

ADICCIONES

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN EL USO DE DROGAS



ADICCIONES

Estrategias de prevención en el uso de drogas

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso online
Adicciones: Estrategias de prevención en el uso de drogas

Dirigido a:

Estudiantes y profesionales del ámbito de la salud mental, educación o social que estén interesados en conocer estrategias de prevención del uso y abuso de drogas desde la evidencia científica.

Objetivos:

1. Revisar las bases teóricas de la prevención del uso de drogas desde la evidencia científica
2. Explicar las principales formas de prevención basada en evidencia, según la población a la que va dirigida
3. Examinar las buenas prácticas en prevención según el ámbito
4. Conocer los pasos a seguir para elaborar intervenciones preventivas basadas en evidencia
5. Brindar herramientas para construir un programa de prevención

Disertante:



Violeta Batul Rojeab Bravo

Formación:

Psicóloga clínica [PUCE], Máster en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas a las Drogodependencias [UV]. Especializándose en Violencia por razones de género contra las mujeres: Análisis de las políticas públicas en América Latina en [CLACSO]. Docente en la carrera psicología en la PUCE. Parte del equipo que construyó el Plan Nacional de prevención integral de drogas 2017-2021 en la Secretaría de Prevención Integral de Drogas [Ecuador].

Coordinadora de investigación del Grupo de Investigación e Intervención sobre Drogas Ecuador [GIIDE] y del grupo de estudio "Las drogas y el mundo actual" [PUCE]. Miembro de la Sociedad Europea de Investigación en Prevención y de la Sociedad Europea para la Investigación Social de Drogas.

Índice

MÓDULO I:

Bases teóricas de la prevención del uso de drogas1

1.1. ¿Qué es la prevención?2

1.2. Epidemiología de las drogas2

1.2.1. Datos sobre el uso de drogas4

1.2.1.1. Uso5

1.2.1.2. Efectos asociados al uso de drogas6

1.2.1.3. Muertes7

1.2.1.4. Respuestas al uso de drogas8

1.3. Factores de riesgo y de protección8

1.3.1. Factores de riesgo9

1.3.2. Factores de protección15

1.4. Principios básicos y objetivos de la prevención21

1.4.1. Objetivos de la prevención21

1.4.2. Principios de la prevención22

1.5. Modelos teóricos de la prevención27

1.5.1. Prevención basada en evidencia27

1.5.2. Mejores prácticas27

1.5.3. Ciencia de la prevención27

1.5.4. Teorías explicativas28

1.5.5. Breve historia de los programas de prevención31

1.5.5.1. Años 60: Modelo racional o informativo32

1.5.5.2. Años 70: Programas afectivos32

1.5.5.3. Años 80: Programas de influencia social o psicosociales33

1.5.5.4. Años 90 en adelante: Programas basados en la evidencia33

MÓDULO II

Prevención según conceptualizaciones actuales35

2.1. Prevención Universal	37
2.2. Prevención selectiva	38
2.3. Prevención indicada	38
2.4. Prevención ambiental	40

MÓDULO III

Buenas prácticas de prevención según el ámbito42

3.1. Ámbito educativo	43
3.2. Ámbito comunitario	48
3.2.1. Actividades en contextos de ocio	52
3.3. Ámbito familiar	53
3.4. Ámbito laboral	59
3.5. Ámbito de educación superior	63
3.6. Ámbito penitenciario	64
3.7. Ámbito comunicacional	65
3.7.1. Qué hacer y qué no hacer para brindar mensajes sobre prevención de drogas efectivamente	66
3.8. La perspectiva de género	67

MÓDULO IV:

Programas de prevención basados en evidencia71

4.1. Diagnóstico de necesidades	72
4.1.1. Políticas y legislación relacionadas a drogas del grupo a intervenir	72
4.1.2. Evaluar el consumo de drogas y las necesidades de la comunidad	73
4.1.3. Describir la necesidad – Justificar la intervención	73
4.1.4. Conocer la población objetivo de la intervención	73
4.2. Evaluación de recursos	73

4.2.1. La población objetivo y los recursos de la comunidad	74
4.2.2. Capacidades internas	74
4.3. Formulación del programa	74
4.3.1. Definir la población objetivo	74
4.3.2. Usar un modelo teórico	74
4.3.3. Definir fines, metas y objetivos	75
4.3.4. Definir el contexto de intervención	75
4.3.5. Utilizar la evidencia de efectividad	75
4.3.6. Definición del cronograma	76
4.4. Diseño de la intervención	76
4.4.1. Diseñar con calidad y efectividad	76
4.4.2. Selección de intervención existente	76
4.4.3. Ajustar la intervención a la población objetivo	76
4.4.4. Evaluaciones finales	77
4.5. Gestión y movilización de recursos	77
4.5.1. Planificar el programa – Ilustrar el plan del proyecto	77
4.5.2. Planificar los requerimientos financieros	77
4.5.3. Establecer el equipo	78
4.5.4. Involucrar y retener a los participantes	78
4.5.5. Preparar los materiales del programa	78
4.5.6. Proporcionar una descripción del programa	78
4.6. Implementación y monitoreo	79
4.6.1. Si se desarrolla una intervención piloto	79
4.6.2. Implementar la intervención	79
4.6.3. Monitorizar la intervención	79
4.6.4. Ajustar la implementación	80
4.7. Evaluación final	80
4.7.1. Evaluación de resultados	80
4.7.2. Evaluación del proceso	80

4.8. Difusión y mejora	81
4.8.1. Determinar si el programa debe ser mantenido	81
4.8.2. Difundir información acerca del programa	81
4.8.3. Si se elabora un informe final	81
Referencias bibliográficas	82

Introducción

El fenómeno de las drogas es complejo, multicausal y transversal a muchos aspectos de los seres humanos. Entender esta complejidad no es fácil y requiere de conocimientos en varias áreas del saber, pero, sobre todo, requiere romper con los modelos tradicionales basados en enfoques morales individuales o simplistas.

En este curso, abordaremos las bases fundamentales para la prevención del uso de drogas con un enfoque que, si bien no está exento absolutamente de los modelos mencionados, pero que incorpora los avances y evidencia empírica y de derechos que predominan a nivel internacional. Los temas escogidos permitirán entender la seriedad con que se deben plantear acciones, proyectos o programas de prevención, para obtener los resultados esperados. Contamos con que este curso les sea de utilidad y nos permita avanzar en una materia tan importante.

MÓDULO I

BASES TEÓRICAS DE LA PREVENCIÓN
DEL USO DE DROGAS

1.1. ¿Qué es la prevención?

Antes de comenzar a exponer sobre los mecanismos y acciones que apuntan a la prevención basada en evidencia, debemos definir qué entendemos por prevención como: “[...] **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 drogas**” [Martín, 1995 como se citó en Becoña, 2002, p. 21].

Las estrategias utilizadas por la prevención buscan evitar, retrasar y reducir¹ el uso y eventualmente los efectos producidos por el uso de drogas. Se busca influir en las normas que rigen la sociedad, fortaleciendo e incrementando los factores protectores y reduciendo o controlando los factores de riesgo [Becoña, 1999, 2002].

Como se observa, la prevención es mucho más amplia y estructurada que lo que popularmente se visualiza como por ejemplo las charlas que se ofrecen en los centros educativos o la postura clásica de la prevención primaria, secundaria y terciaria que más adelante explicaremos.

Ya adentrándonos en las bases teóricas de la prevención del uso de drogas, corresponde abordar el siguiente punto.

1.2. Epidemiología de las drogas

La epidemiología refiere al estudio y análisis de los datos relacionados con los determinantes de la salud y su distribución en una población determinada. Es uno de los principales pilares de la toma de decisiones en materia de salud pública y una base para su diseño a partir de la evidencia empírica.

A través de los datos epidemiológicos se pueden identificar los factores de riesgo para que aparezca o empeore una problemática, lo que permite tomar decisiones preventivas. [Rogers, 1965, como se citó en *Institute of Medicine [US] Committee on Opportunities in Drug Abuse Research.*, 1996].

¹Estos términos hacen referencia a diferentes estados y acciones con la población objetivo:

Evitar: Que aquellos que no han iniciado el uso de drogas lo inicien.

Retrasar: La edad de inicio del consumo. Mientras más edad tiene la persona cuando inicia en el uso, las consecuencias asociadas al consumo se reducen.

Reducir: Las consecuencias asociadas al uso una vez que se han iniciado, teniendo como fin mayor no escalar a una dependencia. Así como reducir la frecuencia, cantidad y variedad de sustancias que se usan.

En un inicio la epidemiología se aplicaba únicamente a enfermedades transmisibles, pero hoy en día estudia la incidencia, prevalencia², causas y consecuencias de varios problemas de salud y de comportamientos relacionados a la salud, entre ellos el uso de drogas.

Los datos epidemiológicos permiten determinar las poblaciones de riesgo y las tendencias de uso de drogas. Con el tiempo, también son vitales para medir la efectividad de los programas implementados y, así, reducir la oferta y demanda de drogas.

Los datos también nos guían en el conocimiento de la posible etiología del inicio del uso de drogas y su perpetuación.

Adicionalmente, la investigación epidemiológica provee información sobre la naturaleza y extensión de las consecuencias del uso abusivo de sustancias.

La disponibilidad de datos organizados sobre el fenómeno de las drogas ayuda a que las acciones preventivas y de tratamiento estén adaptadas a las necesidades de la población identificada con alto riesgo de uso abusivo de sustancias.

Toda esta información es útil, siempre y cuando se tome en cuenta que el uso varía a partir de diversos factores psicosociales y sociodemográficos. Por tal motivo, es necesario tener en cuenta las características individuales (como el género, edad y actividad principal, entre otros datos demográficos), el lugar (región donde vive, situaciones psicosociales, nivel de ingresos, etc.) y la sustancia (cada sustancia tiene patrones de uso distintos, así como formas de uso).

Estos aspectos son importantes a la hora de analizar, por ejemplo, los casos de transición del uso recreativo a la dependencia ya que varía según la sustancia de la que se trate, también los riesgos que pueden generar. De este modo, los motivos de uso difieren del momento y expectativas del resultado, por ejemplo) (*Institute of Medicine [US] Committee on Opportunities in Drug Abuse Research 1996*).

Para obtener tales datos, se realizan investigaciones con cobertura nacional, basadas principalmente en encuestas que han sido estandarizadas y perfeccionadas para brindar más o menos la misma información en todos los países y pueda ser comparada.

² **Incidencia:** Es el número de nuevos casos de una condición en una población definida y periodo específico de tiempo (Last, 1983, como se citó en Institute of Medicine, 1996).

Prevalencia: Proporción de personas que presentan una condición en el momento de la medición. (Fajardo-Gutiérrez, 2017). En los estudios de consumo de drogas, generalmente, se utilizan prevalencias asociadas a tres periodos de tiempo: alguna vez en la vida (indica la exposición de una población a la sustancia), en el último año (indica el conjunto de la población que tiene mayor probabilidad de usar una droga) y en el último mes (subgrupo que tiene todavía una probabilidad mayor de un uso sostenido).

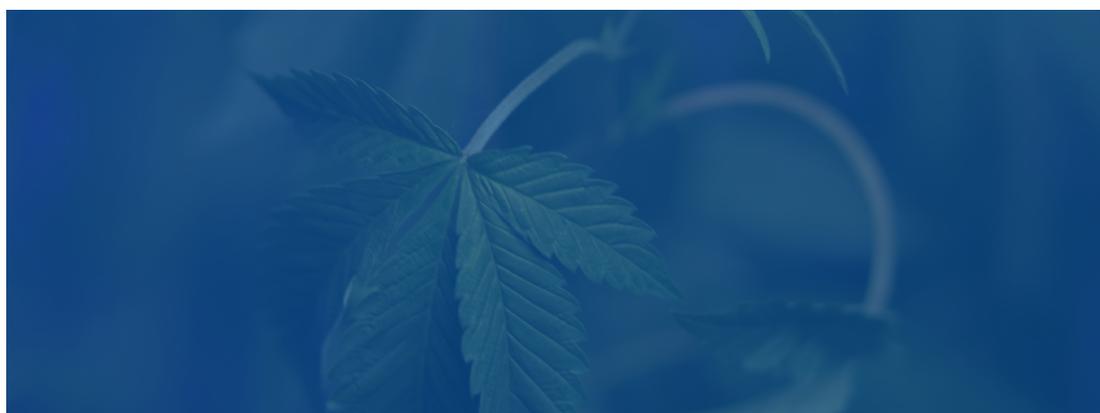
Estas encuestas, por lo general, se aplican a dos tipos de población: Población general [de entre 12 y 65 años] y estudiantes de secundaria.

La encuesta a población general pretende conocer los aspectos principales del uso de drogas y cómo se presentan los patrones. La encuesta a estudiantes permite obtener información respecto al inicio en el uso de sustancias.

También se realizan investigaciones de grupos con características específicas, por ejemplo, población sexualmente diversa, personas privadas de la libertad, universitarios, etc. [Scopetta, 2017].

Es importante tener presente que, a pesar de los esfuerzos por llegar de manera homogénea a toda la población, este tipo de estudios encuentran limitantes como por ejemplo la inversión que los Estados hacen a la hora de su planificación y ejecución. También debe considerarse el hecho de que existe población que puede estar usando drogas, pero no es fácil su determinación como por ejemplo las personas en situación de calle, niños, niñas y adolescentes no escolarizados, etc. [Scopetta, 2017]. En estos aspectos depende mucho del país del que se trate.

Por otro lado, se debe considerar también que cada vez son más las fuentes de datos que se utilizan para hacer estimaciones en los patrones de consumo, tendencias en la oferta y demanda de drogas y se suelen usar fuentes secundarias para complementar la información. Como los reportes de llamadas a números de emergencia y solicitudes de atención en centros médicos públicos, entre otros.



1.2.1. Datos sobre el uso de drogas

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito presenta todos los años un Reporte Mundial Sobre Drogas (World Drug Report, en inglés) donde, con la información disponible de cada país ofrece datos actualizados y analizados sobre la realidad de los patrones de consumo, la percepción de riesgo que hay de cada sustancia, tendencias del mercado e implicaciones en las políticas públicas.

En su versión más reciente [2022], resalta los siguientes datos:

1.2.1.1. Uso

Resumen: En 2020, un estimado de 284 millones de personas a nivel mundial de entre 15 y 64 años ha usado drogas en el último año. Lo que representa el 5.6% de la población. El uso de drogas ha aumentado un 26% en comparación con datos de 2010, en parte por el crecimiento poblacional. La cobertura de las intervenciones de tratamiento en casos de trastornos por uso de sustancias³ se mantiene bajo. La implementación de intervenciones de prevención basadas en evidencia se mantiene asimismo baja, especialmente en países de ingresos medios y bajos. En 2020 aumentó el uso de cannabis y anfetaminas, siendo el cannabis la sustancia ilícita por lejos más utilizada. Por otro lado, el uso de opioides se estabilizó y la pandemia por COVID-19 parece haber cambiado los patrones de uso de cocaína y éxtasis, mayormente por el cierre de centros de entretenimiento [UNODC, 2022].

<p>Cannabis: Se mantiene como la droga ilícita más usada a nivel mundial, en 2020 209 millones de personas la han utilizado.</p> <p>Se han reportado impactos en el mercado de cannabis dado un incremento en la producción doméstica y a pequeña escala para uso personal.</p>	<p>Opioides: Su uso sigue siendo una preocupación importante por las potenciales consecuencias severas a la salud. En 2020 se reporta que 61 millones de personas usaron opioides por razones no médicas. Y, de 2010 a 2020 hubo un aumento del doble en el número de consumidores de opioides.</p> <p>El 69% de muertes relacionadas directamente al uso de drogas son por opioides.</p> <p>El 40% de personas en tratamiento fue por opioides.</p>
<p>Éxtasis: Se estima que hubo 20 millones de usuarios de esta sustancia en 2020. Múltiples encuestas apuntan que se ha reducido su uso, hecho probablemente relacionado al cierre de centros de ocio donde es típicamente consumida la sustancia.</p>	<p>Anfetaminas: En 2020 hubo 34 millones de personas que usaron anfetaminas. La tendencia es un incremento en el uso. Lo que genera un alto nivel de incertidumbre por vacíos grandes de información.</p>

³ Trastorno por uso de sustancias

Cocaína: Se estima que hubo 21 millones de personas que consumieron cocaína a nivel mundial en 2020. Además, se ha presentado un aumento constante a largo plazo del número de consumidores de cocaína entre 2010-2019. Sin embargo, en 2020, esta tendencia se detuvo y algunos países informaron disminuciones en el uso, probablemente como resultado de las medidas para controlar la pandemia de COVID-19.

Elaboración propia

Fuente. UNODC, 2022

Es importante recalcar que el estatus legal de una sustancia no necesariamente se relaciona con el nivel de peligrosidad de esta, tomando en cuenta que el alcohol y el tabaco son las sustancias más usadas a nivel mundial y que se asocian a un sin número de consecuencias a nivel social, individual y ambiental.

En un informe de la Organización Panamericana de la Salud se reporta que, en 2016, el 46.1% de personas mayores de 15 años consumieron alcohol en el último año y el 40,5% de estos lo hicieron de forma excesiva. Por otra parte, en la región de las Américas, se consume al año 15,1 litros de alcohol puro al año [OPS, 2020].

Por su parte, corresponde indicar que, desde una perspectiva de derechos, así como un análisis respecto a la ineficiencia de las políticas de corte prohibicionista, algunos países como por ejemplo Uruguay, decidió iniciar un camino cuyo paradigma es la regulación de determinadas sustancias como el cannabis, y también una política regulatoria más estricta respecto al uso del alcohol y el tabaco, principales problemas en ese país particularmente en sectores jóvenes.

Estas experiencias ofrecen información auspiciosa en la reducción del mercado ilegal, baja de la violencia por narcotráfico y, por estar regulado y por tanto existir más y mejor información sobre los patrones de uso de drogas, más datos para el diseño de políticas preventivas y de salud.

1.2.1.2. Efectos asociados al uso de drogas

De los 284 millones de personas que se estima que usaron drogas el año pasado, aproximadamente el 13.6% podría presentar un trastorno por uso de sustancias. Esto significa que su uso es nocivo, al punto de poder experimentar dependencia y/o requiera tratamiento. Lo que quiere decir que existe una prevalencia del 0.76% de trastornos por uso de sustancias de la población global entre 15-64 años. Cabe recalcar que la prevalencia de los trastornos asociados a drogas se ha mantenido relativamente estable los últimos 15 años.

Las consecuencias del uso de drogas se pueden ver a través de diferentes lentes, ya que las diferentes drogas tienen una prevalencia de uso variable y están asociados con diferentes daños. Por ejemplo, el cannabis se puede asociar con un alto número de trastornos por uso de drogas y la sustancia identificada con mayor frecuencia en las solicitudes de tratamiento, pero rara vez se asocia con la mortalidad directa relacionada con las drogas, a diferencia de los opioides, que es el grupo de drogas asociado con el mayor número de muertes.

El alcohol fue la causa de la pérdida del 6,7% de años de vida en la población de la Región de las Américas en el año 2016; es decir, años de vida perdidos por muerte prematura más años perdidos por discapacidad producida por el alcohol. La Región registró algunas de las tasas más elevadas de trastornos por consumo de alcohol y trastornos fetales causados por el alcohol en el mundo. En el 2016, casi uno de cada 12 adultos (8,2%) en la Región reunía los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, lo que es casi el doble del promedio mundial (5,1%) [OPS, 2020].

1.2.1.3. Muertes

Las muertes asociadas a drogas continúan creciendo. El total de muertes atribuidas a drogas tienen una importante distinción:

- Muertes directamente relacionadas a trastornos por el uso (mayormente, sobredosis).
- Muertes relacionadas indirectamente al uso (cáncer o cirrosis, hepatitis VIH, autolesiones, accidentes).

Tanto la mortalidad directa como la indirecta relacionada a drogas varían sustancialmente dependiendo del tipo de sustancia, región, edad, género y otros factores.

El grupo de drogas mayormente asociado con mortalidad son los opioides. Estos estuvieron presentes en el 75% de sobredosis que terminaron en fallecimiento en Estados Unidos [EE. UU.] y en un 76% de las sobredosis en Europa. Un 11% de las sobredosis fatales se asociaron con diferentes tipos de estimulantes ⁴.

En 2016, se estima que 379.000 muertes se asociaron al consumo de alcohol. Los tipos de muertes relacionadas con el alcohol que se presentaron con mayor número fueron el cáncer, la autolesión y violencia interpersonal y los trastornos digestivos. El alcohol se asoció como “el segundo factor comportamental de riesgo de muerte en hombres y el quinto en mujeres” [OPS, 2020].

⁴ Estimulantes

1.2.1.4. Respuestas al uso de drogas

PREVENCIÓN

La mayoría de los países tienen menciones en su legislación relacionadas a la prevención del uso de drogas. Sin embargo, varios de ellos no tienen sistemas para acreditar programas de prevención basados en evidencia, monitorear las muertes relacionadas con drogas o las sobredosis no fatales (UNODC, 2022). En algunos países de la región a información sobre el uso suele ser insuficiente, incompleta o desactualizada. La cobertura de las intervenciones básicas para prevenir la propagación del VIH y la hepatitis C entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo insuficiente (UNODC, 2022).

Estos pueden ser residenciales, ambulatorios, tener lugar dentro de la comunidad, atendidos en establecimientos de medicina general o en centros especializados.

Para garantizar la disponibilidad, generalmente, los tratamientos se ofrecen de manera gratuita como parte de los programas de salud pública. Sin embargo, existe una gran brecha entre la disponibilidad de los diferentes servicios de tratamiento y la demanda por parte de los usuarios (UNODC, 2022).

TRATAMIENTO

Los tratamientos para personas que usan drogas son intervenciones estructuradas cuyos objetivos son detener o reducir el uso de drogas, mejorar la salud, el bienestar y el funcionamiento social de la persona afectada previniendo daños futuros al disminuir el riesgo de complicaciones o recaídas.

Estos pueden ser residenciales, ambulatorios, tener lugar dentro de la comunidad, atendidos en establecimientos de medicina general o en centros especializados.

Para garantizar la disponibilidad, generalmente los tratamientos se ofrecen de manera gratuita como parte de los programas de salud pública. Sin embargo, existe una gran brecha entre la disponibilidad de los diferentes servicios de tratamiento y la demanda por parte de los usuarios (UNODC, 2022).

1.3. Factores de riesgo y de protección

Uno de los puntos clave de la prevención basada en evidencia es entender y conocer los factores de riesgo y de protección del grupo con el que se quiere intervenir. Se debe tomar en cuenta que mientras que **una causa (RAE, 2021) constituye el motivo, u origen de una situación, un factor es un elemento que interactúa y se relaciona con otros (RAE, 2021)**. Aporta al resultado final pero no es determinante.

Es importante aclarar que ningún factor condicionará la presencia o ausencia del uso de drogas; ya que este se considera como un fenómeno multifactorial y multicausal que abarca implicaciones de tipo psicológicas, biológicas, bioquímicas, sociales, jurídicas, económicas, educativas, históricas, éticas, políticas, etc. [Pons, 2008].

Otra característica importante es que estos factores no garantizan que una persona o grupo permanezca fuera de peligro frente al consumo o que definitivamente vaya a tener dificultades relacionadas a las drogas.

Lo que se entiende al conocer los factores de riesgo y protección es que existe una probabilidad mayor o menor de usar drogas o de tener consecuencias asociadas a ese uso.

Conocer estos factores ayudan a predecir qué puede pasar con un grupo, así como planificar y desarrollar programas e intervenciones más específicas y ajustadas a las necesidades de la población. Por último, permite que se potencien aquellos factores que protegen a la población frente a las consecuencias del uso de drogas.

1.3.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos “**atributos y/o características individuales, condiciones situacionales y/o contextos ambientales que incrementan la probabilidad de iniciarse en el uso y/o abuso de drogas o escalar de nivel en su consumo**” [Becoña, 2002], pudiendo desarrollar incluso una dependencia.

En este sentido, es importante considerar que existen factores de riesgo⁵ cuya amenaza es constante y se mantiene a lo largo del desarrollo vital de las personas, así como existen aquellos que constituyen una amenaza especialmente en de edades o etapas determinadas [Becoña, 1999].

⁵ Existen tres tipos de factores de riesgo:

Marcador fijo: Situaciones o características que no se pueden cambiar como fecha de nacimiento, lugar de origen, etc.

Factor de riesgo variable: Cuando una situación o atributo puede cambiar espontáneamente en un sujeto o grupo o como resultado de una intervención.

Factor de riesgo causal: Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y por, ende, esta manipulación cambia la probabilidad del resultado [Becoña, 2002].

Los factores de riesgo pueden ser muy variados dependiendo de las características de un individuo o un grupo, tomando en cuenta su edad, ubicación geográfica, género, etc. Sin embargo, para evidenciar algunos, a continuación, se presentan aquellos que suelen estar más asociados al uso de drogas:

Factores de riesgo para el consumo de sustancias	
Genéticos	<ul style="list-style-type: none"> - Tener padres que usan drogas - Tener una historia familiar de uso de drogas - Diversas características neurobiológicas que aumentan la probabilidad de generar adicción [alto número de receptores dopaminérgicos en el sistema cerebral de la recompensa, niveles elevados de estradiol, bajos niveles de dopamina]
Personales	<ul style="list-style-type: none"> - Edad (siendo la adolescencia y la adultez temprana los momentos de mayor riesgo) - Sexo (los hombres tienen un consumo más alto y frecuente de drogas ilícitas, pero el uso problemático de las mujeres está más asociado al trauma y a la violencia de género) - Disposición y/o expectativas hacia el consumo - Conductas tempranas poco aceptadas socialmente - Dolores o enfermedades crónicas - Dificultades físicas o neurológicas - Edad de inicio temprano en el consumo - Falta de límites - Estados de ánimo susceptibles a ser modificados por el efecto de alguna sustancia - Dificultad en el manejo de las emociones, toma de decisiones - Dificultades de autoestima y autoconcepto - Curiosidad por experimentar los efectos de las drogas

<p>Psicológicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de salud mental - Haber sufrido violencia o algún tipo de trauma - Dificultad para postergar gratificaciones - Impulsividad - Búsqueda de emociones intensas / sensaciones fuertes - Baja tolerancia / frustración ante situaciones difíciles - Visión pesimista del futuro - Carencia de metas y/o proyecto de vida - Baja respuesta ante el estrés - Búsqueda de refuerzo inmediato - Inseguridad o dificultades para relacionarse socialmente de manera adecuada - Situaciones que generen mucho estrés o revictimización de la persona
<p>Familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de drogas por parte de los padres o cuidadores - Actitudes positivas o normalizadoras hacia el consumo en el entorno familiar - Divorcio o separación de los padres - Problemas de comunicación en la familia - Mal manejo de la disciplina por parte de los cuidadores [escaso control del comportamiento de los hijos, castigos inconsistentes o demasiado severos] (*) - Incomprensión familiar - Ser víctima de maltrato [físico, psicológico, sexual] - Vivir en un hogar que carece de reglas o figuras de autoridad - Ausencia de reconocimientos en el entorno familiar - Cuidadores que no saben cómo manejar reglas y límites

<p>Familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Negligencia parental - Acceso sin control a dinero - Justificar/cubrir actos negativos de los hijos - Falta de apertura para hablar de temas “tabú” dentro del entorno familiar - Generar miedo como una forma de respeto a la autoridad
<p>Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción social del riesgo de cada sustancia - Falta de alternativas para el uso del tiempo libre - Entorno de pares consumidores de drogas - Actitudes favorables hacia el consumo en su entorno social - Implicación temprana en conductas poco aceptadas socialmente - Sensación de no ser parte de un grupo de pares - Aceptación [social y legal] de la sustancia - Presencia de la sustancia en actividades sociales propias de la cultura - Presión para consumir por parte del grupo - Pares cercanos que hayan desertado de la escuela/colegio y que tengan dificultades de adaptación o conflictos - Falta de oportunidades [educativas, laborales, etc.] - Presencia de redes de producción y distribución de drogas - Exclusión social o carencia de vínculos sociales adecuados - Sociedad que reconoce como única fuente de bienestar al dinero - Promoción del consumo a través de medios de comunicación - Mitos relacionados al consumo [“brindamos para celebrar”, “beber te hace más sociable y divertido”, etc.]

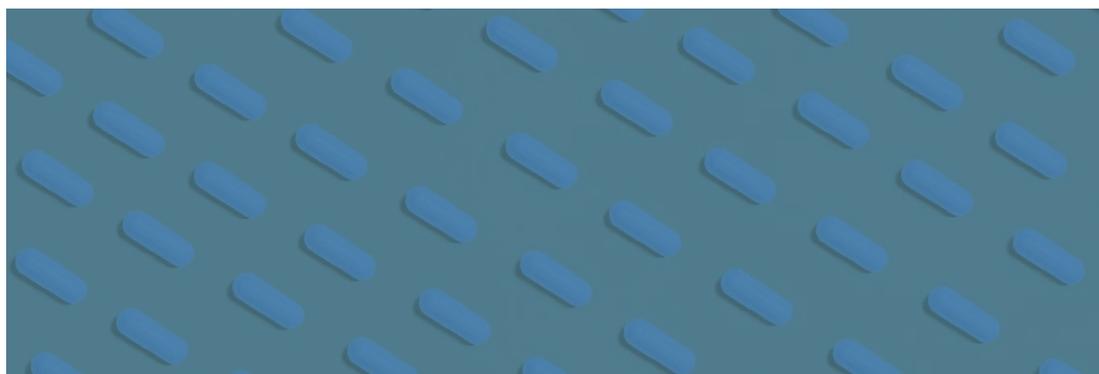
<p>Escolares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa motivación y compromiso hacia el estudio - Ausencia de estímulos hacia la creatividad, participación - Fracaso o abandono escolar - Dificultad para avanzar académicamente de un curso a otro [pasar el año] - Transición de la escuela al colegio, del ciclo básico al bachillerato, o del colegio a la universidad - Escasa información sobre el fenómeno de las drogas - Escaso desarrollo de habilidades para la vida - Escaso compromiso de instituciones educativas/nacionales para desarrollar programas de prevención - Déficit de áreas recreativas, deportivas, culturales - Sustancias disponibles en el centro educativo o en su entorno - Escasa capacitación sobre la problemática a los docentes - Mala comunicación entre alumnos y docentes - Falta de oportunidades educativas - Acoso escolar
<p>Comunitarios</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de espacios para esparcimiento dentro de la comunidad - Normas y leyes que regulen el consumo de drogas - Escasez económica - Disponibilidad y acceso fácil a las drogas - Publicidad de drogas legales o institucionalizadas en la comunidad - Carencia de líderes comunitarios con imagen positiva para su comunidad - Falta de organización y participación comunitaria - Ambiente de violencia / maltrato / inseguridad - Autoridades/líderes fácilmente corruptibles - Ausencia de políticas y programas preventivos

<p>Laboral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desempleo - Inestabilidad laboral - Exceso de competitividad en el trabajo - Conflictos laborales - Círculo laboral que normalice o aliente el uso - Tolerancia (no prohibición) hacia el consumo de ciertas drogas en el lugar de trabajo - Acceso fácil a sustancias dentro del trabajo - Acoso laboral - Sobrecarga de trabajo - Cambios frecuentes de actividades o puestos que generan inestabilidad - No compartir espacios sociales frecuentes
<p>Ambientales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad y fácil acceso a las drogas - Normas y leyes que regulen el consumo - Deprivación socioeconómica - Publicidad de drogas lícitas en el espacio público - Falta de normativa para respeto del espacio público libre de humo o de consumo de drogas lícitas e ilícitas - Poco control sobre el expendio de drogas lícitas e ilícitas a menores de edad - Falta de corresponsabilidad en la prevención del consumo por parte de la comunidad

Fuentes: [Becoña 2002], [Pons, 2008], [UNODC, 2022], [CAPLAB, 2011].

Para Clayton, quien fue uno de los científicos que de mejor manera resumió y sintetizó los estudios acerca de los factores de riesgo y protección (Burkholder, Schensul y Pino R., 2007) menciona que hay 5 principios generales que se deben tomar en cuenta para revisar los aspectos de riesgo de una población:

- 1.** Los factores de riesgo pueden o no estar presentes en un caso concreto. Cuando este factor de riesgo está presente, la probabilidad de uso o abuso de sustancias es más alta que cuando el factor no está presente.
- 2.** Un solo factor de riesgo no garantiza el uso o abuso de sustancias. Por el contrario, la ausencia de este tampoco garantiza que no se vaya a dar. Esto mismo sucede con los factores de protección.
- 3.** El número de factores de riesgo que presenta un individuo o un grupo se relacionan directamente con la probabilidad del uso o abuso de drogas. Sin embargo, este efecto puede atenuarse de acuerdo con la naturaleza, contenido y número de factores implicados.
- 4.** La mayoría de los factores de riesgo presentan varias dimensiones que se pueden medir. Cada uno de ellos influye de manera independiente y global en el uso de drogas.
- 5.** Con algunos factores de riesgo se pueden realizar intervenciones directas, lo que puede dar como resultado su eliminación o reducción. Esto, a su vez, reduce la probabilidad del abuso. Sin embargo, hay otros factores de riesgo que no se pueden intervenir directamente, siendo en tales casos el objetivo atenuar su influencia y, por ende, reducir la posibilidad de que lleven al consumo de drogas [Becoña, 2002].



1.3.2. Factores de protección

Se entiende por factor protector a cualquier “atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” [Becoña, 1999]. En relación con la prevención, se busca no solamente reducir los factores de riesgo antes mencionados, sino también potenciar aquellos con los que se cuenta en la población a intervenir.

Los factores de protección pueden ser muy variados dependiendo de las características de un individuo o un grupo, tomando en cuenta su edad, ubicación geográfica, género, redes de apoyo, etc. Sin embargo, para evidenciar algunos a continuación se presentan aquellos que suelen estar más asociados a la protección frente al uso de drogas:

Factores protectores para el consumo de sustancias	
Individuales	<ul style="list-style-type: none"> - Amor propio y autoconocimiento desarrollados - Capacidad para manejar las emociones - Búsqueda de refuerzos gratificantes más que inmediatos - Capacidad para comunicarse adecuadamente - Contar con un proyecto de vida - Tener hábitos saludables - Actitud positiva hacia la vida y capacidad de disfrute - Capacidad para tomar decisiones y manejar la presión grupal - Habilidad para resolver problemas - Habilidades de afrontamiento - Autopercepción que se tienen gratificaciones en los distintos ámbitos (educativo, laboral, social, etc.) - Ser abierto y solidario en las relaciones familiares, sociales, comunitarias - Pensamiento crítico - Compromiso personal hacia el cuidado físico, mental, psicológico y del entorno - Tener una red de personas con las que se puede contar

Comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Actitud crítica frente al consumo de drogas - Acceso limitado o controlado a drogas lícitas e ilícitas - Ambiente que promueve prácticas saludables y seguras - Disponibilidad de áreas recreativas/deportivas/culturales - Implicación en actividades comunitarias - Compensaciones por la vinculación en actividades comunitarias - Presencia de integración y solidaridad entre los miembros de la comunidad - Presencia de líderes comunitarios positivos - Redes de apoyo local - Organización comunitaria para acciones de prevención
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Apego seguro a la familia - Facilidad de implicarse en actividades con los miembros de la familia - Facilidad de relacionarse con los miembros de la familia - Familias que apoyan positivamente a sus miembros - Familia integrada que brinde un ambiente en el que se favorezca el desarrollo y crecimiento personal de sus miembros - Normas y límites claros que todos compartan y cumplan - Apertura para comunicarse - Ambiente familiar armónico y afectuoso - Participar en las actividades y responsabilidades del hogar - Reconocimiento de logros - Ambiente familiar que satisface las necesidades básicas

<p>Familiares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de aptitudes positivas en el entorno familiar - Estilos de crianza que fomenten la autoregulación, la propia capacidad para corregir errores y la poca necesidad de validarse en otros - Sensación del hogar como un lugar seguro y protector
<p>Educativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estímulos que promuevan la participación y desarrollo de los alumnos - Entorno que fomente y potencie los recursos, habilidades y capacidades personales - Contribución en la organización y manejo adecuado del tiempo - Comunidad educativa (docentes, padres de familia, alumnos) formada en temas de prevención integral del consumo - Reconocimiento de logros y refuerzo de valores positivos - Que los docentes constituyan un modelo adecuado en la prevención del consumo - Sensación del entorno escolar como un lugar seguro - Propiciar la cooperación y colaboración más que la competencia - Aceptación de las diferencias (educativas, de personalidad, sexuales, situacionales, etc.)

<p>Sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existencia de programas y políticas de prevención - Buena relación con los pares (amigos, compañeros), especialmente con aquellos que aportan en prácticas saludables - Habilidades sociales desarrolladas - Pares con capacidad de rechazar las drogas - Interacción con personas que emplean su tiempo en actividades gratificantes (estudian, trabajan, se recrean etc.) - Relacionamiento con personas con aptitudes positivas y metas claras - Pertenencia a agrupaciones que en las que predominan medios saludables de diversión - Sentir pertenencia a grupos que no juzgan u obligan a calzar en ciertos estándares - Agrupaciones sociales que evitan y desalientan los vínculos negativos - Espacios alternativos como clubes culturales, deportivos, sociales, etc. - Promover el desarrollo humano y social a través de actividades deportivas, culturales o comunitarias - Control de la publicidad que promueve el consumo a través medios de comunicación tradicional y digital - Difundir mensajes, acciones y hábitos que representen alternativas frente al consumo
<p>Laborales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Horarios justos de trabajo - Ascensos laborales y proyección a futuro - Entrenamiento en habilidades - Promover valores y acciones institucionales saludables - Integración en la comunidad laboral - Jefes que motiven a su equipo - Trabajo en equipo en lugar de competitivo

<p>Laborales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de espacios de esparcimiento durante la jornada laboral - Carga justa de trabajo - Estabilidad laboral - Promoción y respeto a actividades fuera del horario laboral - Aceptación de las diferencias dentro del entorno laboral - Limitar el acceso a drogas
<p>Ambientales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de apoyo externo positivo - Normas, creencias y estándares conductuales que desalienten el uso de drogas sin llegar a ser punitivistas - Restricción de edad para acceder a las drogas - Establecimiento de horarios de apertura para establecimientos en los que se expendan - Reducir los establecimientos que expenden bebidas alcohólicas y cigarrillos - Mantener fuera de la vista de los clientes las bebidas alcohólicas y cigarrillos - Sistemas que permitan expender solo a mayores de edad - Crear corresponsabilidad social para evitar que menores de edad o personas que ya están intoxicadas consuman drogas lícitas y/o ilícitas - Control de publicidad referente a las drogas y su consumo - Formación permanente a la comunidad, sobre todo a los encardados de expender y producir bebidas alcohólicas

Fuentes: [Becoña 2002], [Pons, 2008], [UNODC, 2022], [CAPLAB, 2011]

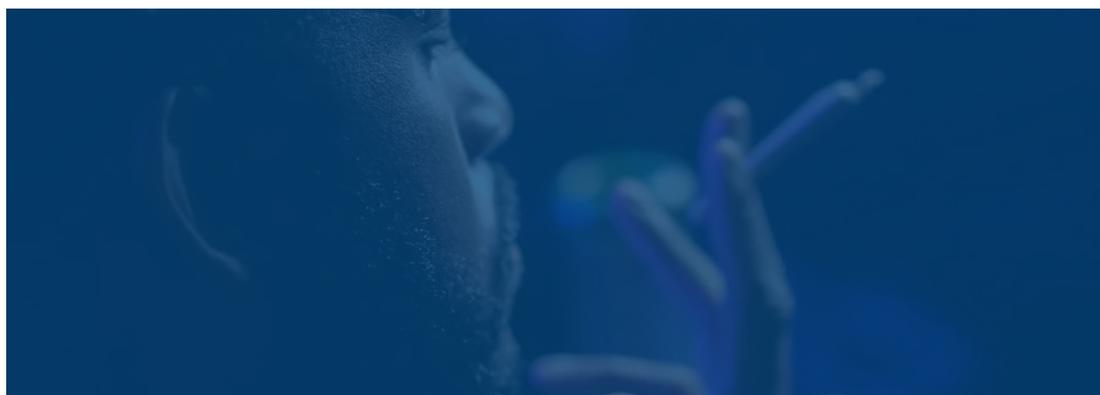
1.4. Principios básicos y objetivos de la prevención

Hoy en día existe suficiente información acerca de la prevención para conocer qué funciona, qué no tiene los efectos esperados o incluso qué puede llegar a ser iatrogénico. Detrás de las buenas prácticas, las intervenciones implementadas por organismos internacionales y las recomendaciones que hacen, hay décadas de investigación y evaluación de los programas que se implementan alrededor del mundo.

1.4.1. Objetivos de la prevención

Existen varios objetivos de la prevención basada en la evidencia, y el motivo de que haya varios de ellos es que se basan en una postura realista y adaptada a las diferentes necesidades de cada población. Hasta hoy en día se piensa que el fin máximo de la prevención es “un mundo libre de drogas”, pero si tomamos en cuenta que este objetivo es utópico y poco realista de conseguir, podemos centrarnos en metas que permitan mejorar la calidad de vida de la población [Becoña, 2017]:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de drogas utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba de drogas al abuso y dependencia de estas.
4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de estas.
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 socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.



1.4.2. Principios de la prevención

Así como hay objetivos mínimos que los programas de prevención deben cumplir, igualmente existen principios que están en concordancia con la investigación actual y con aquello que, en términos generales, se sabe que funciona.

El Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de Estados Unidos (*National Institute on Drug Abuse*, NIDA; en inglés) propone los siguientes:

Principios relacionados a los factores de riesgo y protección	
<p>1. Los programas de prevención deberán mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo</p>	<p>El riesgo del abuso de drogas involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo y los factores de protección.</p>
	<p>El impacto de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Ej. Los factores de riesgo dentro de la familia tienen mayores impactos en niños, mientras que la asociación con pares que usan drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente.</p>
	<p>Una intervención temprana en los factores de riesgo a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida del niño, alejándolo de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas.</p>
	<p>Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos aspectos pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.</p>
<p>2. Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales [Ej. El tabaco o el alcohol] por menores; el uso de drogas ilegales [Ej. La marihuana o heroína]; y el uso de sustancias obtenidas legalmente [Ej. Los inhalantes], los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.</p>	
<p>3. Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar y fortalecer los factores de protección que se conocen.</p>	

<p>4. Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.</p>	
<p>Principios relacionados a la planificación</p>	
<p>5. Los programas para familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; y la información y educación sobre drogas.</p> <p>La compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre padres e hijos. Esta se puede fortalecer a través de un entrenamiento para mejorar la capacidad de apoyo de los padres a los hijos, la comunicación entre padres e hijos, y la participación de los padres con los hijos.</p>	<p>El monitoreo y la supervisión de los padres son esenciales para prevenir el abuso de las drogas. Se pueden mejorar estas habilidades con entrenamiento de cómo establecer reglas; técnicas para el monitoreo de actividades; el elogio por conducta apropiada; y la disciplina moderada y consistente que hace respetar las reglas de la familia anteriormente definidas.</p>
	<p>La educación y la información sobre drogas para los padres o cuidadores refuerza lo que los niños aprenden sobre los efectos dañinos de las drogas y brinda la oportunidad para la discusión familiar sobre el abuso de sustancias legales e ilegales.</p>
	<p>Las intervenciones cortas enfocadas en la familia y dirigidas a la población en general pueden cambiar positivamente conductas específicas de los padres que reduzcan los riesgos futuros para el abuso de drogas.</p>
<p>6. Se pueden diseñar programas de prevención para intervenciones tan tempranas como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas, tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas.</p>	
<p>7. Los programas de prevención para los niños de la primaria deben estar dirigidos al mejoramiento del aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo en cuanto el abuso de drogas, como la agresión temprana, fracaso académico y deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • auto-control; • conciencia emocional; • comunicación; • solución de los problemas sociales; y • apoyo académico, especialmente en la lectura. 	

8. Los programas de prevención para estudiantes de escuela media y secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades:

- hábitos de estudio y apoyo académico;
- comunicación;
- relaciones con los compañeros;
- auto-eficacia y reafirmación personal;
- habilidades para resistir las drogas;
- refuerzo de actitudes que eviten el uso de drogas; y
- fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.

9. Los programas de prevención dirigidos a la población general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela media, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Tales intervenciones no se dirigen a las poblaciones en riesgo en particular y, por lo tanto, reducen el encasillamiento y promueven los lazos fuertes con la escuela y comunidad.

10. Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual.

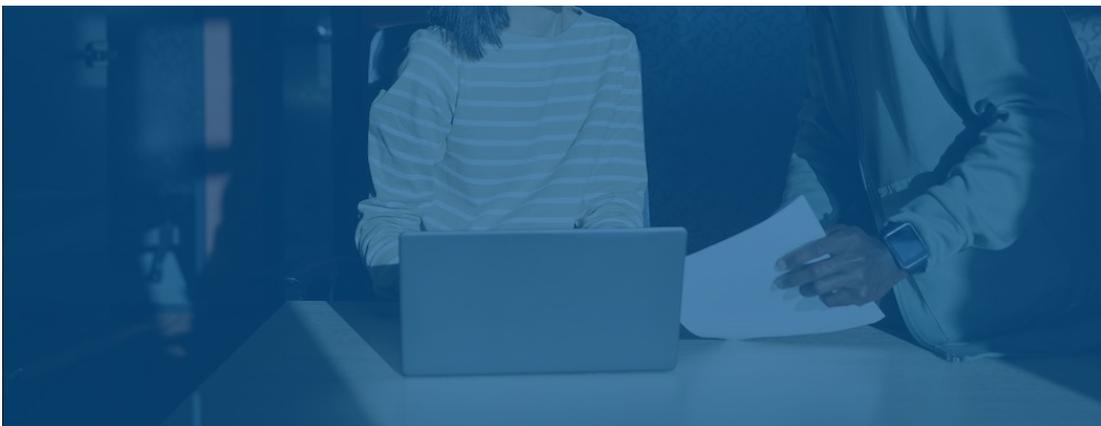
11. Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes –por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas y los medios de comunicación– son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.

Fuente: NIDA, 2004



Principios relacionados a la introducción de los programas de prevención
<p>12. Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la estructura [cómo está organizado y compuesto el programa]; • el contenido [la información, habilidades y estrategias del programa]; y • la introducción [cómo se adapta, implementa y evalúa el programa].
<p>13. Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas [es decir, programas de refuerzo] para fortalecer las metas originales de la prevención. Las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela media disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.</p>
<p>14. Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en la administración positiva de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiante. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica, y la formación de lazos fuertes con la escuela.</p>
<p>15. Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.</p>
<p>16. Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que, por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de \$10 en tratamientos para el abuso del alcohol u otras sustancias.</p>

Fuente: NIDA, 2004



Complementando los principios propuestos por NIDA, la Sociedad Estadounidense para la Investigación en Prevención propone los siguientes:

- Enfocarse en el desarrollo: Hay que entender que los factores que influyen en los comportamientos varían de acuerdo con la edad. Cada edad del desarrollo tiene tareas que más o menos todos deben cumplir y la irrupción en lograr dichas tareas puede llevar al apareamiento de algún trastorno o comportamientos de riesgo. Todas estas necesidades tienen que considerarse en las potenciales intervenciones preventivas que se quieran implementar. Por lo tanto, hay que tener conocimiento de qué tareas se han de cumplir de acuerdo a la etapa del desarrollo.
- La transición de una edad a otra juega un papel crítico en la prevención. Estas transiciones colocan a los niños en diferentes riesgos. Además, los factores o procesos que conducen al inicio y la continuación del consumo de sustancias varían entre individuos, grupos y poblaciones.
- Es muy importante considerar que los factores ambientales tienen una gran influencia sobre nuestras creencias, valores, actitudes y comportamientos. Esto incluye la interacción entre las características de un individuo, su familia, escuela, comunidad y los entornos sociopolíticos y físicos más amplios. Interacciones interdependientes que se afectan mutuamente.
- Comprender las motivaciones y los procesos de cambio ayuda a diseñar intervenciones eficaces que buscan cambios en las personas y sus entornos para prevenir o tratar el consumo de sustancias.
- La naturaleza transdisciplinar de la ciencia de la prevención significa que necesitamos involucrar equipos multidisciplinarios con una variedad de experiencia para abordar la complejidad de los temas que aborda la ciencia de la prevención.
- Mejorar la salud pública es una visión que la ciencia de la prevención puede lograr a través del trabajo colaborativo de los científicos de la prevención y profesionales de la prevención, utilizando sus habilidades colectivas y experiencia particular.
- La justicia social está relacionada con el movimiento de Derechos Humanos y la atención médica es un derecho humano. La justicia social es el imperativo ético y moral para comprender por qué ciertos subgrupos de la población soportan una carga desproporcionada de enfermedad, discapacidad y muerte, y es importante diseñar e implementar programas y sistemas de prevención y cambios de políticas para abordar las causas profundas de las inequidades [EMCDDA, 2019].

1.5. Modelos teóricos de la prevención

1.5.1. Prevención basada en evidencia

Antes de empezar, es importante saber qué se entiende por prevención basada en evidencia. Como teoriza el Instituto de la Práctica Basada en Evidencia, de la Universidad de Washington, la práctica basada en la evidencia se refiere a:

“[...] el uso de procesos sistemáticos de toma de decisiones o prestación de servicios que se ha demostrado, a través de la evidencia científica disponible, para mejorar constantemente los resultados medibles del público objetivo. En lugar de la tradición, la reacción visceral o las observaciones individuales como base para la toma de decisiones, la práctica basada en la evidencia se basa en los datos recopilados a través de la investigación experimental y da cuenta de las características individuales de la población/grupo y la experiencia del clínico” [EMCDDA, 2019].

1.5.2. Mejores prácticas

Otro término importante para la implementación de medidas de prevención adecuadas es el de mejores prácticas. Esto quiere decir “la mejor aplicación de la evidencia disponible para actividades actuales en el campo de las drogas” [EMCDDA, 2019].

Además:

Debe existir evidencia relevante de efectividad para trabajar con los problemas que experimentan las personas afectadas por el consumo de sustancias, incluidos los profesionales, encargados de formular políticas, consumidores de sustancias y sus familias.

Todos los métodos para determinar las mejores prácticas deben ser “transparentes, confiables y transferibles”.

Toda la evidencia disponible y relevante debe ser considerada.

Tanto la evidencia de efectividad como la factibilidad de implementación han de ser consideradas en el proceso de toma de decisiones.

1.5.3. Ciencia de la prevención

La Sociedad Europea para la Investigación en Prevención define la ciencia de la prevención como: “un esfuerzo multidisciplinario para considerar la etiología, la epidemiología, el diseño de la intervención, la eficacia y la implementación para la prevención de una variedad de problemas sociales y de salud”.

Estos problemas sociales y de la salud incluyen, pero no se limitan, a: problemas de uso de sustancias, salud sexual y embarazo adolescente, VIH/SIDA, violencia, accidentes, suicidio, sufrimiento mental, delincuencia, obesidad, mala alimentación/nutrición, falta de ejercicio y enfermedades crónicas.

Una característica común es la importancia del comportamiento como determinante de la mala salud y la desigualdad en salud.

1.5.4. Teorías explicativas

Varias teorías han permitido el desarrollo de intervenciones de prevención basadas en evidencia y objetivos de investigación. Con teoría nos referimos a un conjunto de conceptos interrelacionados que se utilizan para describir, explicar y predecir cómo se relacionan entre sí varios aspectos del comportamiento humano. En la mayoría de los casos, se basan en evidencia empírica o de investigación y se refinan aún más en la investigación continua.

Un paso importante en la construcción de una intervención basada en la evidencia es seleccionar un marco teórico para la intervención. Este marco debe:

- Proveer una comprensión de los determinantes ambientales/comportamentales relacionados a un problema de salud específico.
- Clarificar los mecanismos potenciales para producir el resultado deseado.
- Ayudar a seleccionar la estrategia de intervención o acercamiento que conseguirá esos resultados [Bartholomew y Mullen, 2011, como se citó en EMCDDA, 2019].

En la ciencia de la prevención existen modelos generales que han sido tomados de ciencias como la psicología, la neuropsicología, etc., y otras que son específicas de la ciencia de la prevención. A continuación, se explican de forma general las más importantes en el campo:

Visión general de las principales teorías	
Teoría	Contenido
Teorías generales	
Teoría del aprendizaje social de Bandura [1977]	Los seres humanos aprenden el comportamiento observando a otros, imitando y modelando estos comportamientos.
Teoría del comportamiento problemático de Jessor y Jessor [1977]	Múltiples comportamientos de riesgo tienen la misma raíz o base común. Dichos comportamientos están influenciados por la interacción del individuo con su entorno.

Teoría de la ecológica del desarrollo humano de Bronfrenbrenner (1979)	Los seres humanos somos parte de varios sistemas o contextos que están fuera del individuo. Todos ellos tienen una influencia en el comportamiento individual.
Teoría del comportamiento planificado de Ajzen (1991)	Existe un vínculo entre las actitudes y el comportamiento. Tres conjuntos de percepciones/actitudes guían el comportamiento: -Creencias acerca de los resultados o las consecuencias del comportamiento -Creencias acerca de las expectativas normativas de los demás (o la aceptación social) del comportamiento -Creencias sobre las barreras y los potenciadores del desempeño de la conducta
Teorías específicas de la prevención	
Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (2003)	Hay tres factores que contribuyen a comportamientos de riesgo: -Factores culturales [Ej. La tolerancia percibida para el uso de alcohol en adolescentes] -Factores sociales o interpersonales [Ej. Uso de drogas por parte de los padres] -Factores intrapersonales [Ej. Pobre autocontrol]
Teoría de los factores de riesgo y protección de Hawkins et al. (1992)	Los riesgos del uso de sustancias están divididos en factores sociales y factores culturales que proveen las expectativas legales y normativas de los factores intra e inter personales (familias, escuela, pares).
Teoría del desarrollo positivo de la juventud de Catalano et al. (1999)	Es importante potenciar y reforzar el desarrollo positivo.
Teoría de la resiliencia de Werner y Smith (1982)	Algunas personas tienen habilidades especiales para adaptarse a situaciones y eventos estresantes.
Entornos de crianza de Biglan y Hinds (2009)	Combina muchos aspectos de las teorías nombradas y de otras. Se centra en la reducción de riesgos, la promoción de la resiliencia y otros atributos <i>positivos</i> .

Las intervenciones en prevención tienen tres componentes importantes: Estructura, contenido y entrega. Todos ellos están guiados por la teoría.

Estructura: Refleja cómo la intervención preventiva o la política están organizadas o dispuestas. Mismamente, el número y duración de las intervenciones. [Por ejemplo: ¿Cuántas lecciones tendrá el programa? ¿10, 15? y ¿Serán de 1 hora, 45 minutos...?].

Contenido: Relacionado a los objetivos de la intervención. Tiene que ver con qué información, habilidades y estrategias serán usadas para lograr los objetivos deseados. Esto puede incluir las habilidades de rechazo con los pares y, adicionalmente, un entrenamiento para una comunicación familiar efectiva.

Entrega: Mira cómo la intervención o la política serán implementadas y cómo se espera que se reciba por la audiencia objetivo. Ejemplos de este aspecto incluyen:

Proponer estrategias interactivas para adolescentes y adultos, ofrecer intervenciones de habilidades parentales en momentos donde sea conveniente asistir para las familias y monitorizar la implementación de una intervención o una política para aumentar la fidelidad a los elementos centrales de las intervenciones.

A pesar de que hay varios modelos teóricos que fundamentan los programas de prevención, aquellos que están basados en evidencia tienen como modelo teórico general lo que se conoce sobre la etiología del consumo de drogas [Becoña, 1999].

De manera sencilla, este fundamento podría resumirse en los tres ejes básicos siguientes:

1. Si se evita el uso, sobre todo de alcohol y tabaco en adolescentes y niños, se conseguirá evitar que se conviertan en adultos con usos problemáticos. Sin dejar de lado que esto puede variar de país a país, ya que en cada uno la progresión de estas sustancias es distinta.
2. Evitar en uso de alcohol y tabaco reduce cuantiosamente el riesgo de enfermedades asociadas al consumo como cáncer de pulmón o de estómago, así como problemas cardiovasculares. Además, también se reduce la probabilidad de presentar patologías mentales, ya que el uso constante de drogas se relaciona con la etiología de algunos trastornos mentales como la depresión, ansiedad y trastornos del sueño.
3. Se sabe que el uso de alcohol y tabaco son un factor de riesgo para el uso de sustancias ilícitas que ponen en riesgo no solo físico, sino también social a quienes las consumen [Becoña, 2017].

Lo que suele suceder con los programas de prevención es que no existe relación entre el programa y el modelo teórico de base. Sin embargo, para poder planificar las actividades adecuadamente, así como para evaluar la efectividad de un programa, es imprescindible tener una teoría de base que sustente lo que se realice.

1.5.5. Breve historia de los programas de prevención

Durante muchos años la base de las intervenciones fue la **hipótesis de la escalada** que analizaremos brevemente:

Como se ha revisado, una de las principales hipótesis sobre el uso nocivo de drogas está relacionado con que la mayoría de las personas inician el uso en la adolescencia y, la gran mayoría, con drogas lícitas (alcohol y tabaco). Por lo tanto, esta hipótesis defiende que, si se previene el uso de drogas lícitas, se conseguirá retrasar o impedir el consumo de drogas ilícitas en una cadena ascendente donde están la marihuana y la cocaína y heroína (Becoña, 1999).

Esta teoría se propone inicialmente en los años 50, con una visión exagerada y basada en criterios personales más que científicos de que el uso de marihuana llevaba directamente a usar heroína. Estas afirmaciones no se hacían por profesionales de la salud o investigadores sino por quienes se encargaban de reprimir el uso de drogas.

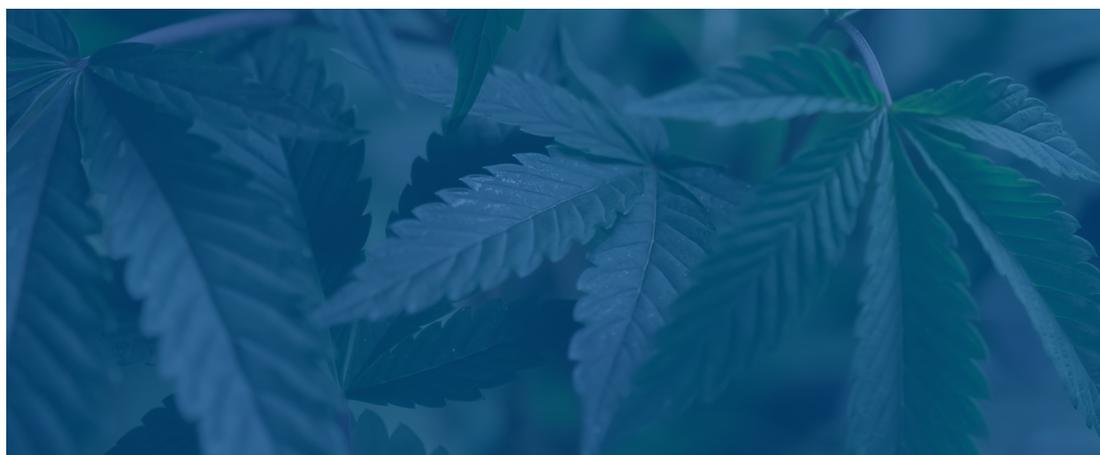
Actualmente, desde la ciencia de la prevención no se habla de causalidad sino de probabilidad (Becoña 1999).

Dados los datos, se puede decir que el uso de drogas lícitas puede incrementar la probabilidad de usar posteriormente una droga ilícita. Esto es, un porcentaje muy pequeño de personas que usan sustancias como alcohol y tabaco, escalarán a consumir otro tipo de sustancias.

Ahora, al ser el fenómeno de las drogas complejo y multifactorial, no se puede olvidar la influencia de otros factores de riesgo que, como ya se mencionó, estarán en relación con el momento de la vida, género, condiciones socioeconómicas, etc.

Hoy en día, la hipótesis de la escalada se considera “arbitraria e inadecuadamente documentada” (Becoña, 1999).

A continuación, revisaremos brevemente cómo se han construido y puesto en marcha los programas de prevención desde sus inicios.



1.5.5.1. Años 60: Modelo racional o informativo

Cuando se empiezan a implementar programas de prevención del uso de drogas, quienes los creaban consideraban que los adolescentes no tenían suficiente información sobre los efectos que tenía el uso. Por lo tanto, las intervenciones mayormente se basaban en brindar información con la esperanza de que esto solucionaría el problema. A este modelo se le conoce como **modelo racional, informativo o tradicional**. Así como en otros campos, la información brindada se basaba en resaltar los aspectos negativos y técnicos de las sustancias, la mayoría de veces incentivando el miedo y la moral de los espectadores; esto apelando a que con dichos datos los adolescentes tomarían la decisión más lógica respecto al consumo.

A pesar de que la evidencia ha demostrado que este tipo de intervenciones no presenta resultados positivos, sigue siendo uno de los modelos más utilizados.

La base de estos modelos sigue relacionándose con que lo más importante es cambiar las ideas “positivas” de las drogas por unas más “adecuadas”. Porque si se tiene un conocimiento adecuado, sus conductas y actitudes hacia las drogas serán de alejamiento y, por lo tanto, no consumirán.

En este modelo se utilizan técnicas como discusiones grupales, lecturas relacionadas al tema, cine, foros, escuchar ponencias de especialistas, etc.

Por último, no solo dichas intervenciones no tienen mayor efecto en el público objetivo, sino que incluso pueden llegar a ser contraproducentes. Esto tomando en cuenta que la información no esté acorde con la edad del público al que se la imparte, que los contenidos sean demasiado alarmistas y no concuerden con la realidad vista por los adolescentes, los testimonios sean demasiado extremos y hagan que se pierda la percepción del riesgo.

1.5.5.2. Años 70: Programas afectivos

Frente al poco éxito de las intervenciones basadas en la información, los esfuerzos se pusieron en mejorar o eliminar los “déficits” de personalidad de los adolescentes. Este tipo de intervenciones tenían como base mejorar la autoestima y fomentar los valores.

Sin embargo, estudios rigurosos sobre el modelo han mostrado que no tienen mayor utilidad para prevenir el uso de drogas (Rundell y Bruvold, 1988 como se citó en Becoña 1999). Sin embargo, este tipo de intervención sigue siendo el más predominante.

Un modelo que ha sido desechado paulatinamente por su poca efectividad. E incluso se ha estudiado que, si solo se trabajan temas de autoestima, el consumo puede elevarse.

1.5.5.3. Años 80: Programas de influencia social o psicosociales

Surgen a partir de estudios en psicología social y del aprendizaje social. Consideran la existencia de tres factores de riesgo imprescindibles para desarrollar programas preventivos: Ambiente, de la personalidad y los de tipo conductual.

El **ambiente social** se considera de gran importancia ya que el uso o no uso de drogas se produce en un ambiente social concreto, con parámetros que pueden o no facilitar dicho consumo. La mayoría de personas experimentan inicialmente el uso en ambientes sociales, no en solitario. Para este factor de riesgo la prevención se orienta a proporcionar nuevos modelos, más adecuados con el no consumo de drogas o a conseguir el modo de reducir el acceso a esas sustancias (Becoña, 1999).

Para los factores de riesgo relacionados a la personalidad y conductuales, se implementan acciones para desarrollar habilidades de manejo adecuado de situaciones de riesgo como rechazar el ofrecimiento de consumir. Así mismo, se trabaja sobre la construcción de la identidad y la autonomía e independencia, valores que en la etapa de la adolescencia chocan mucho con lo que opinan los padres.

1.5.5.4. Años 90 en adelante: Programas basados en la evidencia

A la par de la investigación, quienes diseñaban programas de prevención desarrollan modelos que trabajan con habilidades más generales en los adolescentes y no tan específicas como se hacía en la década anterior. Se dan cuenta que se deben desarrollar habilidades que vayan más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas (Botvin, 1995 como se citó en Becoña, 2007).

A partir de los años 90, los programas se basan en la evidencia científica, recogiendo los avances que se han realizado hasta el momento. Estos programas deben tener fundamentación teórica y una base empírica que demuestre su eficacia.

Así, se dejó de lado la buena voluntad y los programas han de demostrar que sirven para prevenir. Hay tres formas de saber si los programas tienen evidencia científica o no:

1. Revisar las bases de datos y listados de programas de prevención que funcionan en fuentes oficiales.
2. Los programas que se revisan tienen metaanálisis que destacan los elementos relevantes y que están probados.
3. Antes de aplicar un programa primero probarlo con una metodología experimental.

Un programa de prevención basado en la evidencia nunca se aplica tal cual está ya que hay que adaptarlo a la población a la que se va a intervenir.

Aquellos que han demostrado mejores resultados tienen las siguientes características:

- Entrenan en habilidades
- Son interactivos y favorecen el desarrollo de habilidades interpersonales
- Hay participación de la familia
- Tienen componentes comunitarios y con los lugares y actividades de ocio
- Se dirigen a las drogas de inicio [preferiblemente empezando 2 años antes de que inicie el consumo]
- Son más efectivos los que tienen contacto intenso [10 sesiones o más en un año lectivo]
- Están basados en modelos teóricos
- Tienen planificación detallada
- Tienen un riguroso proceso de evaluación
- Los profesionales que realizan las intervenciones deben estar altamente motivados, tener conocimientos profundos de los contenidos y de dinámica de grupos
- Desarrollan estrategias efectivas de resistencia al uso
- Deciden cautelosamente cómo se trabaja según los niveles de riesgo de cada participante

MÓDULO II
PREVENCIÓN SEGÚN
CONCEPTUALIZACIONES ACTUALES

En el año 1987, Gordon introdujo una forma de distinguir los tipos de prevención del uso de drogas, modelo es acorde con esta temática y las necesidades de la población.

Esta forma de distinción deja atrás el modelo antiguo de prevención primaria, secundaria y terciaria que no respondía a lo que las acciones preventivas requieren.

El primer modelo responde al nivel de uso de la sustancia(s) [pone el foco en la sustancia no en el ser humano], mientras que el modelo propuesto por Gordon se centra en el nivel de riesgo o vulnerabilidad de una persona o grupo [pone el foco en el ser humano y no en la sustancia].

En la siguiente tabla se explica el cambio de visión:

Conceptualización	Tipo de prevención	Definición
Clásica	Primaria	Se interviene antes de que surja el problema. Tiene como objetivo impedir el surgimiento del problema.
	Secundaria	El objetivo es localizar y tratar lo antes posible el problema cuya génesis no ha podido ser impedida con las medidas de prevención primaria.
	Terciaria	Se lleva a cabo una vez que el problema ha aparecido y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas.
Actual	Universal	Es aquella que va dirigida a todos los adolescentes sin distinción.
	Selectiva	Es aquella que va dirigida a un subgrupo de adolescentes que tiene un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de los adolescentes de su edad. Se dirige, por tanto, a grupos de riesgo.
	Indicada	Es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suele ser consumidores o que tiene problemas de comportamiento. Se dirige, por tanto, a individuos de alto riesgo.

Tomado de: Becoña [1999].

2.1. Prevención Universal

Está dirigida a los grupos o subgrupos poblacionales de manera general (como comunidades, escuelas, etc.) sin enfocarse en aquellos que estén en un riesgo particular. Todos los miembros de una comunidad se benefician de los esfuerzos de la prevención universal (SAMHSA, 2001).

Los niños y jóvenes suelen ser el foco de este tipo de intervenciones, con énfasis en la prevención de los factores que inician el uso de drogas. Las actividades de prevención universal pueden incluir programas en las escuelas, campañas en los medios de comunicación, o pueden estar dirigidas a comunidades enteras, padres y familias (HSC, 2009).

Ejemplos de este tipo de intervención:

- Programas de prevención de drogas basado en el plan de estudios en las escuelas.
- Campañas mediática de consumo excesivo de alcohol.

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• No etiqueta ni estigmatiza• La clase media se implica y ello hace que el programa funcione bien• Proporciona un lugar concreto para lograr los objetivos del programa• Proporciona la posibilidad de focalizarse sobre los factores de riesgo de la comunidad• Es conductualmente apropiado porque se centra en cambiar conductas que suelen ser exhibidas por todos de algún modo (excepto en exceso por los de alto riesgo). Tiene un buen potencial a nivel de toda la población	<ul style="list-style-type: none">• Puede ser poco atractivo para el público y para los políticos• Pequeño beneficio para el individuo• Puede tener los mayores efectos en aquellos que están bajo riesgo• Innecesariamente caro• La población de bajo riesgo no tiene la oportunidad de hacerlo bien• Puede percibirse que las iniciativas de la comunidad no son necesarias• Puede ser percibido por la población de bajo riesgo que es de poco beneficio para ellos• Difícil de demostrar un efecto global beneficioso
Adaptado de Offord [2000].	

Tomado de: Becoña [2002].

2.2. Prevención selectiva

Este modelo está dirigido a grupos o subgrupos de la población que están en una situación de mayor riesgo de desarrollar problemas de uso de drogas en relación con el promedio; por ejemplo, niños excluidos del grupo de pares en la escuela o hijos de usuarios de drogas. En este grupo entran personas que pueden haber empezado ya a usar drogas (HSC, 2009).

Los individuos en los que se hace foco, se identifican en base a la naturaleza y el número de factores de riesgo relacionados al uso de drogas a los que estén expuestos (SAMHSA, 2001).

Las intervenciones de prevención selectiva generalmente son más largas e intensas que los programas universales y pueden dirigirse directamente a los factores de riesgo identificados.

Como ejemplos de este tipo de intervención se incluyen (HSC, 2009):

- Programas de tutoría dirigidos a niños con bajo rendimiento escolar o problemas de comportamiento.
- Programas extracurriculares con jóvenes en riesgo.
- Políticas para mantener a los niños, niñas y adolescentes vinculados a los centros educativos para evitar o reducir el riesgo de deserción.

2.3. Prevención indicada

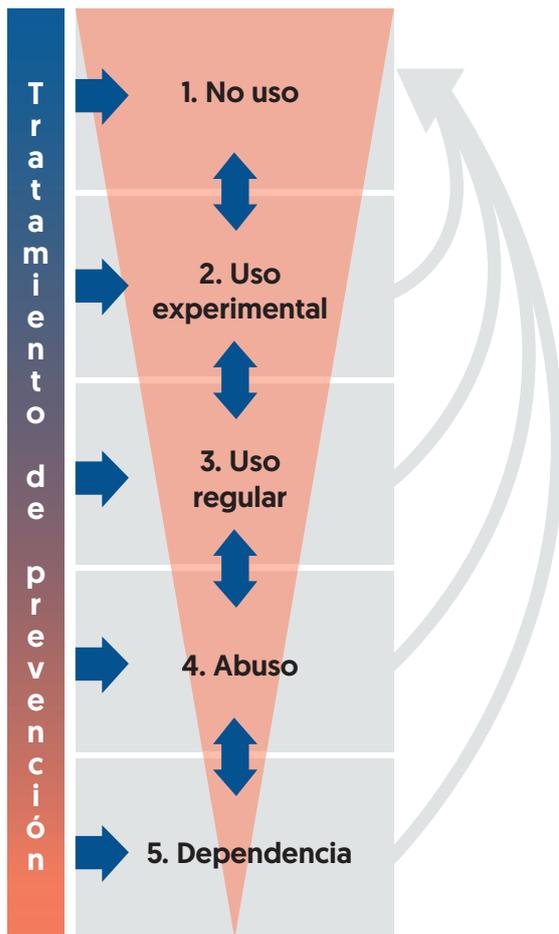
Las intervenciones de prevención indicada se dirigen a personas que ya presenten signos de uso de sustancias o abuso. Están diseñadas para prevenir el inicio de un uso regular o dependencia. Los grupos objetivo pueden mostrar comportamientos que hacen más probable el uso problemático, pero que aún no cumplen los criterios de evaluación de la dependencia de sustancias (HSC, 2009).

Es importante puntualizar que la prevención indicada no es lo mismo que el tratamiento ya que ésta es la fase de intervención; a su vez, la diferencia entre quien requiere acciones de prevención indicada y aquellos que necesitan tratamiento, no siempre son claras.

Las intervenciones pueden incluir:

- Programa de tutoría individual
- Trabajo grupal con consumidores de sustancias
- Trabajo individual

DROGA/ALCOHOL CONTINUO



Las iniciativas de prevención pueden ser efectivas con los usuarios habituales de drogas. Pero si la persona presenta dependencia se necesitan servicios de tratamiento en lugar de prevención.

Empleando esta noción de un continuo de uso de drogas/alcohol, sabemos por experiencia que:

No todo individuo necesariamente progresará hacia la dependencia, por lo tanto, la dependencia no es inevitable.

- Muchas personas pueden avanzar una etapa o retroceder por elección, pero para algunos es muy complicado mantenerse.

- Las estrategias de prevención eficaces deben determinar de forma clara y adecuada en qué etapa se encuentra la persona [o grupo] y actuar en consecuencia. Esto se debe a que lo que es efectivo en una etapa puede ser ineficaz en otra. El movimiento de una etapa a otra puede no ser obvio.

- La experimentación con sustancias no siempre genera problemas en la vida de una persona (HSC, 2009).

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS PROGRAMAS SELECTIVOS E INDICADOS	
Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de tratar los problemas tempranamente • Potencialmente eficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de etiquetación y estigmatización • Dificultades con el <i>screening</i>: <ul style="list-style-type: none"> - Coste y considerable esfuerzo para hacerlo - Mayor rechazo entre aquellos en mayor riesgo - Problemas de punto de corte - El estatus de riesgo es inestable a largo plazo - Dificultades de elegir el grupo de riesgo adecuadamente

Ventajas	Desventajas
	<ul style="list-style-type: none"> • El poder para predecir el trastorno futuro habitualmente es muy bajo • El grupo de alto riesgo contribuye con muy pocos casos en relación a como lo hace el grupo de bajo riesgo • Tendencia a ignorar el contexto social como un objetivo de intervención • La intervención puede ser conductualmente inapropiada
Adaptado de Offord [2000].	

Tomado de: Becoña [2002].

2.4. Prevención ambiental

Existe una cuarta clasificación complementaria a las otras tres que hemos visto. Este tipo de prevención se centra en los aspectos cambiantes del ambiente que contribuyen al uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

Entre ellas se incluyen: normas que toleran el uso y el abuso, políticas que permiten el uso, la falta de cumplimiento de las leyes diseñadas para prevenir el uso y sanciones negativas inadecuadas para el uso y el abuso. Entre ellas se incluyen: procesos de regulación y control del uso de drogas, pero con un dispositivo normativo inadecuado, problemas en el cumplimiento o implementación de las normas preventivas, o el uso inadecuado del sistema penal a partir de que no cumple con las funciones de rehabilitación y reinserción declarados. Las estrategias de prevención ambiental pueden modificar el sistema normativo y la misión de la institucionalidad pública para iniciar políticas e influir en las prácticas para crear entornos que disminuyan la probabilidad del uso de sustancias en la población.

Entre las acciones de prevención ambiental que presentan mejores índices de eficiencia están:

- Normas comunitarias de alcohol, tabaco y otras drogas
- Lugares públicos libres de humo de tabaco
- Aumentar los impuestos a las bebidas alcohólicas y el tabaco
- Reforzar leyes para personas que conducen bajo el efecto de sustancias psicoactivas
- Reducir el límite de alcohol en sangre para conductores
- Control sobre pequeños y grandes productores de sustancias lícitas
- Limitar y restringir la ubicación y densidad de puntos de venta de alcohol
- Edad mínima para comprar alcohol y tabaco
- Aumentar la responsabilidad legal de quienes expenden de bebidas alcohólicas

Diversidad en las respuestas a los problemas relacionados al uso de drogas



Fuente: EMCDDA, 2019 [Adaptado de Mrazek y Haggerty, 1994].

MÓDULO III

BUENAS PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN
SEGÚN EL ÁMBITO

La prevención basada en evidencia puede aplicarse en diferentes ámbitos según las necesidades detectadas y los recursos disponibles. Es importante señalar que aquellos programas que tienen múltiples componentes y trabajan con diferentes segmentos de la población son los que han mostrado mayor eficacia [UNODC, 2015].

A continuación, se indican los ámbitos más desarrollados en el campo de la prevención, con la aclaración de que existen otros con los que se implementan programas específicos.

Entonces, las intervenciones que se detallan a continuación pueden ser universales, selectivas o indicadas.

3.1. Ámbito educativo

Para los niños y adolescentes, los dos lugares privilegiados para la prevención en el uso de sustancias son el ámbito familiar y los centros educativos; de hecho, la realidad actual muestra que los niños, niñas y adolescentes pasan más tiempo en los centros educativos y de cuidados que en el ámbito familiar.

Una ventaja de los centros educativos es que las intervenciones se pueden realizar con todos los niños, niñas y adolescentes [universal] y no solo con aquellos que están en un grupo de alto riesgo [selectiva] o en situación de vulnerabilidad [indicada]. Entonces, todos pueden beneficiarse de las intervenciones universales en los centros educativos, política coherente con la afirmación de que todos enfrentan potencialmente algún grado de riesgo [EMCDDA, 2019].

Por su parte, las acciones implementadas en este ámbito, minimiza el riesgo de estigmatización y etiquetamiento, ya que la intervención no se basa en identificar y potencialmente aislar a los jóvenes que ya han comenzado a usar sustancias. De hecho, se ha demostrado que aislar a niños de alto riesgo en un grupo aumenta su comportamiento de riesgo [Poulin y Dishion, 2001 como se citó en EMCDDA, 2019].

Los centros educativos desempeñan un papel importante en la prevención del uso de sustancias en varios aspectos:

- Desarrollo de habilidades cognitivas que les permite pensar por ellos mismos, solucionar problemas complejos, razonar y conceptualizar. Llegar a conclusiones y traer soluciones acordes al problema.
- Forma las actitudes prosociales y los comportamientos asociados a ellas.
- Influye en cómo los niños, niñas, adolescentes y jóvenes perciben la aceptabilidad o inaceptabilidad de varios comportamientos positivos y negativos.
- Brinda un entorno donde se espera independencia y control sobre un rango de comportamientos relacionados a lo social y la salud.

- El centro educativo también puede retrasar el uso de sustancias entre los jóvenes al proveer valores, normas, pensamiento crítico e información respecto al uso de sustancias, brindándoles habilidades para hacer frente de manera efectiva a la interacción con sus pares.
- Desarrolla políticas de prevención ambiental razonables, claras y aplicadas consistentemente dirigidas al uso y comercialización de todas las sustancias incluyendo alcohol y tabaco, tanto en los centros educativos como en sus inmediaciones, también en eventos patrocinados por el centro.
- Refiere a los estudiantes que consumen sustancias, a los servicios de asesoramiento y apoyo apropiados (incluido el tratamiento si es necesario), ayudándolos a reducir o detener el uso de sustancias (EMCDDA, 2019).

Es muy importante notar que muchas veces la comunicad educativa no está preparada para implementar adecuadamente programas de prevención del uso de drogas. Para ello, se debe proveer de (EMCDDA, 2019):

- Apoyo administrativo para realizar los programas dentro del horario curricular
- Capital humano con las habilidades adecuadas para implementar los programas
- Recursos económicos para costear los programas
- Entrenamiento de alta calidad y asistencia para guiar al personal del centro educativo, implementar adecuadamente los programas y responder a las situaciones que se presenten
- Involucrar a toda la comunidad educativa en las acciones (estudiantes, docentes, autoridades, personal administrativo, madres y padres)

Algunas intervenciones específicas en la escuela		
Edad	Tipo de programa	Descripción
Preescolar	Educación de la primera infancia	<p>La educación temprana apoya el desarrollo social y cognitivo de los niños en edad preescolar (de 2 a 5 años) de comunidades desfavorecidas y, por lo tanto, es una intervención de nivel selectivo.</p> <p>Por ejemplo, ofrecer servicios de educación temprana a los niños que crecen en comunidades desfavorecidas puede reducir el consumo de marihuana más adelante y también puede disminuir el consumo de otras drogas ilícitas y el tabaquismo.</p> <p>Además, la educación temprana puede prevenir otros comportamientos de riesgo y apoyar la salud mental, inclusión social y éxito académico.</p>

Primaria	Educación en habilidades personales y sociales	<p>Maestros capacitados involucran a los niños en actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar una variedad de habilidades personales y sociales.</p> <p>Estos programas generalmente se hacen con todos los niños a través de una serie de sesiones estructuradas (intervención universal).</p> <p>Brindan oportunidades para aprender habilidades y, así, hacer frente a situaciones difíciles en la vida diaria de una manera segura y saludable.</p> <p>Apoyan el desarrollo de competencias sociales generales, incluido el bienestar mental y emocional, y abordan las normas y actitudes sociales.</p> <p>Estos programas no suelen incluir contenido sobre sustancias específicas, ya que en la mayoría de las comunidades los niños a esta edad temprana no han iniciado el consumo.</p>
	Programas de mejora del ambiente en el aula	<p>Fortalecen las habilidades de gestión del aula de los maestros y ayudan a los niños a convertirse en mejores estudiantes, al tiempo que reducen el comportamiento agresivo y disruptivo temprano.</p> <p>Los programas apoyan a los maestros en la implementación de una colección de procedimientos de aula no instructivos en las prácticas diarias con todos los estudiantes para enseñar comportamiento prosocial y prevenir y reducir el comportamiento inapropiado.</p> <p>Estos programas facilitan el aprendizaje tanto académico como socioemocional y son universales, ya que se dirigen a toda la clase.</p>
	Políticas para mantener a los niños en la escuela	<p>La asistencia a la escuela, el apego a la escuela y logro de habilidades lingüísticas y aritméticas apropiadas para la edad son factores protectores importantes para los niños.</p> <p>Se han probado una variedad de políticas en países de bajos y medianos ingresos para promover la asistencia de los niños y mejorar sus resultados educativos.</p>

Secundaria	<p>Educación preventiva basada en habilidades personales, sociales e influencia social</p>	<p>Maestros capacitados involucran a los estudiantes en actividades interactivas para darles la oportunidad de aprender y practicar una variedad de habilidades personales y sociales.</p> <p>Se centran en fomentar habilidades de rechazo de sustancias y de los compañeros que les permite contrarrestar las presiones sociales y, en general, hacer frente a las situaciones desafiantes de la vida.</p> <p>Estas brindan la oportunidad de discutir de una manera apropiada para la edad, las diferentes normas sociales, actitudes y expectativas positivas y negativas asociadas con el abuso de sustancias, incluidas las consecuencias del abuso.</p> <p>También tienen como objetivo cambiar las creencias normativas sobre el abuso de sustancias, abordando la prevalencia típica y la aceptabilidad social del abuso de sustancias entre pares.</p>
	<p>Políticas escolares y cultura</p>	<p>Son políticas que exigen que los estudiantes o el personal no usen sustancias en las instalaciones de la escuela.</p> <p>Las políticas también crean mecanismos transparentes y no punitivos para abordar los incidentes de uso, transformándolos en oportunidades educativas y de promoción de la salud.</p> <p>Además, las políticas escolares y las prácticas escolares pueden mejorar la participación de los estudiantes, la vinculación positiva y el compromiso con la escuela.</p> <p>Estas políticas son universales, pero también pueden incluir componentes selectivos como apoyo para dejar de fumar y derivación. Además, por lo general, se implementan junto con otras intervenciones de prevención, como la educación basada en habilidades o el apoyo a las habilidades de crianza y la participación de los padres.</p>

Secundaria	Tutorías	<p>Se ha encontrado que la tutoría “natural” en las relaciones e interacciones entre niños/adolescentes y adultos no relacionados, como maestros, entrenadores y líderes comunitarios, está relacionada con tasas reducidas de abuso de sustancias y violencia.</p> <p>Estos programas unen a jóvenes, especialmente de circunstancias marginadas (prevención selectiva), con adultos que se comprometen a organizar actividades y pasar parte de su tiempo libre con los jóvenes de manera regular.</p>
------------	----------	--

Fuente: UNODC (2015)

Qué funciona y qué no funciona en la prevención escolar	
Qué funciona	Qué no funciona
Realización y estructura	
Métodos interactivos. Lecciones altamente estructuradas y trabajo en grupo. Sigue un plan de estudios.	Métodos como conferencias. Debates no estructurados y espontáneos. Confianza solamente en el juicio y la intuición de los profesores.
Realizado por un docente o facilitador entrenado.	Cualquier actividad independiente de un solo evento.
Implementado a través de 10-15 sesiones semanales.	La evidencia del valor de las sesiones de "refuerzo" en años sucesivos es débil.
Programas multicomponente.	Carteles y folletos.
Contenido	
Habilidades para la toma de decisiones, la comunicación y resolución de problemas.	Aumentar el conocimiento de los estudiantes proporcionando datos sobre sustancias específicas, lo que simplemente puede hacer que los estudiantes sean consumidores más informados.
Relación con los pares y desarrollo de habilidades sociales.	Los ex consumidores de drogas que brindan testimonios pueden terminar exaltando o sensacionalizando el consumo de drogas.

Autoeficacia y asertividad.	Enfocarse solamente en construir autoestima.
Habilidades de resistencia a las drogas y fortalecimiento de los compromisos personales contra el abuso de drogas.	Testeo de drogas aleatorio.
Refuerzo de actitudes positivas y normas.	Tácticas de miedo e historias aterradoras que exageran y tergiversan los peligros del uso de sustancias y, a menudo, contradicen las propias experiencias de los estudiantes y de sus compañeros.
Apoyo a los hábitos de estudio y rendimiento académico.	

Fuente: EMCDDA (2019).

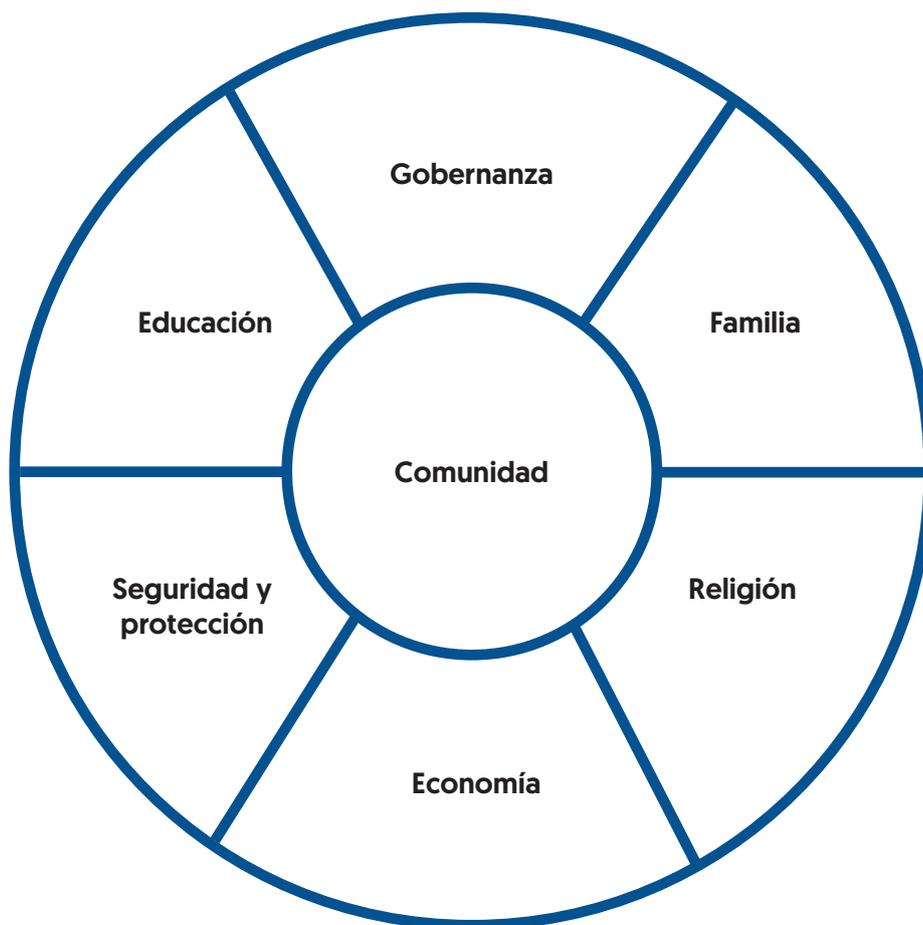
3.2. **Ámbito comunitario**

Por “comunidad” se entiende a un **lugar donde se pueden desarrollar e implementar sistemas de prevención efectivos**. La mayoría de los profesionales de la prevención trabajan en varios niveles de la comunidad. Esto puede incluir la sociedad en general, que involucra el entorno de nivel macro, por ejemplo, intervenciones selectivas regionales dirigidas a entornos de nivel micro, como organizaciones juveniles y clubes deportivos. La comunidad no se define por los límites físicos, sino más bien por un sentido de conexión, identidad y confianza (EMCDDA, 2019).

Los programas comunitarios funcionan mejor si tienen múltiples componentes (basados en la familia y escuela) y si llegan a múltiples lugares (escuelas, centros de ocio, comunicación masiva, etc.) Así mismo, son más eficaces si están presentes de manera continua y con mensajes dirigidos a toda la comunidad, adaptando el mensaje según cada uno de esos lugares (Becoña y Cortés, 2011).

Implica poner en marcha distintos recursos y medios comunitarios y, con ello, la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. Esto indica que un programa comunitario es comprensivo y puede abarcar cualquier aspecto de la comunidad. Así, cuantos más participen, siempre que haya un adecuado nivel de coordinación, más fácil será conseguir el objetivo preventivo (Becoña, 2002).

INICIATIVAS MULTICOMPONENTE PARA UNA COMUNIDAD



Fuente: EMCDDA 2019.

Es importante tener en cuenta que los programas desarrollados en la comunidad requieren de un conocimiento previo de las particularidades del grupo, el nivel de cohesión y la relación que hay con los líderes comunitarios. El diagnóstico previo debe incluir estos aspectos para que haya apertura por parte de los miembros de la comunidad.

Además, es importante saber qué tan preparada está la comunidad para implementar los cambios que un programa comunitario traerá. NIDA, en su guía para elaborar programas de prevención, presenta un modelo con nueve etapas para identificar el momento en el que se encuentra la comunidad:

Evaluación del estado de preparación		Acción comunitaria
Edad	Respuesta comunitaria	Ideas
1. Sin idea del problema (sin conocimiento del problema)	Tolerancia relativa al abuso de drogas	Crear motivación. Reunirse con los líderes comunitarios involucrados en la prevención del abuso de drogas; usar los medios de comunicación para identificar y hablar del problema; animar a la comunidad para que vea cómo se relaciona con los asuntos comunitarios; comenzar con la pre-planificación.
2. Negación	Aquí no pasa nada, no hay nada que podamos hacer	
3. Una idea vaga del problema	Alguna idea del problema pero ninguna motivación	
4. Pre-planificación	Los líderes están conscientes del problema, alguna motivación	
5. Preparación	Liderazgo activo y energético con toma de decisiones	Trabajar juntos. Desarrollar planes para la programación de la prevención a través de coaliciones y otros grupos.
6. Iniciación	Se utilizan los datos para apoyar las acciones preventivas	identificar e implementar programas con bases científicas.
7. Estabilización	En general la comunidad apoya el programa existente	Evaluar y mejorar los programas actuales.
8. Confirmación/expansión	Los responsables de tomar las decisiones apoyan el que se mejoren o se expandan los programas	Institucionalizar y expandir los programas para alcanzar a más poblaciones.
9. Profesionalización	Conocimiento del problema de drogas en la comunidad; expectativa de soluciones eficaces	Poner en marcha programas con múltiples componentes para todos los públicos.

Fuente: NIDA, 2004.

Una vez que se identifique la fase en la que se encuentran los miembros de la comunidad, se podrá saber qué pasos tomar para iniciar el proceso.

Ahora, hay que considerar que este tipo de programas, al ser multicomponente, trabajan de cerca con organizaciones de la sociedad civil organizada como las sindicales y gremiales, religiosas, Ong's, los diferentes niveles de gobierno desde lo nacional a lo local, etc. Se incluyen distintos ambientes que tengan influencia en las personas jóvenes y sus familias. Es importante incluir componentes de prevención ambiental y comunicacionales [NIDA, 2004].

Los programas en la comunidad demuestran el valor de utilizar equipos comunitarios para apoyar los esfuerzos de prevención. Estos ayudan a garantizar el éxito al reunir a muchas personas y sus habilidades, experiencia y redes personales y profesionales para enfocarse en un esfuerzo conjunto. De hecho, equipos comunitarios eficaces aseguran la sostenibilidad porque el esfuerzo ya no depende de la persona, sino que cuenta con el apoyo de muchos actores [EMCDDA, 2019].

Para formar equipos comunitarios es importante pensar en el grupo colectivamente. Las organizaciones clave dentro de la comunidad deben estar representadas, especialmente si estos grupos tienen acceso a los jóvenes y familias de la comunidad.

También es útil encontrar personas que puedan ser representativas y se vinculen con los colectivos a los que se intenta llegar para que se entiendan bien las necesidades.

El grupo debe tener un conjunto de redes sociales y profesionales que sea de base amplia y represente diferentes perspectivas. Además, teniendo en cuenta que este grupo es un equipo de trabajo, la interlocución con la comunidad debe lograr un formato manejable en cuanto al número de integrantes para que todos los miembros puedan participar activamente. Los equipos efectivos tienen roles claramente identificados para sus miembros, lo que les permiten usar sus fortalezas y habilidades personales [EMCDDA, 2019].

Para una efectiva participación e implementación, también será importante: Identificar los centros comunitarios donde las personas se reúnen naturalmente.

Ofrecer oportunidades creativas para que las personas se involucren. Estas deben tener en cuenta los y habilidades de los participantes.

Algunas personas no podrán o no estarán dispuestas a comprometerse con un esfuerzo de prevención a largo plazo, debido a varios factores como disponibilidad de recursos, horarios laborales, compromisos personales. Sin embargo, pueden ser elementos importantes por su capacidad de convocatoria y habilidades específicas. Es importante considerar qué oportunidades se pueden generar para su participación específica [EMCDDA, 2019].

Características de prevención comunitaria asociadas con eficacia y efectividad
Apoyar la aplicación de políticas relacionadas al tabaco y alcohol a nivel local.
Trabajar en una variedad de entornos comunitarios (familias y escuelas, lugares de trabajo, lugares de entretenimiento, etc.)
Involucrar a las universidades para apoyar la implementación de programas basados en evidencia, su seguimiento y evaluación.
Proporcionar capacitación y recursos adecuados a las comunidades.
Las iniciativas se sostienen a mediano plazo (por ejemplo, más de un año).

Fuente: UNODC, 2015

3.2.1. Actividades en contextos de ocio

Los lugares destinados a la recreación y el entretenimiento incluyen bares, discotecas, restaurantes, así como escenarios al aire libre o especiales donde pueden ocurrir eventos a gran escala.

Estos lugares pueden tener un impacto tanto positivo como negativo en la salud y el bienestar de los ciudadanos, ya que brindan espacios de reunión social y apoyan la economía local, pero al mismo tiempo, se identifican como entornos de alto riesgo para muchos comportamientos de riesgo.

La mayoría de los programas de prevención que utilizan lugares de entretenimiento o recreativos tienen múltiples componentes que incluyen:

- Capacitación al personal y gerentes para un servicio responsable en el expendio alcohol y manejo de clientes intoxicados.
- Proveer consejería y tratamiento al personal que lo requiera.
- Participación activa de los servicios sociales, de salud y de seguridad locales.
- Cambios en las leyes y políticas [por ejemplo, responsabilidad de no servir alcohol a menores de edad o a personas en estado de intoxicación, provisión de agua potable suficiente para la correcta hidratación, alternativas a la conducción bajo los efectos de sustancias; cumplimiento de alta visibilidad de las leyes y políticas existentes].

- Comunicación para crear conciencia, adhesión al programa y cambiar actitudes y normas (UNODC, 2015).
- Planificación de espacios de ocio seguros en relación con transporte para clientes y personal, prevención de abusos sexuales, seguridad de los sectores, respeto a los habitantes cercanos a los centros de ocio.
- Certificación a bares, restaurantes y discotecas que cumplan con los requisitos de calidad.



3.3. **Ámbito familiar**

Una familia es algo diferente a un simple grupo de personas que pueden vivir juntas. Es un sistema único de individuos distinto al grupo de pares y grupos sociales. Las familias tienen miembros relacionados por fuertes lazos, la mayoría de las veces de linajes de sangre. Por la cercanía de las relaciones y roles específicos en las familias, se crean distintos patrones de interacción que las definen.

Las familias pueden brindar apoyo social a sus miembros y un sentido de pertenencia. Este sentimiento de pertenencia es importante para el desarrollo humano y, como consecuencia, ofrece menos posibilidades de desarrollar problemas de conducta.

Las formas en que las familias se estructuran a sí mismas (las actitudes, creencias y valores que apoyan) definirán su identidad e influirán en cómo sus miembros interactúan con los demás y cómo esperan que los demás interactúen con ellos (EMCDDA, 2019).

La socialización del niño es una función familiar muy importante. La familia es generalmente el contexto en el que los niños aprenden las normas, valores, actitudes y comportamientos de su grupo. La familia, generalmente, proporciona el contexto principal para la socialización, ya que es allí donde los niños aprenden cosas importantes, como hablar, formas apropiadas de interactuar con los demás y cómo compartir y manejar las frustraciones. Los padres inculcan estas reglas a través de diversas formas de enseñanza, crianza y disciplina (EMCDDA, 2019).

Las intervenciones basadas en la familia reducirán el riesgo de desarrollar comportamientos problemáticos ya que, influir en los procesos familiares como la crianza de los hijos. Las estrategias de intervención centradas en la familia pueden comenzar incluso antes del nacimiento.

La evidencia muestra que las intervenciones tienen mejores resultados cuando:

- Se centran en interacciones positivas entre padres e hijos: Los padres aprenden a pasar tiempo con sus hijos en situaciones no disciplinarias, como el tiempo de juego, mostrándoles cómo mostrar entusiasmo y brindar atención positiva, y centrándose en actividades que son creativas y libres.
- Enseñan a los padres sobre las emociones y la comunicación con respecto a estas. Por ejemplo, cómo usar habilidades de escucha activa para reflejar lo que el niño está diciendo, ayudando a los padres a enseñar a los niños cómo reconocer, etiquetar y expresar adecuadamente las emociones y enseñar a los padres a reducir la comunicación negativa como el sarcasmo.
- Enseñan disciplina efectiva y responder consistentemente.
- Son estructurados para que los padres pudieran practicar las habilidades mencionadas anteriormente con sus propios hijos en las sesiones y el hogar. No se trata de juegos de roles, sino de interacciones reales entre padres e hijos [EMCDDA, 2019].

CONTENIDO GENERAL DE LAS INTERVENCIONES EN FAMILIAS

ENFOCADO EN LOS PADRES

- Utilizar la atención positiva y dejar que los niños sepan cuando se están portando bien, no solo cuando están infringiendo las reglas.
- Hablar sobre sus propias emociones y las emociones de sus hijos para ayudar a los niños a reconocerlas y expresarlas.
- Aprender la importancia de modelar un comportamiento apropiado: los padres preocupados porque sus hijos no usen drogas, deben trabajar ese aspecto desde el punto de vista emocional y comportamental.
- Aprender nuevas habilidades de afrontamiento y manejo de la ira para lidiar con la inevitabilidad del estrés y el cambio en la familia y su entorno social más amplio.
- Aprender a jugar de forma receptiva. Es decir, dejar que los hijos tengan cierto control y dirijan el juego mientras ellos siguen la corriente.
- Aprender a tener expectativas que son apropiadas para la edad y nivel de desarrollo de sus hijos [EMCDDA, 2019].

Otro punto crucial es enseñar a los padres a proveer estructura. Proveer estructura puede incluir:

- Utilizar estrategias de disciplina apropiadas para la edad de los hijos, especialmente enseñarles las consecuencias de su comportamiento.
- Establecer y comunicar reglas claras, ayudar a sus hijos a comprender las reglas y valores de la sociedad.
- Cómo proteger a los niños de posibles situaciones problemáticas dentro de la familia y en la sociedad.
- Cómo monitorear de manera efectiva dónde están sus hijos, con quién están y qué están haciendo.
- Manejar conflictos, resolver discusiones y practicar la conciliación de ideas y posiciones, así como la autocomposición, donde las disculpas ocupan un lugar no menor. Esto creará una atmósfera emocional cálida y abierta para la familia y ayuden a mantener a los niños en un vínculo apropiado con las diferencias entre los padres.
- La supervisión y ayuda con el trabajo escolar cuando es posible.
- Mantenerse conectados con el centro educativo y conocer lo que está sucediendo en el mismo [EMCDDA, 2019].

Algunas intervenciones específicas enfocadas en los padres	
Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas con trastornos por abuso de sustancias	<p>El embarazo y la maternidad son períodos de cambios importantes y, a veces, estresantes que pueden hacer que las mujeres estén dispuestas a abordar su dependencia.</p> <p>Se brinda la posibilidad de tratamiento integral y basado en evidencia para la dependencia de sustancias y puede ir acompañado de una formación temprana en parentalidad.</p> <p>Dado que el abuso de sustancias durante el embarazo es peligroso para la madre y el futuro hijo, el tratamiento de las mujeres embarazadas debe ofrecerse como una prioridad y ha de seguir pautas clínicas rigurosas basadas en la evidencia científica.</p>

<p>Visitas prenatales e infantiles</p>	<p>En estos programas, un/a enfermero/a capacitado/a o un/a trabajador social visita a las futuras madres y a las nuevas madres para brindarles habilidades de crianza y apoyo para abordar una variedad de problemas (salud, vivienda, empleo, legal, etc).</p> <p>A menudo, estos programas no se dirigen a todas las mujeres, sino solo a algunos grupos específicos que se consideran de alto riesgo.</p> <p>Las visitas se hacen al inicio cada dos semanas y luego cada mes. Además de enseñar habilidades parentales se trabaja con la madre un rango de dificultades socioeconómicas que pueda presentar.</p>
<p>Programas de habilidades para padres</p>	<p>Estos programas ayudan a los padres a ser mejores padres, de maneras muy sencillas.</p> <p>Se ha demostrado que un estilo cálido de crianza de los hijos, en el que los padres establecen reglas para los comportamientos aceptables, controlan de cerca el tiempo libre y los patrones de amistad, ayudan a adquirir habilidades para tomar decisiones informadas y son modelos que seguir, es uno de los factores de protección más poderosos contra el uso de drogas y otras conductas de riesgo.</p> <p>Los programas también se pueden ofrecer a padres de adolescentes jóvenes. Estas intervenciones pueden realizarse tanto a nivel universal como selectivo.</p>

Fuente: [UNODC, 2015], [Becoña y Cortés, 2011].

ENFOCADO EN LOS HIJOS

Hay muchas habilidades importantes para la vida que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes necesitan aprender. Un conjunto de habilidades que las intervenciones pueden contribuir a desarrollar en esta población son por ejemplo las llamadas habilidades blandas y las capacidades emocionales, por ejemplo:

- Reconocer sus propias emociones y las de los demás
- Expresar sus emociones de manera apropiada
- Manejar las emociones difíciles
- Sentir y mostrar empatía por los demás cuando están sufriendo
- Recibir retroalimentación sobre sí mismos sin ponerse a la defensiva [EMCDDA, 2019]

Otras habilidades para desarrollar incluyen:

- Orientación hacia el futuro y proyecto de vida. Los niños, especialmente los adolescentes, que son capaces de pensar en el futuro tienen una visión positiva del mismo y pueden establecer metas realistas y comprender cómo algunos tipos de comportamientos pueden impedirles alcanzar sus metas.
- Habilidades para resolver problemas en situaciones desafiantes, sobre todo con pares.
- Maneras de autocuidado incluyendo nutrición, salud física, desarrollo físico, comportamiento, emociones, desarrollo cognitivo, vida social con amigos y familiares, desempeño escolar y oportunidades futuras.
- Cómo interactuar de manera positiva con otros, esperar turnos y trabajar juntos. Así como el respeto por los otros y las diferencias individuales.
- Comunicación efectiva a través de escucha activa y expresión clara de sus necesidades.
- Habilidades de resistencia frente a la presión grupal [EMCDDA, 2019].

Algunas intervenciones específicas enfocadas en los hijos		
Edad	Tipo de programa	Descripción
Preescolar	Desarrollar habilidades	Trabajar sobre la conducta agresiva, habilidades sociales y dificultades de aprendizaje.
Pubertad Adolescencia	Abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales	Algunos rasgos de personalidad, como la búsqueda de sensaciones, impulsividad, sensibilidad a la ansiedad o la desesperanza, están asociados con un mayor riesgo de abuso de sustancias. Programas de prevención indicada ayudan a los adolescentes que están particularmente en riesgo a lidiar de manera constructiva con las emociones, en lugar de utilizar estrategias de afrontamiento <i>negativas</i> , incluido el consumo nocivo de alcohol.
Primaria	Abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales	Centrarse en el rendimiento académico y el aprendizaje socio-emocional. Dirigirse a los factores de riesgo como agresión temprana, fracaso escolar, abandono de la escuela. Educación centrada en: autocontrol, conocimiento de emociones, comunicación, solución de problemas sociales, apoyo académico.

Secundaria	Reducir factores de riesgo y fomentar los factores de protección	<p>Los programas deben centrarse en incrementar el rendimiento académico, la competencia social de las habilidades: hábitos de estudio, comunicación, relación con pares, autoeficacia, asertividad, habilidades de resistencia a las drogas, fortalecimiento de afirmaciones personales sobre el uso de drogas.</p>
Adolescencia Adulthood	Intervención breve	<p>Consiste en sesiones de asesoramiento, uno a uno, que pueden incluir sesiones de seguimiento o información adicional para llevar a casa.</p> <p>Pueden ser realizados por trabajadores sociales y de la salud capacitados. Estas intervenciones se hacen con personas que podrían estar en riesgo debido a su abuso de sustancias, pero que no necesariamente buscarían tratamiento.</p> <p>Las sesiones primero identifican si existe un problema de abuso de sustancias y brindan asesoramiento básico apropiado inmediato y/o derivación para tratamiento adicional.</p> <p>Las sesiones están estructuradas y duran típicamente de 5 a 15 minutos.</p> <p>La intervención breve generalmente se brinda en el sistema de atención primaria de salud o en salas de emergencia, pero también se ha encontrado que produce resultados positivos cuando se brinda como parte de la escuela y el lugar de trabajo.</p> <p>Así mismo, las sesiones de intervención breve también pueden utilizar la entrevista motivacional, que es una intervención psicosocial en la que se analiza el abuso de sustancias de una persona y se apoya a la persona para que tome decisiones y establezca metas sobre su abuso de sustancias.</p>

Fuente: [UNODC, 2015], [Becoña y Cortés, 2011].

3.4. **Ámbito laboral**

Los ambientes laborales ofrecen una diversidad amplia de situaciones. En estos espacios se pasa una tercera parte del tiempo, son lugares ideales para implementar programas de prevención.

Realizar acciones de prevención en estos espacios es muy relevante debido a los posibles problemas de seguridad que se pueden generar, así como impactos significativos por dificultades en el rendimiento de las personas. Por otro lado, la mayor parte de uso de drogas se dan entre jóvenes adultos que trabajan [UNODC, 2015].

Los empleados con problemas de uso de sustancias tienen una tasa de ausentismo más alta y una productividad más baja, más probabilidades de causar accidentes y costos de atención médica y tasas de rotación más altos. Además, los empleadores tienen el deber de proporcionar y mantener un lugar de trabajo seguro y saludable.

Los programas de prevención en el lugar de trabajo suelen tener varios componentes, incluidos elementos y políticas de prevención, así como asesoramiento y remisión a tratamiento [UNODC, 2015].

El lugar de trabajo puede promover un clima que apoye más el uso de sustancias durante las horas laborales o cuando acaba la jornada. Estos incluyen tres factores principales:

La disponibilidad [percibida] de sustancias en el trabajo, incluida la facilidad de disponibilidad [por ejemplo, alcohol disponible en un comedor de trabajo, alcohol proporcionado regularmente como parte de las celebraciones en el lugar de trabajo o empleados que facilitan el acceso a sustancias ilícitas].

Normas descriptivas por las cuales una alta proporción de las redes sociales en el lugar de trabajo de un individuo usa, o trabaja, bajo la influencia de sustancias. Normas cautelares o aprobación o desaprobación normativa del uso de sustancias en el lugar de trabajo y el deterioro por parte de los miembros de la red social del lugar de trabajo. Cultura dentro del trabajo donde se promueve el uso de ciertas sustancias para mejorar el rendimiento, aguantar jornadas extendidas o fortalecer los lazos con potenciales clientes o el grupo de compañeros.

En la población de adultos trabajadores existen riesgos adicionales a los de la población general como un alto nivel de exigencias laborales, la falta de control o excesivo control sobre las actividades, la inseguridad laboral y cambios constantes de puesto.

De acuerdo con esta perspectiva, las sustancias se utilizan como técnicas de reducción de la tensión y el estrés para hacer frente a su situación laboral. De hecho, se cree que la exposición más frecuente y la anticipación de los factores estresantes del trabajo conducen a un uso más frecuente e intenso de sustancias, a menudo justo antes, durante o inmediatamente después de una jornada laboral [EMCDDA, 2019].

Las acciones realizadas en espacios laborales no deben buscar el castigo a través del uso de la potestad disciplinaria como única herramienta para abordar la problemática, sino un abordaje en clave de salud y prevención. La Organización Internacional del Trabajo ha trabajado estos aspectos así como su tratamiento a través de los Convenios Internacionales de Trabajo n° 155 -Seguridad, Salud y Ambiente en el que se desempeñan los Trabajadores- y 161 -Servicios de Salud en la Empresa- donde el diálogo social bipartito y tripartito juegan un rol fundamental, marcando un horizonte ético imprescindible para las partes de la relación laboral y sobre todo, la responsabilidad de iniciativa por parte del empleador que representa la parte más fuerte del contrato de trabajo que no sólo lo organiza sino que está obligado a generar las mejores condiciones.

Respecto a este ámbito, el acoso moral laboral, el acoso sexual laboral y todas las formas de discriminación, conforman un capítulo sustancial en la materia. A su vez, debe incluirse la perspectiva de género a partir de que la evidencia internacional da cuenta de que la amplia mayoría de las víctimas de estas conductas ilegítimas son las mujeres.

Características de las intervenciones en prevención laboral
Políticas desarrolladas con la participación de todas las partes interesadas (empleadores, gerencia, empleados) que no sean punitivas.
Garantizar la confidencialidad de los empleados.
Proporcionar intervención breve, así como asesoramiento, derivación a servicios de tratamiento y reintegración para los empleados que lo necesiten.
Incluir un componente de comunicación claro.
Integrar otros programas relacionados con la salud o el bienestar.
Incluir cursos de manejo del estrés.
Capacitar a gerentes, empleados y profesionales de la salud en cumplir con sus funciones en el programa

Fuente: UNODC, 2015.

Existen tres aspectos a considerar en la prevención en ámbitos laborales:

Prevención universal

- Elaboración y socialización de políticas del lugar de trabajo.
- Sensibilización y capacitación para la prevención del uso de sustancias: Se proporcionan herramientas sobre la prevención del uso de sustancias a todos los empleados y la gerencia.

Prevención selectiva

- Detección confidencial: La evaluación confidencial generalmente incluye la evaluación de trabajadores que están en riesgo de uso de sustancias y que pueden mostrar comportamientos problemáticos en el lugar de trabajo.
- Programas de asistencia al empleado: Diseñados para ayudar a identificar y resolver los problemas de salud que influyen en el desempeño de los trabajadores y dan cuenta de dificultades que deben abordarse desde una perspectiva de salud y no disciplinaria.

Prevención indicada

- Evaluaciones confidenciales de uso de sustancias: El objetivo es identificar a los trabajadores que requieren derivación a intervenciones breves o tratamiento a largo plazo. Estas evaluaciones son realizadas por especialistas capacitados en adicciones o salud mental.
- Intervenciones breves: Las intervenciones breves son procesos sistemáticos y enfocados que tienen como objetivo investigar posibles problemas de uso de sustancias y motivar a las personas a cambiar su comportamiento.



Las políticas integrales de prevención en el lugar de trabajo suelen centrarse en tres objetivos principales:

Prevención en ámbitos laborales		
Ambiente laboral	Interacciones sociales/apoyo entre pares	Uso de sustancias individual
<ul style="list-style-type: none"> -Políticas escritas y socializadas sobre el uso de sustancias en el lugar de trabajo. -Abordajes sobre la calidad de vida laboral y el acceso al alcohol y otras sustancias, coherentes con la cultura organizacional. -Llegar a todos los ambientes laborales (incluidas las autoridades). -Ser consistentes en la cultura organizacional. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar programas de apoyo entre pares. -Crear políticas claras de control social sobre el uso en el trabajo y establecer normas en el lugar de trabajo sobre el uso del alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> -Poner a disposición programas de asistencia a los empleados. -Abordar el consumo de sustancias como un problema de salud y seguridad. -Incorporar el uso de sustancias en el bienestar general. -Llevar a cabo la detección e identificación confidencial de los usuarios de sustancias, lo que también prevé la remisión a tratamiento y el reingreso a la fuerza laboral. -Incluir pruebas confidenciales no invasivas de drogas solo en el caso que el trabajador lo autorice y con la asistencia de la organización sindical de otra forma se violan los Convenios Internacionales de Trabajo y se afecta negativamente un abordaje de salud.

Fuente: EMCDDA, 2019.

3.5. **Ámbito de educación superior**

Los ámbitos universitarios y particularmente los campus, experimentan problemas significativos relacionados con el abuso de alcohol y otras drogas por parte de los estudiantes. El alcohol sigue siendo la droga preferida y la que contribuye a una amplia gama de problemas [U.S. Department of Education, 2008]. Debido a las características de la mayoría de jóvenes adultos que estudian en universidades [acceso a dinero, no tener otras responsabilidades, mayor libertad parental], el uso de drogas puede dispararse.

Las consecuencias principalmente se evidencian en bajo rendimiento académico, inasistencias frecuentes, accidentes, abusos sexuales, relaciones sexuales sin planificación, protección o consentimiento, problemas emocionales, muertes y suicidios.

Las intervenciones en los campus universitarios deben seguir enfoques de prevención integral que tengan estrategias destinadas a cambiar los entornos físicos, sociales, legales y económicos en los campus y en las comunidades circundantes.

Este enfoque reconoce que el comportamiento de los estudiantes se ve influenciado en múltiples niveles: política personal, de compañeros, institucional, comunitaria y pública [U.S. Department of Education, 2008].

Que sean programas integrales también significa que no solo los estudiantes son parte de las actividades, sino que deben reunir a profesores, administradores, personal, padres, alumnos y miembros de la comunidad local.

Algunas de las principales actividades que los entornos universitarios pueden implementar son:

- Formar alianzas con las comunidades locales para garantizar que no se sirva alcohol a menores de edad ni a estudiantes intoxicados.
- Programar clases los viernes (esta estrategia enfatiza la importancia de lo académico y desalienta las fiestas impulsadas por el alcohol que pueden ocurrir los jueves por la noche si los estudiantes no necesitan asistir a clases los viernes). Es importante considerar que esta medida no tiene un impacto tan significativo como otras mencionadas.
- Mantener la biblioteca y las instalaciones recreativas abiertas por más tiempo.
- Eliminar el apoyo de la industria del alcohol a los programas deportivos.
- Restringir las promociones y la publicidad de bebidas alcohólicas en el campus y en las publicaciones del campus, especialmente las promociones o los anuncios que incluyen bebidas de bajo costo.
- Monitoreo de asociaciones estudiantiles para garantizar el cumplimiento de las políticas y leyes sobre el alcohol.

- Proporcionar una amplia gama de actividades sociales y recreativas sin alcohol.
- Tomar medidas disciplinarias con infractores reincidentes y aquellos que se involucran en un comportamiento inaceptable asociado con el uso de sustancias, aunque acompañado de medidas de abordaje del uso problemático de alcohol para ofrecer alternativas reales.
- Notificar a los padres cuando los estudiantes cometen violaciones graves o repetidas de las políticas o leyes sobre alcohol u otras drogas.
- Lanzar campañas en los medios para informar a los estudiantes sobre la cantidad real de consumo de alcohol que se produce en el campus, ya que la mayoría de los estudiantes sobrestiman el número de sus compañeros de clase que beben y la cantidad que beben (U.S. Department of Education, 2008).
- Brindar consejería a estudiantes en riesgo y derivar los casos de estudiantes, docentes y personal administrativo que presente usos problemáticos.
- Fomentar la investigación sobre el fenómeno de las drogas, involucrando a los estudiantes en el proceso.

3.6. Ámbito penitenciario

La población penitenciaria tiene características que hacen que los programas de prevención sean imprescindibles. Si bien existen otras acciones que se deben tomar en cuenta, desde el ámbito de la prevención se pueden hacer muchos cambios que benefician el bienestar de las personas privadas de la libertad.

Tomando en cuenta además el “elevado número de internos, el hacinamiento, la venta y el consumo de drogas dentro de estos establecimientos, la pobreza de la mayoría de ellos, la carencia de recursos de empleo, de educación, entre otros y el número creciente de internos que pertenecen a minorías étnicas y extranjeros” (Rojas, 2017), factores estructurales que trascienden de los problemas que las personas privadas de libertad tienen dentro de la prisión.

Con esto, la situación en los centros de privación de libertad suele ser bastante precaria y deja muchas necesidades poco cubiertas. “Ello ha contribuido a que el ámbito de la prevención del consumo de drogas en particular sea un terreno poco desarrollado y haya una carencia de trabajos de investigación” (Rojas, 2017).

Consumo de alcohol y otras drogas: Prevención basada en la evidencia.

COPOLAD propone las siguientes pautas para trabajar con población penitenciaria:

- La evidencia sustenta que los programas desde una perspectiva biopsicosocial tienen mayores posibilidades de éxito. Algunas revisiones sobre la efectividad de las intervenciones en medios penitenciarios informan que las intervenciones cognitivo-conductuales, tanto en prevención como en intervención, en esta población tienen un grado de efectividad moderado.
- Es básico sensibilizar a los decisores de políticas carcelarias, buscando la apertura de nuevos modelos que se ajusten a las características de la población interna, donde la prevención del consumo sea el primer plano de acción seguido del plano de intervención terapéutica.
- Las acciones deben ser de mediano y largo plazo, desde un enfoque integral y multidisciplinario.
- Incorporación de la perspectiva de género en mujeres internas en penales.
- Las intervenciones deben ser sensibles al monitoreo y a la evaluación.
- Es importante la sinergia entre la institución penitenciaria, la sociedad civil organizada, orientar las acciones hacia la responsabilidad social y reducir el hacinamiento.
- Formación de los profesionales que intervienen directamente con dependientes y del personal de las prisiones.
- Generar programas de apoyo a las familias de las personas privadas de la libertad.
- Generar programas de reinserción social, educativa y laboral para personas privadas de la libertad.

3.7. Ámbito comunicacional

Las campañas en medios suelen ser las más difundidas cuando se hacen intervenciones preventivas. Esto se debe, a menudo, a que las campañas se perciben como soluciones inmediatas y, a diferencia de los esfuerzos de prevención en los centros educativos, la familia o el lugar de trabajo, suelen ser muy visibles y comunican el mensaje a las diferentes partes interesadas de que "algo se está haciendo".

Sin embargo, implementar campañas efectivas puede ser desafiante y difícil, y se debe tomar tiempo y cuidado en el desarrollo de enfoques de prevención [EMCDDA, 2019].

Los estándares internacionales brindan las características que deben tener las campañas mediáticas para lograr resultados positivos e incluyen:

- Identificar con precisión el grupo objetivo de la campaña. La investigación en comunicación ha encontrado que "una talla no sirve para todos".

- Las campañas se basan en una base teórica sólida.
- Los mensajes están diseñados sobre la base de una fuerte investigación formativa. Esto significa probar mensajes, materiales y plataformas de medios antes de lanzar la campaña.
- Si es posible, las campañas en los medios se conectan con otras intervenciones existentes de prevención del uso de sustancias en el hogar, el centro educativo y la sociedad. Los esfuerzos de prevención de múltiples componentes pueden ser más efectivos.
- Se logra una exposición adecuada del grupo objetivo durante un período de tiempo adecuado.
- Las campañas mediáticas exitosas se evalúan sistemáticamente.
- Las campañas de prevención dirigidas a los niños, niñas y adolescentes también se dirigen a los padres.
- Las campañas tienen como objetivo cambiar las pautas culturales y sociales sobre el uso de sustancias e informar a la audiencia sobre las consecuencias del uso de sustancias, así como proporcionar estrategias para el abordaje del uso problemático de sustancias (EMCDDA, 2019).

3.7.1. Qué hacer y qué no hacer para brindar mensajes sobre prevención de drogas efectivamente

QUÉ HACER

1. Todos los mensajes de salud pública deben adaptarse a las características de la población prevista previamente a su emisión.
2. Enmarcar el mensaje desde una perspectiva de derechos conjuntamente con el encuadre de salud pública. Se debe buscar un abordaje en el que la sociedad se sensibilice y logre información para la toma responsable de decisiones de forma abierta, positiva y responsable. La prevención en el uso problemático de drogas debe visibilizarse como parte de las políticas públicas de salud de toda la población.
3. Usar ejemplos realistas: En lugar de enfatizar lo que podría pasarle a una persona que hace un mal uso o abusa de sustancias, proveer ejemplos e historias que ayuden a las personas a identificar las potenciales consecuencias. Es más fácil para una persona entender cómo su vida diaria se verá afectada, en lugar de ver conceptos generales sobre las consecuencias del consumo. Poner mensajes exagerados o demasiado impactantes hacen que la audiencia no crea en los verdaderos riesgos que conlleva el consumo.

4. Involucrar a los pares como mensajeros: Las personas responden de manera positiva cuando quien les transmite el mensaje es alguien con quien pueden identificarse.

5. No glamourizar el consumo: El uso de drogas es visto usualmente como una actividad recreativa para los jóvenes populares, particularmente las celebridades. Para los jóvenes, en particular, el mensaje debe enfatizar los efectos inmediatos y físicos del consumo, los cuales son los que más les preocupa en edades tempranas como por ejemplo la posibilidad de que repercuta en el rendimiento deportivo o la capacidad intelectual.

QUÉ NO HACER

1. No instruir, causar culpa o vergüenza: Particularmente en los jóvenes, el uso de sustancias se ve como parte del paso a la independencia y adultez. Hablarles sobre evitar el uso de sustancias como una regla, puede hacer que la busquen como una forma de rebelión contra lo que los adultos esperan de ellos.

2. No fomentar la búsqueda de sensaciones. Hablar sobre la experimentación con drogas sin explicar las consecuencias negativas, puede alentar a los jóvenes a concluir que el uso de drogas es sobrevivible y una parte normal del crecimiento.

3. No usar el miedo como una técnica para transmitir mensajes: Las tácticas de miedo desafían a algunos a demostrar que sus figuras de autoridad están equivocadas. Las personas que creen que un mensaje es exagerado o falso pueden ignorar el significado del mensaje y hacer lo contrario a lo que se quiere lograr.

4. No ilustrar o dramatizar el uso de drogas: Tales representaciones pueden alentar y/o inadvertidamente enseñar a las personas formas de preparar, obtener o ingerir sustancias ilegales. Además, puede hacer que las personas consumidoras despierten interés en consumir cuando ven la sustancia o la dramatización de su uso (SAMHSA, s.f.).

3.8. La perspectiva de género

La incorporación de la perspectiva de género en las intervenciones relacionadas al fenómeno de las drogas es un tema trascendente que debe acompañar todos los procesos.

Existe evidencia que demuestra que las características propias de género hacen que cada grupo presente factores de riesgo y consecuencias muy distintas.

Tomar en cuenta estas diferencias permitirá que las intervenciones se ajusten a las necesidades de cada uno y que se consideren otros aspectos asociados al uso de drogas que pueden presentarse específicamente en un grupo poblacional.

Es necesario puntualizar que las relaciones entre hombres y mujeres no suelen ser simétricas y que estas últimas, generalmente, se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, tanto frente al consumo como a otras problemáticas psicosociales.

Según el *Informe Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades*, elaborado por CICAD (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas) y COPOLAD, del año 2014, las consideraciones específicas en intervenciones realizadas con mujeres deben:

- a.** Contar con conocimientos específicos sobre aspectos diferenciales de hombres y mujeres: a nivel físico, psicológico, social y sus implicancias
- b.** Analizar los propios estereotipos de hombres y mujeres que tenemos interiorizados a fin de cuestionarlos y liberar de prejuicios las intervenciones
- c.** Revisar las actitudes propias ante los hombres y mujeres y sus relaciones para establecer interacciones de respeto con ambos
- d.** Contar con herramientas terapéuticas diversas (cognitiva, conductual, psico-dinámica y relacional)

Es usual pensar que incluir la perspectiva de género en temas de drogas es desagregar la información epidemiológica en hombres y mujeres. Sin embargo, esto no aporta información específica que tenga que ver con una real incorporación de la perspectiva de género, donde no solamente evalúa los patrones de consumo de hombres y de mujeres, sino que evidencia las posibles relaciones y consecuencias que existen relacionadas al género y al machismo con sus diversas formas que afectan a todos, pero de maneras diferentes.

Las mujeres que usan drogas o están en riesgo de usarlas pueden presentar factores específicos *. Estos pueden estar relacionados con temas biológicos (ciclo menstrual, producción de hormonas, forma y tiempo que toma para metabolizar sustancias, escalada del consumo, etc.) hasta con problemáticas psicosociales como abusos sexuales, maltrato intrafamiliar, asunción del rol que cumple dentro de la familia o entorno, traumas que no se hayan trabajado, etc.

En el caso del consumo de drogas, la visión del fenómeno, afectada por el modelo tradicional de los roles masculino y femenino, ha presentado el uso y consumo de drogas como un asunto de hombres en el que la incursión de la mujer resultaba inapropiada. Ello conllevó, inicialmente, a homogeneizar la población al momento de hacer frente a los riesgos y problemas que supone el consumo de drogas, ofreciendo respuestas únicas a hombres y mujeres vinculadas al consumo (Villa Márquez, 2014).

A pesar de que, a nivel general, se sabe que las mujeres usan menos drogas que los hombres, es importante tomar en cuenta que existe un subregistro del uso que dan las mujeres a las drogas, debido a que socialmente el lugar que se le adjudica a las mujeres es el espacio privado y el cuidado de otros. Por ello, es más común que las mujeres usen drogas en solitario y a escondidas de sus familiares.

Al contrario, los usos que le dan los hombres a las drogas suelen ocurrir en espacios públicos y son aceptados socialmente, por lo que suele ser más visible.

Es más común que las mujeres usen drogas lícitas como alcohol, tabaco y psicofármacos [Romo, 2005 como se citó en Villa Márquez, 2014], que marca una diferencia del uso que hacen los hombres que tienen mayor consumo de drogas ilícitas en términos comparativos.

Por otro lado, el uso de psicofármacos está estrechamente relacionado con la sobremedicación referida a las mujeres ya que están asociadas a la percepción de lo femenino como inestable emocionalmente.

Otro tema importante a considerar es que, si bien todas las personas que usan drogas pueden ser víctimas de discriminación, en el caso de las mujeres esto se agrava ya que se presenta la percepción de que, si son usuarias de drogas, no cumplen su rol asignado socialmente de cuidado de otros y sumisión. Esta discriminación puede venir incluso del personal de salud, lo que genera que las mujeres tengan menos acceso a los servicios que requieren.

Las mujeres con mayor riesgo de padecer abuso o dependencia de alcohol, presentan las siguientes características: son mujeres cuyas parejas son alcohólicas; mujeres con antecedentes familiares de alcoholismo; mujeres que son víctimas de violencia; mujeres con depresión; mujeres con trastornos de la alimentación; mujeres de mediana edad en etapa de transición [divorcio, jubilación, o experimentando el síndrome de “nido vacío”]; mujeres de la tercera edad con dolor y problemas de pérdida [COPOLAD, 2014].

Así pues, debe fomentarse la investigación con perspectiva de género relacionadas con la salud y las drogas para poder generar evidencia científica que contribuyan a modificar y mejorar las actuales políticas preventivas.

Incorporar a los sistemas de información sobre drogas variables que aporten datos acerca de la influencia del género sobre una serie de elementos claves para el diseño, desarrollo y evaluación de las estrategias y programas preventivos, tales como las diferencias en los patrones de consumo, motivaciones, factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de las diferentes sustancias, consecuencias para la salud * y de carácter social y respuestas a los tratamientos *

La Diputación de Alicante [2014], en su guía Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género, recomendaciones con base en la evidencia, entre sus recomendaciones para elaborar programas mencionan *:

Analizar los patrones de consumo de drogas de hombres y mujeres y cómo diferentes variables vinculadas al género [edad, nivel educativo, clase social, etc.] condicionan los mismos.

Conocer los efectos y consecuencias que, para chicas y chicos, hombres y mujeres se derivan del uso y abuso de drogas.

Incluir contenidos y módulos específicos en los programas de prevención que permitan dar una respuesta diferencial en clave de género a las necesidades detectadas.

Desarrollar de programas específicos de género para las mujeres que se centren en la promoción de la unión familiar, comunicación y supervisión de los hijos, así como en el reconocimiento de las funciones cruciales de la imagen corporal, depresión y asertividad social.

Entre los factores que pueden contribuir decididamente a mejorar la efectividad de los programas preventivos para chicas se incluyen:

- Potenciar la supervisión familiar y el apoyo familia.
- Reforzar la conexión de las niñas con la escuela.
- Priorizar la adquisición de habilidades para la vida como un componente básico de los programas.
- Favorecer una intervención temprana.

Los programas de prevención deben procurar contrarrestar la manipulación que la publicidad y los medios de comunicación realizan de las identidades de género, neutralizando los mensajes que lanza selectivamente a hombres y mujeres para reforzar el consumo de alcohol y tabaco [Diputación de Alicante, 2014].

MÓDULO IV

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN
BASADOS EN EVIDENCIA

Recordemos lo que vimos al inicio, por prevención de drogodependencias se entiende, según Martín [1995], “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes 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 drogas” [Becoña, 1999].

Un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones, relacionadas entre sí, para la consecución de una meta [Escámez, 1990 como se citó en Becoña, 1999]. Y, como también hemos visto, un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto, grupo de edades, etc.

Se debe aclarar que un programa preventivo es específico y lo será más conforme vaya orientado a objetivos concretos o grupos claramente delimitados, lo que permite tomar medidas más directas, hacer diseños más realistas y, lo más importante, evaluar el impacto de dicho programa. Pues la evaluación es algo que debe estar íntimamente unido siempre a cualquier programa preventivo [Becoña, 1999].

A continuación, se describirán brevemente los estándares de calidad que debe tener un programa de prevención. Además de lo mencionado anteriormente sobre los programas basados en evidencia, que han de ser evaluados previamente a su aplicación, deben cumplir con los siguientes pasos:

4.1. Diagnóstico de necesidades

Para poder planificar las intervenciones y los grupos objetivo, se debe investigar acerca de la naturaleza y extensión de las necesidades que tiene la población. Así mismo, será importante conocer los factores de riesgo y protección que están involucrados. “De esta manera se asegura que la intervención sea necesaria y que abordará las necesidades y población adecuadas” [OEDT, 2013]. Las necesidades que se explorarán son:

4.1.1. Políticas y legislación relacionadas a drogas del grupo a intervenir

Conocer las políticas y la legislación vigente debe ser una actividad primordial que permitirá guiar las actividades posteriores. Los involucrados en el equipo de prevención deberán conocer y “[...] trabajar en coherencia con el marco político y legislativo local, regional, nacional y/o internacional [OEDT, 2013].

4.1.2. Evaluar el consumo de drogas y las necesidades de la comunidad

Para cualquier intervención que se planifique de manera posterior, se debe tener el conocimiento previo de la situación en la población general y en los grupos que se planifica intervenir. Basarse en las opiniones de los miembros del equipo o la percepción de pocas personas puede sesgar los resultados y las intervenciones no estarán acordes a las necesidades del grupo. En lugar de esto:

[...] los programas deben partir de una evaluación de las necesidades investigando y observando a la población. Para la evaluación se pueden utilizar métodos cuantitativos y/o cualitativos, y se debe recurrir a los datos existentes (epidemiológicos) si se dispone de los mismos, si son relevantes y de calidad (por ejemplo, los de observatorios nacionales sobre drogas). Otros temas importantes, tales como carencias y desigualdades, deben también valorarse para explicar la relación entre consumo de drogas y necesidades de prevención (OEDT, 2013).

4.1.3. Describir la necesidad – Justificar la intervención

Además de conocer las necesidades del grupo, es importante que los datos permitan justificar la importancia de realizar las intervenciones que se planificarán posteriormente. La justificación del proyecto tomará en cuenta qué piensa la comunidad y se enfocará en las necesidades más que en los problemas; esto con el fin de involucrar a la comunidad sin que se sienta estigmatizada (OEDT, 2013).

4.1.4. Conocer la población objetivo de la intervención

Además de conocer los patrones de consumo, es beneficioso para la planificación posterior involucrarse en otros temas relacionados al grupo como la cotidianidad, particularidades culturales y factores de riesgo y de protección presentes. “Una buena comprensión de la población objetivo y su realidad es un pre-requisito para una prevención efectiva, coste-efectiva y ética” (OEDT, 2013).

4.2. Evaluación de recursos

Además de las necesidades de la población es muy importante saber con qué recursos se cuenta. El primer paso nos muestra cuáles son las necesidades que debemos atender y, este segundo paso, nos permite analizar si aquello que queremos alcanzar es posible y cómo. Desde un inicio se deberá hacer un estudio realista de los alcances que tendrá nuestra intervención y en función de esto poder desarrollar los siguientes pasos del proceso. Para lograrlo se deben evaluar las siguientes áreas:

4.2.1. La población objetivo y los recursos de la comunidad

En este punto se evalúa qué tan dispuesta está la comunidad y la población objetivo en participar en el programa de prevención. Además, se analizan aquellos recursos que se presentan en la propia comunidad que pueden usarse para el programa, por ejemplo, espacios físicos, habilidades de la población, contactos, etc. En este punto deben considerarse las posibles dificultades que se tengan por oposición, falta de apoyo, así como los recursos que se pueden brindar [EMCDDA, 2011].

4.2.2. Capacidades internas

Esta fase permite evaluar el número de personas con las que se cuenta en el equipo, la realidad económica para implementar el programa y otros recursos de los que se dispone. Así pues, este paso permite decidir qué tipo de programa se podrá implementar de acuerdo a los recursos con los que se cuenta [EMCDDA, 2011].

4.3. Formulación del programa

En este paso se elabora la estructura del programa, “proporciona los fundamentos necesarios para permitir una planificación centrada, detallada, coherente y realista” [OEDT, 2013]. El objetivo es presentar una planificación sistemática y basada en la evidencia.

4.3.1. Definir la población objetivo

De acuerdo al diagnóstico de necesidades que se hizo previamente, se debe definir el grupo o grupos a los que se quiere llegar. Estos tienen que estar claramente definidos, tienen que ser identificables y estar acorde con los alcances del programa. Aspecto que garantiza que se sepan, específicamente, las actividades que se realizarán de acuerdo a las necesidades del grupo o grupos.

4.3.2. Usar un modelo teórico

Como vimos en capítulos anteriores, el modelo teórico tiene una gran importancia para el buen desempeño del programa. Según el modelo que se elija, se realizarán unas u otras actividades y los objetivos también variarán de acuerdo a esto. El modelo teórico escogido debe explicar a priori por qué se considera que va a generar los resultados esperados en la población. Pues “todas las intervenciones deben basarse en modelos teóricos sólidos, especialmente si estas son de nuevo desarrollo” [OEDT, 2013].

4.3.3. Definir fines, metas y objetivos

Los fines “describen la dirección, propósito, idea o intención del programa a largo plazo. Pueden o no alcanzarse con la intervención específica, pero proporcionan una dirección estratégica para las actividades” (OEDT, 2013). Las metas prevén claramente qué resultados se esperan cumplir al final de la intervención con los grupos o participantes. Los objetivos son de dos tipos:

Específicos: Definen los resultados para los participantes en relación a los cambios de conducta inmediatos o intermedios.

Operativos: Indican lo que el proveedor debe hacer para lograr los resultados. Por esto, dicho tipo de objetivos describen los productos del programa y actividades necesarias para cumplir lo propuesto. Lo que se traduce en indicadores de evaluación de proceso. Asimismo, la especificación de objetivos operativos también ayuda a formular tareas en el plan del proyecto (EMCDDA, 2011).

4.3.4. Definir el contexto de intervención

El contexto se relaciona con el ámbito donde se va a desarrollar el programa (escuela, comunidad, lugares de ocio, etc.) Si se trabajan múltiples componentes se debe explicar la pertinencia de escoger ciertos contextos y no otros. Para ello, hay que tener en cuenta factores como la accesibilidad, los horarios, permisos, etc. (OEDT, 2013). La explicación de los contextos debe estar muy bien explicada y mapeada para el acceso del equipo.

4.3.5. Utilizar la evidencia de efectividad

Implementar programas que ya se ha comprobado que funcionan en poblaciones parecidas a las que se plantean, nos lleva un paso más en garantizar que las intervenciones sean lo más efectivas posibles. Se ha de investigar sobre aquello que la evidencia dice que funciona en los contextos y con las necesidades que se han encontrado. “La evidencia científica debe integrarse con la experiencia técnica de los profesionales para diseñar una intervención que sea relevante para el contexto concreto de la intervención.” (OEDT, 2013).

Existen muchos organismos dedicados a la difusión de programas de prevención basados en la evidencia, por ejemplo, se puede encontrar en el portal del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, en el apartado de “best practice”.

4.3.6. Definición del cronograma

El cronograma debe elaborarse considerando los tiempos de cada actividad, pero también si el programa requiere de aprobaciones o trámites burocráticos. Este debe ser claro y estar explicado como un calendario con fechas para que los miembros del equipo conozcan hasta cuándo deben ejecutar sus actividades.

4.4. Diseño de la intervención

En este punto se diseñan las actividades como tal que se van a realizar tomando en cuenta todo lo anterior. Debe existir completa concordancia entre las necesidades de la población, el modelo teórico escogido y los objetivos que se quieren cumplir.

Las actividades estarán planificadas en función de los datos que se han recogido previamente. Se debe pensar este diseño de manera flexible, incluyendo las contingencias que pueden aparecer, así como las situaciones que habrá que ajustar para continuar con el plan original. Existen estándares básicos para esta fase:

4.4.1. Diseñar con calidad y efectividad

Especificar los detalles del programa, donde se contenga: Las actividades [tomando en cuenta las características vistas previamente sobre lo que sí funciona], una progresión lógica de esas actividades y que reflejen los avances que irán teniendo los participantes.

4.4.2. Selección de intervención existente

Si se selecciona un programa que ya existe, se ha de considerar si ese programa es el más adecuado para la problemática que presenta la población y si se puede asumir el costo de la misma en caso de requerirlo.

Es importante que el programa se ajuste previamente a las especificidades de la población, pero tomando en cuenta que no se deben cambiar aspectos estructurales del mismo. Estos cambios son “intencionados y planificados que se hacen de la intervención original antes de la aplicación para asegurar que es apropiada para las circunstancias particulares del programa [necesidades de la población objetivo] y para mantener o incrementar su efectividad” (OEDT, 2013).

4.4.3. Ajustar la intervención a la población objetivo

Sin importar que la intervención sea creada desde cero o una adaptada, esta siempre debe ajustarse a los resultados de la evaluación de necesidades de la población, no al revés. Es por esto que es vital que, en el primer paso, el equipo se comprometa a entender la idiosincrasia particular de la población y las especificidades culturales con las que se van a encontrar.

4.4.4. Evaluaciones finales

Al planificar las actividades, también es imprescindible incluir cómo se realizará el monitoreo del programa y la evaluación final del proceso y de los resultados. Esto quiere decir que, permanentemente, se deben evaluar las actividades que se realizan y si estas están cumpliendo lo planificado. Para poder hacer una evaluación, en esta fase se deben crear los indicadores en función de los objetivos. Existen dos tipos de evaluación:

Evaluación de resultados: Sirve para valorar si se han alcanzado los objetivos.

Evaluación de proceso: Forma de conocer cómo los objetivos fueron alcanzados o, en algunos casos, no conseguidos [OEDT, 2013].

4.5. Gestión y movilización de recursos

Además de la planificación precisa y basada en la evidencia de la intervención, los programas de prevención deben tener detrás una gestión y planificación de los recursos bien hecha y detallada. El equipo ha de constar con al menos un miembro que conozca de planificación y gestión de proyectos.

4.5.1. Planificar el programa – Ilustrar el plan del proyecto

Se requiere elaborar un documento que conste con el proyecto con las actividades y procesos necesarios para llevar a cabo el programa de prevención. “El plan del proyecto guía la aplicación proporcionando un marco común para todos los miembros del equipo. En fases posteriores del proyecto, el plan se consulta para valorar si el programa está siendo aplicado de acuerdo a lo previsto y si se precisan ajustes” [OEDT, 2013].

4.5.2. Planificar los requerimientos financieros

De acuerdo al presupuesto preestablecido, se debe detallar el costo de cada aspecto del proyecto, sin superar la cifra presupuestada al inicio. Si después de la elaboración de los costos del programa se prevé que se requerirán más recursos, parte de este proceso será buscar cómo financiar aquello que falta, o de lo contrario qué se deberá recortar y las consecuencias que esto conllevará para el programa [EMCDDA, 2011].

4.5.3. Establecer el equipo

De acuerdo a lo que el programa necesite se seleccionarán los miembros del equipo, tomando en cuenta los diferentes roles que cada uno deberá cumplir. En este equipo también se deben considerar a aquellos que serán voluntarios.

Así mismo, desde la planificación, los roles y las actividades que cada miembro cumplirá, deben estar claras y establecidas. Para seleccionar los roles de cada miembro se tendrán en cuenta sus habilidades y capacidades, además de una repartición adecuada del trabajo.

4.5.4. Involucrar y retener a los participantes

Esta fase invita a aquellas personas de la población que participarán de la intervención. En esta se informa sobre lo que se realizará y se asegura que será parte de la misma. Por motivos obvios, quienes se elijan de participantes tendrán que pertenecer al grupo objetivo que se seleccionó previamente.

Con retener a los participantes se refiere a que se debe asegurar que todos quienes iniciaron el proceso lo recorran hasta el final o hasta que se hayan alcanzado los objetivos.

“Las barreras para la participación deben ser identificadas y eliminadas en lo posible para asegurar que los participantes pueden tomar parte y completar el programa” (OEDT, 2013).

4.5.5. Preparar los materiales del programa

Los materiales que se utilizarán para el programa incluyen: “materiales de intervención (si procede), instrumentos para control y evaluación, equipamiento técnico, entorno físico (por ejemplo, instalaciones)” (OEDT, 2013).

Estos han de estar acordes al presupuesto inicial y ser incluidos en los programas de manera adecuada. Por otro lado, los materiales deben ser de la mejor calidad posible, considerando las particularidades (físicas, culturales, sociales) de los participantes (EMCDDA, 2011).

4.5.6. Proporcionar una descripción del programa

Una descripción escrita del programa refiere una clara visión general del mismo. Cuando se dispone de ella, las instancias intervinientes (por ejemplo, la población objetivo, financiadores u otros profesionales interesados) pueden obtener información sobre el programa antes de que comience y/o mientras que está en marcha.

Deben describirse en detalle la intervención y sus actividades, aunque el nivel de detalle dependerá del alcance del programa y posibles lectores de la descripción.

Si la descripción se utiliza para la captación de participantes, se debe informar de los potenciales riesgos y beneficios para ellos.

La descripción del programa se diferencia de la planificación del proyecto (el cual es un instrumento interno para guiar la aplicación del programa) y del informe final (que resume el programa una vez que este ha finalizado) [OEDT, 2013].

4.6. Implementación y monitoreo

Esta es la ejecución como tal del programa que se ha trabajado previamente. Es vital que mientras se da este proceso, se mantengan las características del programa, así como balancearlo con la flexibilidad necesaria para que se puedan cumplir las actividades. A la par de la implementación, como se mencionó previamente, se deben evaluar las actividades.

4.6.1. Si se desarrolla una intervención piloto

Para comprobar que una intervención que no tiene evidencia o población previa cumple con los objetivos propuestos, se realiza una prueba piloto con un grupo reducido con las mismas características de las de la población objetivo. Se realiza una prueba piloto para detectar aquellos aspectos que no se han tomado en cuenta durante la elaboración de la intervención y que pueden generar dificultades o costos no previstos.

4.6.2. Implementar la intervención

“Una vez se disponga de la suficiente evidencia de que la intervención de prevención de drogas será efectiva, viable y ética, esta es aplicada según lo previsto en el plan del proyecto” [OEDT, 2013].

Como se comentó, será importante aplicar el programa de manera flexible en caso de requerirlo así y monitorear lo que se hace permanentemente. Además de ello, se tiene que documentar todo el proceso, incluyendo aquello que puede surgir que no se ha previsto incluso con un pilotaje previo.

4.6.3. Monitorizar la intervención

Para realizar adecuadamente el monitoreo de las actividades es importante recolectar los datos y analizarlos cada cierto tiempo.

“La aplicación de la intervención y otros aspectos del programa se comparan con lo que se estableció en el plan del proyecto.” [OEDT, 2013].

De esta forma, monitorear las actividades garantiza que se está cumpliendo los objetivos de manera adecuada, así como mejorar los aspectos que necesitan hacerse de manera oportuna.

4.6.4. Ajustar la implementación

La implementación y el monitoreo permitirán evidenciar aquellos aspectos que no se tomaron en cuenta previamente o que necesitan mejorarse.

En estos casos se pueden realizar cambios, sin embargo, hay considerar que no pueden ser modificaciones que alteren factores estructurales del programa como el modelo teórico.

Estos cambios deben estar justificados, tomando en cuenta las consecuencias que estos pueden traer. Por otro lado, así como las intervenciones, deben ser documentados y monitoreados.

4.7. Evaluación final

Cuando se ha finalizado la fase de implementación, se deberá realizar una evaluación final donde se recogen los resultados obtenidos. Además de una descripción del proceso realizado.

4.7.1. Evaluación de resultados

Debe contener una descripción de la medida en que se evidenciaron los cambios esperados de los grupos participantes. Está relacionado con los objetivos específicos planteados al inicio.

“Dependiendo de la envergadura del programa y del diseño de investigación elegido, se deben realizar análisis estadísticos que determinen la efectividad de la intervención en lograr los objetivos planteados” [OEDT, 2013].

4.7.2. Evaluación del proceso

Se refiere a lo obtenido en los resultados de las actividades implementadas. Cómo se cumplieron, con qué frecuencia, con cuántos asistentes, etc. Es decir, debe rescatar todo lo sucedido durante la implementación del programa.

“Además, analiza la calidad y utilidad del programa en cuanto a su alcance y cobertura, aceptación de la intervención por los participantes, fidelidad de la aplicación y utilización de recursos” [OEDT, 2013].

4.8. Difusión y mejora

La última fase de proyecto tiene que ver con qué sucederá posteriormente con el programa que se acaba de implementar y evaluar.

Con esto, se pretende dar a conocer al público el programa como tal, así como sus resultados, cuyo fin es darle continuidad al programa en contextos similares.

Por último, la difusión y mejora brinda al equipo una retroalimentación del trabajo realizado.

4.8.1. Determinar si el programa debe ser mantenido

Con los esfuerzos puestos en la elaboración adecuada de todas las fases, lo esperado es que el programa continúe. Aspecto que se puede decidir analizando la información obtenida y documentada en la fase 7. Si la decisión es continuar con el programa, es importante hacerlo con los pasos necesarios para lograrlo.

4.8.2. Difundir información acerca del programa

Difundir los logros y el programa en sí, permite que más personas u organizaciones se interesen en implementarlo, mejorarlo con retroalimentación externa y aumentar la evidencia del programa al implementarlo más veces.

“Por lo tanto, contribuye a las futuras políticas sobre drogas, y a la práctica e investigación en el ámbito de la prevención” [OEDT, 2013].

4.8.3. Si se elabora un informe final

El informe final es un ejemplo de producto para la difusión. Puede realizarse como un registro de la aplicación, como parte de un acuerdo de financiación o, simplemente, para informar sobre el programa.

A menudo supondrá un resumen de la documentación producida durante las fases previas del proyecto. Describe el alcance y las actividades del programa y, de estar disponibles, los hallazgos de la evaluación final. Este componente solo es relevante si se realiza el informe final, ya que no siempre es exigido y otras formas de difusión pueden ser más adecuadas (como presentaciones orales) [OEDT, 2013].

Referencias bibliográficas

- **Becoña Iglesias, E. (1999).** *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas.* Plan Nacional sobre Drogas. Universidad Santiago de Compostela.
- **Becoña Iglesias, E. (2002).** *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Universidad Santiago de Compostela.
- **Becoña Iglesias, E. (2007).** *Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas.* Papeles del Psicólogo, 28(1), 11-20.
- **Becoña Iglesias, E. (2017).** *Fundamentos y objetivos de la actividad preventiva.* COPOLAD.
- **Becoña Iglesias, E y Cortés, M.(Colbs.) (2011).** *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.* Sociadrogalcohol.
- **Burkholder, G. J., Schensul, J. J. y Pino, R. (2007).** Risk and Protective Factors for Drug Use Among Polydrug-Using Urban Youth and Young Adults. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 1(1) 24-40. DOI: 10.5590/JSBHS.2007.01.1.02
- **Diputación de Alicante (Ed.) (2014).** *Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género recomendaciones con base en la evidencia.* Quinta Impresión S.L.
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2011).** *European drug prevention quality standards A manual for prevention professionals.* Publications Office of the European Union.
- **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2019).** *European Prevention Curriculum. A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use.* Publications Office of the European Union.
- **Fajardo-Gutiérrez, A. (2017).** Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista alergia México*, 64(1) 109-120
- **Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2004).** *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad.* Departamento De Salud Y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- **Institute of Medicine (US) Committee on Opportunities in Drug Abuse Research. (1996).** *Pathways of Addiction: Opportunities in Drug Abuse Research.* National Academies Press [US].
- **Naciones Unidas (2018).** *International Standards on Drug Use Prevention.* United Nations on drugs and crime.
- **Naciones Unidas (2002).** *Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes Una guía de desarrollo y perfeccionamiento.* Oficina de Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito.

- **Organización Panamericana de la Salud (2021).** *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020.* OPS.
- **Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2013).** *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve.* COPOLAD.
- **Pons Diez, X. (2008).** Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 4{2}:157-186. www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006
- **Programa de Capacitación Laboral (CAPLAB) (2011).** *Manual para la prevención del consumo de drogas.* AVANFIT.
- **Public Health Agency Health and Social Care (HSC) (2009).** *Guiding effective drug prevention.* Department of Health, Social Services and Public Safety [DHSSPS].
- **RAE (2021).** *Causa.* Real Academia Española.
- **RAE (2021).** *Factor.* Real Academia Española.
- **Rojas Valero M. (2017).** *Ámbito de Intervención Preventiva: Revisión de Efectividad en Cada Ámbito [Curso].* COPOLAD.
- **Scopetta, O. (2017).** *Epidemiología de drogas en América Latina y el Caribe: prevalencia y tendencias de consumo.* COPOLAD.
- **Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) (2001).** *Science-Based Substance Abuse Prevention: A Guide.* DHHS Publication
- **Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) (s.f).** *The Do's and Don'ts of Effective Messaging for Substance Abuse Prevention.*
- **U.S. Department of Education (2008).** *Alcohol and Other Drug Prevention on College Campuses: Model Programs.* Education Publications Center
- **United Nations Office On Drugs And Crime (2022).** *World Drug Report.* United Nations UNODOC.
- **United Nations Office On Drugs And Crime (2015).** *International Standards on Drug Use Prevention,* United Nations. UNODC.
- **Villa Marquéz, E. (2014).** *Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades.* Consorcio COPOLAD.

