sobre la universalización o focalización de las intervenciones preventivas. La aspiración de que en forma progresiva toda escuela o comunidad de un país pueda implantar programas de prevención del consumo de drogas, es legítima y de necesaria estimación por los gobiernos. Sin embargo, se debe reconocer que la universalización es una meta de política de alta complejidad y de gran asunción de compromisos a nivel institucional, técnico y presupuestal. Por otro lado, la decisión de focalización (no necesariamente menos compleja que la universalización) podría ofrecer un mayor grado de control ante la limitada disponibilidad de recursos. Esta puede ser una decisión adecuada si los recursos fueran insuficientes e incipiente el desarrollo científico de los programas preventivos.

V. Políticas públicas y ciencia de la prevención en el Perú: ¿procesos convergentes?

Si bien es cierto, la vinculación entre prevención basada en evidencia y la formulación de políticas no es del todo clara en la práctica (Cabanillas-Rojas, 2012), existen experiencias desde diversos organismos multinacionales (UNODC, CICAD, Comunidad Europea) que promueven una progresiva asunción de la ciencia de la prevención como parte de las políticas públicas para la reducción de la demanda de drogas.

Definitivamente en el Perú, y en cualquier parte del mundo, la CP no es un tema fácil de asumir para los Estados, decisores y hacedores de política.

En efecto, requiere apartarse de la planificación a corto plazo; de entender a la evaluación como un proceso primordial, de identificar a la investigación científica como una herramienta fundamental de la mejora de las políticas y actuaciones preventivas, y comprender que la ciencia no tiene que ser necesariamente incómoda para la “*politics*” y mucho menos para la “*policy*”⁴⁹. Es más, existe cada vez mayor certeza basada en información acerca del costo-beneficio favorable de la implementación de programas de prevención del consumo de drogas.

La experiencia peruana muestra que los programas de prevención, a través del PTCO, tienen ya un lugar en el presupuesto y planificación pública. Este es un escenario bastante lejano respecto a periodos anteriores que se distinguían por la incertidumbre para la asignación de recursos financieros, centralización y concentración de experiencias preventivas en la capital de la república, muy escasa cobertura, incipiente protocolización, entre otras debilidades que progresivamente están siendo superadas.

Un aspecto a considerar es que los ciudadanos no siempre son conscientes de la necesidad de asumir una postura científica en la prevención del consumo de drogas. Aunque se pueda tener la claridad sobre la necesidad de realizar acciones preventivas, no se identifica que estas deban funcionar. De otro lado, de percibirse éxito, no se reconoce que los resultados positivos son atribuibles a un ejercicio riguroso de aplicación de información científica. Vencer esta carencia es prioritaria para fortalecer el sentido de valor público⁵⁰ de la prevención. Se requiere desplegar acciones de marketing social que

⁴⁹ Ha sido inevitable el uso de estos anglicismos por la imposibilidad semántica del castellano de distinguir algunos planos de lo que entendemos por “política”. *Politics* sería la palabra que se vincula a la pugna por el poder político o la política e ideología partidaria. *Policy*, en cambio, tiene un significado más cercano a la gestión de políticas públicas a través de programas o acciones específicas.

⁵⁰ El valor público se refiere al valor creado por el Estado a través de servicios, leyes, regulaciones y otras acciones (incluida la puesta en marcha de programas preventivos del consumo de drogas).

amplíen la diseminación de información científica sobre prevención, su eficacia, y el ahorro que genera a los Estados (Kuklinski, Briney, Hawkins y Catalano, 2012, Miller y Hendrie, 2008).

Consideramos oportuno que especialistas y responsables de la gestión de intervenciones preventivas reflexionen sobre el panorama imperante de formulación de políticas. Ritter y Bammer (2010) ofrecen un marco interesante de diversos modelos procedentes de las ciencias políticas que pueden ser útiles para este análisis. Así, por ejemplo, de existir una tendencia de diseño de políticas caracterizada por el incrementalismo⁵¹, es posible que la idea de asumir un enfoque de ciencia de la prevención no ocurra con prontitud, pues se necesitaría de importantes reformas presupuestales, técnicas e institucionales. De otro lado, una coyuntura con primacía de un modelo técnico-racional⁵², podría ofrecer mejores condiciones para la adopción de las diversas exigencias y procesos que demanda la puesta en marcha de programas preventivos basados en evidencia. En el Perú, el presupuesto por resultados (PpR) como estrategia de gestión pública y por sus características metodológicas, puede ser expresión del modelo técnico-racional facilitando la inclusión de diversos conceptos y procesos de la CP. Esto es claramente visible en los diversos documentos técnicos y de gestión del PTCO. Sin embargo, en el “mundo real” de la implementación de políticas y programas de intervención, ocurre un panorama más cercano al incrementalismo, ya que los gobiernos regionales y municipalidades requieren mayor fortalecimiento en la gestión para asumir a plenitud el PpR. Por lo tanto, en la práctica, los gobiernos subnacionales requieren acompañamiento y asistencia técnica permanente por parte de DEVIDA y MINEDU.

⁵¹ El modelo incrementalista entiende a la formulación de políticas como un proceso de pequeños ajustes en las políticas ya existentes.

⁵² El modelo racional parte de un problema público identificado. Posteriormente se sigue una serie de pasos que se traducen en una solución óptima: definir con precisión el problema, identificación de causas, desarrollar o identificar opciones, análisis de opciones, selección de la intervención, implementación y evaluación.

Conclusiones

En el Perú, los avances recientes en la gestión pública de políticas y programas preventivos, ofrecen un panorama auspicioso para la adopción de la CP. Desde el año 2012 se inicia un periodo sin precedente donde se cuenta con intervenciones preventivas de gran escala, clara protocolización, soporte normativo y sostenibilidad presupuestal. Aunque hay un importante camino avanzado, la evaluación sobre el impacto y la implementación de los programas preventivos, es el principal reto a cumplir en el inmediato plazo. No solo por lograr los “resultados” que esperamos del “presupuesto por resultados”, sino por una ética de la intervención y gestión pública que se caracterice por procurar obtener cambios positivos concretos en los ciudadanos.

Esto nos remite a la idea de que una cuestión clave es determinar qué factores de riesgo y protección son realmente cambiados por una intervención preventiva. Asimismo, ya pensando en el interés de diversas poblaciones, es necesario analizar si las políticas públicas en las que se enmarcan son enunciadas, planificadas, ejecutadas y evaluadas conforme a la evidencia científica. Este es un reto que enfrenta el PTCD, considerando los limitados recursos e incipiente investigación. Creemos, además, que el análisis presentado ofrece pautas para su evolución.

Se debe reconocer la importancia de adoptar una prevención eficaz, entendiéndola como una buena inversión. La evidencia demuestra que bajo ciertas características la prevención tiene la capacidad de contribuir a la reducción del consumo de drogas, pudiéndose estructurar progresivamente sistemas integrales de prevención en la cobertura adecuada. Todos estos aspectos no están lejanos de poner a disposición de los peruanos y peruanas, una generación de programas de prevención de carácter transdisciplinario y que sean sensibles a las diferencias individuales y nuestra multiculturalidad.

Referencias

- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M.I, Suelves, J.M., De la Torre, R., y Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 132, 257-264.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 214-217.
- Bartholomew, L. K. y Mullen, L. K. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(s1), S20–S33.
- Botvin, G. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25 (6), 887-897.
- Botvin, G. y Griffin, K. (2006). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York, NY: Springer.
- Botvin, G. y Griffin, K. (2014). Toward the Development of Preventive Interventions to Reduce HRSB, HIV/AIDS, and Multiple Problem Behaviors. *Prevention Science*, 15(1), S81–S8.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M., y Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273(14) ,1106-1112.
- Cabanillas, W. (2012). Factores de riesgo/protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 104-111.

- Carlo, G., Crockett, L., Wilkinson, J., y Beal, S. (2011). The Longitudinal Relationships Between Rural Adolescents' Prosocial Behaviors and Young Adult Substance Use. *Journal of Youth and Adolescence*, 40 (9), 1192-1202.
- Castro, F. G., Barrera, M., Jr., y Martínez, C. R., Jr. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5(1), 41-45.
- Catalano, R. y Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (ed.), *Delinquency and crime. Current theories* (pp. 198-235). Nueva York: Cambridge University Press.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Claux, M.L. (2005). Recursos psicosociales que funcionan como factores de protección en jóvenes de las zonas de desarrollo alternativo. En F.R. León y M.L. Claux (Eds.), *Brechas de género en comportamientos de riesgo juvenil: Un estudio en colegios del Perú centro oriental*. Lima: CEDRO.
- COPOLAD (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid: Autor.
- Degenhardt, L., Dierker, L., Chiu, W.T., Medina-Mora, M.E., Neumark, Y., Sampson, N., Alonso, J., Angermeyer, M., Anthony, J.C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Karam, A.N., Kostyuchenko, S., Lee, S., Lepine, J.P., Levinson, D., Nakamura, Y., Posada-Villa, J., Stein, D., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2010). Evaluating the drug use gateway theory using cross-national data: consistency

and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug Alcohol Dependence*, 108, 84–97.

DEVIDA (2007). *Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Perú 2006*. Lima: Autor.

DEVIDA (2010). *Impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú*. Lima: Autor.

DEVIDA (2011). *III Estudio nacional: Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2009*. Lima: Autor.

DEVIDA (2012). *IV Encuesta nacional de consumo de drogas en población general, 2010*. Lima: Autor.

DEVIDA (2013). *IV Estudio nacional. Prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria, 2012*. Lima: Autor.

Dishion, T. J., McCord, J., y Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54, 755–764.

Donaldson, S. (2001). Mediator and moderator analysis in program development. En S. Sussman (Ed.), *Handbook of Program Development for Health Behavior Research and Practice* (pp. 470-500). Thousand Oaks, CA: Sage.

Drug Policy Expert Committee (2000). *Developing Framework for preventing drug problems*. Melbourne: Autor.

Durlak, J., y DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350.

- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., y Hansen, W.B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-56.
- Eccles, J. S., Barber, B. L., Stone, M., y Hunt, J. (2003). Extracurricular activities and adolescent development. *Journal of Social Issues*, 59, 865–889
- Fagan, A.A., Hanson, K. Hawkins, J.D., y Arthur, M.W. (2009). Translational Research in Action: Implementation of the Communities That Care Prevention System in 12 Communities. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 809–829.
- Fagan, A.A., Arthur, M.W., Hanson, K., Briney, J.S., y Hawkins, J.D. (2011). Effects of Communities That Care on the Adoption and Implementation Fidelity of Evidence-Based Prevention Programs in Communities: Results from a Randomized Controlled Trial. *Prevention Science*, 12(3), 223–234. doi:10.1007/s11121-011-0226-5
- Faggiano, F., Vigna-Tglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., Panella, M., Scatigna, M., Siliquini, R., Varona, L., van der Kreeft, P., Vassara, M., Wiborg, G., Galanti, M.R., y the EU-Dap Study Group. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 56-64
- Fernández, M. (2012). El costo socioeconómico del consumo de drogas ilícitas en Chile. *Revista CEPAL*, 107, 93- 114.
- Fernández-Artamendi, S., Secades-Villa, R., Fernández-Hermida, J.R., García-Fernández, G. & García-Rodríguez, O. (2013). Gender

differences in early alcohol and tobacco use as a risk factor in Spanish adolescents. *Substance Use and Misuse*, 48, 429-437.

Greenberg, M. T., Kusché, C. A., y Riggs, N. (2004). The PATHS Curriculum: Theory and research on neuro-cognitive development and school success. En J. Zins, R. Weissberg, y H. Walber (Eds.), *Building school success on social and emotional learning*. New York: Teachers College Press.

Gorini, G., Carreras, G., Bosi, S., Tamelli, M., Monti, C., Storani, S., Martini, A., Allara, E., Angelini, P., y Faggiano, F. (2014). Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 61, 6-13.

Gutiérrez, C., Contreras, H., Trujillo, D., Haro, E., y Ramos-Castillo, J. (2009). Drogas ilegales en escolares de Lima y Callao: factores familiares asociados a su consumo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 70(4), 247-254.

Hansen, W.B., Dusenbury, L., Bishop, D., y Derzon, J. (2007). Substance abuse prevention program content: systematizing the classification of what programs target for change. *Health Education Research*, 22 (3), 351-360.

Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E.C., Abbott, R.D. y Catalano, R.F. (2014). Youth Problem Behaviors Eight Years after Implementing the Communities That Care Prevention System in a Community-Randomized Trial. *JAMA Pediatrics*, 168(2), 122–129. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4009

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

- Jessor, R. (1998). *New perspectives on adolescent risk behavior*. En R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 499-517). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Kandel, D., y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 211-253). Washington, DC: APA.
- Kandel, D. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpersonal influences. *Journal of Drug Issues*, 26, 289-315.
- Kandel, D. (Ed.) (2002). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Kuklinski, M.R., Briney, J.S., Hawkins, J.D., y Catalano, R.F. (2012) Cost-Benefit Analysis of Communities That Care: Outcomes at Eighth Grade. *Prevention Science*. 13, 150–161.
- Kumpfer, K., Smith, P., y Summerhays, J. (2008). A wakeup call to the prevention field: are prevention programs for substance use effective for girls? *Substance Use & Misuse*, 43, 978-1001.
- Lorence, B., Hidalgo, M.V., Jimenez, L., y Antolin, L. (2012). Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogodependencias en el sistema educativo andaluz: Dino y Prevenir para Vivir. *Revista de Educación*, 358, 334-356.
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., y Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, 58, 593– 614.
- Ministerio de Economía y Finanzas – MEF y Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit - GIZ (2014). *Programas presupuestales 2015. Diseño, revisión y articulación territorial*. Lima: Autor.

- Miller, T. y Hendrie, D. (2008). *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*. Rockville, MD: SAMHSA.
- Riggs, N.R. (2015). Translating Developmental Neuroscience to Substance Use Prevention. *Current Addiction Report*, 2(2) ,114-121. DOI 10.1007/s40429-015-0050-2
- Riggs, N.R., Black, D.S., y Ritt-Olson, A. (2014). Applying reurodevelopmental theory to school-based misuse prevention during adolescence. *New Directions for Youth Development*, 141, 33 – 43. DOI: 10.1002.yd.
- Riggs, N. R., Jahromi, L. B., Razza, R. P., Dilworth, J. E., y Mueller,U. (2006). Executive function and the promotion of social–emotional competence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 27, 300–309.
- Ritter, A., y Bammer, G. (2010). Models of policy-making and their relevance for drug research. *Drug and Alcohol Review*, 29, 352–357.
- Rohrbach, L.A., y Milam, J. (2006). Gender issues in substance abuse prevention. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds), *Handbook of drug abuse prevention* (pp. 351 – 364). New York, NY: Springer.
- Oetting, E., y Donnermeyer, J. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Oetting, E., y Lynch, R. (2006). Peers and the prevention of adolescent drug use. En Z. Sloboda y W. Bukoski (Eds), *Handbook of drug abuse prevention* (pp. 101 – 127). New York, NY: Springer.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC (2015). *Función parental paterna y maternal en adolescentes consumidores de drogas, adolescentes infractores de la ley y un grupo control. Un estudio cualitativo-cuantitativo*. Lima: UNODC.

- Orpinas, P., Ambrose, A., Maddaleno, M., Vulcanovic, L., Mejia, M., Butrón, B., Gutierrez, G., y Soriano, I. (2014). Lessons learned in evaluating the *Familias Fuertes* program in three countries in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(6), 383–390.
- Porath-Waller, A., Beasley, E., y Beirness, D.J. (2010). Meta-Analytic Review of School-Based Prevention for Cannabis Use. *Health Education & Behavior*, 37(5), 709-723.
- Posada-Villa, J.A., Herazo, E., y Campos-Arias, A. (2009). Puerta de entrada al consumo de sustancias ilegales en Colombia: Infracciones a la norma de inicio. *Revista de Salud Pública*, 11(3), 406-413.
- Programa Anti-Drogas Ilícitas en la Comunidad Andina – PRADICAN (2013). *Rutas de aprendizaje del Programa Familias Fuertes: Amor y Límites*. Lima: Secretaría General de la Comunidad Andina.
- SAMHSA/CSAP (2001). *Science based substance abuse prevention: A Guide*. Rockville, MD: Autor.
- Sánchez, E., Zapata, K., León, M., y Fabián, E. (2008). Crianza y consumo de Drogas en una población de adolescentes de un suburbio de Lima Ciudad. *Revista de Enfermería Herediana*, 1(1), 57-61.
- Sanchez-Martinez, F., Ariza, C., Perez, A., Dieguez, M., López, M., y Nebot, M. (2010). Evaluación de proceso del programa escolar de prevención del consumo de cannabis “xkpts.com” en adolescentes de Barcelona en 2006. *Adicciones*, 22 (3), 217-226.
- Saravia, J.C. y Frech, H. (2012). Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares de colegios urbanos. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16 (3). Obtenido de <http://rpe.epiredperu.net/portada.html>

- Saravia, J.C., Gutierrez, C., y Frech, H. (2014). Factores asociados al inicio de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18 (1). Obtenido de <http://rpe.epiredperu.net/portada.html>
- Spoth, R. L., Kavanagh, K., y Dishion, T. J. (2002). Family-centered preventive intervention science: Toward benefits to larger populations of children, youth, and families. *Prevention Science*, 3, 145–15.
- Spoth, R., Randall, G. K., Shin, C., y Redmond, C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: Patterns of long term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(4), 372–381.
- Sussman, S. (2013). A Lifespan Developmental-Stage Approach to Tobacco and Other Drug Abuse Prevention. *ISRN Addiction*, 1-19. doi:10.1155/2013/745783
- Tarter, R. E., Fishbein, D., Kirisci, L., Mezzich, A., Ridenour, T., y Vannuykov, M. (2011). Deviant socialization mediates transmissible and contextual risk on cannabis use disorder development: A prospective study. *Addiction*, 106, 1301–1308.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2015). *International standard on drug use prevention*. Vienna: UNODC.
- Valenzuela, E. y Fernández, M. (2011). The Sequence of Drug Use: Testing the Gateway Hypothesis in Latin America. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1), 1–8.

- Vigna-Taglianti, F., Vadrucci, S., Faggiano, F., Burkhart, G., Siliquini, R., Galanti, M.R., y EU-Dap Study Group. (2009). Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63,722–728.
- Werch, C. E., y Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 581–590.
- Werch, Ch., Moore, M., DiClemente, C., Owen, D., Carlson, JM., y Jobli, E. (2005). Single vs. multiple drug prevention: Is more always better? A pilot study. *Substance Use & Misuse*, 40(8), 1085-1101.
- Workman, J.W, Huber, M.J, Ford, J.A, Mayer, T., Moore, D., Wilson, J.F y Kinzeler N. (2012). The PALS prevention program and its long-term impact on student intentions to use alcohol, tobacco, and marijuana. *Journal of Drug Education*, 42(4), 469-485.

URUGUAY

Avances y desafíos en prevención del consumo de drogas en Uruguay

Gabriela Olivera⁵³

Introducción

Uruguay es un pequeño país (175.016 km²) situado en América del Sur, entre Argentina y Brasil. Presenta altos porcentajes de bienestar social (Índice Gini más bajo de Latinoamérica: 0.381), en comparación con los otros estados de la región, con una de las tasas más altas de educación; su población es de 3.286,314 millones, donde se constata que casi el 90% de la misma es de ascendencia europea. (Instituto Nacional de Estadística). Después de 12 años de dictadura (1973-1985), Uruguay se convirtió en una democracia sólida y avanzada. Es el primer país en América Latina (y el único en la actualidad) que establece la regulación del mercado de *cannabis* por parte del Estado.

La Junta Nacional de Drogas (JND), organismo que marca los lineamientos políticos estratégicos del país en materia de drogas, entiende que el “problema de las drogas es un fenómeno mundial con amplias repercusiones a nivel nacional en los derechos humanos e integración social, el bienestar de las personas, la salud y la seguridad pública. Es un fenómeno social complejo y dinámico, fuertemente anclado en factores económicos, políticos y culturales que impacta en todos los estratos sociales.

Desde este marco, las políticas públicas a desarrollar abordarán el fenómeno de las drogas en forma integral, en base a evidencia científica, con una presencia activa del Estado y amplia participación de la sociedad civil, las comunidades locales e instituciones privadas” (JND, 2011).

⁵³ Se agradecen los inestimables aportes de: Soc. María Victoria González (Coordinadora del Departamento de Prevención de la Secretaría Nacional de Drogas); Soc. Agustín Lapetina; Soc. Jessica Ramírez (Observatorio Uruguayo de Drogas - OUD) y Soc. Héctor Suárez, coordinador del Observatorio Uruguayo de Drogas; así como la revisión general del documento por parte del Mtro. Diego Rossi.

El abordaje de la Prevención del consumo de drogas en Uruguay, orienta sus acciones con base en los principios de equidad, democracia, integralidad, cooperación y participación, privilegiando sus intervenciones con base en el conocimiento y la evidencia científica, con enfoque de derechos humanos, género y ciudadanía.

La prevención del consumo de drogas es un campo científico relativamente nuevo en el mundo y Uruguay no es la excepción. A través de esta breve síntesis, se da cuenta del proceso que se lleva a cabo -aproximadamente desde el año 1970- en la búsqueda y diseño de estrategias de abordaje del tema, así como en la producción y selección de herramientas para las praxis preventivas.

Como dato histórico, se destaca que en el Uruguay de principios de siglo pasado algunos usos de drogas eran aceptados a nivel social, cuando no promovidos y usados por prescripción médica. Al analizar estos usos desde una perspectiva de género, se observa que eran prescritos principalmente para “tranquilizar” –en particular a las mujeres de clase alta y burguesía- para “aliviar malestares” como jaquecas, insomnios y debilidad. Igualmente, existía un uso “recreativo” de morfina en las llamadas “pensiones de artistas”, burdeles y otros ámbitos de socialización reducidos. (Barrán, Caetano, Porzecanski, 1998).

Paralelamente a las referencias históricas, existen reseñas en la literatura nacional con respecto del uso de morfina en determinados ámbitos socio culturales bien definidos. Un claro ejemplo se puede encontrar en el cuento “Una estación de amor”, del escritor uruguayo Horacio Quiroga del año 1917 donde se da cuenta -de manera excelente- el proceso que lleva a una persona a convertirse en dependiente a la morfina. Algunos pasajes del mismo, ilustran en forma magistral la vida de una de las protagonistas del cuento y su vínculo con la morfina:

“Abusaba de la morfina por angustiosa necesidad y por elegancia. Tenía treinta y siete años; era alta, con labios muy gruesos y encendidos que humedecía

sin cesar... Cuando el latigazo de la morfina pasaba, sus ojos se empañaban...”
“...la señora decaía vertiginosamente. Había llegado deshecha, el pie incierto y pesadísimo, y en sus facies angustiosa la morfina, que había sacrificado cuatro horas seguidas a ruego de Nébel, pedía a gritos una corrida por dentro de aquel cadáver viviente...”

“...ya en el coche, no pudiendo resistir más, la dama había mirado a Nébel con transida angustia: -Si me permite, Octavio... ¡No puedo más! Lidia, ponte delante. La hija, tranquilamente, ocultó un poco a su madre, y Nébel oyó el crujido de la ropa violentamente recogida para pinchar el muslo. Los ojos se encendieron, y una plenitud de vida cubrió como una máscara aquella cara agónica. -Ahora estoy bien...! Qué dicha! Me siento bien. -Debería dejar eso- dijo duramente Nébel, mirándola de costado. Al llegar, estará peor. -¡Oh, no! Antes morir aquí mismo.” (Quiroga, 1917).

Se observa que los consumos de algunas de las drogas -actualmente consideradas ilegales- se aceptaban y controlaban socialmente, ya que las personas que las consumían pertenecían a grupos o élites reducidas: ambientes musicales de tango o de escritores, donde frecuentemente se consumía cocaína o se hace un uso recreativo de la morfina.

El Uruguay se caracteriza -desde la finalización del siglo XIX, a partir de la reforma de la educación- por la búsqueda de las mejores prácticas que impacten en el logro de la equidad y la protección de la calidad de vida de las personas, promoviendo el desarrollo social, económico, político y cultural de la población; así como paralelamente, atiende y participa de los debates internacionales que se generan sobre distintos temas complejos, como el uso problemático de sustancias psicoactivas.⁵⁴

⁵⁴ Consumo problemático de drogas: el Observatorio Uruguayo de Drogas, de la Junta Nacional de Drogas, lo estima por una serie de Indicadores resumidos en un ÍNDICE que mide los síntomas de dependencia (física o psicológica) o uso abusivo de la persona a la sustancia indagada (CIE-10), para todas las drogas excepto para Alcohol que se utiliza la escala AUDIT. Asimismo, se entiende al consumo problemático de drogas como aquel uso que puede generar riesgos y daños para los usuarios o sus contextos, tanto en las órbitas de la salud, de las relaciones interpersonales,

Hasta las primeras convenciones internacionales -que establecieron la prohibición del uso de determinadas sustancias psicotrópicas- poco se cuestionaba públicamente al respecto del uso de drogas, ya que existía aún el control social sobre los consumos de sustancias psicoactivas y se trataba solo de usos por parte de grupos constituidos por escaso número de integrantes.

De todas formas, nuestro país no estuvo ajeno a las dificultades progresivas que afrontaba la región en la postguerra, ni a los paulatinos cambios en las relaciones de producción y comercio, así como en el desvanecimiento del modelo paternalista de desarrollo vigente. Estas -entre otras singularidades- fueron deteriorando los tejidos sociales y culturales que impregnan a la sociedad uruguaya anterior a los años 1950, para comenzar a profundizar la fragmentación social y política que tiene como mayor ponente la vulneración de los derechos humanos durante la dictadura que gobierna el país entre los años 1973 y 1984.

Se puede afirmar que en Uruguay, a partir de 1970 aproximadamente, *el problema de las drogas* se concentra en determinados grupos de usuarios de drogas ilegales, en general representados en el imaginario social como grupos marginales de la juventud, a los cuales se les denominaba con el término de “drogadictos” o algún otro calificativo estigmatizador. Sobre ellos cayó el peso de la “ciencia” y la “represión”, sufriendo prisión o internaciones psiquiátricas por la razón del consumo de drogas de carácter ilegal, en particular, de *cannabis* y cocaína. (Garat, 2012: 73).

El uso de drogas y los comportamientos de riesgo que se asocian al uso problemático de sustancias psicoactivas -por parte de estos grupos- preocupaban sobre todo al control represivo del narcotráfico y al personal sanitario;

sociales y situaciones de conflicto con la ley. En particular, para la población menor de 18 años, nuestro país cuenta con un Protocolo de atención para los adolescentes y jóvenes que ingresen a la emergencia a centros de salud por intoxicación debido al consumo de alcohol. Igualmente, es pertinente señalar que en Uruguay está prohibida la venta de drogas a menores de 18 años.

ya que visualizaba el deterioro de la salud de algunos consumidores de drogas que las usaban por largo tiempo.

En ese momento, el esfuerzo en la explicación, prevención y tratamiento del tema estaba monopolizado por parte del discurso médico toxicológico o psiquiátrico, convirtiéndose poco a poco en una problemática social compleja que es imperioso abordar desde las diversas disciplinas científicas y sociales.

La mayor parte de estas intervenciones preventivas tempranas tenían un carácter intuitivo diseñadas sobre la base de diferentes planteamientos ideológicos, no se planificaban a partir de datos empíricos o de evidencia científica que pudieran dar cuenta de la efectividad de esas actuaciones o fiscalizaciones realizadas. Se trataba de intervenciones aisladas, espontáneas -plenas de buenas intenciones- pero que no iban más allá de “charlas informativas” o de “testimonios” de exadictos realizadas indiscriminadamente en instituciones educativas, centros de salud y otros establecimientos carentes de monitoreo o evaluación.

La evolución de las políticas públicas

Con respecto al marco jurídico que respalda las acciones preventivas en el país, a principios de 1970 se promulga el Decreto - Ley 14.294, como primera medida que se aplica en materia de producción, comercialización y consumo de drogas. Surgen las primeras experiencias institucionales en torno a la prevención y tratamiento del consumo de drogas, siendo acciones aisladas y focalizadas (en las sustancias y la población) no existiendo, prácticamente, coordinaciones entre los organismos involucrados. Surgen los primeros esfuerzos de intervención específica desde el Ministerio Salud Pública, a través de la División de Salud Mental y la Comisión de Lucha contra las Toxicomanías (Decreto-Ley 14.294, 1974).

La Ley 17.016, de 1988, modifica parcialmente la normativa anterior e incluye normas sobre lavado de dinero.

El Decreto 463/1988, señala en su artículo 1°. “Créase la Junta Nacional de Drogas, la que se individualizará con la sigla JND”. En el año 1994, la Ley 16.579, aprueba la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Drogas (Naciones Unidas, 1988). Más tarde el Decreto 346/1999 cambia efectivamente el nombre por Junta Nacional de Drogas, y crea la Secretaría Nacional de Drogas.

La Junta Nacional de Drogas (JND) es un organismo dependiente de la Presidencia de la República, de carácter interministerial integrado por nueve viceministros, presidido por el Prosecretario de la Presidencia e integrado por el Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas (SND) y el Secretario General de la Secretaría Nacional Antilavado de Activos (SNAA). Marca las líneas políticas de construcción en las distintas áreas en lo que hace a la reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación, tratamiento y rehabilitación, comunicación, debate público y académico. (JND - Estrategia 2011 – 2015).

El 9 de setiembre de 2004, se aprueba el “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, promovido por la Organización Mundial de la Salud. Como consecuencia de los decretos presidenciales del 31 de Mayo de 2005 y del 5 de setiembre 2005 el Uruguay se convierte en el **1er. País Libre de Humo de Tabaco en Latinoamérica**. Actualmente se cuenta con la Ley N° 18.256 promulgada el 6 de marzo de 2008, que es una ley integral del control del tabaco. (Prohibición completa de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, incluyendo los logros anteriormente obtenidos, como: ambientes 100% libres de humo de tabaco, advertencias, etc.).

El día 20 de diciembre de 2013 se aprueba la Ley N° 19.172 que establece una nueva regulación del mercado de *cannabis*. La ley 19.172 declara de interés público aquellas acciones tendientes a “...proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis, que promueva

la debida información, educación y prevención, sobre las consecuencias y efectos perjudiciales vinculados a dicho consumo así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los usuarios problemáticos de drogas...”

Asimismo, en su artículo cuarto, expresa que tiene por objeto: “... proteger a los habitantes del país de los riesgos que implica el vínculo con el comercio ilegal y el narcotráfico buscando, mediante la intervención del Estado, atacar las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso problemático de sustancias psicoactivas, así como reducir la incidencia del narcotráfico y el crimen organizado...”

Acciones en Prevención

Las primeras iniciativas formales de prevención en el tema drogas parten desde el Ministerio de Salud Pública. Las mismas están marcadas sobre todo por el peso de las drogas legales, tabaco y alcohol, su implicación en los siniestros de tránsito y las enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Asimismo, aparecen los primeros esbozos de promoción de ambientes libres de humo de tabaco ambiental por parte de instituciones relacionadas con la prevención del cáncer y algunos centros escolares.

Estas intervenciones cuentan con una larga historia de acciones puntuales que realiza el Ministerio de Salud Pública a través de distintas articulaciones interinstitucionales, particularmente, con el ámbito educativo formal y sanitario a nivel público. Sobre finales de 1980, se crean diversos Programas Prioritarios, uno de ellos es el Programa Prioritario de Prevención de la Adquisición de Hábitos Tóxicos y Adicciones. Estas acciones parten desde Salud Pública, en el marco de la División Promoción de Salud, centran su eje en el mejoramiento de la calidad de vida integral de las personas. El Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública destaca, a través de distintos estudios, que el país ha completado su transición epidemiológica, lo que permite disminuir las enfermedades transmisibles y constata un predominio de

las problemáticas sanitarias relacionadas con los hábitos sociales y los comportamientos asociados al estilo de vida de las personas. (Programas Prioritarios de Salud, 1994).

La primera acción específica sobre capacitación de técnicos y tratamiento para el abordaje del consumo problemático de drogas del MSP, es la creación de la primera Policlínica de Fármaco Dependencia del país -instalada en el Hospital Maciel- la cual pasa a ser un referente nacional. Desde allí se realizan las primeras capacitaciones nacionales sobre abordajes preventivos a referentes socio-sanitarios de distintas instituciones públicas del país.

A partir de la creación de la Junta Nacional de Drogas (1988), se conforma un equipo de profesionales que tiene como función principal ser el soporte técnico encargado de llevar adelante las directivas de la JND y paulatinamente se gesta lo que se convertiría, a partir del 2001, en el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD).

El país aún no contaba, en esos años, con formación académica específica en el tema, por lo cual los espacios de congresos, jornadas y foros habilitaron la socialización de la información sobre la problemática y la escucha de distintas voces que contribuyen a la creación de análisis y la generación de incipientes propuestas preventivas en la temática. Estos espacios son dinamizados por distintas Organizaciones No Gubernamentales, otros ámbitos de la sociedad civil, especialistas en prevención y tratamiento de consumos problemáticos de drogas, con idoneidad y compromiso con la problemática.

A través de las diversas administraciones y el liderazgo de los Pro Secretarios de cada gobierno (presidente de la Junta Nacional de Drogas), se elabora el primer Plan Nacional para la Prevención del Consumo de Drogas, en sus dos ejes: Reducción de la Demanda y Control de la Oferta.

Desde el año 2000 se realizaron los primeros contactos con los comunicadores, a partir de los cuales se organizaron diversos foros-debate para

mejorar la atención de la problemática en los medios masivos de comunicación. Es así como inician las primeras campañas masivas informativas promovidas desde la Junta Nacional de Drogas, elaboradas a partir de estudios sobre la percepción del riesgo del consumo de alcohol en determinados segmentos poblacionales.

Son diversas las ONG nacionales que implementan programas preventivo- educativos sobre los consumos de drogas dirigidos a distintas poblaciones, entre los que se destacan:

Grupo de Cavia. Fue fundada en 1991 por un grupo de profesionales del campo de la salud y el trabajo social comprometidos con una posición ética y una práctica alternativa respecto al tratamiento de la problemática de drogas. Se constituyó como una organización sin fines de lucro con la misión de:

- a) Desarrollar programas preventivos y asistenciales para mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas y su contexto familiar y social.
 - b) Trabajar activamente por los derechos de los usuarios de drogas, particularmente el derecho a recibir asistencia, a la participación social y a la no criminalización y discriminación.
- En materia de educación pública y prevención se destacaron:
 - Participación en programas de capacitación del Gobierno para personal sanitario y educativo.
 - Diseño e implementación de proyectos de educación pública, entre los que se destacan:
 - *“Capacitación para la Prevención del Uso de Drogas en Centros Educativos”*: El objetivo de este proyecto fue generar condiciones que permitieran realizar acciones preventivas del uso de drogas y brindar información sobre recursos de orientación y derivación de aquellas situaciones problemáticas que pudieran surgir en las instituciones educativas mediante la capacitación de docentes, agentes comunitarios, padres y adolescentes.

- *Guía “Drogas, más información menos riesgos”*: Colaboración técnica con esta guía elaborada por la JND y de distribución gratuita a nivel nacional.

“Conductor Solidario”: Campaña masiva orientada a la prevención de los accidentes de tráfico vinculados al abuso de alcohol y otras drogas, así como a la promoción de una actitud solidaria y responsable por parte de los conductores. Los lemas de este proyecto son “Si toma, ceda el volante” y “Elija ser un conductor solidario”. En 8 meses de proyecto ha sido replicada 5 veces y consiste en: 1) distribución personalizada de folletos informativos por parte de jóvenes de la red de voluntariado juvenil capacitados por el proyecto, 2) afiches en la vía pública. Este proyecto se ejecuta coordinando esfuerzos de la Junta Nacional de Drogas, el Gobierno de Montevideo, el Banco de Seguros del Estado y Grupo de Cavia.

El Abrojo. El Programa Alter-Acciones surge en el año 1994 en el marco del Instituto de Educación Popular El Abrojo. Su objetivo esencial es desarrollar modelos y abordajes científicos, eficaces y compasivos sobre el uso de drogas, tanto legales como ilegales. Se han desarrollado diferentes programas y proyectos con distintas poblaciones beneficiarias y en distintas zonas de Montevideo y del interior del país.

Proyectos desarrollados para el Área Educativa:

- Proyectos educativos de prevención del uso problemático de drogas con instituciones de educación formal (liceos públicos y privados) y de educación social (Ongs, INAU, Centros Juveniles, Intendencias, etc.)
- Programa La Aventura de la Vida para el trabajo con estudiantes en edad escolar.

Proyectos desarrollados para el Área de Formación:

- Desarrollo de cursos presenciales entre 1998 y 2007
- Representación en Uruguay de la primera Edición de la Maestría Online en Drogodependencias de la Universidad de Barcelona.

- Cuatro ediciones del Curso online Astrolabio: Elementos para el desarrollo de Programas preventivos en la temática del Uso de Drogas
- Edición del curso online sobre Planes Locales de Drogas

Proyectos desarrollados para el Área de Investigación:

- Investigación de los resultados e impacto de la aplicación del Programa La Aventura de la Vida, en Uruguay.
- Investigaciones etnográficas sobre el consumo de drogas en la adolescencia y la juventud.

Proyectos desarrollados para el Área de Servicios Online y Nuevas Tecnologías:

- Desarrollo del servicio virtual de información y orientación sobre el uso de drogas.
- www.d-lamente.org

ENCARE es una organización no gubernamental especializada en la problemática del uso de drogas. Constituido como equipo de trabajo en el año 1994, lo conforma un grupo interdisciplinario de profesionales capacitados en nuestro país y en el extranjero, en las diversas dimensiones incluidas en esta temática y con experiencia en el área de drogas, adolescencia y juventud. La ONG Encare, ha desarrollado las siguientes acciones para las áreas educativa y territorial:

Área sistema educativo, donde la acción preventiva ha tenido un particular privilegio. Se ha realizado una importante actividad en los subsistemas público y privado a nivel de primaria, secundaria y formación técnico profesional, adoptando diferentes modalidades: talleres, seminarios de capacitación, charlas informativas, consultorías y asesoramientos institucionales; y a la vez el diseño de metodologías, herramientas y modelos de intervención adecuados a cada realidad. En las mismas se ha procurado

incluir a los diferentes actores vinculados al acto educativo: docentes, funcionarios, direcciones, padres y alumnos, adecuando los contenidos y la metodología según los destinatarios de la actividad y según los objetivos de la misma. Anualmente se trabaja con aproximadamente 1500 estudiantes, 800 padres y 300 docentes.

En asocio con la Junta Nacional de Drogas se gestionó en noviembre de 2001 un Seminario para decisores y técnicos de nivel medio de la ANEP, acerca de la inserción de la Prevención en Drogas en el ámbito del Sistema Educativo Formal.

En el año 2004 se desarrolló el proyecto de “Capacitación para maestros de la Administración Nacional de la Enseñanza Pública” en los componentes: prevención de los problemas vinculados al uso de drogas, y en violencia (en conjunto con la ONG Andenes), financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en convenio con la presidencia de la República y el Programa Infamilia.

Ámbito territorial cabe destacar el Proyecto «Diseño de Estrategias Preventivas del Uso Indebido de Drogas a Nivel Comunitario», que se desarrolló en convenio con la Intendencia Municipal de Montevideo desde 1995 y hasta 2001. Este proyecto ha permitido fortalecer el trabajo preventivo en el área específica del consumo de sustancias, tomando como punto de partida la capacitación, diseño e implementación de proyectos, por vecinos, educadores, profesionales y agentes comunitarios, que actúan en diferentes escenarios locales. Este proyecto supuso el dictado de cursos de formación de agentes comunitarios en diez Zonas, así como el diseño y ejecución de intervenciones de corte preventivo en los respectivos barrios por parte de los propios agentes comunitarios, asesorados y apoyados por ENCARE. Producto de este proyecto se logró la gestación de redes interinstitucionales abocadas a esta y otras temáticas vinculadas al trabajo con niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, así como la formación de grupos de referencia en la temática,

a nivel de las distintas zonas. Entre 2004 y 2005 se llevó a cabo el Proyecto comunitario de Prevención en Drogodependencias, en convenio entre la Intendencia Municipal de Montevideo, la Junta Nacional de Drogas, el Programa URBAL y cuatro ONG, gestionado por Encare en dos Zonas (CCZ 9 y 13). Este proyecto supuso el desarrollo de nuevos abordajes, producto de la confrontación de la pertinencia de los modelos previos en las nuevas realidades sociales de consolidación de la exclusión.

Históricamente, Encare ha mantenido también relación con la Junta Nacional de Drogas, aportando al diseño de estrategias e integrando las diversas redes que se generan desde este ámbito político.

IDES –Instituto de Investigación y Desarrollo – IDES. Los lineamientos éticos del instituto se enmarcan en los principios de solidaridad, confidencialidad, promoción de la autonomía y el auto cuidado, particularmente en los programas desarrollados desde el Área de Salud del IDES, por lo que las intervenciones preventivas se sustentan en las capacidades de los individuos para gestionar los riesgos frente al consumo y mejorar su calidad de vida.

El Área Salud del IDES llevó a cabo un Programa de Investigación y Prevención del Consumo Problemático de Drogas, trabajando en varias áreas: un servicio de orientación y atención a usuarios de drogas y sus familias, ubicado en la Policlínica de Parque Bellán de la Intendencia de Montevideo, atendido por un equipo interdisciplinario. Trabajo en calle, realizando actividades de prevención primaria y secundaria, en el consumo de alcohol y otras drogas, así como de promoción de la salud sexual. El servicio sirvió de apoyo, orientación y sostén a las actividades preventivas y de reducción de daños. Ambos programas se articularon con la investigación y la capacitación con diferentes poblaciones (agentes de salud, jóvenes y su entorno adulto; docentes y líderes comunitarios). Estas cuatro acciones buscaron generar conocimiento y promover salud, desde su complementariedad: investigación, asistencia, capacitación e intervenciones, desde y con las redes sociales y de salud ya existentes.

Desarrollo de Proyecto Piloto durante el 2002 y principios de 2003 por el Instituto de Investigación y Desarrollo Social (IDES) junto al Programa Nacional de SIDA (PNS) y el Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP) pertenecientes al Ministerio de Salud Pública (MSP). El mismo contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud y la Agencia Española de Cooperación Internacional. La investigación formó parte de un estudio comparativo entre la población usuaria de cocaína no inyectable en Montevideo y área metropolitana, y la población usuaria de Buenos Aires y su cono urbano. Su objetivo fue determinar la prevalencia de las infecciones por VIH, VHB, VHC y T. Pallidum en poblaciones de usuarios de cocaína no inyectable, permitiendo obtener, también, un diagnóstico acerca de las prácticas de riesgo sexual y de consumo que exponen a este grupo a una situación de mayor vulnerabilidad social y en salud.

Desde la Junta Nacional de Drogas, a través del Departamento de Prevención “se articulan acciones políticas y programas tendientes a promover la conciencia social sobre la importancia de los problemas relacionados con las drogas, y sobre las potencialidades de cómo la sociedad en su conjunto puede ser parte activa de las respuestas, en un concepto de responsabilidad compartida e inter-generacional” (Junta Nacional de Drogas – Departamento de Prevención). La visión del Departamento de Prevención de la JND, es “...favorecer la reducción de la demanda de drogas a través de estrategias que se complementan, tanto en el retraso del inicio en el consumo de drogas, así como también en la gestión de los riesgos asociados al uso, articulando distintos planes y programas a través de los efectores en el ámbito de la educación formal, no formal, familia y ámbito laboral, con especial relevancia a nivel territorial y comunitario, facilitando la participación de los ciudadanos y ciudadanas. De igual forma, busca promover y apoyar programas para aumentar y mejorar las habilidades personales, potenciar los recursos propios de las poblaciones más jóvenes, en procesos que faciliten actitudes vinculadas a la salud y a la participación ciudadana en

el contexto social, local o de pertenencia...” (Junta Nacional de Drogas – Departamento de Prevención). Los objetivos generales y lineamientos estratégicos comprenden la generación e implementación de programas de prevención dirigidos al conjunto de la población, con énfasis en ámbitos privilegiados como el educativo, familiar, laboral y comunitario.

El Departamento de Prevención de la JND, para el ámbito de las coordinaciones interinstitucionales, destaca la constitución de la Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas conformada por autoridades y equipos de la Administración Nacional de Educación Pública /CODICEN y la Junta Nacional de Drogas (2009). En el marco de las actividades que desarrolla esta comisión, se han producido distintos manuales orientadores para trabajar la prevención del consumo de drogas en el aula. Uno de los manuales que ha sido evaluado por los docentes de manera satisfactoria, es el titulado “Los usos de drogas y su abordaje en la educación media”, dirigido a docentes de centros educativos de enseñanza secundaria. El manual parte desde un marco general de promoción de salud, profundizando en distintas herramientas basadas en la metodología de Habilidades para la Vida y particularizando sobre los factores de riesgo y protección del consumo problemático de drogas. Igualmente, se elaboró un material de consulta y referencia para las direcciones de los centros educativos, “Fundamentos políticos acerca del abordaje del consumo y de los usos problemáticos de drogas en el sistema educativo formal” con el fin de brindar un marco de referencia y consulta sobre la complejidad de la temática. (Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas, 2009).

Asimismo, se han elaborado diversas herramientas educativo-preventivas con el propósito de contribuir al proceso educativo desde la especificidad del tema drogas, promoviendo el intercambio y la participación de los centros educativos y la comunidad. Las intervenciones preventivo-educativas desarrolladas en este marco cuentan con un riguroso seguimiento y evaluación de resultados de las acciones llevadas a cabo durante los últimos diez años.

Para el ámbito educativo es relevante el trabajo con la educación no formal en el ámbito comunitario. El territorio ha permitido trabajar con los actores de la educación formal en espacios de articulación como los nodos de familia y mesas de convivencia, entre otras organizaciones representantes de distintos colectivos, por medio de estrategias lúdicas de intervención comunitaria donde todos los actores se apropian del juego y la recreación, como factores de protección en los grupos humanos.

En el ámbito de la prevención comunitaria es importante la articulación con diversos actores como el Ministerio de Educación y Cultura (Usinas Culturales, Centros MEC) ICAU (Promoción de Concursos Audiovisuales); Ministerio de Desarrollo Social: PRONADIS (Promoviendo el desarrollo de la línea de trabajo en discapacidad), INJU (Promoviendo líneas específicas de trabajo en Juventudes por medio del Plan Nacional de Juventudes), Intendencias (Ofertas Culturales y Movida Joven, Policlínicas Barriales) Universidad Católica, Asociación Cristiana de Jóvenes (fortaleciendo la línea del Voluntariado), Programas como Uruguay Crece Contigo y Plan Juntos (trabajo en territorio), Centros juveniles Barriales, Organizaciones Afro-Uruguayas (Promoviendo la línea de trabajo con la comunidad afro y la especificidad de sus consumos)

Actualmente, la Secretaría Nacional de Drogas de la Junta Nacional de Drogas, cuenta con investigaciones rigurosas, incluso con comparación de datos regionales, y con un cuerpo institucional que está en condiciones de trabajar coordinadamente para aprovechar los recursos existentes y delinear las mejores estrategias preventivas, para cualquiera de los niveles de prevención: Prevención Universal, Prevención Selectiva y Prevención Indicada. Desde la Junta Nacional de Drogas se han gestado diferentes herramientas informativas y preventivas, a partir de los datos que brinda el OUD como, por ejemplo: la “Guía de padres y madres”, que da cuenta de la importancia del rol de la familia y su papel privilegiado en la prevención de consumos problemáticos de drogas de sus miembros. Lo mismo con diferentes materiales informativos

que se han realizado para Enseñanza Media, a partir de los datos que brindan las Encuestas Nacionales realizadas en centros educativos de Enseñanza Media, públicos y privados del país.

Asimismo, es relevante la coordinación interinstitucional con el Programa del Plenario Inter Sindical de Trabajadores (PIT-CNT) y Universidad de la República, ya que permite que la SND integre espacios como el Consejo Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (CONASAT), en el cual se discuten temas relevantes en torno a la prevención de usos de drogas en el ámbito laboral y familiar de los trabajadores, así como también se convierte en un espacio central para discutir en conjunto con el Instituto de Regulación y Control de Cannabis, el marco regulatorio relacionado con los controles de uso de *cannabis* de los trabajadores. De igual forma se desarrollan Programas Selectivos en períodos de verano y en espacios festivos por medio de programas de prevención de usos de drogas basados en el enfoque de gestión de riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y cannabis. Sobre estos programas cabe mencionar la articulación interinstitucional para pensar los programas de prevención desde cuatro líneas distintas que hacen a la estrategia integral: promoción de salud y prevención, seguridad, control y fiscalización y dispositivos socio-sanitarios (denominados: “carpas de achique” instaladas en contextos donde hay consumo).

Investigaciones

Observatorio Uruguayo de Drogas

Desde la puesta en marcha del Observatorio Uruguayo de Drogas se cuenta con investigaciones nacionales sistemáticas que arrojan los primeros datos sobre los consumos en el país, y se realizan las primeras recomendaciones rigurosas en torno a cuáles son las poblaciones de más alta vulnerabilidad, cuáles son las drogas más consumidas y cuáles son las mejores líneas preventivas a seguir.

El Observatorio Uruguayo de Drogas de la Secretaría Nacional de Drogas, depende de la Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República. Se trata de un Sistema de Información e Investigación sobre el consumo y oferta de drogas, que permite generar datos para el análisis de las tendencias en sus patrones de uso y tráfico, con el fin de contribuir a la efectividad de las políticas y programas contemplados en la Estrategia Nacional de Drogas y cumplir con los requerimientos de información de la comunidad nacional e internacional con estadísticas inequívocas, uniformes y comparables.

El Observatorio realiza periódicamente la Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas. Se registran hasta el presente:

- VI Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas – 2014
- V Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas – 2011
- IV Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas – 2006
- III Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas – 2001
- II Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas – 1998 (Se realiza con anterioridad a la creación del OUD)
- I Encuesta Nacional en Hogares sobre consumo de drogas – 1994 (Se realiza con anterioridad a la creación del OUD)

Con respecto a la Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media, el OUD registra la realización de las siguientes investigaciones hasta el presente:

- VII Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media – 2014
- VI Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media – 2011

- V Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media – 2009
- IV Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media – 2007
- III Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media – 2005
- II Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media – 2003
- I Encuesta Nacional de Consumo en Estudiantes de Enseñanza Media – 2001

Asimismo, el Observatorio registra la realización de otros estudios en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro para el control de Enfermedades (CDC) y el Ministerio de Salud Pública:

- II Encuesta Mundial de Salud Adolescente – 2012
- II Encuesta Mundial de Jóvenes y Tabaco – 2014
- I Encuesta Mundial de Salud Adolescente – 2007
- II Encuesta Mundial de Jóvenes y Tabaco – 2007
- II Encuesta Mundial de Jóvenes y Tabaco – 2002

De igual manera, el Observatorio realiza otros registros y estudios en el marco de lo pautado por sus cometidos sobre recopilar y analizar la información relacionada con el fenómeno de drogas, generada por todas las fuentes nacionales.

- Censo Nacional de usuarios en Tratamiento de Centros Especializados.
- Registro permanente de usuarios de drogas en Atención y Tratamiento – Programa “Tratamiento Registra”.

- Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana. 2013.
- Estudios de seroprevalencia de VIH y de conocimiento, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta, *crack* y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su Área Metropolitana. 2013.
- Estudios de seroprevalencia de VIH y de conocimiento, actitudes y prácticas entre usuarios de pasta, crack y otras denominaciones de la cocaína fumable en Montevideo y su Área Metropolitana. 2013.
- Diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en tres barrios de Montevideo (Goes-Aguada, Manga, Centro-Ciudad Vieja) 2015.
- Estudio Etnográfico Drogas de Síntesis. En proceso de realización y publicación de Informe Final.

En suma:

Desde principios del siglo XX existe evidencia del control y la tolerancia social del consumo de drogas en el país, incluso para algunas sustancias psicoactivas de carácter ilegal, como morfina y cocaína. Los primeros registros formales de estrategias e implementación de programas de prevención de consumo de drogas en Uruguay datan del año 1970 y coinciden con los datos de las primeras respuestas a nivel global. El “problema” de las drogas como tal, preocupaba en esos años particularmente al personal sanitario, que visualizaba el paulatino deterioro de salud de los usuarios de drogas, y al control represivo del narcotráfico, que se ocupaba de la vigilancia, represión del consumo y circulación de las drogas ilegales en la comunidad. Las iniciativas tempranas para explicar y prevenir el consumo de drogas, provienen, entonces casi exclusivamente, desde los discursos médico-toxicológicos o psiquiátricos y contaban con el aval del gobierno dictatorial de la época.

Más tarde surgen explicaciones de la problemática que la conciben como un problema social complejo y para el cual se elaboran abordajes inter y multidisciplinarios que comprendan la sinergia entre miradas sociales y científicas del problema. No obstante, las intervenciones preventivas que surgen en este periodo, son aún de carácter intuitivo, sin mayores planificaciones ni respaldo de evidencia científica sobre las dimensiones y características del problema.

Las primeras iniciativas formales de prevención en el tema de drogas parten desde el Ministerio de Salud Pública y se dirigen particularmente a la prevención de los daños causados por el consumo y uso problemático de drogas legales como tabaco y alcohol. A partir de la creación del Observatorio Uruguayo de Drogas, se generan conocimientos sobre las prevalencias y características de los consumos de drogas en el país, y a partir de ellas se elaboran las primeras recomendaciones con base en la evidencia científica que contribuyen al mejoramiento de las praxis en el tema.

En este período se construye el primer plan nacional de prevención del consumo de drogas, en sus dos ejes: reducción de la demanda y control de la oferta. Se generan así espacios de reflexión sobre la problemática, foros y seminarios, que propician ambientes de discusión plural entre el gobierno, las ONG que trabajan el tema y la sociedad civil organizada. Desde hace más de 30 años se fortalece el intercambio entre los distintos actores de la sociedad que se encuentran comprometidos con la prevención del consumo y el uso problemático de drogas en nuestro país, así como las intervenciones producidas por las ONG especializadas en el tema, de las cuáles se destacan: El Abrojo, Cavia, Encare e Ides.

Desde la Junta Nacional de Drogas, a través del departamento de Prevención, se hace énfasis en el monitoreo y evaluación de la implementación de programas de prevención dirigidos al conjunto de la población, con énfasis en ámbitos privilegiados como el educativo, familiar, laboral y comunitario.

Al respecto del marco jurídico, paulatinamente se construye un marco legal a través de distintas leyes, decretos y reglamentaciones que permiten establecer medidas aplicadas en materia de producción, comercialización y consumo de drogas. El Ministerio de Salud Pública organiza distintas divisiones y comisiones específicas para intervenir sobre el tema de drogas, así como desde la presidencia del país se crea la Junta Nacional de Drogas, que es el órgano rector en materia de políticas de drogas del país. Uruguay es el primer “país libre de humo de tabaco” en Latinoamérica y el primero en el mundo en establecer una nueva regulación del mercado de *cannabis*.

Las políticas nacionales de drogas, enmarcadas en la Estrategia Nacional de Drogas 2011 – 2015 de la Junta Nacional de Drogas de la Presidencia de la República, abordan la prevención del consumo de drogas y del uso problemático de las mismas desde un paradigma de equidad, centrado en las personas, en los determinantes sociales que intervienen en los vínculos problemáticos con las sustancias, con un enfoque de derechos humanos, género y ciudadanía.

Referencias

<http://encare.org.uy/>

Barrán, J. P, Caetano, G., Porzecanski, T., (1998) Historias de la vida privada en el Uruguay - Tomo 3 - Individuo y soledades (1920 - 1990) Ediciones Santillana, Montevideo.

Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas (2009).

- Los usos de drogas y su abordaje en la educación: educación media, orientaciones para la promoción de salud y la prevención. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=125:la-comision-interinstitucional-nacional-de-drogas-jndanep-codicen&catid=8:informes&Itemid=18
- Fundamentos políticos acerca del abordaje del consumo y de los usos problemáticos de drogas en el sistema educativo formal. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/drogas_educacion.htm

Garat, Guillermo (2012) Marihuana y otras yerbas. Prohibición, regulación y usos de drogas en Uruguay. Editorial Sudamericana Uruguay S.A. Montevideo.

Instituto Nacional de Estadística 2015. Estimación de la pobreza por el método del Ingreso. Disponible en:

<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/Pobreza%202014/Informe%20Pobreza%202014.pdf>

Junta Nacional de Drogas (2011) Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas 2011 – 2015. Materiales educativo – preventivos para familias, educadores y equipos socio sanitarios. Disponible en: www.infodrogas.gub.uy

Junta Nacional de Drogas – Departamento de Prevención. Objetivos generales y lineamientos estratégicos. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=26&Itemid=51

Ministerio de Salud Pública (2000). Manual de Hábitos Tóxicos. Montevideo, Uruguay.

Naciones Unidas. (1988) Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, Viena. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/marco_legal/documentos/C_02_convention_1988_es.pdf

Normativa Legal en materia de drogas –ordenada por fecha-

Ley N° 14.294 (Octubre, 1974). Estupefacientes se regula su comercialización y uso y se establecen medidas contra el comercio ilícito de las drogas. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=14294&Anchor=>

Decreto N° 463/988 (Julio, 1988) CREACION DE LA JUNTA NACIONAL DE DROGAS Promulgación : 13/07/1988 Publicación: 25/07/1988. Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo: 1 Semestre: 2 Año: 1988 Página: 98. Disponible en: <http://www.impo.com.uy/bases/decretos/463-1988>

LEY 16.579 DEL 21 DE SEPTIEMBRE DE 1994. Se aprueba Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas”. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/html/marco_legal/documentos/L_15_Ley_16579_aprueba_convencion_trafico_ilicito.pdf

Ley N° 17.016 (Octubre, 1998). ESTUPEFACIENTES DICTANSE NORMAS REFERENTES A ESTUPEFACIENTES Y SUSTANCIAS-

QUE DETERMINEN DEPENDENCIA FISICA O PSIQUICA.
Disponibile en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17016&Anchor=>

Decreto 398 del 23 de diciembre de 1999 Reglamenta la Ley 17.016 de 22 de octubre de 1998. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=17&Itemid=12

Ley N° 17.793 (2004) Ratificación – Aprobación CONVENIO MARCO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17793&Anchor=>

Ley N° 18.256 (Marzo 2008) CONTROL DEL TABAQUISMO. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18256&Anchor=>

Ley N° 19.172. (Diciembre, 2013) MARIHUANA Y SUS DERIVADOS CONTROL Y REGULACIÓN DEL ESTADO DE LA IMPORTACIÓN, PRODUCCIÓN, ADQUISICIÓN, ALMACENAMIENTO, COMERCIALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN. Disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19172&Anchor=>

Decreto 120/014 de 6 de mayo de 2014 Reglamentario de Ley 19.172 de 20/12/2013 que regula la producción, distribución y venta del cannabis y de Decreto-Ley 14.294 de 31/10/1974 artículos 3, 30 y 31. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=17&Itemid=12

Decreto 372/014 de 16 de diciembre de 2014. Reglamentario de Ley 19.172 en lo que refiere al cannabis no psicoactivo (cáñamo) para uso

industrial. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=17&Itemid=12

Decreto 46/2015 de 4 de febrero de 2015. Reglamentario de Ley 19.172 de 20/12/2014 en lo que refiere al uso del cannabis psicoactivo y no psicoactivo para ser destinado exclusivamente a la investigación científica y para la elaboración de especialidades vegetales o farmacéuticos para uso medicinal. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=17&Itemid=12

Olivera Gabriela, (2012) Reseña Resumen de los avances y desafíos en Prevención de consumos problemáticos de drogas en Uruguay. Junta Nacional de Drogas. 2012.

Osimani, M.L. y cols. (c). (1999) “SIDA y drogas: Un desafío a la salud en el Cono Sur”. Ed. Latina, IDES/ ONUSIDA. Montevideo.

Osimani, M. L. ; Pouy, A. y Di Bono, R. (1999) “Un tema que nos toca a todos: para el trabajo con jóvenes en el uso abusivo de alcohol y drogas”. Editorial Latina.

Osimani M.L. y cols. (2000) “Investigación Cualitativa con Usuarios de Drogas Inyectables. Actitudes y prácticas respecto al consumo y sus riesgos.” IDES/ONUSIDA/PNS-MSP. Montevideo.

Osimani, M.L.; Scarlatta, L. y cols. (2001) “Sida y drogas, Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública.” IDES/ PNS– MSP/ ONUSIDA. Ed. Mano amano. Montevideo.

Organización No Gubernamental El Abrojo. <http://www.elabrojo.org.uy/>

Organización No Gubernamental Encare: <http://encare.org.uy>

Programas Prioritarios de Salud. (1994). República Oriental del Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud.

Quiroga, Horacio (1917) *Cuentos de amor, de locura y de muerte*. Disponible en: <http://www.folkloretradiciones.com.ar/literatura/Quiroga%20>

Horacio%20-%20Cuentos%20de%20amor%20de%20locura%20y%20de%20muerte.pdf

Rodríguez, D. Lapetina, A. Fernández, S. La Cruz, N. Guisolfi, A. La Aventura de la Vida en Uruguay: Evaluación de resultados de intervenciones con niños y niñas y sistematización de intervenciones con maestros y padres. Documento no publicado.

10. EUROPA

La prevención en Europa

Elisardo Becoña Iglesias

Amador Calafat Busquets

I. Introducción

Europa es un continente en el que viven actualmente 500 millones de personas. La mayoría de los países integran la Unión Europea (UE). En la actualidad la UE está formada (junio de 2015) por 28 países: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumanía y Suecia. Son países candidatos a la adhesión: Albania, Antigua República Yugoslava de Macedonia, Islandia, Montenegro, Serbia y Turquía. Los datos epidemiológicos del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) incluye los datos de los estados miembros, junto con Noruega, un país europeo que no es miembro de la UE, aunque está vinculado a la misma desde hace décadas mediante el Espacio Económico Europeo (EEE). También suele incluir datos de los candidatos a formar parte de la UE.

La UE es en gran medida fruto de la II Guerra Mundial. Se creó inicialmente por seis países (Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo y los Países Bajos) con la idea de que una mayor integración entre ellos llevaría a sustituir la guerra por la cooperación. La fórmula ha sido exitosa porque de esos seis países iniciales ya se está en 28. Aunque es difícil que acabe siendo un solo estado, la cooperación entre países de la UE se ha ido incrementando año tras año. A pesar de que difieren en idioma, cultura, idiosincrasia, historia, economía; la integración es un hecho y ha resultado exitosa, sobre todo a nivel económico, mejorándose las condiciones de vida de todos los países europeos, sobre

todo los que partían de un nivel más bajo. Todos los países de la UE tienen una política de drogas. Un gran valor de la política de drogas en la UE es que toda la información está monitorizada por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT), cuya sede está en Lisboa (Portugal). Esto permite conocer el problema, lo que hoy se hace y lo que se puede mejorar. Por eso se habla del “modelo de la Unión Europea” en drogas (Culley et al., 2012).

El consumo de drogas en Europa es muy relevante, uno de los mayores del mundo, sobre todo de marihuana, la principal droga ilegal consumida, junto con la cocaína y la heroína (OEDT, 2014, 2015). Muchos países europeos sufrieron la epidemia de la heroína en las décadas de los años 70 y 80 del siglo pasado. En los últimos años vivimos la epidemia de la cocaína y, en los próximos años, probablemente la de la marihuana (Rödner et al., 2008).

Como ya hemos señalado, dentro de la UE hay una agencia específica sobre el problema del consumo de drogas ilegales. Elabora distintos estudios sobre medidas preventivas, tratamiento y reinserción social. En la página web del OEDT se puede acceder públicamente a sus informes, publicaciones y múltiple y diversa información sobre drogas (www.emcdda.europa.eu). Además, dicha página está en todos los idiomas de la UE, incluyendo el español. Revisando la variada información que contiene se puede sacar una buena idea de cuál es el estado de la cuestión sobre las drogas en Europa y sus estados miembros.

El tratamiento sigue siendo el campo predominante en todos los países de la Unión Europea pero también se ha hecho mucho trabajo en el campo preventivo. Esto ha sido necesario debido a la alta incidencia y prevalencia del consumo de drogas en sus distintos países desde hace varias décadas. Una parte de las drogas que se consumen proceden de otros países o continentes, como ocurre con el hachís (la resina de hachís que se obtiene de la marihuana) procedente fundamentalmente de Marruecos, país localizado frente a España en el continente africano, y de la cocaína procedente de Latinoamérica,

producida en especial, en Bolivia, Colombia y Perú, e introducida desde distintos países a Europa por vía marítima y aérea (ej., desde Colombia, Brasil, Venezuela, entre otros países), de la heroína procedente de Afganistán esencialmente, y en menor medida, de Irán y Pakistán. En cuanto a las drogas de síntesis, empezaron a fabricarse en los países del Este de Europa; actualmente ya se producen dentro de la UE. Europa se ha convertido también en un importante productor de marihuana, sobre todo la dirigida al consumo interno (OEDT, 2014, 2015).

Gracias al OEDT todos los países europeos tienen al menos un punto focal (dentro de la Red REITOX) y algunos han creado un propio Observatorio Nacional o Plan Nacional para estudiar el fenómeno de las drogas y coordinar distintas medidas preventivas y terapéuticas. Ello ha facilitado poner en marcha algunas medidas como la realización de estudios epidemiológicos sobre el consumo de drogas; abrir centros de tratamiento para los adictos o incluirlos en el sistema de salud, y poner en práctica medidas preventivas en la escuela para reducir el consumo de drogas. En la práctica, las medidas que más se han implementado han sido las relacionadas con el tratamiento que, al inicio eran fundamentalmente básicamente psicológicos, y en los últimos años más médicos al disponerse de distintos fármacos para su tratamiento, sobre todo la metadona para la heroína, o para el tratamiento de la comorbilidad tan relacionada con ella. La prevención siempre ha tenido importancia en Europa, pero se ha establecido de forma irregular y está muy sujeta a los vaivenes políticos y económicos. En los últimos años se le da una gran relevancia a evaluar los programas preventivos, hacer una prevención basada en la evidencia y en diseminar tanto los buenos programas preventivos como las buenas prácticas en prevención (UNODOC, 2013).

En ocasiones se ha discutido si sería útil una sola política europea de drogas dado que en la práctica cada país lleva su propia política en relación con las drogas y a su prevención (McGregor, 2012). Lo cierto es que se puede afirmar que hay un modelo europeo sobre drogas, que es distinto a los

que existen en Estados Unidos y en otros países de Latinoamérica. Existe, no obstante, una variedad de situaciones desde aquellos países con políticas más tradicionales en donde el énfasis está puesto en el control, hasta aquellos en los que el énfasis está en la reducción del daño, aunque existe un movimiento en muchos Estados a dar más peso a esto último (OEDT, 2015). Aunque prevención y reducción de daños no son paradigmas opuestos sino complementarios, es un hecho que el desarrollo de políticas de reducción de daños se hace a veces en detrimento de los programas típicamente preventivos. En Europa es importante el control de los movimientos de capitales para evitar el blanqueo de dinero procedente del tráfico de drogas. También hay una importante coordinación para el control de precursores y “euro-órdenes policiales” para el control de la delincuencia resultado del tráfico de drogas. Estas se cursan para todos los países europeos e implican mayor cooperación transfronteriza entre países para perseguir estos delitos, etc. Existe también una gran preocupación por la aparición de nuevas drogas cada año y los ‘legal highs’ en Europa, como veremos más adelante, así como los nuevos sistemas de venta y distribución de estas sustancias por internet (OEDT, 2014, 2015; EMCDDA, 2015).

II. Evolución de las políticas públicas y su estado actual

a. Epidemiología del consumo de drogas en Europa

En Europa distintos países de la UE realizan sistemáticamente encuestas a la población general y escolarizada para conocer la prevalencia del consumo de drogas. Estas encuestas son incluidas en el informe anual del Observatorio de Drogas y Toxicomanías (OEDT). De este modo, conocemos año a año la prevalencia de los consumos. Al tiempo, disponemos de una amplia encuesta realizada periódicamente a jóvenes y niños escolarizados. Se trata del proyecto ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), iniciado desde el año 1.995, en el cual participan actualmente 39 países (www.espad.org). También, distintos países europeos hacen sus propias

encuestas. España es uno de los países que posee una serie ininterrumpida de encuestas representativas a población general (encuesta EDADES) y escolar (encuesta ESTUDES) más larga y que se puede consultar en la web del Plan Nacional sobre Drogas (www.pnsd.mssi.gob.es). En la actualidad, otros organismos de la UE también realizan estudios para conocer distintos aspectos, opiniones, creencias y actitudes sobre el consumo de drogas como son los *Eurobarómetros* sobre drogas ilícitas que se realizan desde 2002 (European Commission, 2014). También hay Eurobarómetros sobre alcohol y tabaco.

Los últimos informes del OEDT de 2014 y 2015 (OEDT, 2014, 2015) se han elaborado con la información proporcionada por los distintos informes nacionales de los Estados miembros de la UE, el país candidato Turquía, así como Noruega. La mayoría de los datos son del año 2012 o más recientes.

En relación con las sustancias, el informe se centra en las principales, como son el cannabis, los opiáceos y los estimulantes. El informe no incluye ni tabaco ni alcohol. Estos datos se llevan por oficinas distintas de la UE, aunque luego va a tener una gran relevancia el consumo de estas sustancias a nivel preventivo.

En relación al cannabis, el informe indica la polarización que existe hoy en Europa en las encuestas de opinión sobre el mismo y el importante debate público en algunos países –no en todos– sobre la sustancia. Pero, curiosamente, en muchos países de Europa el consumo de cannabis está estable o en descenso. Destaca el incremento de la producción de cannabis en cada país en los últimos años. En el conjunto de Europa el cannabis es ya la droga principal que se notifica más como primera demanda de tratamiento por drogas ilegales. Curiosamente, (datos 2012) el 80% de todas las incautaciones de drogas en Europa son de cannabis (concretamente 457 toneladas de hachís y 105 toneladas de hierba (marihuana); del total incautado en Europa de cannabis (572 toneladas) 326 toneladas fueron incautadas en España, por ser

país de entrada de esta droga desde Marruecos a Europa. Para darnos una idea comparativa, la heroína incautada en Europa en 2012 fue de 5 toneladas, y 71 toneladas de cocaína.

Una parte importante de la heroína entra por Turquía, y ahora esto aparece claro en el último informe, al ser un país candidato a entrar en la UE. Además, en los países bálticos, en torno a Turquía, se va sustituyendo la heroína por otras sustancias, en particular opioides sintéticos y estimulantes. Lo positivo es que las sobredosis por heroína han disminuido. Pero, en algunos países como Estonia, se ha informado de un incremento de las muertes por el consumo de opioides sintéticos, vinculados allí al consumo de *fentanilos*, una familia de opioides sintéticos muy potentes. Además, la mayoría de las muertes se producen en politoxicómanos, lo cual indica un importante nivel de gravedad en la adicción. En 2013 se notificaron al Sistema de Alerta Rápida de la UE, 81 nuevas sustancias psicotrópicas y otras 101 nuevas en 2014. Por ello, en los últimos años han aparecido en Europa 450 nuevas sustancias psicótropas (OEDT, 2015).

Con relación a los estimulantes, se sigue manteniendo la cocaína como el preferido en los países meridionales y occidentales y predominando la Anfetamina en los países del norte y el este. El consumo de los estimulantes muestra una tendencia a la baja. También destaca el aumento de la producción de metanfetaminas en la Europa central, y también el incremento en su consumo, como también está ocurriendo con el éxtasis (o MDMA) que se produce sobre todo en Bélgica y Países Bajos. En 2012 se incautaron 4 millones de pastillas de éxtasis en Europa. También aparecieron en los últimos años en Europa distintos derivados de las catinonas (ej., la mefedrona). Igualmente, no dejan de aparecer nuevas sustancias psicoactivas producidas en Europa o importadas de China o India. Otro problema que se observa con más frecuencia es el uso de distintos medicamentos como droga, sobre todo en consumidores de opiáceos (ej., pregabalina, fenazepam, diazepam,

fenibut). El consumo de otras drogas como los alucinógenos, GHB (gamma-hidroxibutirato) y ketamina es bajo y estable.

Pero, a pesar de todo lo dicho, el coste del tratamiento está centrado de modo predominante en problemas derivados de la epidemia de la heroína de décadas pasadas. Es la droga que produce mayor morbilidad y mortalidad (ej., por sobredosis). Al ser la dependencia de la heroína uno de los trastornos más crónicos, y con muchas enfermedades crónicas asociadas (VIH, hepatitis C, etc.), obliga a dedicar muchos recursos terapéuticos a la misma. Por ejemplo, la última estimación para Europa (OEDT, 2015) es que hay actualmente unas 700 000 personas en tratamiento con sustitutivos opiáceos del 1,3 millones de consumidores problemáticos de heroína que existen. También ha descendido el consumo por la vía parenteral. Muchos de los planes u observatorios nacionales de drogas de los países europeos se crearon precisamente para hacerle frente a la epidemia de la heroína. Por suerte, van descendiendo las demandas de tratamiento por esta sustancia. El dato negativo es que están aumentando las demandas de tratamiento por otros opiáceos como por metadona, buprenorfina (ej., en Finlandia) y fentanilo (ej., en Estonia).

Los consumos de drogas, a nivel de prevalencia, siguiendo tanto la encuesta ESPAD en niños escolarizados, como los datos de los distintos países en sus encuestas nacionales, se indican sintéticamente en la tabla 1. Hay importantes diferencias entre países, pero estos datos permiten ver las tendencias y predominio de las drogas consumidas en Europa. Sintéticamente, 78,9 millones de europeos de 15 a 64 años han probado alguna vez el cannabis; 15,6 millones, la cocaína; 12 millones, las anfetaminas; 12,3 millones, el éxtasis. Y, en el caso de los opioides, 1,3 millones son consumidores problemáticos; el 3,4% de todas las muertes de europeos de 15 a 39 años es por sobredosis, y el 41% de las demandas de tratamiento por drogodependencia en la UE es por opioides. En el año 2013, setecientos mil consumidores europeos recibían tratamiento de sustitutivos opiáceos (OEDT, 2015)

El informe sobre la situación del consumo de drogas en Europa concluye que “la situación global se mantiene en general estable, con signos positivos en algunos ámbitos, pero siguen apareciendo nuevos retos. La vieja dicotomía entre un número relativamente pequeño de consumidores de drogas, a menudo por vía parenteral, muy problemáticos, y un número mayor de consumidores recreativos y experimentales se está rompiendo y se ve sustituida por una situación más gradual y compleja. En el campo de la drogodependencia en Europa, la heroína desempeña hoy un papel menos relevante que en el pasado, mientras que adquieren cada vez más importancia los estimulantes, las drogas sintéticas, el cannabis y los medicamentos” (OEDT, 2014, p. 11).

Pero, junto con estas drogas ‘clásicas’ y de efectos y consecuencias bien conocidos existe desde hace años una preocupación creciente por la aparición de nuevas sustancias. De acuerdo con la información facilitada por el OEDT (EMCDDA, 2015) solo en 2014 fueron identificadas por primera vez en Europa 101 nuevas sustancias a través del Sistema de detección rápida que es controlado por el OEDT y Europol. Hay en estos momentos 450 nuevas sustancias sometidas a estudio y vigilancia. Y han aumentado por siete las capturas de este tipo de drogas desde 2009 a 2013. Según la OEDT tienen una composición química variada (cationas, cannabinoides, feniletilaminas, opiodes, etc). Junto con estas sustancias están los *‘legal highs’*, que contienen sustancias psicoactivas que normalmente no han sido prohibidas, y que se venden, sobre todo, en las llamadas *‘smart shops’*, las cuales son tiendas que venden semillas o plantas que no tienen propiedades psicoactivas, pero que una vez plantadas y cultivadas, de ellas se obtienen sustancias psicoactivas (ej., marihuana, hongos alucinógenos, etc.). Junto con la aparición de estas sustancias está también el problema de los nuevos sistemas de venta y distribución a través de internet, que están alcanzando una gran expansión y son muy complicados de controlar (distribución puerta a puerta, etc.).

Tabla 1. Estimaciones del consumo de drogas en la Unión Europea, personas de 15 a 65 años y de 15 a 34 años (OEDT, 2015).

Sustancia	Personas de 15 a 65 años		Jóvenes de 15 a 34 años	
	Vida	Último año	Último año	Rango por países
Cannabis	23,3%	5,7%	11,7%	0,4-22,1%
Cocaína	4,6%	1,0%	1,9%	0,2-4,2%
Anfetaminas	3,5%	0,5%	1,0%	0,0-2,5%
Éxtasis	3,6%	0,6%	1,4%	0,1-3,1%

b. La política Europea en materia de drogas

Existe una tendencia hacia la homogeneización de las formas de consumo y abuso de las diversas drogas legales e ilegales en Europa. También las políticas van convergiendo cada vez más, pero en la práctica, sobre todo si pensamos en su aplicación real, siguen existiendo diferencias (ej., entre los países del este europeo y los del oeste y también entre los países escandinavos –Suecia, Noruega y otros– y los del sur de Europa. Los países nórdicos son los que aplican de forma más eficaz las políticas preventivas en materia de salud (y no solo en cuestiones de drogas) (Mackenback y McKee, 2013).

Debemos tener en cuenta que las políticas sobre drogas son básicamente una materia que depende de la voluntad de cada país. Uno de los ejemplos paradigmáticos es el del tabaco, con respecto al cual algunos países tienen actuaciones claras, mientras que para otros sigue siendo un asunto que depende de la responsabilidad individual. En el caso del alcohol, los países escandinavos tienen toda una historia de movimientos de templanza que vienen del siglo XIX y que han supuesto un acceso limitado al alcohol (a través de monopolios estatales) y elevados impuestos. Estas políticas han sido limitadas por la entrada de dichos países a la Unión Europea donde existen leyes anti-monopolio.

Existe un Plan estratégico Europeo sobre las drogas (General Secretariat of the Council, 2013) que se renueva periódicamente. Las prioridades

son las habituales. Se trata de promover el acceso y la aplicación de programas basados en la evidencia, promover la implementación de estándares en prevención y reducción del daño, etc. Se hace especial énfasis en los nuevos retos como es el de los consumidores que usan, al mismo tiempo, diversas drogas (muchas veces también legales e ilegales), el uso ilegal de fármacos, también el uso de nuevas sustancias psicoactivas y ventas por internet.

La estrategia de drogas en la UE se basa en una aproximación de salud pública. Da relevancia a las drogas legales e ilegales, así como al consumo de medicamentos sin prescripción, por el abuso que hay de los mismos (ya sea que se obtengan con o sin receta médica). Nótese la fuerte presión que existe por parte de la industria farmacéutica en los países desarrollados de *medicalizar* a toda la población (Gotzsche, 2015; Frances, 2014).

Este Plan estratégico se acompaña de un ‘Plan de acción’ más concreto donde se insiste en las necesidades habituales como la de basar las políticas sobre drogas en potentes evidencias científicas a nivel europeo, aunque luego en la práctica las fuentes de financiación específicas para el tema de drogas han ido desapareciendo. Otro *hándicap* consiste en que, a nivel europeo, las competencias son pocas para exigir estas políticas que básicamente dependen de la voluntad de cada Estado miembro. Su rol es sobre todo de coordinación y evitación de duplicidades, impulso de la cooperación y que los objetivos sean asumidos por los Estados miembros. Pero es competencia de cada Estado miembro adoptar los marcos jurídicos, las estrategias, los presupuestos, el tipo de organización, la relevancia de la prevención, etc. En la práctica –aunque se tiende hacia una homogeneización- ello supone diferencias notables en la legislación y en las penas sobre consumo personal de drogas, tráfico de drogas, blanqueo, etc.

Uno de los pilares clave de toda esta estrategia europea es la agencia específica creada para el abordaje de las drogas ilegales: el Observatorio Europeo para las Drogas y las Toxicomanías (OEDT o EMCDDA en inglés), que,

como se dijo anteriormente, está ubicado en Lisboa, Portugal. Esta agencia es clave, entre otras cosas, en la recolección de datos a nivel europeo, en impulsar la homogeneización de políticas y acopio de información; también en estudiar los nuevos problemas o gestionar la red europea de información sobre las drogas constituida por una serie de puntos focales nacionales denominada REITOX. El OEDT realiza un informe anual sobre la situación de las drogas ilegales en Europa y ofrece una serie de publicaciones que se pueden obtener en su página web www.emcdda.europa.eu.

Existen otros organismos europeos que tienen que ver con las políticas y las acciones en relación con las drogas ilegales como son EUROPOL (organismo que coordina a nivel europeo las actuaciones policiales) y el Grupo Horizontal sobre Drogas, que es un grupo de representantes de los países miembros que se reúnen con frecuencia para hacer un seguimiento de la situación.

Una de las iniciativas que ayuda a enmarcar la prevención en Europa es la publicación de los estándares para programas preventivos (EMCDDA, 2011). Este es el resultado de un proyecto financiado por la Comisión Europea en el que se definen los criterios básicos y profesionales para realizar la prevención en Europa. El manual cubre todas las fases de la construcción e implementación de un programa (diseño, implementación, evaluación, diseminación, etc.).

En cuanto al alcohol, existe un esquema fiscal común regulado por una Directiva Europea (norma que una vez aprobada por el Parlamento Europeo tiene que ser traspuesta a la legislación de cada país de la UE) que, en teoría, debería permitir usar la fiscalidad con intencionalidad preventiva. Pero en la práctica hay grandes discrepancias, por ejemplo, en los países nórdicos el impuesto es aplicado proporcionalmente a la cantidad de alcohol de cada bebida, algo que no ocurre en otros países como los productores de vino, donde el vino o la cerveza tienden a ser vistos como productos alimenticios

(Villalbí, Bosque-Prous, Gili-Miner, Espelt y Brugal, 2014). En el Reino Unido se intentó imponer que hubiese un precio mínimo para el alcohol, para que este no fuese utilizado promocionalmente pero, tras mucho debate, se retiró la iniciativa legislativa. El Parlamento de Escocia, en el Reino Unido, aprobó en 2012 una ley que introducía un precio mínimo para el alcohol cuando se vendiese al por menor (http://www.eurocare.org/library/updates/scotland_responds_to_ec_opposition_to_minimum_pricing). Sin embargo, la Comisión Europea vetó esta iniciativa argumentando que solo con las tasas era posible conseguir los mismos resultados, mientras que de la otra forma se introducía un problema sobre el libre comercio.

Recientemente el Parlamento Europeo ha solicitado a la Comisión Europea que actualice la estrategia que finalizó en el 2012. Se atribuyen a los problemas relacionados con el alcohol 125.000 muertes al año en Europa, así como unos costes de muchos miles de millones de euros cada año.

c. Las políticas nacionales en materia de drogas en Europa.

Como ya hemos indicado, a pesar de que existe una estrategia europea sobre drogas, la importancia de cada país es determinante en temas jurídicos, señalando sus prioridades, concretar sus presupuestos, etc. La estrategia europea puede señalar prioridades y facilitar la coordinación, pero todo lo demás depende exclusivamente de cada Estado miembro. Si bien es cierto que existe una tendencia hacia la homogeneización (como por ejemplo concretar más las penas sobre los que ofrecen las drogas que sobre los propios consumidores), ello no siempre es así.

Todos los estados (con excepción de Austria que, en lugar de una estrategia nacional, cuenta con planes regionales) existe una estrategia sobre las drogas ilegales. Pero mientras que, en una serie de estados (concretamente 7) existe una estrategia conjunta para las drogas legales e ilegales (lo cual coincide con el hecho de que en la práctica dichos consumos van muy ligados), otros mantienen estrategias separadas. Recientemente, diversos estados europeos

han adoptado, con notable éxito, leyes específicas sobre el consumo de tabaco en lugares públicos (para más detalles se puede acudir al informe anual sobre la situación europea del OEDT www.emcdda.europa.eu). Una forma muy directa de saber el grado de implicación de los Estados en el problema de las drogas es fijarnos en el gasto público destinado específicamente a estas materias. A pesar de que hacer comparaciones a veces se hace difícil por la forma en que se presentan los datos (y la complejidad administrativa de cada país) nos encontramos con países que hacen un gasto notable (como Croacia, Suecia o los Países Bajos) frente a otros con inversiones más reducidas (Francia, Portugal o Italia) (OEDT, 2015; United Nations, 2007).

Una de las características de la situación actual es la importancia creciente de la sociedad civil en materia de drogas. Existe un mandato europeo que ordena solicitar la opinión a la sociedad civil, por lo que se ha constituido desde hace unos años el *Civil Society Forum on Drugs*. Pero lo más característico de estos últimos años es la aparición y creciente actividad de asociaciones civiles (más de 200 según un estudio reciente del EMCDDA) que se muestran activas especialmente en temas de legalización o reducción del daño.

Un análisis específico por cada país puede encontrarse en la siguiente web del OEDT: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/prevention-profiles/countries>.

III. Acciones de prevención

a. Programas preventivos a nivel europeo

Se ha desarrollado en las últimas décadas un gran número de programas preventivos en los distintos países de la UE. También, se han puesto en marcha programas preventivos en distintos países europeos para comprobar el adecuado funcionamiento de los mismos en distintos contextos y culturas.

En Europa, como en el mundo anglosajón, hay una gran preocupación por el tratamiento y la prevención basada en la evidencia. En el campo preventivo se entiende por ello al uso de los resultados científicos para informar

las decisiones de intervención en las áreas de la prevención, el tratamiento y la reducción de daños en el consumo de drogas (Ferri y Bo, 2013).

En 2002 el OEDT creó un portal web de buenas prácticas para: 1) intervenciones en reducción de la demanda, 2) proyectos europeos de prevención, de tratamiento, de reducción de daños y de integración social, 3) un inventario de estándares de buenas prácticas incluyendo un banco de instrumentos para evaluar las intervenciones. Todo ello puede consultarse electrónicamente en www.emcdda.europa.eu/best-practice. Toda la selección de lo anterior se ha hecho siguiendo los métodos de la *Cochrane Collaboration*, que también está disponible en español (www.cochrane.es). En suma, para el OEDT “la mejor práctica es la mejor aplicación de la evaluación de la evidencia disponible en el campo de las drogas”. Frente al ideal de los programas basados en la evidencia, la realidad también nos obliga a conceder un lugar a los programas que consideramos ‘buenas prácticas’.

El objetivo del portal del OEDT es diseminar o implementar las mejores prácticas en el campo de las drogas. La web permite acceder a toda esa información y, al tiempo, al estar disponible, que los países vayan implantando las mejores prácticas. Dentro del portal destaca la red EDDRA (*The Exchange on Drug Demand Reduction*), una base de datos dentro del portal de buenas prácticas que proporciona ejemplos concretos de programas que cumplen los requisitos de buenas prácticas que se están llevando a cabo en distintos países de la UE. Cualquier persona, institución o país puede enviar una propuesta para ser incluida en EDDRA. Un comité de expertos la evaluará y, si considera que cumple los requisitos de buenas prácticas, la incluirá. Dentro del apartado de prevención se consideran cuatro apartados: los de familia, estudiantes escolarizados, miembros de la comunidad y población general. La clasificación de evidencia del portal es de: beneficioso; probablemente beneficioso; ni beneficioso ni dañino; desconocemos la efectividad y evidencia de ineffectividad.

El portal de buenas prácticas EDDRA incluye actualmente módulos de prevención, tratamiento, reducción de daños y reintegración social. Actualmente esta base de datos incluye 500 proyectos; de estos, 270 son de prevención, procedentes de los distintos países europeos.

Programas preventivos españoles incluidos en la red EDDRA de la OEDT

- Programa de competencia familiar. Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca.
- Intervención breve en lesionados de tráfico relacionados con el alcohol. Servicio de Prevención y Atención a las Dependencias. Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- Programa “Tú Decides”. Equipo de Promoción de la Salud. Palma de Mallorca.

b. Ejemplos de programas representativos a nivel europeo

Disponemos de varios ejemplos de programas preventivos que se han aplicado en distintos países europeos. De los mismos vamos a detenernos en dos, en el *Unplugged* y en el *Tú Decides*.

El programa *Unplugged* se ha realizado dentro del estudio denominado EU-Dap. En él se evaluó este programa a través de un estudio aleatorizado por clusters, con grupo experimental y control (que recibían el currículo habitual) y seguimiento de 18 meses. Es un programa preventivo universal, aplicado en la escuela, para chicos de 12 a 14 años de edad. Participaron 170 escuelas de 7 países (Alemania, Austria, Bélgica, España, Grecia, Italia y Suecia) con un total de 7.079 participantes. El programa consta de 12 sesiones interactivas de una hora de duración, aplicadas por los profesores (Vigna-Taglianti et al., 2014). La evaluación se hizo mediante un cuestionario anónimo y auto-cumplimentado por cada alumno en el pre-, post-intervención y seguimientos hasta 18 meses después de la aplicación del programa. Tanto el

programa como el cuestionario ha sido el mismo en los distintos países, con sus traducciones respectivas.

Este programa se basa en la teoría del aprendizaje social, la teoría de la conducta problema, el modelo de creencias de salud, la teoría de la acción razonada y en la conducta planificada y en la teoría de las normas sociales (puede verse una descripción de las mismas en Becoña, 1999, 2002). Los componentes del mismo incluyen entrenamiento para el logro de un pensamiento creativo y crítico; toma de decisiones, solución de problemas, comunicación efectiva, habilidades para las relaciones interpersonales, auto-conciencia, empatía, afrontamiento de las emociones y del estrés; creencias normativas y conocimiento sobre las consecuencias dañinas de las drogas (van der Kreeft et al., 2009).

Los resultados indicaron a los tres meses de seguimiento que este programa era más eficaz que el grupo de control, en prevenir el consumo de tabaco y cannabis, así como en reducir la frecuencia de embriaguez (ej., 3.9% de embriaguez en el grupo de control y 2.5% en el grupo experimental) (Faggiano et al., 2008, 2010; Giannotta et al., 2014).

A los 18 meses de seguimiento el programa *Unplugged* es significativamente más eficaz que el de control, en reducir cualquier episodio de embriaguez; embriaguez frecuente y consumo frecuente de cannabis. No aparecen efectos para el consumo de tabaco, perdiéndose el efecto que sí había a los tres meses de seguimiento (Faggiano et al. 2010). Encontraron diferencias por sexo, siendo los varones los que consumen más, concretamente, tabaco (diariamente) episodios de borracheras y consumo de cannabis.

Otro resultado importante del estudio es que el programa preventivo tiene un importante efecto en las personas de niveles socioeconómicos bajos, hecho de gran relevancia para lograr prevenir el consumo de drogas (Vigna-Tagliatti et al., 2014) y, con ello, distintos efectos indeseados que le suelen acompañar, como menor rendimiento académico o abandono

premature de la escuela. Por ejemplo, las personas de niveles socioeconómicos bajos partían de consumos mayores de alcohol, descendiendo con el programa preventivo los episodios de embriaguez (OR=0.60), intención de embriagarse (OR=0.60) y conductas-problema relacionadas con el alcohol (OR=0.70) (Caria et al., 2011).

En otro estudio con este mismo programa para conocer los factores que median en la eficacia del programa, se encuentran tres: las actitudes, las habilidades de rechazo y la percepción de la prevención del consumo de drogas entre los iguales (Giannotta et al., 2014).

El programa *Tú Decides* es un programa preventivo universal escolar diseñado en España en 1985 por miembros del equipo actual de Irefrea. Es el primer programa español en ser evaluado y su diseño se realiza después de haber implementado y evaluado un primer prototipo. El programa ha sufrido diversas adaptaciones, a veces más formales (como cambiar el diseño de los personajes de las historietas) y, a veces de más profundidad, como añadir algunos módulos (en la última versión del 2008 se han añadido dos módulos: uno sobre el uso de internet y el otro sobre la relación con los padres). Se trata de un programa impartido, en principio, por los propios profesores (aunque también se ha hecho contando con expertos ajenos al colegio) y que también tiene un módulo que implica a las familias a partir de convocatorias que realiza el propio profesor.

El programa consta de unas historietas (con algunos personajes que se van repitiendo y que plantean situaciones típicas en las cuales se deben tomar decisiones, pero sin que quede resuelto dentro de la historia el sentido de la decisión) con alguna información adicional. Pero la clave del programa son las sesiones que se organizan en tiempo de clase (normalmente entre 6 y 10, aunque pueden ser más) comenzando por la lectura de las historietas y entrando después normalmente en diversas dinámicas interactivas, donde el papel de “neutralidad activa” del profesor es absolutamente clave.

Existen dos evaluaciones experimentales con grupo control, una realizada por el propio equipo (Calafat et al., 1989) y la otra por un equipo de la Universidad de Barcelona (1989-92). Los resultados muestran cómo aparecen menos bebedores y con consumos más bajos a los dos años dentro del grupo experimental respecto al control, y también hay menos gente que se inicia en el tabaco. Existen varias evaluaciones cualitativas o sobre aspectos parciales de la metodología utilizada (Kornblit, 1990; Macià, 1993).

En 1995 era un programa ampliamente seguido en España con más de 12.000 alumnos en diferentes lugares como Barcelona, Mallorca, Zaragoza, Jaca, Reus, Vigo. Se ha incorporado durante los últimos años en diversos lugares de Portugal como las Islas Azores, donde se convirtió en el programa oficial. De acuerdo con la evaluación de proceso realizada en 1984 por Rodríguez Martos (1989) se destaca su buena aceptación por profesores y alumnos. Los profesores utilizan las técnicas interactivas propuestas, pero hay más dificultad para utilizar las que implican dramatización. Se constata cómo los profesores se identifican rápidamente con el programa a pesar de que la formación que han seguido sobre el mismo, en ocasiones, es limitada y cómo el programa ha conseguido expandirse sin que exista una estructura centralizada que lo promueva.

El programa está incluido con muy buena valoración tanto en el portal español www.prevencionbasadaenlaevidencia.net como en el portal europeo EDDRA del OEDT de Lisboa (www.emcdda.europa.eu).

c. Plataformas de “Prevención basada en la evidencia”

Hacer una prevención basada en la evidencia se ha convertido en una prioridad asumida por la prevención desde hace tiempo, al igual que ya es habitual en otros campos, como el tratamiento. Pero en la práctica, tanto en Europa como en otros lugares, muchos programas que se implementan actualmente no han sido evaluados o, bien, esta evaluación no ha sido lo su-

ficientemente rigurosa como para determinar que estamos ante un programa basado en la evidencia. Sin que ello tenga que servir como excusa para no realizar los esfuerzos necesarios para disponer de un catálogo de programas basados en la evidencia, sí tenemos que constatar que evaluar en prevención representa retos importantes al ser el consumo de drogas un campo cambiante, al ser difícil conseguir a veces adecuados grupos de control, etc. (O'Connell et al., 2009).

Ya nos hemos referido a que la estrategia de la Comisión Europea apoya esta orientación y que se han promovido estándares de calidad en prevención (EMCDDA, 2011). También diversos organismos internacionales (CI-CAD, COPOLAD, NIDA, UNODC,) estarían dentro de la misma visión estratégica. Sigue faltando, no obstante, una iniciativa a nivel europeo que aglutine de facto esta iniciativa. Las competencias a nivel europeo son, básicamente, señalar prioridades y facilitar coordinaciones, pero las decisiones y las actuaciones siguen dependiendo de los niveles nacionales. Por tanto, no existe un marco regulador acerca de la implementación de programas preventivos a nivel europeo y, en general, tampoco a nivel de los diversos países miembros. Sería importante avanzar en una política en que se regulase esta situación y que se primase la financiación pública hacia programas que hubiesen demostrado su eficacia, o hacia su investigación.

Existen dos iniciativas nacionales (una alemana y otra española) que cumplen claramente con este objetivo de recopilar y analizar los programas preventivos utilizados en los respectivos países. Se estudian para cada programa las evaluaciones que lo avalan y finalmente se emite una valoración sobre la calidad de tal evidencia, que se expresa en forma de número de estrellas. El máximo de estrellas se concede a programas bien contruidos y cuya aplicación da resultados positivos después de haber sido sometidos a una (o varias) evaluación externa, con seguimientos lo más amplios posible. Estas iniciativas son:

- www.prevencionbasadaenlaevidencia.net.

- www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information

En Holanda también encontramos iniciativas similares apoyadas por el gobierno y que son llevadas a cabo por dos organizaciones (*Centres for Healthy Living and Youth Health del National Institute for Public Health* y el *Environment and the Netherlands Youth Institute*). Estas iniciativas no se limitan al campo de la prevención de las drogas. En una primera fase, a partir de 42 programas estudiados (de los cuales únicamente nueve eran específicos de prevención de sustancias) solo se encontró que dos de ellos tenían una eficacia establecida y cuatro que podrían ser eficaces (entre estos últimos uno era concretamente de prevención de alcohol) (Brug et al, 2010).

La Plataforma española sobre *Prevención basada en la evidencia* se inició en 2011 con apoyo del Plan Nacional sobre Drogas de España. Se comenzó creando un comité científico de seis profesionales, todos ellos expertos en prevención y con experiencia editorial (muy útil en este caso pues es una habilidad que ayuda a revisar y tomar decisiones). También se constituyó un comité de expertos que incluyó a una gran mayoría de los profesionales activos en prevención en España, con una trayectoria significativa, para que pudiesen servir puntualmente de revisores, aportar sus comentarios, allegar programas, etc. El siguiente paso consistió en identificar, a través de diversas fuentes, los diversos programas existentes que estuviesen en activo; que no fuesen actividades puntuales y que tuviesen una cierta entidad para ser considerados programas. Se identificaron 70 programas, de los que finalmente fueron incluidos 51 para su valoración. Ningún programa valorado por la plataforma recibió la máxima puntuación de cuatro estrellas (normalmente porque, a pesar de demostrar buenos resultados, no había una evaluación externa). Pero hubo cuatro que consiguieron tres estrellas, todos ellos referidos al ámbito escolar (*Construyendo salud; Sobre Canyes i petes; Pase BCN; Tú Decides*). El método de evaluación utilizado es *quasi* experimental con grupo de intervención

y control, con seguimiento, etc. Todos tienen evaluación interna, excepto el ‘Tú Decides’, que además ofrece otra por un equipo externo. La plataforma ofrece, además, una selección de artículos, de guías, y de ayudas técnicas para la investigación y evaluación, que facilitan la labor de los investigadores.

d. La Sociedad Europea de Investigación en Prevención (EUSPR)

Recientemente, en el año 2011, se creó a nivel europeo la Sociedad Europea de Investigación en Prevención (*European Society for Prevention Research-EUSPR*, www.euspr.org). La misma se inspiró en la Society of Prevention Research norteamericana. Como dicen sus estatutos, su misión es hacer avanzar la ciencia de la prevención de base ambiental, universal, selectiva e indicada con el objetivo de mejorar la salud humana, el bienestar y reducir las desigualdades de salud. Para esta Sociedad son elementos básicos la interdisciplinariedad entre científicos, desarrollar políticas públicas, desarrollo de metodologías, promoción de una mayor educación y desarrollo profesional en prevención y en la implementación de la investigación.

El surgimiento de esta organización se debe a la necesidad de tener una sociedad científica dedicada a la prevención a nivel europeo dado que existe un gran número de profesionales que trabajan en este campo, pero poco interconectados entre sí. Aunque la Sociedad tiene un título genérico de prevención, en la práctica casi todos los profesionales que la forman son del campo de la prevención de drogas, incluyendo personas procedentes de la salud pública, la epidemiología, la medicina, la psicología y otras ciencias. Sus miembros actuales proceden de casi todos los países europeos. Celebra un congreso anual que permite el intercambio de información científica, el aprendizaje de nuevas metodologías de investigación en prevención, conocer nuevos programas preventivos, y facilitar el conocimiento entre sus miembros y participar en proyectos europeos que se convocan anualmente para ser realizados por parte de personas e instituciones de varios países europeos. La sociedad también admite miembros de otros países. Igualmente, tiene una

buena coordinación con varias acciones del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías de Lisboa y demás asociaciones científicas del campo de la prevención de otros países europeos y de Estados Unidos.

e. Las redes de prevención en Europa

Un aspecto destacable de la UE en relación con otros países es la financiación de distintos proyectos y redes europeas en el campo de las drogas, incluyendo la prevención. Los mismos tienen que estar formados por personas de distintos países. Esto permite una importante colaboración entre países e investigadores con distintos puntos de vista, delimitando lo científico, de lo que no lo es; ver las peculiaridades de cada país reflejado en el trabajo a realizar, dar a conocer y fusionar experiencias distintas o complementarias, establecer relaciones fluidas entre personas e investigadores y, con todo ello, llegar a estándares o procedimientos comunes. El resultado está siendo excelente en la mayoría de ellos. Gracias a ello se logra realmente que todos los europeos nos conozcamos mejor, colaboremos en la tarea común, sepamos compartir puntos de vista distintos, abrir la mente a nuevas ideas, trabajar en red (de personas, vía email, otros recursos electrónicos y disponer de webs propias); conocer de primera mano el nivel de investigación y el desarrollo tecnológico de cada país, así como su nivel de desarrollo económico y social; cómo se organiza su sistema de vida, conocer distintos países y ciudades europeas en las reuniones de coordinación, encuentros, conferencias, congresos, etc.

El inglés es la lengua de intercomunicación. Esta es una desventaja para aquellos países que no priorizan este idioma, sobre todo los del sur de Europa. Sin embargo, hay otros elementos comunes, como la moneda única (euro) en todos sus países, excepto en el Reino Unido, una economía semejante con directrices comunes (por ejemplo, a través del Banco Central Europeo y del Eurogrupo), sin fronteras físicas, con libertad de circulación entre países para las personas, los bienes y los servicios; con un programa de movilidad para los estudiantes y profesores (el programa Erasmus), o tener el

espacio europeo de educación superior en todos los países para intercambiar alumnos y titulaciones para su equivalencia (el modelo educativo de Bolonia).

Vamos a ilustrar lo anterior con dos ejemplos, con una red dedicada específicamente a la prevención en toda Europea (Irefrea) y otra red centrada más en la investigación y la docencia (el proyecto europeo SPAN).

La red Irefrea (Instituto Europeo de Estudios en Prevención).

La red Irefrea (www.irefrea.org) fue fundada en 1988 con expertos en prevención de varios países europeos. Es la red profesional más antigua en el campo de la prevención del consumo de drogas en Europa. El grupo español mantiene el liderazgo científico de los diferentes proyectos de investigación desarrollados desde el inicio del grupo. Las áreas cubiertas por Irefrea incluyen investigación, implementación y evaluación de programas en cuestiones como el consumo de alcohol y otras drogas, y los factores de riesgo relacionados. La red Irefrea es un referente a nivel internacional en temas como la prevención recreativa, con múltiples investigaciones e intervenciones. En este campo, la Red ha desarrollado estándares (Calafat, Duch, Juan y Leckenby, 2012), ha diseñado cursos de formación, organizado jornadas y congresos, etc. También ha sido activa desarrollando el programa escolar ‘Tú Decides’ que, como se dijo anteriormente, ha sido ampliamente utilizado en España y Portugal (e incluido con buena valoración tanto en EDDRA como en la plataforma española de “prevenciónbasadaenlaevidencia.net”) y el programa de empoderamiento familiar, Familias en Red y Activas (FERYA) (www.ferya.es) (Juan et al., 2015).

Los miembros de IREFREA son muy activos en varios ámbitos profesionales y científicos, y colaboran con asiduidad con organizaciones como el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (EMCDDA), la Comunidad Europea, el National Institute on Drug Abuse (NIDA), la United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD); además de participar activamente en

redes como EuroCare, la European Society for Prevention Research, el Foro Europeo de la Sociedad Civil sobre las Drogas y la iniciativa Club-Health. Ha realizado un buen número de publicaciones, que se pueden ver en su página web (www.irefrea.org y www.irefrea.eu).

El proyecto SPAN

En el proyecto SPAN (Science for Prevention Academic Network) (www.span-europe.eu) participan 32 grupos de 15 países europeos (unas 100 personas) con el objetivo de conocer el estado de la prevención en Europa, tanto en el campo profesional como académico, para a partir de dicho análisis hacer propuestas concretas. Es un proyecto que empezó en 2013 y finalizará en 2016. Está coordinado desde la Oxford Brooks University, del Reino Unido.

En este caso, como en otros, a pesar de que se orienta a todos los aspectos de la prevención, en la práctica se centra de modo predominante en el campo de la prevención de drogas, tanto en las personas que lo componen, como en lo que luego analiza en el campo, porque es en la prevención de drogas el lugar en donde más personas trabajan a nivel preventivo en cada país.

Este proyecto considera de gran importancia la multidisciplinariedad y el trabajo en red colaborativo. En el proyecto se incluyen profesionales del campo preventivo, especialistas en metodología de investigación, académicos, etc.

Los proyectos europeos se estructuran, aparte del líder que va a coordinar todas las acciones del proyecto, en acciones específicas del mismo, que se denominan *Work Packages* (WP). Cada proyecto tiene varios WP, con un líder de cada WP y varios integrantes, al tiempo que los miembros del grupo suelen participar en más de un WP, con lo que se logra la transversalidad y la integración. En el proyecto SPAN se incluyen los siguientes WP: coordinación del programa; diseminación y comunicación de los resultados; conocimiento de la educación y el entrenamiento de la ciencia de la prevención terciaria en Europa; análisis de las necesidades laborales de prevención en

Europa; fondos de investigación y desarrollo existentes; así como eventos y conferencias, desarrollo de un plan de calidad, reuniones para el intercambio de las mejores prácticas, aprendizaje y trabajo en red virtual, conocimiento y reconocimiento de los créditos europeos de educación superior (los créditos europeos ECTS).

Varios de los resultados de este proyecto están ya disponibles en su página web (www.span-europe.eu) y otros se han presentado en distintos congresos y lo seguirán comunicando en próximas publicaciones, conforme avance el proyecto.

f. El proyecto COPOLAD para Latinoamérica

El proyecto COPOLAD es un programa de cooperación entre la Unión Europea y América Latina (www.copolad.eu). Está destinado a mejorar la coherencia, el equilibrio y el impacto de las políticas sobre drogas mediante el intercambio de experiencias, la coordinación birregional y el impulso de respuestas multisectoriales, integrales y coordinadas. Todo con la idea de fortalecer las políticas sobre drogas en América Latina (AL) e impulsar la cooperación entre las Agencias nacionales responsables de las políticas en los países de ambas Regiones.

Está financiado por la UE y se orienta a: 1) consolidar los mecanismos de coordinación y cooperación en materia de drogas entre la UE y América Latina y el Caribe mediante el diálogo birregional, 2) crear o consolidar observatorios nacionales sobre drogas, 3) capacitar para la reducción de la demanda, y 4) capacitar para la reducción de la oferta.

La idea de este proyecto es facilitar el diálogo, intercambio de buenas prácticas y capacitación entre las agencias encargadas de la formulación de políticas sobre drogas en América Latina y la Unión Europea. Para ello, han elaborado toda una serie de instrumentos, que se pueden consultar en su página web, entre los que destacan la realización de cursos, elaboración de

documentos, publicación de manuales, intercambio de técnicos, realización de reuniones sistemáticas para temas diversos, etc. Y todo ello siempre entre varios países, varios profesionales, con la idea común de mejorar el trabajo que cada uno hace. Esto claramente favorece la capacitación profesional de los responsables de desarrollar y poner en práctica las políticas; de los profesionales que deben poner en práctica las distintas medidas de prevención, tratamiento e incorporación social. El objetivo final es llegar, mediante el consenso, a la evidencia para lograr toda una serie de estándares de calidad para la planificación, gestión, implementación y evaluación de programas.

Un buen ejemplo de lo anterior es el manual sobre *“Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas”* (Salvador y Babín, 2014). En el mismo aparecen los criterios consensuados para los programas de prevención, para la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas, para los programas de tratamiento, para los programas de reducción de daños y para los programas de incorporación social. Unas 200 personas participaron en su elaboración, de nueve países latinoamericanos, junto a España y Portugal y otras agencias internacionales de Europa y Estados Unidos. Es un buen ejemplo del trabajo en red con resultados tangibles.

IV. Publicaciones e investigaciones

El número de publicaciones e investigaciones sobre la prevención que se hace en Europa es enormemente amplia. Primeramente están todas las publicaciones que tiene el Observatorio de Drogas y Toxicomanías de Lisboa. Todo lo que publica está en versión electrónica. Indicamos a continuación algunas de las más relevantes y recientes (las cuales pueden descargarse, al menos en inglés, de su web www.emcdda.europa.eu/publications):

- Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades (2015).
- European drug prevention quality standards: A quick guide (2013).

- North American drug prevention programmes: Are they feasible in European cultures and contexts? (2013).
- Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: Issues raised by 33 case studies (2013).
- Guidelines for the evaluation of drug prevention: A manual for programme planners and evaluator (2nd ed.) (2012).
- European drug prevention quality standards. Prevention profiles 2011 (2011).
- Pregnancy, childcare and the family: Key issue for Europe's response to drugs (2012).
- Responding to drug use and related problems in recreational settings (2012).
- Drug demand reduction: Global evidence for local actions (2012).
- Cannabis production and markets in Europe (2012).

A su vez, distintos países, como es el caso concreto de España, tienen un amplio conjunto de publicaciones oficiales elaboradas por investigadores, clínicos o técnicos, que tienen también su página web. Esto se ve favorecido también porque muchos de los proyectos e investigaciones que financia el Plan Nacional sobre Drogas de España, cuando se publican en forma de libro, suelen disponer de una versión electrónica a la que se puede acceder desde la web de dicho Plan Nacional. A continuación indicamos algunas de las que consideramos más importantes (todas las cuales se pueden descargar de www.pnsd.msssi.gob.es):

- Guía de estrategias preventivas para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas (2007).
- Informe sobre el cannabis 2004: análisis de situación y propuesta de actuación (2004).

- Bases científicas de la prevención de las drogodependencias (2002)
- Salir de marcha y consumo de drogas (2002).
- Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias (2002)
- Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación (1997).

De la colección “Actuar es posible” de dicho organismo, destacan los manuales dedicados a cómo actuar a nivel escolar, familiar, en los medios de comunicación, centros penitenciarios, en atención primaria de salud, en los servicios sociales; por parte del farmacéutico, por parte de los médicos forenses, y en el alcohol. También, dentro del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías del Plan Nacional sobre Drogas español aparecen todos los informes de epidemiología, indicadores sobre drogas, oferta de drogas y control, e informes internacionales a los que se puede acceder a través de su web.

Disponemos también de distintos organismos, fundaciones y asociaciones europeas que son muy activas en la elaboración de informes y estudios relacionados con el campo preventivo. De entre las fundaciones que existen podemos poner como ejemplo a la Fundación Mentor (<http://mentorinternational.org/uk>). En Europa tiene varias sedes, como en el Reino Unido, Alemania, Suecia y Lituania; también en países de Latinoamérica (por ejemplo, Colombia), península arábiga y Estados Unidos. Esta fundación colabora habitualmente con otras instituciones y asociaciones europeas dedicadas a la prevención de drogas.

Conclusiones y proyecciones

Europa es uno de los continentes con mayor consumo de drogas del mundo, junto con los Estados Unidos de América. El incremento ha sido enorme en las últimas décadas, de modo semejante a lo que está ocurriendo

en otras partes del planeta. Cuando surge un problema es necesario atajarlo. Esto suele hacerse por el final, lo que es razonable por el problema en sí y la necesidad de actuar cuanto antes; por los afectados, aplicándoles un tratamiento, dejando para más tarde ir a las causas de ese problema. Como en otros, para evitar los problemas que acarrea el consumo de drogas en personas con dependencia de las mismas, enfermedades físicas, trastornos mentales, problemas legales, coste sanitario, entre otros, es necesario poner en práctica medidas de prevención para que no aparezcan nuevos casos o se reduzca la aparición, al máximo. Pero en la práctica suele dedicarse mucho dinero al desarrollo de tratamientos para los afectados, tanto auspiciado por la administración como por los laboratorios farmacéuticos si hay un posible fármaco para la misma, y se va dilatando el tomar medidas para que no aparezcan nuevos casos, aunque sepamos cómo hacerlo, en muchos casos aduciendo problemas de coste. Esto ocurre en casi todos los países. Lo que varía de unos a otros países son las medidas que se ponen en práctica, la relevancia que se le da a la prevención y la rapidez de implementar la misma.

A pesar de lo dicho, sabemos qué medidas son eficaces en la prevención del consumo de drogas, como sintetizamos en la tabla 4, de la exhaustiva revisión de Babor et al. (2010), o como otros autores han indicado en la misma línea (por ejemplo, Strang et al., 2012).

Tabla 2 Medidas eficaces, basadas en datos científicos, sobre lo que es eficaz en una política sobre drogas.

1. No existe un problema único de drogas en una misma sociedad o en distintas sociedades; tampoco hay una “fórmula mágica” que resolverá el problema.
2. Muchas medidas que influyen en los problemas de drogas no son consideradas una política de drogas y muchas políticas específicas de drogas tienen grandes efectos fuera del ámbito de las drogas.

3. Las actividades promovidas por los países desarrollados para reducir el cultivo de plantas productoras de drogas en países pobres no han disminuido la provisión global de drogas ni el uso en los mercados y probablemente nunca lo harán.
4. Una vez que se han ilegalizado las drogas, hay un punto más allá del cual una aplicación más estricta de la ley y el encarcelamiento producen muy poco beneficio adicional.
5. Las inversiones en servicios de probada eficacia para las personas dependientes de opiáceos por lo general reducen los problemas relacionados con las drogas.
6. Los programas de prevención escolar, familiar y comunitarios tienen efectos modestos.
7. El debate sobre la política concerniente a las drogas está dominado en muchos países por cuatro dicotomías falsas que pueden confundir a los encargados de las políticas en cuanto a la gama de opciones legítimas y a los efectos previstos: 1. los supuestamente distintos métodos de aplicación de la ley y de los servicios de salud (distinción que a veces se abrevia como “policías en oposición a médicos”; 2. políticas que apoyan los servicios para usuarios de drogas en contraste con los dirigidos a la reducción de daños; 3. la distinción frecuentemente establecida entre “drogas buenas” (las legales y medicamentos de prescripción) y las “drogas malas” (las drogas ilegales); 4. la presunta necesidad de una comprensión recíproca entre los intereses de los usuarios de drogas y los intereses del resto de la sociedad).
8. Los efectos perversos de la política concerniente a las drogas son frecuentes.

9. El sistema farmacéutico legal puede influir en la configuración del problema de las drogas de un país y en la gama de opciones disponibles para la política de drogas.
10. No existen investigaciones científicas que orienten hacia la mejora de las actividades de control de la oferta y de aplicación de la ley.

Fuente: Adaptado de Babor et al. (2010).

Nos falta a nosotros como técnicos de la prevención o profesionales de la salud, del campo social o del campo educativo, convencer a los responsables públicos de que dediquen más dinero, esfuerzos y atención a la prevención del consumo de drogas. Esto choca ahora, como en otros momentos, con los claros intereses de la industria del tabaco y del alcohol; de la venta de drogas ilegales, y de otras industrias como las del ocio y tiempo libre, o restauración, que no quieren controles sobre el acceso de las personas a conductas que pueden ser excesivas o problemáticas (como el consumo excesivo de alcohol).

Disponemos de suficiente información científica para saber lo que se debe hacer, qué programas son eficaces, qué acciones no son deseables, de cómo implantarlas del modo más eficiente, etc. Pero en la práctica esto no siempre se hace. Por ello precisamos compartir el trabajo entre distintos países, entre distintos profesionales, entre los aplicadores y los evaluadores, para poder lograr que este campo cobre la relevancia que se merece, porque es necesario para que muchas personas no lleguen a tener graves problemas de salud, física y mental, debido al consumo de drogas.

En Europa se ha avanzado mucho en el campo de las drogas a nivel de prevención y tratamiento, en las décadas previas. En los últimos años tenemos en muchos países un estancamiento o un retroceso en el campo preventivo. Esto ha venido ocurriendo porque el tratamiento ha cobrado una enorme relevancia en poco tiempo, al aparecer distintos fármacos, y al potenciarse interesadamente desde los laboratorios farmacéuticos y ciertos sectores

psiquiátricos biologicistas con lo que denominan “la patología dual” (en muchos casos la patología dual es el resultado del consumo, desapareciendo cuando se suspende el consumo), reconvirtiendo a casi todos los adictos en un “enfermo mental” por la comorbilidad asociada que tienen con frecuencia. Pero no todos los consumidores son adictos. Y el campo preventivo se resiente si lo que se transmite es que estamos ante una “enfermedad”, no ante una conducta que se puede evitar y, sobre todo, que se puede prevenir de modo efectivo. Al tiempo, el dinero dedicado a la prevención ha disminuido en distintos países debido a la crisis económica que se vive en muchos países europeos. También han surgido voces críticas e interesadas sobre la eficacia de la prevención. Esto suele ocurrir como un buen sistema de ataque cuando queremos hundir algo concreto, desprestigiar o crear dudas. Estas críticas han surgido desde algunos sectores del tratamiento biologicista, y de otros sectores de los consumidores y de asociaciones activas pro-legalización del consumo de drogas, sobre todo del *cannabis*. Esto crea un caldo de cultivo en donde la confusión puede llevar a la duda y a decidir no hacer nada. Disponemos de programas preventivos eficaces, de técnicos competentes, de adecuada tecnología preventiva. Pero no siempre se pone esto en práctica, no siempre se aplica en el nivel de intensidad necesario o, al contrario, se ponen cortapisas de distinto tipo. Pero lo cierto es que una sociedad no puede renunciar a la prevención. La prevención es parte de cualquier sistema social humano. Nuestra previsión para el futuro de la prevención en Europa se concreta en los siguientes aspectos:

- La industria del alcohol trata de involucrarse en hacer prevención. Pero posiblemente lo que están haciendo es contraprevención. Un ejemplo de ello es la Federación de bebidas espirituosas de España, FEBE (www.febe.es), que ofrece gratuitamente su programa preventivo a instituciones públicas y privadas y a quien lo quiera implantar. En otros países destacan sus campañas del conductor alternativo o *designado* (un conductor sobrio que lleve a los amigos embriagados en el coche). Prácticas que creíamos del pasado se vuelven

a poner ahora en marcha, auspiciados por la industria del alcohol, debido a la crisis económica y a invertir menos dinero en prevención por parte de las administraciones públicas.

- Pero también tenemos que tener en cuenta la poderosísima industria de la diversión nocturna, cuyos intereses, además, van de la mano en muchas cuestiones con los propios ayuntamientos y gobiernos regionales deseosos también de atraer jóvenes y aumentar sus ganancias por impuestos.

- Hay un importante movimiento pro-legalización del *cannabis* en varios países europeos así como en otros lugares del mundo (es especialmente potente y organizado en España). En este debate se confunde, o se quiere ocultar a la población, las consecuencias negativas y a veces graves del consumo de *cannabis*, su alta prevalencia. Se plantea el tema como si lo normal fuese consumir. Se ocultan los intereses económicos que subyacen a su liberalización o uso para fines recreativos; la demagogia de la recaudación de impuestos, y se plantea una confusión interesada sobre las supuestas propiedades terapéuticas (Volkow, Baler, Compton y Weiss, 2014). Todo ello anima un debate que ha ido creciendo en los últimos años y que se seguirá manteniendo.

- Sigue siendo importante conocer los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas pero, sobre todo, en cada contexto concreto, en cada país, en cada región, en cada ciudad. Conocerlos es de gran importancia para la aplicación de los programas preventivos y también para la elaboración de nuevos programas preventivos.

- Se seguirá avanzando en conocer cuáles son los elementos imprescindibles que debe tener un buen programa preventivo. A pesar de que conocemos varios de ellos (Becoña, 2012), el avance futuro del campo de la prevención va por esta línea porque precisamos conocer los centrales. Ello redundará en poder elaborar mejores programas preventivos y, con ello, que los mismos sean más eficaces.

- Relacionado con todo lo anterior, cada vez se asume más la necesidad de lo que conocemos como “prevención basada en la evidencia”. En los próximos años esto cobrará todavía más relevancia en los distintos países europeos. Saber qué funciona, en qué condiciones funciona y para quién funciona es central en nuestro campo (Faggiano et al., 2014).

- La prevención ambiental es un elemento central dentro del campo preventivo (Burkhart, 2011) que hasta ahora ha recibido poca atención. La implantación de la misma es muy eficaz, y facilita poner en práctica otros tipos de prevención (Babor et al., 2010). Pero para que se implante se precisa una cultura social de la prevención que falta en muchos países.

- Se hace necesario transmitir con más intensidad al conjunto de la sociedad hedonista en la que vivimos, acerca de las consecuencias negativas que tiene el consumo de drogas (Calafat, 2010). Al implantarse el modelo de la vida recreativa en los jóvenes y parte de los adultos de muchos países europeos que va unida al consumo de alcohol y drogas, ha llevado a que se hayan disparado en las últimas décadas las consecuencias negativas de tal consumo. Esta nueva forma de consumir muy ligada a los contextos recreativos de fin de semana abre la puerta a que consuman muchos jóvenes ‘normalizados’ y con un buen tejido social. La sensación de problematicidad ligada a estos consumos desaparece fácilmente (Calafat et al, 2000; Calafat et al, 2008). Para revertir esta situación y contrarrestar estas consecuencias se precisa información, concienciación y normas sociales Es una larga tarea para los preventólogos.

- Es necesario lograr una mayor coordinación e integración europea en el tema de la prevención de drogas (Culley et al., 2012; McGregor, 2012). Se ha avanzado mucho y es de esperar que en los próximos años esta armonización continúe. Se han ido dando pasos y así se seguirán dando en los próximos años.

Referencias

- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.
- Becoña, E. (2012). Elementos que debe tener un programa preventivo eficaz. En J.A. García y C. López-Sánchez (Eds.). *Estrategias de intervención en la prevención de las drogodependencias* (pp. 51-74). Madrid: Pirámide.
- Babor, T., Caulkins, J., Edwards, G., Fischer, B., Foxcroft, D., Huamphreys, K. et al. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? *Adicciones*, 23, 87-100.
- Brug, J, Djoeke van Dale, Loes Lanting, Stef Kremers, Cindy Veenhof, Mariken Leurs, Tom van Yperen and Gerjo Kok. (2010). Towards evidence-based, quality-controlled health promotion: the Dutch recognition system for health promotion interventions. *Health Education Research*, 25, 1100–1106. doi: 10.1093/her/cyq046.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., y Becoña, E. (2008) Recreational nightlife: Risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments. *Drugs: education, prevention and policy* 15, (2), 189-200.

- Calafat, A.; Amengual, M.; Mejias, G.; Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar “Tú decides”. *Adicciones*, 1, 96111.
- Calafat, A., Duch, M., Juan, M. y Leckenby, N. (2012). Health and safety european standars for nightlife venues. *Adicciones*, 24, 355-364.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P., y Torres, M.A. (2000) Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid, Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A. (2010). *Prevention interventions in recreational settings*. Strasbourg: Council of Europe. Pompidou Group.
- Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R. y Galanti, M. R. (2011). The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: A cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 312. doi 10.1186/1471-2458-11-312
- Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R., Galanti, M. R. y ...EU-Dap Study Group (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 48, 182-188. doi 10.1016/j.jadohealth.2010.06.003
- Culley, D. M., Taylor, J., Rubin, J., Hoorens, S., Disley, E. y Rabinovich, L. (2012). *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005-2012 and its action plans*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- De la Rosa, A. (1995). La prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. Una experiencia práctica evaluada. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- European Commission. Directorate General for Justice (2014). *Young People and Drugs. Flas Eurobarometer 401*. Obtenido de: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_401_en.pdf.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2011). *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*. Lisboa: Autor.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2015). *New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System (March 2015)*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Obtenido de www.emcdda.europa.eu/publications/2015/new-psychoactive-substances.
- Faggiano, F., Galanti, M. R., Bohrn, M. R., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., ...EU-Dap Study Group (2008). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 47, 537-543.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., ...EU-Dap Study Group (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 56-64. doi 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018
- Faggiano, F., Allara, E. Giannotta, F., Molinar, R., Summall H., Wiers, R.,... Conrod, P. (2014). Europe needs a central, transparent, and evidence-based approval process for behavioural prevention interventions. *Plos Medicine*, 11, 21001740.
- Ferri, M. y Bo, A. (2013). Best practice promotion in Europe: A web-based tool for the dissemination of evidence-based demand reduction interventions. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20, 331-337.
- Frances, A. (2014). ¿Somos todos enfermos mentales? Madrid: Ariel.
- General Secretariat of the Council (2013). *European Union Drugs Strategy 2013–2020*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Giannotta, F., Vigna-Taglianti, F., Galanti, M. R., Scatigna, M. y Faggiano, F. (2014). Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. *Journal of Adolescent Health, 54*, 565-573. doi 10.1016/j.jadohealth.2013.10.009
- Gotzsche, P. C. (2014). *Medicamentos que matan y crimen organizado. Cómo las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los libros del lince.
- Juan, M., Calafat, A., Duch, M. y Becoña, E. (2014). *Programa Ferya. Familias en red y activas. Programa de empoderamiento familiar para prevenir los riesgos que afectan a los menores*. Palma de Mallorca. Irefrea.
- Kornblit, A. L., Mendes, A. M. y Bilyk, A. (1990). “Vos decidis”: un programa de prevención de consumo de drogas en la escuela media. *Medicina y Sociedad, 13* (5-6), 36-40.
- Macià, D., Olivares, J. y Méndez, F. X. (1993). Intervención comportamental-educativa en la prevención de la drogodependencia. En F. X. Méndez, D. Macià, D. y J. Olivares. *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Mackenbach, JP y McKee, M (2013). A comparative analysis of health policy performance in 43 European countries. *European Journal of Public Health, 23*, 195–344. doi:10.1093/eurpub/cks192).
- McGregor, S. (2012). Do we need a European drugs strategy? *Drugs: Education, Prevention and Policy, 19*, 429-435.
- O’Connell, M. E., Boat, T. y Warner, K. E. (Eds.) (2009). *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people. Progress and possibilities*. Washington, DC: National Academies Press
- OEDT (2014). *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades 2014*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

- OEDT (2015). *Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades 2015*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.
- Rödner, S., Olsson, B. y Room, R. (Eds.) (2008). *A cannabis reader: Global issues and local experiences, vol. 1*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Rodríguez-Martos, A.; Torralba, LL. y Vecino, C. (1996). Decideix! Programa de prevención del abuso de drogas en enseñanza secundaria: la experiencia de Barcelona. *Adicciones*, 8, 127-148.
- Salvador, T. y Babín, F. (2014). *Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas. Marco de referencia para la acreditación de programas*. Madrid: COPOLAD.
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: Evidence for effective interventions. *Lancet*, 379, 71-83.
- United Nations (2007). *Sweden's successful drug policy: A review of the evidence*. Nueva York, NY: United Nations, Office on Drug and Crime.
- UNODOC (2013). *International standards on drug use prevention*. Nueva York: United Nations on Drugs and Crime.
- Van der Kreeft, P., Wiborg, G., Galanti, M. R., Siliquini, R., Bohrn, K., Castigna, M., ..EU-Dap Study Group (2009). "Unplugged": A new European school programme against substance abuse. *Drug: Education, Prevention and Policy*, 16, 167-181.
- Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucci, S., Faggiano, F....for the EU-Dap Study Group (2014). "Unplugged", a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial. En G. G. Noam, K. Weichold y F. Giannotta (Eds.), *Theory-based approaches*

to substance misuse and abuse prevention in school (pp. 67-82). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Villalbí, J. R., Bosque-Prous, M., Gili-Miner, M., Espelt, A. y Brugal, M. T. (2014). Políticas para prevenir los daños causados por el alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88,515-528).

Volkow, N. D., Baler, R. D., Compton, W. M. y Weiss, S. R. B. (2014). Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 370, 2219-2227.

11. La prevención en América Latina

Alberto Calabrese

El “Problema Mundial de las Drogas” y su impacto en América Latina

El modo en que habitualmente se ha abordado y se aborda la cuestión de la Prevención en América Latina -como en todos los países del hemisferio- responde a una lógica instalada de hace cuarenta años que resulta necesario revisar a la hora de hablar de Prevención. Sin embargo, hay cuestiones que la anteceden.

La Harrison Act de 1914, se la considera precedente de las muchas más tardías prohibiciones totales que se dieron casi cincuenta años después. La misma no alcanza a configurar un esquema de prohibición sino, más bien, de control. En efecto, su contenido pretende ser más un instrumento para limitar a quienes compran la sustancia y cómo facilitan su acceso al público, siempre haciéndolo a través de los profesionales que tuvieran que administrarla. Esto incluye a médicos, odontólogos y veterinarios, registrando asimismo a todos sus pacientes y motivos de expendio. También toma medidas sobre acopiadores, distribuidores y vendedores, como el de cualquier otro medicamento en definitiva, puntualizando dónde deben inscribirse y los impuestos a ser pagados por las transacciones en todo el proceso de comercialización de ciertas sustancias.

Cabría preguntarse si esta determinación obedeció al hecho de observar que efectivamente se estaba consumiendo mayor cantidad de esas sustancias y en vista de esto, dado su crecimiento en el mercado, obtener beneficio para el Estado cada vez que se hacía un acto comercial con las mismas. O porque con el espíritu al que hemos aludido anteriormente basado en una ética puritana, que deviene en jurídica, se haya visto en esta forma básica de control (el impuesto y el registro profesional), una manera de restringir su uso. Si bien

esto se puede decir que es una función intervencionista por parte del Estado y devenida del acuerdo entre su legislativo y ejecutivo, hoy cabría preguntarse cómo le habría ido al mundo si realmente se hubiera mantenido dentro de esos parámetros. Hasta podríamos decir que si estuviésemos en esa instancia las incidencias actuales, sobre todo en las “luchas contra” y las enormes secuelas de todo lo que viene sucediendo desde entonces, o sea el negocio, la represión y la corrupción (Ramírez Monargas *et al.*, 1987), probablemente no se hubieran dado de la misma forma. Sobre todo esta última, la corrupción, la que origina verdaderos desgastes en los actores institucionales que intervienen de una u otra manera en la constitución de lo que supuestamente es el control del tráfico ilícito. También cabe otra pregunta, cuánto de estos recursos que se han usado en la represión del tráfico ilícito, si se hubieran volcado a la promoción, el desarrollo, la inscripción cultural y el trabajo productivo, no hubieran dado otros resultados.

Sin embargo, lo que se inició como un acta de control y luego de superar el evidente fracaso de la denominada “Ley Seca”, caída en el inicio de la década de los treinta del siglo pasado, fue tomando cada vez más un sesgo represivo, que hasta ahora ha sido su principal característica.

Debemos comprender mejor la naturaleza y evolución de los hechos que configuran en la actualidad el “Problema Mundial de las Drogas”, tal como pomposamente lo han denominado las Naciones Unidas, porque desde allí es que se han establecido los lineamientos preventivos en la región. Esto no ha dejado de ser un progreso, dado que en la anterior etapa se lo denominaba más ostentosamente aún (Lencinas, 1998). Superar esa aciaga etapa, que poco o nada le ha dejado a la humanidad como resultado positivo, resulta un logro, aunque limitado, toda vez que se olvidan los más importantes aspectos de la demanda respecto de los de la oferta.

Esta primera parte, que la podríamos enmarcar en lo que estudiaríamos dentro de la Geopolítica de las Drogas (aspectos de seguridad, intereses

nacionales, conflictos en territorio, óptica de las grandes potencias, etc.) se ha consolidado a partir de una prohibición.

Dicha prohibición no es anterior a la Resolución General de 1961 del organismo mundial (ONU). Entonces, lo que recién configura una cuestión que no iba más allá de problemas de tipo personal –donde lo que antes estaba acotado a los Estados Unidos– termina decantando en una multiplicidad de organismos de todo tipo dedicados al control, la inteligencia, los peligros reales o imaginarios generados por el fenómeno, pero sobre todo constituyendo un formidable negocio. Algunos autores lo cuantifican como cercano a los 2 billones de dólares en términos matemáticos o sea 2 mil millones de millones, que paradójicamente solo son disminuidos por el control en un 10% en todo el mundo. Esto quiere decir que, más allá de los países y sus diversos intentos de control sobre la demanda, una de cada 10 sustancias en circulación es decomisada, o sea puesta fuera del circuito de consumo. Lo más grave es que la masa de dinero que genera es muy poco fiscalizada y pasa a formar parte de la gran pesadilla de la economía a escala mundial: la *off-shore* (que tiene pocos controles por parte de los gobiernos) que engrosan sus activos y a la vez son depositarios de inversiones de esos mismos sistemas de evasión fiscal, o absoluto desconocimiento de todo control.

Esto debería llevar a los gobiernos a preguntarse seriamente en el ámbito de las Naciones Unidas: ¿cuál es el verdadero fin de mantener este artificio que poco tiene que ver con el daño a la salud pública que se le atribuye? y sí, en cambio, ¿no se constituye en una forma de control especial sobre regiones, países, ámbitos circunscriptos de las conformaciones políticas de los mismos, poblaciones particularizadas y personas? (Lencinas, 1998).

Pero al interior de los sistemas políticos y con la contribución inefable de los medios de comunicación masiva empeñados estos últimos años en verdaderas campañas que, más allá del esclarecimiento inducen al temor, cuando no al miedo (lo que produce o indiferencia o pánico), no existe una conciencia real sobre la etiología del fenómeno.

Esta cuestión viene bien para externalizar y concretar el peligro en un hecho o sucesión de los mismos, que se utilizan para aplacar reflexiones e incrementar la concentración de todas las tensiones sociales y sirven para exculpar o exponer a un grupo o persona para resumir todos los males que sobrenadan en el cuerpo social, para concentrar el daño con la característica de hacerlo tangible. Entonces, a partir de un hecho que el colectivo registra como mayúsculo -pero que ignora a todas luces cuáles son sus verdaderas dimensiones- lo que muchas veces se trasmuta en la concentración del daño que, al no poder acceder a quienes lo producen, se suele corporizar en el último y más débil actuario de la cadena de consumo y distribución.

Previamente a la prohibición de determinadas sustancias psicoactivas (SPA), ya se habían manifestado algunos atisbos de esta modalidad con el criterio orientado a partir de las advertencias, indicaciones y procedimientos surgidos en el pensamiento hegemónico y extendidamente coercitivo de los EE.UU. En efecto, lo que se plasma en el documento de Naciones Unidas de 1961 es, a su vez, producto de una lógica proveniente del norte del continente. A partir de la misma, las sustancias que entraban en un campo de la prohibición eran vistas con una mirada diferente a las de una habitualidad que tenían (por su acceso y falta de sanciones directas) a principios del siglo XX en ese mismo país.

Esa lógica determinante surge del matrimonio de conveniencia entre el modelo médico que nace del Positivismo -del cual deviene en el Modelo Médico-Sanitario- y una ética de origen religioso –más precisamente de cariz puritano– que luego se plasma en el Modelo Ético-Jurídico. De la simbiosis y la sinergia subsecuente de ambos surgen las modernas formas de prevención conocidas y más comúnmente utilizadas (Calabrese, 2012).

El primer asiento que tiene esta simbiosis Modelo Médico-Sanitario y Ético-Jurídico– se traduce en la práctica político social institucionalizada conocida como Ley Seca de 1920 (Ley Volstead) que se tradujo fundamentalmente en

ejercicio de las “luchas contra”. Esto conllevó como resultado una persecución fallida que pretendió, sin lograrlo, disminuir o anular todas las instancias referidas desde la producción al consumo del alcohol, logrando exactamente los efectos contrarios de lo que se quería evitar. Los conflictos inherentes a esta intervención ingenua, pretendiendo cambiar en definitiva usos y costumbres a través de una simple inscripción legal de carácter prohibitiva, fueron tales que el presidente Franklin Roosevelt decidió enviar al Congreso una ley para derogarla. El presidente, con sabio criterio la consideró, entre otras cosas, como un factor de guerra civil entre sus conciudadanos.

Evidentemente no estaban satisfechos con esta decisión los actores de la prohibición; los que, operando en conjunto, fueron logrando endurecer en forma paulatina, leyes, reglamentos, ordenanzas y, por ende, acuerdos y resoluciones nacionales e internacionales para otras sustancias.

Lo curioso de todo esto es que la mayoría de las personas, incluso aquellas que se creen idóneas en la materia, piensan que se trata de una prohibición proveniente del fondo de los tiempos. Esto ha dado lugar a que —con una actitud que sería bueno sostener en muchos otros campos— los organismos públicos, muchas organizaciones particulares o de la comunidad; confesiones religiosas y una amplia gama de instituciones y personajes de toda índole, clamen por más lugares de atención, ámbitos especiales de prevención, tribunales particularizados, leyes especiales (lo que no ocurre con ninguna otra enfermedad o manifestación de la misma). Por su parte, la comunidad hace lo mismo, sintiendo todos algo que pasa únicamente por el imaginario, cual es el de creer que si no fuera por la “droga” (drogas en realidad), estaríamos en el paraíso terrenal (Calabrese, 2001).

Este ejercicio de simpleza hace que aún hoy —a 40 años de iniciado el proceso de expansión del consumo de sustancias psicoactivas en muchos países de Latinoamérica— se sigan sosteniendo vagas generalidades con escasa capacidad explicativa que le dan a las drogas un exceso de protagonismo, lo

cual suele redundar en estigmatización y que se persista, en muchos casos, en perseguir y condenar al mero consumidor. Debemos recordar que, aún en instancias mayores que no tengan que ver con la penalización o castigo directo al consumidor mínimo, al hacerse un estándar de la “lucha contra”, obviamente los protagonistas más visibles de toda esta historia son los consumidores elementales, lo que incluye particularmente a los de menores recursos. Esto resume una suerte de mirada totalizadora, sin ningún tipo de respaldo académico o científico que lo sustente. Esto lleva a pensar ingenuamente, que de no ser por las sustancias prohibidas, no habría situaciones conflictivas severas, e incluso lleva a colocar a las SPA como promotoras de todas las actitudes negativas de cualquier miembro de la sociedad, siempre y cuando el mismo, esté pre-asignado para cumplir el rol del “malo” que se le quiere adjudicar. No existe proporción sustantiva para la dimensión que se le asigna tanto a nivel noticias como al de los ámbitos dedicados a la prevención o atención, respecto de otras temáticas de mayor relevancia que, aun estando concatenadas o que se presentan de manera asociada, terminan siendo relegadas por la importancia asignada mundialmente a este por sobre otros muchos problemas humanos. Tal vez, sopesado adecuadamente en su verdadera dimensión, podría reasignársele un papel más sustantivo si siempre nos sirviera para ver todas las temáticas emergentes y subyacentes.

Demás está decir, que así como existen “bebedores sociales” en el caso que su bebida sea cara y buena; siendo, en cambio, un mero “borracho”, “chispeado” (o la denominación propia de cada país para el bebedor que se encuentra en malas condiciones sociales) si su consumo pasa por una bebida de mala calidad. Lo mismo sucede con otras sustancias prohibidas. Quien consume éxtasis en un local bailable de jerarquía o en una fiesta electrónica reconocida socialmente, poca o ninguna actitud de rechazo recibe. Caso contrario, un consumidor de “paco” (pasta base de cocaína, generalmente adulterada y no apta para el consumo humano) a la salida de un local bailable popular, puede ser objeto de detención o demora, apertura de expedientes,

maltratos o, tal vez, la peor alternativa de todas: ser llevado a un confinamiento que con la forma de un “tratamiento” (que traduce muchas veces su poder en autoritarismo), deviene en características carcelarias, so pretexto de saludables. Desde luego, no se pretende decir que la mirada totalizadora y fáctica sea igual en todos los países de Latinoamérica; no es necesario ser enviado a un tratamiento obligatorio. Pero sí, en cambio, la “lucha contra” se constituye en el paradigma de lo necesario de ser destituido por su peligrosidad para el conjunto societario, eso necesariamente crea categorías especiales siquiera en la subjetividad pública que le dan un dato de relevancia a aquel que consume determinadas SPA. Tanto es así, que la suposición del control del narcotráfico se convierte en una razón de ser casi central en las preocupaciones de los Estados y de eso devienen, no solamente enfrentamientos que traen un caudal muy importante de víctimas directas, sino que a esto le debemos las incidentales. Este paradigma, que no se aplica del mismo modo con otras adicciones de mucho mayor impacto y que, por lo tanto, no padecen los muertos o los presos o los sometidos a tratamiento según los casos y realidades de cada país, es coincidente con las dimensiones del fenómeno a nivel mundial (CONACUID, 2012). De ahí que es mucho más importante todo lo cuanto se haga para corregir esta manifestación con actividades preventivas abarcativas y que, aún aquellas que desde lo específico logran trazos mayores en su actividad, su mejor relevancia a nivel humano sería tratar de revertir las causas que, en todo caso, producen esta expansión del fenómeno obviamente ligadas al tipo de sociedad que somos o que pretendemos ser.

En suma, la visión de la sociedad se ciñe a una configuración que convalida conceptos de *adentro y afuera*, que sirven para calificar positiva o negativamente a quien, con su consumo, habilita esa calificación.

Las drogas y su representación social

La serie de sustancias, que hasta el día de hoy son conocidas como “drogas peligrosas”, o designadas a partir de apelativos como “flagelo”

(Ramírez Monargas *et al.*, 1987) o denominaciones tales como, “destructores sociales, familiares”, etc., son también, según este criterio, actores con vida propia que “atrapan” a las personas, ejercen “efectos contagiosos”, desatan “caídas”. Por lo tanto, reciben aplaudidas respuestas vistas como preventivas, tal como dar testimonio “contra” las mismas, lo que a su vez promueve un ejercicio de altos objetivos morales, como el abstencionismo total o la cura en supuestos tratamientos, a través de encierros forzosos en el marco de una conducta absolutamente reglamentada.

Los acuerdos que se fueron organizando en las Naciones Unidas, con el beneplácito de la mayoría de los países integrantes, se resolvieron (hacia el interior de los países) a través de leyes y organismos específicos dedicados al control policíaco restrictivo, por una parte; y al preventivo asistencial, por otra.

Por un lado, esto ha servido para una aproximación condicionada al plano penal, motivando una hipérbole del sistema judicial que se hace receptivo de una situación sintomática del campo social. Si bien determinados consumos (y no solamente de drogas prohibidas) puedan llegar a configurar una verdadera enfermedad, en este caso se naturaliza, sin lógica alguna, un tratamiento punitivo que no recibe ninguna otra enfermedad en el mundo.

Esta configuración, que puede obedecer a múltiples razones, tiene el atávico sustento de operar regularmente como alivio en la sociedad humana; de construir chivos expiatorios (Eco, 2013), ideales para depositar en ellos las culpas reales o imaginarias; y el alivio a la tensión perpetua que surge de la mera existencia y que hasta el día de hoy no se ha podido resolver. En este caso, sustancias que hasta la gran prohibición se podían conseguir en farmacias o herboristerías libremente, pasaron a ser objetos de clandestinidad, ilicitud, producción catecúmena, contrabando, estafa al fisco y demás.

Desde luego, el negocio consecuente de la prohibición ha conllevado, al día de hoy, un fenomenal impacto en la economía mundial y la secuela de enfrentamientos, restricciones y daños en muchos ámbitos del planeta, como también un alto grado de corrupción del que prácticamente no se escinde nadie.

Naturalmente, para sostener esta distorsión sobre determinados objetos, se necesitó a través del tiempo (amén de las leyes y ordenanzas ya apuntadas) todo un sistema dirigido a conseguir un acuerdo natural de la población, dispuestos así a apoyar las medidas que impusieran estas resoluciones.

Por otra parte, y esto es un aporte del campo médico, la acentuación de las características dañinas, sobre todo a nivel de “contagio” de las sustancias puestas en la lista de prohibición, acentúan así los rasgos que se definían como de daño a la salud pública.

Desde luego, la salud, como el gran campo a proteger y una de las características de interés público que se necesitaba potenciar para darle solidez al sistema defensivo, otorgándole rasgos de prevención, constituye uno de los fundamentos constitutivos de la actitud generalizada sobre el tema drogas. ¿Y a qué nos estamos refiriendo cuando invocamos esta palabra? Obviamente, a las características que enuncian el fenómeno y tal como se interpreta. O sea, que va más allá de lo que se supone preventivo, toda vez que enmascara un sistema mucho más agudo y extendido de control que opera desde lo geopolítico hasta lo individual; y que involucra a instancias dirigidas a regiones, locaciones, grupos humanos, sociales, familiares y, finalmente, personas.

Lo comentado pasó a ser casi un símbolo de las necesidades cuasi épicas de una sociedad huérfana de dichas conductas, dado que las habituales ofertas de sensibilización ciudadana pasan más a la cuestión del consumismo. (Calabrese, 1999) que a las de ciudadanía. Por supuesto, cuando se encuentra un discurso tan pregnante como este, hay que ponerle actores. Más allá de otros partícipes, particularmente agentes forzosos y necesarios de las campañas y emprendimientos sobre el tema, son los médicos y los miembros de los diversos equipos de salud, los especialmente signados desde los modelos clásicos como “conductores” del proceso preventivo. Siendo también por decantación necesaria todos los agentes del sistema educativo, los otros protagonistas fundamentales de esta cruzada (Korinfeld, 1999).

Queda dicho que, de acuerdo con el imaginario que se vive acerca de la prevención -en este caso del uso indebido de sustancias psicoactivas prohibidas- se instala la idea por la cual se busca una “hiper-especialización” sobre la adicción a las mismas. Esto se hace desde una perspectiva positivista y en muchos casos cercana a los parámetros de las ciencias “duras” y por lo tanto lo más exacto posible respecto de la confiabilidad de su acción basada en datos de relevancia.

Esto, en principio, parece indicado. No obstante, lo es también preguntarnos acerca de las condiciones por las cuales se llega a estas situaciones o modalidades de consumo. Es decir, aquello que hemos denominado como *hiper-especialización* sobre el consumo de determinada sustancia, o conjunto de las mismas, puede resultar necesario y de gran utilidad, pero no suficiente para el abordaje de toda esa complejidad. Es ahí que tendríamos que analizar la resignificación y reasignación de lugares sociales a la hora de poner en visibilidad y recortar como problemáticos a determinados consumos y grupos que practican los mismos. Estas posiciones sociales, en muchos casos, ya están previamente destacadas como negativas, por razones del ordenamiento social. Más aún, se resalta la dificultad para distinguir en una situación compleja, cuál o cuáles son los factores que hacen al riesgo donde los faltantes son muchos o las carencias son enormes, de cualquier tipo que fueren.

Asimismo, este no es un problema que afecta solamente a un grupo o clase social, sino que atraviesa a todos los estamentos y clases sociales; y hace a una forma peculiar de situar a las adicciones a sustancias prohibidas tan significativas que pueden hacer olvidar a otras que lo son tanto o más aún.

Esta cuestión se traslada, al enfocarlo con una visión de túnel (Ramírez Monargas *et al.*, 1987), o como si alguien estuviera tratando de medir la realidad de una casa solamente con la observación de la única ventana abierta de la misma. Naturalmente, dicha observación va a ser parcial, falaz y reductiva de la complejidad, toda vez que lo posible de ser observado es un recorte de

todo el conjunto de la problemática vinculada a los consumos de sustancias de todo tipo.

Se podrá decir también, y por el contrario, que la manera de actuar que tenemos –intervencionista, directriz– es por el “desafío” que se ha instalado como tal. Claro está que nunca podremos confundir ese desafío en particular con el que constituyen todas las disyuntivas “desafiantes”, como son los problemas sociales de toda índole que tienen mucha más incidencia en el daño social, que hacen al complejo panorama del mundo de hoy.

Para completar la idea podríamos afirmar que una vez “aparecidas” las SPA en el mundo –tomada entonces la decisión de poner alguna de ellas en el index de lo restringido, incluso llegando a la prohibición absoluta– lo que provoca a su vez una identificación por parte de quienes se sienten ajenos al estado de cosas vigente y, por lo tanto, asumen el rol de contestatarios al sistema que por otra parte ya tenían. A esta etapa se sigue, con crecientes identidades asumidas de estos particulares consumos y la sustantiva habilitación de otras sustancias que, al revés de la primera etapa, va dejando su consumo el rol de contestatario para asumirse la natural percepción del fenómeno creciente. Esto es natural con los nuevos consumos en la sociedad de este tipo en prácticamente todos los órdenes. Lo que está naturalizado tiende a convertirse en habitual y poco se lo asocia a conductas peligrosas y, cuanto menos, reprobables. Esto resulta en la desdramatización de los consumos. Además está decir, que ese, tal vez, es el desafío menor para quienes creemos en los mecanismos idóneos de la prevención; constituir núcleos idóneos de actividad preventiva que no se limiten a algo tan específico, que haga olvidar porqué y qué pretenden sostener esos consumos enmarcados en las SPA. Descubrir en ellos las actividades constitutivas que puedan dar respuestas a los actuales malestares culturales y desde allí construir sentido y adherir a proyectos sustantivos, es el desafío y el potencial de la actividad preventiva.

Concretamente, en el campo de SPA, se suele ignorar a los sectores que no tienen alguna suerte de exclusión previa, investigaciones exhaustivas y más en el discurso oficializado. Salvo en los trabajos hechos para determinados sectores de poder adquisitivo alto y generalmente acotados a ámbitos escolares, en general se pretende ignorar que en los ámbitos de diversión de esas personas jóvenes y de buen poder adquisitivo, se consumen muchas SPA sin que por ello merezcan atención por parte de especialistas o lo que cada tanto se alternan y alteran, en sus denuncias sobre los amplios usos de las sustancias, comparándolas con un huracán que sacude al mundo.

Sociedades contemporáneas y los desafíos para la prevención en la región

Convengamos que el mundo de hoy ya de por sí está muy “sacudido”: calentamiento global, agotamiento de los recursos naturales, problemas crónicos de hambre o subalimentación, escasez de agua potable; tantas de orden natural, como inducidas o acrecentadas por el hombre, con desequilibrios humanos de intensidad variada tales como las guerras, las apropiaciones territoriales, la obligación a determinados consumos de acuerdo a lógicas externas a la población general y tantos otros como deseamos constatar .

De manera que es en ese contexto donde tenemos que situar los problemas relacionados con las SPA como diversos usos y abusos permitidos y prohibidos, que requieren poca o ninguna atención, aunque arrojen similitudes o incluso tengan mayor impacto socio-sanitario. Por ejemplo, el caso del tabaco y el alcohol. Naturalmente, desde el imaginario social se necesita sustentar su inseguridad en certezas, que aun cuando no sean tales, están favorecidas por sus creencias y se las retroalimenta a partir del condicionamiento de los medios masivos de comunicación. Son pocos los que tratan de esclarecer, aunque sea mínimamente la situación, eligiendo en cambio notas sensacionalistas, distorsionadas o directamente inductoras de actitudes y conductas.

En un sentido amplio, las vicisitudes son tantas que nos obligarían a hacer una prevención específica a tantas y tan variadas cosas que toda la vida

sería un acto perpetuo de prevención multidireccional, imposible de proponer y mucho menos de ser tenida en cuenta.

De manera que esto nos obligaría a pensar en varias cuestiones que hacen al hecho de la propia vida como una constante consolidación de sentidos, para poder proyectarse y desde una perspectiva más abarcadora incorporar la prevención a algo tan específico como las SPA, en un contexto donde el hecho de no consumir algo en particular, no sea la única situación constitutiva de una instancia vital.

A estas alturas es difícil que una persona no sepa, en última instancia, que el abuso de una SPA u otras actividades compulsivas puedan conllevar un riesgo, (Milanese, 2012) pero no se debe olvidar que antes de ello hubo una búsqueda del propio placer encajado sobre una sociedad hedonista y egoísta, donde también puede constituir -siquiera imaginariamente- algo alternativo a lo rutinario y tedioso.

No vamos a decir que hoy puedan faltar oportunidades, en los términos medios de la población general, de acceder a una cantidad de estímulos y posibilidades, inimaginables para un rey hace dos siglos. Sin embargo, y contradictoriamente, al multiplicarse los estímulos de todos los sentidos, a la vez se desvalorizan los básicos o los que no obedecen a determinada tecnificación que, como se sabe, están creadas para ser obsoletas una vez que están a la venta. Y en ese tipo de propuesta consumista, las sustancias psicoactivas pueden pasar a ser otra opción de consumo (SEDRONAR, 2008). Por ejemplo, recientes noticias provenientes de Corea del Sur indican que, dado el enorme desarrollo de las redes y juegos electrónicos, estaría desarrollándose una amplia base de abusadores o adictos, en menores de 30 años, a estas aplicaciones tecnológicas muy por encima del abuso de sustancias. Ahí estaríamos frente a la profundización del estudio de las formas de adicción comportamental, que no necesitan drogas externas, porque, en todo caso, agudizan sus propias sustancias estimulantes o satisfactorias.

¿Cuáles o sería el atractivo extra que tiene la sustancia? La “droga” misma puede ser denominada como “objeto de los objetos” o “el objeto” (Calabrese, 1999a). Esto, en tanto y en cuanto representa todos los imaginarios posibles que el usuario pone en ella, independientemente de los efectos biológicos que le cause. Esta situación paradójal es constituyente. Le da sentido y pertenencia a una actividad que, si no, sería una mera rutina angustiante. En las primeras etapas, su búsqueda y consumo siempre va a ser un estímulo para mayor placer y ya en las situaciones abusivas o dependientes, cuando configurase la sustitución subjetiva del objeto hacia el propio protagonista, es cuando se va a convertir en absorbente y probablemente dolorosa.

En ese punto es cuando deberíamos introducir el hecho de que, en las situaciones de adicción propiamente dicha, seguramente vamos a encontrar un sujeto con características determinadas en una estructura psíquico-ambiental previa, que lo hace susceptible a esa adicción. Con sensibles pérdidas en el camino: de libertades para elegir, de sujeción a los sistemas de provisión y por lo tanto el sostenimiento necesario, sin medir costos para poder obtenerlo. Claro que, si esta particular opción de compulsión repetitiva tiene un señalamiento social antedatado que se traduce en una sanción legal, da como resultante dos situaciones, respecto de la percepción social y del propio abusador o adicto que se suceden en el tiempo. La primera, identificar al consumo como oposición al sistema, que sería la actitud identitaria propiamente involucrada en los años 60 y 70. Y la otra, tomando a los 80 como eje de transición a tornarse en hábito o acostumbramiento social. De los 90 en adelante se da la etapa en la cual se convierte en una habitualidad que se va conformando a usos y costumbres de forma tal que, aunque no se lo proponga, queda naturalizada. Lo curioso resulta que la visión oficial del tema todavía configura el fenómeno como una cuestión igualmente opositorista (leyes específicas, tribunales especiales, delitos en instancia mínima, etc.). Cuesta creer como contraparte, una vez instalado este discurso taxativamente instaurado en la ruptura y el miedo, que la naturalización a las sustancias se producen

por otros mecanismos y por lo tanto, lo discursivo acerca de lo delictivo o trasgresor como única forma de advertencia general, resulta absolutamente insuficiente y distorsionada.

El nuevo hombre es consumidor por esencia, y eso es un logro que fue objetivado a través de políticas empresariales destinadas a cambiar el perfil de hombre satisfecho por la adquisición de un producto que será perdurable en el tiempo, al hombre consumidor. A este, lo único que le interesa es la renovación constante de los objetos adquiridos para estar a tono con cada nueva oferta del mercado. Eso nos convierte en seres planificados para el consumo. Por lo tanto, así es como tenemos un doble desafío al buscar instancias de menor consumo a través de políticas preventivas, casi como exclusividad, en una sociedad que pide lo contrario. Si socialmente una forma de definir pertenencia es que deseamos que un ser sea consumista, para luego elegir apartarlo de determinados consumos y librarlo de tal o cual sustancia en particular, entonces, estamos frente a una severa contradicción. Porque en ese caso, tendríamos que asumir el desafío de lograr que una persona enmarcada en una cultura consumista haga un recorte de alguno de los mismos, pudiendo continuar con los otros. Esto, sin lugar a dudas, constituye una situación paradójica, y en todo caso, una encerrona para el sujeto que es señalado por un consumo en particular (Calabrese, 2011).

De forma que la situación preventiva debería estar ligada con una pregunta sobre la eticidad de los hechos descriptos, en virtud de un mundo que ofrece otros desafíos y requerimientos. Y donde, además, se hace una instancia de sacralización vital, a muchos de los consumos impulsados: el *obtener y consumir* para pertenecer.

En la realidad, como otra situación contradictoria, se registran ingentes cantidades de personas que protagonizan una vida de escasez, donde el comercio de cualquier producto en situación de clandestinidad puede resultar una forma de evasión para la vida que tiene que desarrollar, o una alternativa

en su situación económica para alcanzar propuestas que de otra manera son imposibles de obtener. Esta es, sin duda, la razón de la incorporación al sistema del tráfico ilícito de miles de jóvenes que encuentran una alternativa de incorporarse a una instancia de economía subterránea en su estrato socio-económico, con la aspiración de llegar a lugares o jerarquías mayores en la estructura delictiva, incluso despreciando su propia vida. De este modo: “*poco y bueno, mejor que demasiado e inalcanzable*”. De esto pueden dar cuenta cuestiones tan disímiles, pero que tienen alguna base en común, como los narcocorridos de México (Malacari, 2012), a las bandas de motoqueros en la Península escandinava, con simbología propia y logros tales como un “reconocimiento” monetario obtenido de las instancias gubernamentales para no actuar violentamente en las calles.

No es el propósito de este artículo desarrollar una serie de consideraciones sobre esta parte constitutiva de la oferta, pero siempre debemos verificar orígenes y esto es algo que no se ve habitualmente en mucha de las Referencias preventivas, toda vez que en muchos casos nos hablan de un mundo congelado en una imagen, que, como ya dijimos, de no ser por las sustancias sería casi idílica “un mundo libre de drogas”.

Entonces, cuando emprendemos acciones preventivas, deberíamos conocer más y mejor a la comunidad y situarla socio-antropológicamente en el contexto político y momento histórico que le toca vivir para poder dilucidar realmente qué es lo que se dice, a través de lo expresado de una manera determinada (DGSMM, 2013). Y a la vez nosotros, si bien podemos llegar a certificar la coherencia de la forma elegida, deberemos intentar llegar a hacer una eficaz y pertinente prevención, más acorde con todos los razonamientos expuestos previamente. Por lo tanto, no debe ser un hecho aislado que “le hace bien” a esa comunidad en particular, olvidando todo el entorno que la constituye. Evidentemente, si la prevención fuera la forma sustantiva de evitar cualquier daño, todas las precauciones explicitadas surtirían el efecto buscado.

Centrarse en una prevención en particular no elimina el origen de los problemas, pero debemos intentarlo (Pérez Gómez & Mejía Trujillo, 2015). La pregunta sería por qué, y la respuesta tal vez debería ser, porque hay formas del sufrimiento personal y relacional humano que no permiten ignorancia o indiferencia. Y en ese sentido, no puede estar en menor o en mayor jerarquía que tantos otros. *No debe ser el problema de los problemas, sino la secuela o manifestación de los mismos, más allá de que pueda generar otros.*

Haciendo la adecuada prevención, lo más probable y sobre todo trabajando con todos los protagonistas, es llegar a constituir un corpus de situaciones que hacen a la peculiar presencia de la sustancia en ese ámbito. Pero también a través de ellas, que son observadas y expresadas como sintomáticas de importantes trastornos subyacentes, se llega —en muchos casos— a descubrir males mayores, que, paradójicamente, se pueden expresar a través de lo supuestamente más prohibido.

Por otra parte, cualquier persona que tenga actividad terapéutica u orientadora conoce perfectamente que lo expresado en primer término va remitir, precisamente en poco tiempo, a otros daños, molestias o trastornos que le dan sustento a lo que se reclama en ese primer término. Tal vez, lo paradójico sea que el fenómeno tenga la peculiaridad de tapar con su aparición lo que la motiva y a la vez, subsecuentemente, permite despejar incógnitas sobre esas motivaciones. Y esto es lo que nos ha permitido, en más de una oportunidad, acceder a las situaciones en las que, sin duda, hay una alteración de la salud mental de aquellos que padecen esa adicción, que afortunadamente resulta el indicador menor de la pauta del total del consumo. Pero también, seguramente en la medida en que incursionamos en los ámbitos en los cuales se realizan prácticas preventivas más extendidas, vamos a poder establecer qué grado de participación tiene la situación socio-ambiental sobre la propensión al consumo. Y eso es realmente tomar el curso para tratar de incidir en las pulsiones que hacen a la expresión del fenómeno de este consumo (Calabrese,

2011). De manera que, sin investigación previa, siquiera mínima, tendremos una estimación superficial acerca de lo que significa el fenómeno en ese ámbito en particular; sin previa escucha, la prevención se convertirá en un acto fútil, que tendrá más que ver con un acto del “deber ser” de una comunidad, un ámbito institucional o un grupo familiar o de afectos inmediatos. Y tal vez deberíamos trabajar mucho más sobre lo falsamente arraigado, en función de un discurso oficial que insiste en conformar un externalizable al sistema, en función de algo que se sacraliza como demoníaco.

Debemos recordar que, lo que denominamos discurso oficial, no es necesariamente el de un gobierno, sino más bien el que traslucen y traducen muchas cuestiones tan diversas que van desde sentencias judiciales a discursos totalizadores de “lucha” por parte de políticos, pasando por el mensaje producido por el promedio de los medios de comunicación masiva, etc.; tal vez la vieja necesidad de construir un enemigo (Eco, 2013) constituyéndolo como peligro tanto interno como externo. Evidentemente es habitual en la conducta humana considerar a determinadas características de lo ajeno, como el bárbaro, el hereje, el extraño o el extranjero; el *diferente*, por razones de prácticas culturales de cualquier tipo, de creencias religiosas, de adscripciones políticas, de origen, etc. La gama es amplia y casi diríamos infinita. Y funcional, en muchos casos. Incluso varias de estas separaciones son fomentadas en razón de los mismos antecedentes de quienes lo padecen y siempre obedeciendo a funcionalidades del poder o el “statu quo”.

Tal vez la exploración menos ejercitada respecto de la instalación del otro como adicto, casi con mayúscula, o sea el que consume SPA, es la ignorancia, que consideramos artificial respecto de la “iluminación” hacia ese tipo de adicción con el olvido de cualquier otra, aún sabiendo que las mismas son numéricamente más importantes. Pero en estos últimos cincuenta años, eso ha permitido establecer situaciones de control o de intervenciones políticas y represivas incluso, en países considerados peligrosos en razón de su situación política inestable.

Sin ir más lejos y para no hacer más que una observación de la realidad, en la Argentina, en particular en la era dictatorial anterior a la actual etapa democrática, se llegó a establecer un binomio de acusación “adicto-guerrillero”, cosa que solamente en la fantasía puede pasar, dado que cualquiera que tiene un conocimiento sobre el fenómeno que llamamos adicción, sabe que es una categoría excluyente. El adicto solo puede referirse a sí mismo tratando de sobrevivir y obtener los recursos para sostener su adicción. Nada más lejos de la actividad de una persona que trata de romper con un orden establecido, que a la vez lo obliga a tener toda su atención centrada en sobrevivir en función de eso. Se trata de dos funcionalidades distintas.

Diferente sería, en una etapa abusiva anterior a una adictiva, la obtención de sustancias de distinto tipo ya sea para funcionalizar un trabajo, evitar la angustia, sostener actitudes de algún tipo o sea las necesidades que el propio consumidor cree o pretende conseguir a través de las mismas. Por otra parte, esto es lo que sucede con el abuso de psicofármacos y psicotrópicos, que tiene mucho mayor relevancia en las situaciones de abuso de sustancias, por múltiples razones (presión de la industria respectiva, imaginario sobre la ausencia absoluta del dolor o complicaciones de algún tipo, estímulo para las actividades o tolerancia a las mismas, nuevos “cuadros psiquiátricos” que popularizan novedosos tratamientos, etc.). Como la medicalización de la vida cotidiana (Arizaga, 2007) es funcional, en definitiva se trata de apuntar los parámetros preventivos hacia un ámbito más acotado a sustancias señaladas como peligrosas, dejando de lado a toda esa lista de sustancias que, también, son intrínsecamente dañinas, dependiendo de cómo se las use. Debemos recordar que el uso de sustancias psicotrópicas o psicofármacos constituyen en muchos países una instancia de verdadero abuso y que muchas veces conlleva a situaciones de adicción a las mismas que no tienen un registro tan afinado como el de las prohibidas. Incluso combinadas con el alcohol, suelen ser prácticas de muchos cócteles explosivos en cuanto a la accidentología vial o violencia grupal.

Deberíamos añadir que por práctica extendida todavía rige la asociación sintetizada en la figura de quien consume las sustancias prohibidas como una suerte de *intocable* y un factor coadyuvante de posibilidad de contagio, considerándolo como vector del mismo, o sea, recibe un agente exógeno/patógeno “droga”, que lo convierte en transmisor de esa enfermedad (drogadicción). Lamentablemente, los viejos parámetros todavía tienen vigencia, y ya sea por miedo en algunos casos, prisión por mini tráfico, desconsideración o desprecio público en comunidades más cerradas, o criminalización y, en otros casos (porque no ocurre así en todos los países) se dan tratamientos obligatorios con características de aislamiento severo y maltrato. Esto configura un cuadro que no ayuda a la adecuada incorporación de las personas, que deberían ser sujetos de correcta acción preventiva.

Entonces, tal vez una de las cuestiones menos exploradas –aunque deberían funcionalizarse para especificar la prevención– sería trabajar asiduamente en las razones prejuiciales que operan particularmente en una comunidad y acentúan las diferencias obligando naturalmente a que quien las padezca (la mirada de la diferencia) sea visto con tan malos ojos que nunca puede integrarse, y por el contrario se afirmen esas diferencias para acentuar la segregación.

Esto es particularmente significativo en los lugares donde la población denota rasgos específicos de falta de integración, lo que se ha dado por múltiples razones que obedecen fundamentalmente a alicientes en búsqueda de mejores horizontes económicos o de mínima infraestructura y de servicios. En esos espacios, suele darse más prejuiciosamente una mirada diferenciadora para quienes tienen consumos abusivos o intensivos (Milanese, 2012). Esto opera desde adentro y afuera del lugar de convivencia, con un criterio que hace base en todo lo señalado anteriormente.

Quien se siente excluido (y tiene muchas razones para sentirlo) lo vive a su vez como un acto de discriminación. Y quien discrimina, desde el lugar

excluido, suele ser aún más duro que lo que pide el promedio del discurso oficial o dominante, con el llamado adicto. Así, por ejemplo, asociaciones de familiares de adictos sostienen, sin entender procesos, que la culpa de todos los daños que padecen sus hijos lo son en función de “malas compañías”: el vecino vendedor, la oferta en especial en el lugar donde vive; nada que tenga vínculo con la propia contribución a la constitución de ese sujeto.

En efecto, y ese es otro cliché de la discriminación que provoca realizando un acercamiento al discurso dominante, buscando reconocimiento en cierta parte de su identidad, haciendo notar en el otro las características distorsivas de todo un entorno. O sea quien, ya de por sí, está situado en un ambiente que padece discriminación, “adoptando” en todo o parte el discurso oficial discriminador, intenta que las formas extremas de esa discriminación no lo incluyan. Con esta actitud también se elude todo compromiso o comprensión de formar parte de los hechos concomitantes que contribuyen a la “formación” de una serie de complementos que integran una serie de sucesos y culminan en lo que denominamos genéricamente adicción. Ese trabajo en particular, de configurar lo supuestamente cerrado, no discutido, casi como una fórmula matemática de la conformación de grados de adicción, es cómodo y peligroso. Pero en el campo del trabajo que no está centrado en una institución en particular como, por caso, la escuela (Cullen, 2009), es importante ponderar con la comunidad la multifactorialidad de diversos inconvenientes, emociones, sensaciones y actitudes que se dan alrededor de un fenómeno que se estandariza arbitrariamente.

Contrario *sensu*, este discurso unificador en contra de los que aparecen diferentes a partir de un estereotipo determinado, en este caso adicto, se da en forma diversa en los sectores de medios-altos a altos ingresos. La actitud promedio guarda mayores grados de tolerancia o fingida ignorancia hacia el interior de su grupo de referencia que incluyen el ámbito familiar llegando, incluso si es necesario, a enviar a una persona con padecimientos de este tipo a

ser tratado a gran distancia o en otro país. Existe un ejemplo claro y altamente difundido en el acontecer cotidiano: el incremento de los abusos, particularmente el del alcohol, terminan siendo naturalizados y adoptados como la actitud que se debe tener (SENAD, 2013).

No se debe olvidar que, como característica prototípica del sistema, se busca el incremento de cualquier consumo y además se lo hace con una metodología hábil, precisa y contundente. Contra eso no es fácil armar una conciencia de hipotético daño por esa sustancia u otras, lo cual no indica que no se deba insistir en la búsqueda de metodologías adecuadas para lograrlo o acentuar las que ya han dado un resultado determinado. Pero lo que no podemos suponer que esto de realizar prevención sobre una cuestión determinada, resulta categórico y por tanto debe ser universalizado. Que de hacerse, y de acuerdo al imaginario colectivo, ese tipo de discurso de abstención, precaverá de cualquier situación comportamental inadecuada. Y mucho menos, cuando el cursor de la historia va cambiando la prohibición en habitualidad.

Muchas de las sustancias hoy prohibidas y a pesar de su incorporación reciente (en términos temporales) a prohibiciones severas, adquieren —a pesar de las mismas— una relevancia que tiene como prevalente impulsor la cultura del consumo.

Y no deberíamos olvidar que, una vez extendido y naturalizado, es muy difícil explicar y sustentar el no consumo explícito de algo en particular. También deberíamos tener en cuenta que, en algunos países, no solamente las campañas han hecho mella en la disminución del perjuicio provocado por el amplio uso del tabaco. Suele pasar que la autoconciencia y las aceptaciones de determinadas conductas, por ejemplo la prohibición de fumar en lugares públicos, han sido coadyuvadas por un registro notorio en el acervo colectivo del daño, por inmediatez personal, familiar o del grupo de referencia, de la incidencia mortífera que tiene el abuso de esta sustancia. No es un dato menor, pues hay cuestiones que se van incorporando positivamente a los usos

y costumbres de las personas, aún por caminos que no tenemos totalmente precisados.

Esto debería abarcar conductas tan disímiles, aunque con bastantes puntos en común, como la conducción riesgosa, la alimentación excesiva o deficitaria en determinados ítems, lo que pueden ser ciertas experiencias o deportes con alto registro de lesiones o muertes y tal vez tantos otros, como actitudes que pueden conllevar algún tipo de daño en su implementación. Se debe partir de la base que la vida, de por sí, implica el desafío de sobrellevarla en las mejores condiciones. Podemos precavernos hasta un límite, otros lo dan las propias circunstancias aleatorias que conforman nuestra existencia. Tal vez ahí tengamos el límite y el estímulo para la prevención. Ni la omnipotencia, ni la totalidad discursiva y efectista, ni la falacidad no controlada. Existe un severo déficit de lo que resulta la escucha adecuada y a cualquier nivel. Se da por sobreentendido lo que no es decodificado. Y se codifican los supuestos saberes como cuestiones incontrastables ignorando, como ya se advirtió, la modificación permanente de usos y costumbres en un mundo ya de por sí impulsado a ese cambio, amén de globalizado y por ende con “colectivizaciones forzosas” en cuanto a lo que se pretende estandarizar para bien y para mal. Generalmente este proceso está universalizado y sus generalizaciones terminan siendo aceptadas incluso donde no se producen las condiciones para adoptar la pauta. Es mucho más sencillo instaurar el consumo como una suerte de vitalidad perpetua del género humano, evitando pensar la futilidad de muchas de sus propuestas. Una de sus secuelas más funestas consiste en crear el deseo, en muchos casos en la imposibilidad de satisfacerlo. No es la única, pero es una buena entrada para sustituir con otros consumos la carencia de aquellos que son promocionados. En una publicidad donde se insta a beber X bebida, en su variedad “blanca”, aparecen imágenes atractivas donde el galán, las mujeres que lo esperan, la casa, el vehículo en el que se transporta (significativamente emblemático) son blancos. ¿Qué es lo que le queda al presunto consumidor de esa bebida? El consumirla y por ende “consumir” todos sus

atractivos visuales de poder y representación, pero en última instancia es lo que toma. Ese es el logro publicitario.

La gran vidriera que es el mundo y que se amplía a través de la gran cantidad de redes de información y comunicación, contrasta brutalmente con otro mundo contrariado en la imposibilidad y, en muchos casos, a niveles mínimos.

De la prevención advertencia hacia la prevención como transformación

La prevención como tal es indefectiblemente vista como una acción defensiva o de impedimento para que pase o vuelva a suceder un hecho indeseado que, incluso (por lo menos desde el imaginario), puede llegar a ser catastrófico. Agreguemos a esto que la prevención también ha surgido y se ha canalizado por varios medios. Distingamos algunos: a) los de advertencia y ejemplificación, que por lo general están inscriptos en la lógica médico-sanitaria defensiva y a la enumeración de castigos provenientes del campo legal para quien infringe las normas establecidas; b) los de las comunidades cerradas, que unen a la lógica del daño las referencias cuasi religiosas acerca de la caída y los daños a los entornos inmediatos: familia, afectos, relaciones sociales y, desde luego, las reflexiones y testimonios de los hitos de la caída, como asimismo los logros de la vuelta y reinserción, haciéndolos tan acentuados como para llegar a suponer que son ambos la concentración del bien y el mal; c) los discursos más racionales con distintos mensajes acentuándose según los casos por las ópticas psico-social o socio-sanitaria. No queda esta enumeración completa sin registrar el amplio debate sobre lo específico o inespecífico según los casos, lo que ha dado en muchas circunstancias verdaderas controversias y exageraciones consecuentes, sobre lo que se entiende por uno y otro. (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015).

Por último tendríamos que señalar detallando los diversos actores institucionales y personales que han llevado adelante programas más o menos

aceptados, repetidos o desechados a lo largo de las cuatro décadas que se lleva en esta cuestión, donde las sustancias adquieren un protagonismo otrora insospechado.

Cabe también analizar el acompañamiento de los difusores de noticias, acerca de lo que serían las motivaciones y alcances del fenómeno, como así también sus indicaciones sobre lo que habría que hacer en materia preventiva, para establecer logros de relevancia en el campo de esta lucha, así establecida por el discurso.

En cada lugar adonde nos sirva este como gran pretexto de intervención en la comunidad que suele ser particularmente receptiva a la posibilidad de una situación consumista de sustancias psicoactivas prohibidas, amén de las permitidas, *la prevención es una herramienta de transformación.*

En este estado de compulsión para el consumo, no debe sorprendernos que un objeto más como son las sustancias psicoactivas conocidas como drogas, también sean crecientemente consumidas, estirándose este consumo a diversos estamentos y configuraciones sociales, como para constituir un verdadero problema social global.

Existe un quiebre en la percepción del imaginario juvenil, donde asimismo intervienen factores modales que le otorgan a las sustancias un nuevo papel protagónico, no como pertenecientes a una contracultura o subcultura, sino como algo absolutamente incorporado a los usos y costumbres que ellos aceptan; y no por esto conformando necesariamente una adicción, lo contrario de lo que creen los grupos etarios mayores de 30 años.

Esto no significa decir que no existe un potencial riesgoso en los consumos excesivos, pero debe recordarse, por caso, el enorme caudal de accidentes graves o mortales que produce la aficción al exceso de la velocidad en el tránsito. Sin embargo, y paradójicamente, esto no merece una mirada especial del conjunto social, sino que tiende a vérselo más como un producto de la

“fatalidad” o del momento predeterminado. O sea que la única mirada reprobatoria e inscripta en el miedo, es la que se hace sobre las drogas, viéndola más como un efecto de su venta y no como una necesidad demandada. Este es el primer escalón de la actividad preventiva: tratar de develar el malestar de una cultura, entendernos a nosotros mismos.

El segundo paso es habilitar la escucha: nada podremos indicar como línea a seguir, si antes no se efectuó el paso previo de conocer las pulsiones, deseos y contradicciones de a quién nos queremos dirigir y con qué fines.

El tercer paso es la posibilitación, la construcción de los espacios propios, en cada caso, que coadyuvan a una mejor calidad de vida, con menores necesidades hacia una pulsión adictiva. La conjunción, comunicación social, proceso de ida y vuelta, rescate de los sentidos particulares y grupales y coparticipación para la construcción de un proyecto son las instancias necesarias para una verdadera actividad preventiva, la que se cimenta fundamentalmente en el compromiso y el verdadero sentido de cambio.

Si nuestra escucha está dispuesta, seguramente veremos las pulsiones de lo que ya hemos explicado sobre lo no dicho en materia de consumos problemáticos. Por otra parte estimamos que la moderna corriente que engloba esta actividad en particular con otras adicciones sustantivas enmarcadas en lo que se conoce en muchos lugares como “adictología”, amplían y equilibran esta especialización. Esto permite sacar dramatismo y agregar constancia.

En definitiva, y en realidad para empezar, la prevención es transformación (de las condiciones de malestar, sufrimiento o padecimiento de una persona, grupo o sociedad), o no es. Y siempre, esta transformación ligada a la construcción singular y colectiva de sentidos vitales posibles.

Las sustancias psicoactivas, y no solamente estas, pueden ser dañinas como tantas otras cosas con las que el hombre convive. Por caso la electricidad tan vital para nuestra vida cotidiana, por todas las transferencias de su

energía a tantos usos hoy en día imprescindibles, no deja de ser un riesgo, pero asumido y manejado justamente con base en su comprensión y no a su abominación.

Es curioso que la más de las veces dominen el discurso acerca de la actividad preventiva los modelos que la han formateado en este, como en el siglo anterior. Y aun cuando se agreguen otros modelos –que no suelen superar los enunciados por Helen Nowlis (1975) hace más de tres décadas para la Unesco– no basta, porque siguen partiendo de una imagen estratificada y congelada del mundo.

De ahí a la teoría del desvío hay un solo paso y, por ende, en la medida en que la misma no se sostenga porque ha cambiado y se han extendido los parámetros de consumo, va a caer fatídicamente en los clichés muy bien descritos en el trabajo (Pérez-Gómez & Mejía-Trujillo, 2015) que en ese sentido es amplio y suficientemente detallista en cuanto a la cantidad y especificidad de cada corriente que ha trabajado en lo que hemos dado en llamar prevención.

Esto no implica desconocer muchas de las características que muchos modelos y aplicación de los mismos han dado al uso a través de los tiempos, pero cuando la base es estrecha, las miras no pueden ser amplias. Uno de esos ejemplos (y bien manifiestos) es el de los factores de riesgo y el de los factores protectores. Mucho de estos últimos son aquellos que naturalmente no poseen los excluidos a los que supuestamente queremos proteger. Pero para continuar con la paradoja: el consumo está propuesto de tal forma que aún quienes no lo pueden disfrutar en alguna o todas sus formas, igualmente lo veneran y añoran.

Normalmente, como fundamentalmente la población con acceso a la mayoría de las actividades preventivas está signada por este último tipo de situaciones de condicionamiento y los que suelen hacer la prevención son

personas que por su situación social e instrucción en ocasiones guardan un prejuicio importante sobre la población seleccionada para los alcances de la actividad preventiva, se establece una situación de supuesta autoridad en la cual se resigna un verdadero significado para la acción preventiva en función de alcanzar el lugar que inconscientemente el sujeto preventor le asigna.

Más allá de que esto debería implicar una selección de lo más cuidadosa y no simplemente de voluntarismo insustanciado, un factor particularmente calificador es aquel que le brinde al sujeto al cual va dirigida la acción, desde el comienzo, un lugar protagónico. Y esto tiene implicancias éticas fundamentales y necesarias respecto del posicionamiento y del modelo que se adopte a la hora de la intervención.

En este punto, la propuesta del Modelo Ético-Social (Calabrese *et al.*, 1999) concentra su perspectiva en ciertos puntos fundamentales. En primer término, la pregunta acerca de por qué partir de una ética. La ética como base fundamental del lazo social y el compromiso requerido para que la intervención no opere efectos de dominación sobre personas, grupos o comunidades y para que los saberes específicos del preventor se contextualicen y actualicen en el marco adecuado. Esto supone como requisito un ida y vuelta en la comunicación; la función de articulador de los saberes; la horizontalidad para la toma las decisiones y el reconocimiento de los saberes no reconocidos (saberes populares, comunitarios), también la deconstrucción colectiva de los discursos dominantes y prejuicios operantes en cada caso. A partir de todo ello, se inscriben tanto el diagnóstico como la propuesta que se elabora conjuntamente con la población destinataria de la intervención, atendiendo siempre a los contextos singulares y locales para la construcción de perspectivas y definición de proyectos que involucren a dichos grupos.

Tal vez esta sea una de las cuestiones que en, nuestra experiencia, ha conllevado a mejores resultados y a habilitar la pertinencia de la prevención. Porque se ha estudiado convenientemente el ámbito donde se debe actuar, se

trabaja en función del territorio, aunque este se acote a lo institucional, cuando se entrevistó adecuadamente a todos aquellos que tengan algo que decir respecto de esto y lo puedan contextualizar (o sea asociarlo a otras pulsiones y demandas). Cuando el protagonismo no es del equipo preventor sino de la comunidad por entero; cuando se habilitan y pueden destacarse sustentándolos en el contexto las cuestiones de pertenencia y vida de ese colectivo y que lo mismo se traduzca en proyectos que den marco a ese sentido vital, estaremos haciendo una combinación adecuada de situaciones específicas e inespecíficas. Esta tomará cuerpo en la medida en que ese protagonismo de los partícipes advierta que adopta formas constitutivas que lo saca del lugar de sospecha, o descreimiento, o impotencia, para tornarse en cambio, en intercambio, cohesión y perspectiva.

Una anomalía frecuente que se ha dado a lo largo de la historia del qué hacer con el problema de las sustancias, es emitir mensajes hacia la población del tipo de “nosotros no hacemos represión sino prevención”. Este discurso afín a muchos funcionarios o políticos que buscan una imagen protectora sobre la población que pretenden cuidar, no tiene ninguna sustanciación real, toda vez que enuncian prevención sin contenidos ni instrumentos adecuados para efectuarla. Tanto los consumos psicoactivos problemáticos, sean legales o ilegales, deben ser reconocidos como impulsos que para su concreción van a depender de la persona, su entorno inmediato o mediato. Y no basta con ese enunciado que, por otra parte, denuncia, salvo quienes tienen alguna preparación al respecto, esas dos palabras de este binomio preventivo-represivo, obedecen a posturas cerradas y no comprometidas. En cuanto a los responsables de políticas sociales, educativas o de cualquier otro tipo donde se cruce con los problemas adictivos, se suele hacer una vista particularizada, que se denota a través del prejuicio, donde todos los daños van a parar a la misma canasta. No hay causalidad, existe “flagelo”.

Ahora bien, para aquellos que tienen la opción de elegir cómo trabajar un acto preventivo y el destino protector que le atribuyen a la población a la cual quieren resguardar, sin la elección adecuada de cómo y por qué actuar y con qué instrumentos, carece de significado. Conviene establecer el sentido de la prevención y la necesidad de la misma, para considerar la eficacia de tal o cual sistema.

En principio, la actitud de pensar que cualquier cosa de la que se pueda advertir sobre su posible riesgo va a ser tomado como tal, resulta un despropósito. No es difícil darse cuenta que muchas de las cuestiones que tradicionalmente la escuela trató de revertir por considerarlas situaciones peligrosas, dañinas o inconvenientes, la mayor parte de las veces no alcanzaron los fines propuestos. Para lograr un objetivo determinado se deben combinar diversos factores que redundan en el accionar de una persona con distinto sentido (grado de conciencia de acompañamiento familiar o en el grupo inmediato de afectos, grupo de referencia y apoyo o instituciones continentales o expulsivas). Esto habría que complementarlo, por caso, la seguridad vial o la limpieza del espacio público de una ciudad, con arbitrios tales como advertencias concretas, eventualmente algunos tipos de multas o sanciones, restricciones de alguna índole, etc. También, y como acompañamiento, cargas efectivas y en el tiempo de mensajes intercalados para sostener y eventualmente ayudar a cambiar el imaginario colectivo acerca de eso. Por ejemplo cuando se introducen algunos gestos en películas o series de televisión, donde, o se acepta al cigarrillo o se lo rechaza (el cine da buen ejemplo de esto), logran contribuir a una aceptación o no aceptación de lo que se quiere controlar.

Otra categoría que no se debe soslayar y que teniendo en cuenta la historicidad del fenómeno no se ha respetado, es el considerar como objetivo preventivo fundamental a un particular segmento de la población, como la adolescencia. El problema del consumo problemático de sustancias se presenta como un Problema Social Global: por su amplitud etaria, su dispersión

geográfica, su transversalidad socioeconómica, cultural y de género. Pero lo que jamás debemos dejar de considerar, es que estamos frente a algo que se constituyó a partir de la prohibición y no muy vieja, históricamente hablando.

Si afirmamos lo que acabamos de expresar y ya se puntualizó anteriormente en este trabajo, son las condiciones del consumo las que configuran apetencias de las personas, desde la lógica del mercado. El tema no pasa por lograr tener o no algo, sino la posibilidad, en el imaginario, de obtener a través de los objetos, formas de identificación y reconocimiento. Esto es visible en todos los sectores sociales; aún en los que apenas están en condiciones de consumir. El consumo de sustancias —y esto ya fue explicitado— suele provocar en el imaginario las funciones de catalizador de sueños no logrados por la adquisición directa. En definitiva, no es demanda de acuerdo a un sentido clásico y economicista, sino una instancia de incorporación a nuevos usos y costumbres que tienen que ver con la pertenencia. Esto es mucho más difícil de desactivar que el uso de cualquier tipo de sustancias por atractivas que estas sean. El condicionamiento y atractivo hacia el consumo como esencia, producto de una sociedad que lo sostiene como forma nodular de su forma de ser y proceder y, en ese sentido, las sustancias y sus consumos forman parte de este criterio de organización a nivel mundial.

Sin duda la prevención deberá estar dirigida y ubicada en los ámbitos habituales donde se desempeña el o los sujetos de la misma y respetar las características idiosincráticas y de ubicación respecto de las variables del párrafo anterior. Previsiblemente, los logros mayores se dan cuando se consigue ubicar el tema de los consumos excesivos dentro de otros comportamientos que, como ya se dijo, están inmersos en los parámetros de la sociedad de consumo. Hagamos la salvedad, que cuando está instaurada esta pauta van a suceder dos cuestiones: a) el mercado va a crear las condiciones para dar a todos los posibles adquirentes algún tipo de producto, que de alguna manera se acerque a lo que se querría consumir (ejemplo uso de *crack* o pasta base en vez de cocaína

pura) y b) en términos generales va a crear las condiciones de interés por esos productos. Todo esto sustentado en el deseo de consumir o de participar de ese mercado del consumo. Esto no es solamente un tema de sustancias sino de características generales del momento actual, lo que se hace más agudo, toda vez que estamos hablando de una sociedad globalizada.

El reconocimiento de esta pauta hace ver también las condiciones para que el consumo sea aceptado y visible, o inaceptado e invisibilizado. Y esto es una peculiar circunstancia que está circunscripta a cuestiones que tienen que ver con el control proveniente del Modelo Ético-Jurídico. Y la práctica social del mismo se conduce dicotómicamente entre la ceguera o el señalamiento.

Es importante recordar que en cada intervención de prevención, deberemos enfrentar, en última instancia, la naturaleza del prejuicio encarnada en las sustancias y los roles que se juegan a partir de esto. Desde ya, desencarnar esa esencia es algo que no se trabaja adecuadamente, pero es crucial para no hacer señalamientos del tipo “ellos” y “nosotros”. Por otra parte, también aleja el fantasma de identificar, para expulsar o separar a quien se considere distinto a partir de ese consumo que lo distingue.

A modo de cierre

De acuerdo con los últimos números que arroja la estadística de la UNODC (2014) se calcula que la prevalencia del consumo de sustancias alcanza a 250 millones de personas. Esto es una cifra poco representativa teniendo en cuenta que la humanidad actual alcanza a 6500 millones de habitantes en un cálculo conservador. Lo que ya indica que la cifra del 5% de la población adulta probadora (prevalencia anual) quedaría reducida, con ese marco numérico, al 2,6%. Y si de ese total consideramos que las cifras de consumo problemático alcanzan apenas un exiguo 0,6% en el cálculo del 2014, resulta que el cálculo sobre los 6500 millones más actualizados daría un patrón de 0,3%, lo que realmente no constituye un problema con contundente incidencia socio-sanitaria. (Pérez-Gómez & Mejía- Trujillo, 2015).

Más allá de los números de prevalencia y los diversos índices que se están tomando, está claro que si no tuvieran la prensa que tienen las sustancias, su constitución como un problema real de nuestras poblaciones sería francamente marginal.

Contextuamos el consumo de las SPA, problemático sí, pero únicamente en consonancia con otras cuestiones que son, tanto o más, sustantivas de lo que se quiere representar. Si lo consideráramos así, no tendríamos entonces la situación del endemoniado particular, que para el imaginario social instruido por el sistema mediático, se ha instalado. De ahí que la prevalencia significativa por cada región tiene mayor valor si se las acerca al sistema de salud para poder dar respuesta a los consumos específicos en particular y no a la imagen ampliada de epidemia o pandemia con la que se lo quiere vender.

Significativamente resulta más peligrosa la situación que crean algunas problemáticas psico-sociales y culturales en las cuales pueden estar insertos o no los consumos de SPA. Esta cuestión no obsta la aclaración realizada previamente acerca de que los consumos problemáticos de PSA en muchas ocasiones pueden ser manifestaciones de aquellas situaciones de padecimiento psico-social y cultural. E insistimos en que el problema en sí mismo depende mucho más de qué, cómo y quién mide la información, y de qué se pretende lograr a través de ella, que el problema que se busca resolver. Si algo está magnificado, obedece a razones externas al fenómeno que la impulsan. Y esto ha sido particularmente claro en América Latina, donde volvemos a registrar que si se le da tanto énfasis, entonces son otros los intereses que lo sustentan o que se ocultan.

Está claro y por ello insistimos en que, como ya se ha señalado, esto ha obedecido más a razones de control ciudadano que a una verdadera inspiración para evitar mayores daños a los usuarios. Baste decir, sin otros ejemplos, que el país que más recientemente desató una campaña generalizada de guerra contra las drogas, en poco menos de una década que llevan en esa lamentable

situación, se han producido, entre muertos y desaparecidos, cerca de 200 mil víctimas y por el contrario según datos de la Secretaría de Salud, -en ese mismo período- las muertes por sobredosis no superan las 730 personas. Cabe preguntarse para qué el ejército está hoy en la calle, o la Marina, amén de todas las policías del país, si las disparidades numéricas resultan ser esas. Del país que estamos hablando es México. De nuevo ¿qué es lo que se quiere controlar? En ese caso se naturaliza la violencia; se la acepta como cotidiana e inevitable. Tal vez más lamentable son las comunicaciones que se hacen al respecto, donde con ese tenor de violencia institucional y pública, parece normal acumular cadáveres. Entonces, en este caso ¿de qué nos prevenimos? Y qué curiosa relación guarda con las sustancias. La población entera, incluso aquellos que tienen formación en el campo, tienen instalado este dogma, porque lo tienen incorporado, el de la “droga” como problema mayúsculo del país y, en cambio, muy poco la relación o la posibilidad del acto reflexivo acerca de cómo se relaciona una cosa con otra. Hasta que caen en la cuenta y se pueden revelar contra este estado de cosas inaceptables. En parte esto es también responsabilidad de quienes, en muchos casos, so pretexto de hacer prevención o instruir sobre los alcances del fenómeno no lo contextualizan adecuadamente. Esto es, objetos endiosados por una cultura que instituye una mixtura de prohibición y consumo.

Esto nos obliga a inscribir la prevención y sus prácticas en un razonamiento y acción para ayudar a configurar propuestas que acerquen el interés del o los sujetos en un compromiso sustantivo con la situación que les toca vivir, la cual incide sobre los consumos, aún los problemáticos. Los contrasentidos conforman los desafíos, y muchas veces a través de ellos, logramos llegar a las situaciones que los provocan y los visualizan. En quienes asumimos la tarea de la prevención está la capacidad de cabalgar la ola o ser arrastrado por la misma.

Referencias

- Arizaga, C., Quiña, G., Pistani, M. R., & Ruiz, V. (2007). La medicalización de la vida cotidiana. El consumo indebido de medicamentos psicotrópicos en adultos. *Observatorio Argentino de Drogas: Buenos Aires*.
- Calabrese, A. y cols. (1999) (1975). *El Modelo Ético Social*. Publicaciones Técnicas del Fondo de Ayuda Toxicológica. Buenos Aires
- Calabrese, A. (julio - agosto 1999). La droga: consumo de los consumos. *Ensayos y Experiencias*. Novedades Educativas, (29), 30-36.
- Calabrese, A. (2001). "Cambios sociales y perfil actual del adicto". En *Memoria del Foro Regional Buenos Aires Argentina - mayo: Repesando estrategias preventivas desde el Mercosur y países asociados*. CP Producciones/ Fundación Convivir, Especial, 37-63
- Calabrese, A. (2001a). Prevención de las adicciones. *Encrucijadas*, 8, 35-40
- Calabrese, A. (2008). Alcohol. Un peligro infravalorado. *Encrucijadas*, 44, 14-16
- Calabrese, A. (2010). Criterios dominantes en la ideología de los sistemas de tratamiento de las adicciones. En M. Cuñarro (Comp.). *La política criminal de las drogas*. Ad Hoc: Buenos Aires
- Calabrese, A. (2011). Consumo de sustancias. En E. Giberti (coord.). *Prácticas para asistir y defender a niños, niñas y adolescentes*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
- Calabrese A. (2012). Prólogo. En Gómez, R. y Serena, F. *Introducción al campo de las drogas dependencias*. Brujas: Córdoba.

- Calabrese, A. (2015). “Hacia un abordaje integral de la problemática de la ‘inseguridad’”. En: *Cuadernos por una nueva independencia: Pensar la Argentina entre dos bicentenarios*. Ministerio de Cultura de la Nación/Foros por una Nueva Independencia. Obtenido de: <http://www.cultura.gob.ar/cuadernos-por-una-nueva-independencia/>
- Cardello, C. (2008). *Consumo de sustancias psicoactivas y embarazo adolescente*. Observatorio Argentino de Drogas - OEI/SEDRONAR
- Comisión latinoamericana sobre drogas y democracia (CONACUID) (2012). *Drogas y democracia: Hacia un cambio de paradigmas*.
- Cullen, C. (2009). *Lo público: Reflexiones desde el campo educativo*. Ediciones Noveduc: Buenos Aires
- Dirección General de Salud Mental de Mendoza (DGSMM) (2013). *Atención primaria en salud ante el consumo problemático de drogas*. Ministerio de Salud de Mendoza
- Eco, U. (2013). *Construir al enemigo y otros escritos*. Editorial Lumen: Buenos Aires
- Francolino, C. & Miller, C. (2014). Buenas prácticas en la prevención laboral de Drogodependencias. *Guía actualizada de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el ámbito laboral*. Programa de Prevención de Consumo de Alcohol y Drogas en el Ámbito Laboral. Depto. de Salud Laboral y Medio Ambiente PIT CNT. Fundación Luna Nueva: Montevideo
- Korinfeld, D. (1999). Consumo de drogas, función de la educación y de la escuela. *Ensayos y Experiencias. Psicología en el campo de la educación*, 5(29), 20-29.
- Malacari S. (2012). *Estudio y la prevención en las adicciones*.

Milanese, E. (2013). Tratamiento Comunitario. *Manual de Trabajo*. Instituto Empodera. San Pablo

Nowlis, H. (1975). *La verdad sobre la droga*. Unesco: París

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC). *Informe Mundial Sobre Drogas*. UNDOC

CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES

Conclusiones

Como puede haber visto el lector, el trabajo preventivo en América Latina ha tenido desarrollos muy desiguales. Algunos países, como Argentina, Chile y México, han creado e implementado numerosos programas que aplican en diferentes regiones; en Brasil hay pocos programas, pero se están empezando a emplear de manera masiva, con apoyo de universidades importantes y con esfuerzos por evaluarlos; Costa Rica utiliza fundamentalmente un programa, pero lo ha aplicado en todas las instituciones de educación básica del país, y en principio parece estar logrando buenos resultados. En el caso peruano se evidencia una progresiva institucionalización de programas preventivos en el ámbito escolar enmarcados en los procesos de descentralización y gestión para resultados.

Aun cuando todos los países cuentan con normas y leyes que progresivamente han sacado el problema del consumo de drogas del ámbito criminal en el que surgió originalmente en muchos de ellos, ninguno (con las posibles excepciones de Costa Rica y México) posee políticas estatales suficientemente fuertes como para superar el problema del interés o la falta de interés de los gobiernos de turno en estos asuntos. Probablemente el caso más extremo es Colombia, en donde se pasa de considerar lo referente a la prevención del consumo de drogas y alcohol una prioridad presidencial, a ocho años en los que no se hace nada ni se invierten recursos del estado en prevención, para luego (en 2013) emitir una ley que convierte el problema en uno de salud pública y que ofrece tratamiento gratuito a quien lo solicite, pero sin desarrollar infraestructuras, ni capacitar profesionales, ni asignar recursos específicos para que todo esto sea una realidad. Pero otros países, como Chile y Argentina, también se ven sacudidos por los cambios de gobierno: en Chile se pasó de una política de trabajo comunitario a una de enfoque exclusivamente escolar, sin muchos argumentos de fondo; en Argentina se desmanteló Sedronar ,

provocando durante un tiempo un cierto caos en las acciones y en la implementación de las políticas .

Y todos, a la saga de los Estados Unidos y de Europa, hablamos constantemente de “estrategias de intervención basadas en la evidencia”; pero tal como lo reconocen México, Argentina y Brasil de manera explícita, la realidad es que la evidencia de la que disponemos es mínima y el trabajo de investigación, aun cuando existe, es todavía muy débil y está localizado en gran parte en el ámbito universitario, en donde la mayoría de los trabajos terminan acumulando polvo en anaqueles, convertidos en conocimiento inútil por falta de divulgación. De todas formas, la idea de tomar decisiones “con base en la evidencia” no es muy realista: fuera de los Estados Unidos y algunos países europeos (en donde de todas formas, y a pesar del “ruido” alrededor de este concepto, tampoco se toman muchas decisiones sobre esa base), son muy pocas las naciones que están en capacidad de hacerlo, tanto por motivos económicos, como de organización social, de diseños, de tipos de profesionales que trabajan en prevención, y de características de los problemas locales .

Unas pocas líneas sobre cada uno de los países:

Argentina: existe una falta de articulación entre las entidades responsables de implementar las políticas relacionadas con prevención; las ONG han tenido muy poco protagonismo en este campo, y claramente hay una fuerte centralización del trabajo en las grandes ciudades como Buenos Aires, Rosario y Córdoba.

Brasil: el desarrollo de las actividades preventivas es relativamente reciente, pero ha recibido grandes inversiones; ahora las políticas son muy claras y consistentes con un modelo de salud pública. Las fuertes convulsiones políticas y económicas de los últimos meses (2015) han afectado considerablemente muchos desarrollos, pero es probable que se trate de algo transitorio.

Chile: con uno de los niveles de consumo de drogas (especialmente marihuana) más alto del continente, Chile ha enfrentado el problema realizando inversiones muy importantes en el campo de la prevención y de la investigación, pero no se ha logrado disminuir las prevalencias.

Colombia: Contrario a lo que ocurre en la mayoría de los países del continente, en Colombia el Estado se ocupa muy poco de prevención, y son básicamente ONGs las que tratan de hacerle frente al problema. Lo mismo ocurre con el tratamiento (exceptuando el de consumo de heroína, que es un problema muy marginal en el país). Existe una abrumadora cantidad de normas, pero su cumplimiento y respeto son muy bajos, especialmente en lo que se refiere al consumo de alcohol en menores de edad. La gran innovación en el campo preventivo ha sido la adaptación e implementación del sistema *Comunidades Que se Cuidan*, inspirado en *Communities That Care*, desarrollado por el Social Development Research Group de la Universidad de Washington.

Costa Rica: Ha logrado de manera sostenida, y con un claro apoyo estatal, tener un cubrimiento nacional de sus programas de prevención. Sin embargo, el consumo de alcohol en los menores es elevado y las evaluaciones de los programas preventivos requieren mayor precisión.

El Salvador: se observan ciertas dificultades relacionadas con la falta de un registro oficial de los programas que se implementan, la falta de especialistas en prevención tanto para el diseño como para la evaluación de los programas, la inexistencia de un presupuesto particular y la débil coordinación interinstitucional. El Salvador dispone de programas de prevención universal y selectiva; no cuenta con programas de prevención indicada, ni ha diseñado un sistema integral de prevención.

México: Es uno de los países más sólidos del continente en lo que se refiere al desarrollo de estrategias preventivas y su evaluación; sin embargo, hacen falta estudios longitudinales, incrementar la difusión de los hallazgos y

lograr aumentar el número de publicaciones sobre el tema de alto valor científico. La experiencia de México en este campo es muy valiosa y sin duda puede tener un impacto positivo en otros países del continente.

Perú: Se destaca la mejora de la protocolización e implementación a gran escala, logrando incrementos significativos en la cobertura y el fortalecimiento técnico al personal docente para su aplicación como parte del currículo educativo. También se destaca la experiencia de adopción del programa “Familias Fuertes”, presentándose avances importantes en la adaptación cultural y aplicación a gran escala tanto desde el sector educativo como sanitario. Se releva la sostenibilidad presupuestal de estas actuaciones desde el Estado, complementándose con intensivos trabajos de coordinación interinstitucional y asistencia técnica.

Uruguay: En la actualidad es un país muy estable políticamente, con altos índices de bienestar y riqueza de su población; aun cuando inicialmente, al igual que Argentina, le dio prelación al tratamiento, desde hace varias décadas vienen desarrollándose acciones preventivas. En la actualidad están llevando a cabo un “experimento” social de regulación del mercado de marihuana cuyos resultados en el mediano plazo pueden llevar a que otros países sigan el mismo camino o, por el contrario, mantengan esa sustancia bajo control legal de carácter represivo.

Recomendaciones

- 1 Las políticas en reducción de la demanda de sustancias psicoactivas deben ser políticas de estado, no de gobierno. Esto significa que deben existir unas normas que hagan obligatoria la atención continuada y sistemática a los diferentes elementos que componen el problema, que permitan priorizar las intervenciones de acuerdo con las situaciones locales específicas, y que permitan, a nivel municipal, la asignación de recursos para lograr esos objetivos, que incluyen la capacitación de personas en diferentes grados

de experticia. Los grandes lineamientos deben ser estables, con miradas a largo plazo (por lo menos 10 años), flexibles, sostenibles y de carácter obligatorio en todo el territorio nacional de cada país, incluyendo la asignación de recursos para su implementación (Pérez-Gómez, 2015).

- 2 Casi todos los países del continente parecen inclinarse por la adopción de un enfoque de salud pública con respecto al consumo de sustancias. Para ser coherentes con ese enfoque, será indispensable que la prevención reciba prioridad tanto desde el punto de vista político como de cubrimiento y de inversión social. Eso no es, manifiestamente, lo que ocurre en la actualidad. Con contadas excepciones, la prevención es vista como un conjunto de actividades puntuales a las que no se les presta mayor atención, y los recursos se suelen asignar a represión del tráfico y producción, a tratamiento, o (siguiendo una moda europea) a la reducción de daño. Pero en esos casos se está perdiendo de vista que la obligación primera del estado es proteger a los menores, y en muchos de nuestros países una proporción muy importante de quienes consumen alcohol y otras drogas empezaron a hacerlo siendo menores de edad. También se olvida que cuando se hace prevención correctamente, ésta es altamente rentable: se ahorran alrededor de 10 dólares en tratamiento, fracaso escolar, ausentismo laboral o judicializaciones, por cada dólar invertido (Kuklinsky, Briney, Hawkins & Catalano, 2011). En la actualidad, y luego de 40 años de estudios, se sabe qué funciona y qué no; cuáles son los principales factores de riesgo y de protección; cuáles son los riesgos de consumir sustancias; y que la prevención debe estar basada en la comunidad (Sloboda & Bukoski, 2006; Sloboda, Cottler, Hawkins, & Pent, 2009; Sloboda, Glantz & Tarter, 2012).
- 3 Deben implementarse en cada país estrategias de detección temprana de riesgo por consumo de alcohol y otras sustancias. Esta puede ser una de las estrategias más eficaces, pues es sencilla, de bajo costo y permite intervenir rápidamente. La metodología para llevar a cabo este tipo de intervención

ya está disponible en español para cualquier país y será muy fácil adaptarla al portugués (Pérez-Gómez & Scoppeta DíazGranados, 2011)

- 4 Todas las intervenciones en reducción de la demanda deberán ser sometidas a evaluaciones sistemáticas y de largo alcance, y los resultados deberán ser públicos. Esto incluye evaluar la calidad de la implementación. En el continente se están utilizando cerca de 20 programas de prevención extranjeros y unos 50 o más creados localmente, incluyendo algunos cuya eficacia ha sido reconocida internacionalmente como nula (ejemplo: el DARE, utilizado por la Policía), pero pocos han sido evaluados de manera sistemática o debidamente adaptados. Los Estados deben apoyar y supervisar en forma inmediata el inicio de los procesos de evaluación.
- 5 La riqueza de estrategias preventivas en América Latina que este libro ha puesto en evidencia sugiere que tiene mucho más sentido que miremos hacia nuestros vecinos que hacia los Estados Unidos o Europa para intercambiar experiencias, programas, y procesos de capacitación.
- 6 Las estrategias preventivas con las que se trabaje deberán estar fundamentadas en los principios que se han ido construyendo con la colaboración de múltiples instituciones internacionales especializadas (por ejemplo, el Instituto Nacional para el Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA); el Observatorio de Drogas de la Unión Europea (EMCDDA); o los lineamientos desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud (2010). Dada la confluencia de los resultados de estos principios, se les puede considerar razonablemente universales, lo cual no significa que deban aplicarse exactamente de la misma manera en todas partes.
- 7 Es imprescindible continuar fortaleciendo las redes de trabajo colaborativo nacionales y regionales entre las entidades responsables de desarrollar políticas y acciones preventivas, las Organizaciones No Gubernamentales que se ocupan de prevención, y las Universidades, que suelen ser las entidades capaces de hacer investigación

8 Es necesario actualizar los conocimientos a través de manuales como éste, que abarcan el trabajo realizado en distintos países y permiten conocer nuevos desarrollos, estrategias y modelos de trabajo. Esto se puede completar a través de encuentros de intercambio nacionales e internacionales, pasantías y utilización de las nuevas tecnologías de comunicación por vía electrónica.

El mensaje final es sencillo: América Latina posee en la actualidad una experiencia importante en el campo preventivo, que debe ser compartida. Nuestras afinidades culturales son muy grandes, incluso si hablamos idiomas diferentes, como es el caso del Brasil, o si pertenecemos a grupos de orígenes muy variados, como puede ser el caso de Uruguay y Perú o Colombia. Nos hemos acostumbrado a mirar exclusivamente hacia el norte o el nororiente, y eso deberá seguir siendo así probablemente en muchos campos; pero no en el de la prevención del consumo de alcohol y drogas.

Referencias

- Kuklinsky, M. Briney, J, Hawkins, D. & Catalano, R. (2011). Cost-benefit analysis of Communities That Care outcomes at eight grade. *Prevention Science*, SDRG #532.
- Pérez Gómez, A. (2015). Políticas y estrategias de reducción de la demanda de drogas en Colombia: analisis y recomendaciones. En Comisión sesora en Política de Drogas (2015), *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*, p. 69-88.
- Pérez-Gómez, A. & Scoppetta-DíazGranados, O. (2011). El Crafft/Carlos como instrumento para la Identificación temprana de consumo de Alcohol y otras SPA: una adaptación al Español. *Revista Colombiana de Psicología*, 20, 265-274.
- Sloboda, Z. & Bukoski, W. (2006). *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Sloboda, Z., Cottler, L.B., Hawkins, J.D. & Pentz, M.A. (2009). Reflections on 40 years of drug abuse prevention research. *Journal of Drug Issues*, 39 (1), 179-196.
- Sloboda, Z., Glantz, M.D. & Tarter, R.E. (2012). Revisiting the concept of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention. *Substance use and Misuse*, 47 (8-9), 944-962.

