



Lineamientos para operar programas preventivos

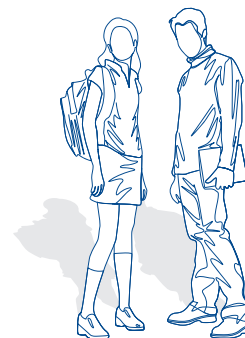
Lineamientos para operar programas preventivos



Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Derechos reservados © Ministerio de Salud y Protección Social y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC–. Esta publicación es resultado del Convenio de Cooperación No. 656 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito –UNODC–. Su contenido está basado en los productos de la Caja de Herramientas de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto elaborada en el marco del Convenio 485 de 2010 suscrito entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Contenido



En esta cartilla encontrarás información sobre:

Presentación / 7

1 Historia de la Prevención / 11

2 Algunas definiciones / 13

3 Niveles de Prevención / 18

4 Evolución del Consumo / 19

5 Factores de Riesgo y de Protección / 21

6 Ámbitos de Prevención / 23

7 Principios de la Prevención / 26

8 Estrategias Preventivas / 29

9 Evaluación de Programas Preventivos / 31

10 Guía de Programas Preventivos - algunos programas que pueden servir de modelo / 33

Referencias / 41

Presentación

El Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio con la Oficina de las Naciones Unidas contra La Droga y el Delito y otras entidades del gobierno nacional viene liderando el desarrollo y actualización de herramientas técnicas que contribuyan al fortalecimiento del quehacer preventivo frente al consumo de sustancias psicoactivas y de las capacidades de los territorios, respecto a las acciones que se implementan en el tema.

Para ello, en el marco del Convenio 656 de 2015 entre el MSPS y la UNODC se propuso la edición de cinco cartillas educativas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, desde las cuales se aporten elementos conceptuales y pedagógicos a los diferentes actores gubernamentales y de la sociedad civil, entidades territoriales, instituciones y grupos interesados en avanzar en el tema; que sirvan como referentes para ser aplicados en diferentes contextos, así como para desarrollar y

evaluar programas y acciones de prevención acordes con las necesidades y características de la población con la que se trabaja y de las particularidades territoriales; enfocados al avance del componente en cuanto a la cualificación de los procesos que se desarrollen a nivel nacional.

Este proceso se realizó en el marco del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, liderado por los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho, con la participación de diferentes entidades del gobierno nacional; en el que se incorpora el enfoque de salud pública en un marco intersectorial, cuyo propósito es disminuir la exposición al consumo de SPA y su impacto en la población colombiana. Este plan, definió para el componente de prevención, como objetivo fundamental disminuir la incidencia del contacto temprano con las sustancias psicoactivas, y las afectaciones al bienestar y desarrollo y la progresión hacia patrones de consumo de abuso y dependencia.

Por lo tanto reconocer, que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública y que este es responsabilidad de todos; convoca en torno a la posibilidad de involucrar a diferentes actores públicos y privados para avanzar en el conocimiento y la utilización de herramientas que apoyen la prevención y el abordaje de situaciones relacionadas con los factores protectores y las condiciones para fortalecerlos, a través de la apropiación conceptual y experiencial que contribuya, a la búsqueda de elementos para la acción.

Con el fin de lograr los objetivos ante mencionados, se retoman los siguientes documentos técnicos de la “caja de herramientas de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas”¹ así:

1 Documentos elaborados en el marco del Convenio 485 de 2010 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.



HERRAMIENTA No. 1 Lineamientos para operar programas preventivos; diseñada pensando en las necesidades de los equipos locales con un enfoque pragmático y con la finalidad de contribuir en la reducción de las brechas en la atención al consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas en los diversos ámbitos en los que se encuentran los consumidores.

HERRAMIENTA No. 3 Lineamientos para operar Grupos de Autoayuda, para la conformación y operación de grupos de autoayuda, que hace parte de una de las estrategias más importantes para reducir las brechas de atención en consumos de alta complejidad, para potenciar el poder de las estrategias entre “iguales” y para conformar modelos de atención que trasciendan la especialidad que eleva los costos y es escasa en buena parte de los territorios, por tanto, difícil de acceder.

HERRAMIENTA No. 4 Autoevaluación del riesgo frente al consumo de SPA, para la evaluación del consumo de sustancias y pautas para acompañar el proceso de cambio.

2 Documento elaborado en el marco del convenio específico especial de cooperación interinstitucional no. 1588/11 entre la secretaría distrital de salud - fondo financiero distrital de salud y la oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito unodc/ proyecto c-81. el proceso de construcción y validación se realizó con la asesoría del equipo técnico del Hospital Pablo VI Bosa de Bogotá; el equipo de Acciones en Salud de la Secretaría Distrital de salud y la agencia de Salud Pública de Barcelona

Así mismo, se propone la utilización del documento Estrategia de orientación a jóvenes con consumos iniciales de droga- Modelo basado en evidencia para el Distrito Capital,² cuyo objetivo es “brindar elementos para el desarrollo de un modelo de asesoría a jóvenes con primeros consumos dentro de la modalidad ambulatorio comunitaria para el abordaje psicoeducativo en prevención del uso riesgoso de drogas y sus consecuencias asociadas”, el cual plantea una estrategia novedosa y concreta tendiente a mejorar las oportunidades, capacidades y la calidad de vida de quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad frente al consumo de SPA, buscando disminuir los riesgos asociados al consumo, reducir la frecuencia del uso y evitar la progresión a la dependencia.

Se espera que este material aporte al mejoramiento del conocimiento sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, apoye las intervenciones y programas en el componente, y promuevan la calidad de los servicios preventivos y de atención.

1 Historia de la prevención

La prevención del consumo de SPA ha tenido una evolución considerable tanto a nivel de su conceptualización como de las estrategias de intervención. En un principio, en la **década de los 60**, los programas preventivos se basaban en un modelo “racional o informativo” y/o “tradicional” (Becoña, 2002) y se enfocaban en brindar información sobre las sustancias y sus efectos negativos y devastadores. Se partía de la hipótesis de que la ausencia de información constituía uno de los factores primordiales a la hora de explicar el aumento del consumo y suponía que al conocer dicha información, los adolescentes optarían por no consumir (Becoña, 2002).

Aunque la investigación ha demostrado que este tipo de aproximaciones no tienen mayor utilidad, aún se siguen llevando a cabo algunos esfuerzos en este sentido.

El argumento de que al tener un conocimiento “apropiado” sobre las sustancias se optará por el no consumo, resulta extremadamente simplista, en la medida en que se desconocen todos los otros factores que influyen en la determinación de la conducta humana. Sin embargo, cabe mencionar que a pesar de haberse demostrado su poca efectividad, así como sus efectos iatrogénicos, es la aproximación que más se ha mantenido en el tiempo (Becoña, 2002; Martínez, 2006).

Se continuó avanzando hacia una prevención enfocada en el desarrollo personal, a partir de la cual se construyeron programas centrados en los déficits de personalidad que promovían el aumento de la autoestima y la clarificación de valores (Becoña, 2002).

Hacia finales de la **década de los 70** y principios de los 80 se dio el paso hacia el modelo de las influencias sociales o psicosociales (Becoña, 2002; Martínez, 2006), según el cual para lograr un desarrollo efectivo de programas preventivos es necesario tener en cuenta tres factores de riesgo fundamentales: los ambientales, los personales y los conductuales (Perry y Kelder, 1992). El ambiente adquiere importancia capital en la medida en que el consumo de SPA se da en un contexto social determinado que tiende a facilitarlo o no y que marca los parámetros bajo los cuales se podría considerar un consumo como adecuado o inadecuado. Frente a este factor de riesgo, los esfuerzos preventivos estarían encaminados a proporcionar al individuo nuevos modelos, más orientados al no consumo o a la reducción del acceso a las sustancias. Los otros dos

factores de riesgo son igualmente importantes y hacen parte del rompecabezas general en el que el entrenamiento en habilidades sociales constituye un elemento primordial. Los estudios realizados han puesto de relieve que la intervención en los tres factores mencionados resulta mucho más efectiva que la intervención en solo uno de ellos.

Hacia la **década de los 80**, surge el modelo de habilidades generales, según el cual se considera que no es suficiente entrenar a los jóvenes en habilidades específicas para rechazar el consumo, sino que es preciso instruirlos en habilidades generales, a través de programas orientados a todas las drogas y al desarrollo de lo que se conoce como habilidades para la vida (Martínez, 2006). Bajo este modelo, el programa más conocido es el de Habilidades para la vida de Botvin y sus colaboradores (1997), enfocado al desarrollo de habilidades para manejar las influencias sociales.

En la actualidad, la tendencia es hacia la prevención basada en la evidencia (Martínez, 2006; NIDA, 1997).



Hoy en día se reconoce la necesidad de diseñar los programas y estrategias preventivas basándose en teorías estructuradas y bien fundamentadas que partan del conocimiento científico: i) sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de ciertos comportamientos, sobre los factores de riesgo y de protección, ii) sobre la evaluación de las intervenciones y su efectividad y iii) sobre las bases teóricas que soportan tanto la investigación como los programas y las intervenciones

(Becoña, 2002; NIDA, 1997; ADES, 2004)

2 Algunas definiciones

2.1 Prevención

Con el paso del tiempo las definiciones iniciales de prevención se han enriquecido. Así, para Martín (1995, p.55), la prevención “es 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”. Otra definición proporcionada por este mismo autor en trabajos posteriores (2002 citado por Martínez, 2006, p.29), concibe la prevención como “aquel entramado dinámico de estrategias que tienen como objetivo eliminar o reducir al máximo la aparición de problemas relacionados con el uso indebido de drogas”. En

este sentido, la prevención sería el conjunto de medidas que se toman con anticipación, antes de que ocurra el fenómeno, o para minimizar sus efectos negativos (DEVIDA, 2007).

Martínez (2006), cita en su libro la definición de Cañas (2004) que parece ser más comprehensiva en la medida en que involucra al individuo como un agente activo del proceso preventivo: “Es decir, los modelos teóricos y los programas prácticos de una auténtica prevención son los que ayudan a la persona a descubrir el sentido del respeto de sí misma y de los demás, el sentido de su libertad y de su responsabilidad, el valor de la vida ética (veracidad, honestidad, etc.), la comunicación y el encuentro con los demás, el auténtico placer



Teniendo en cuenta las anteriores definiciones se entiende...

La prevención es i) un proceso activo en el que se debe tener en consideración tanto el contexto como la percepción social; ii) un proceso global que busca analizar e intervenir el problema en conjunto, y iii) un proceso continuo que se desarrolla y tiene sus efectos a mediano y largo plazo.

DEVIDA (2007).

y el auténtico sufrimiento, etc. De lo contrario la prevención será insuficiente no sólo para afrontar los problemas adictivos, sino también el resto de problemas” (p. 29).

Por otra parte, el Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021, entiende la prevención como “una de las tareas fundamentales de la salud pública y en el caso del consumo de sustancias psicoactivas; desde la década de 1970 se viene recabando evidencia acerca de qué funciona y qué no en este campo, gracias a la realización de encuestas nacionales periódicas y estudios longitudinales con cohortes de niños y adolescentes.

La evidencia internacional muestra que los programas basados en la escuela son los más adecuados para los fines propuestos, debido a la condición de ese escenario como entorno protector y favorecedor del desarrollo” (Sloboda, 2008).

En el marco de la protección social, la prevención es considerada como “una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social. Se pone en marcha antes de que el riesgo tenga lugar y busca reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades. En este caso, los “choques” hacen referencia a los factores de riesgo que operan en los niveles macrosociales, microsociales y personales” (MPS, 2007).

Bajo la mirada de la protección social, el riesgo social constituye una situación de vulnerabilidad a la que todos los sujetos se encuentran expuestos ya sea de manera individual o colectiva. Las fuentes de riesgo y la exposición a las mismas varían en función del contexto y de las condiciones en que se encuentre tanto el individuo como la comunidad en general. Desde esta perspectiva, se ha venido haciendo referencia

al concepto de Manejo Social del Riesgo (MSR) como medio o estrategia para reducir la vulnerabilidad, y a partir del cual se establece que las estrategias de prevención buscan controlar los riesgos asociados al consumo de SPA, a través de la inclusión social y el fortalecimiento de las redes sociales en

diferentes niveles (comunidad, barrio, círculo de amigos, escuela, familia e instituciones) (MPS, 2010).

En términos generales y en línea con lo planteado por diferentes autores la prevención podría buscar los siguientes objetivos, entre otros:



- Que el consumo de SPA simplemente no ocurra.
- Que se reduzcan los nuevos casos de consumo de SPA.
- Reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA a través de la intervención integral de factores tanto microsociales e individuales como macrosociales, promoviendo la creación de entornos protectores y estilos de vida saludables y libres de SPA.
- Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Limitar la cantidad y la variedad de sustancias utilizadas.
- Aumentar la percepción de riesgo.
- Reducir las condiciones que facilitan el mantenimiento de un problema.
- Impedir la progresión a etapas de mayor complicación.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo en quienes consumen SPA.
- Educar a los individuos para que puedan mantener relaciones responsables con las sustancias.
- Frenar la progresión del consumo de sustancias psicoactivas a etapas de mayor dificultad.

2.2 Programa de prevención

Un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones, relacionadas entre sí, para alcanzar una meta determinada. En este sentido, un programa preventivo sería el conjunto de actuaciones tendientes a impedir o retrasar la aparición del problema al que se encuentra dirigido en particular. En el caso de las SPA, la meta sería impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo y abuso de las diferentes sustancias. Según Escámez (citado por Becoña ,1999),

Para Martínez (2006, p.43), un programa de prevención es “un conjunto coherente de acciones preventivas encadenadas y construidas a partir de una evaluación de necesidades, buscando la creación o adaptación de actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos realistas trazados como fin del programa a implementar”.

Los programas basados en la escuela se han convertido a lo largo del tiempo en el enfoque primario para alcanzar a todos los niños escolarizados. Los programas centrados en la

familia han mostrado ser eficaces para alcanzar tanto a los hijos como a sus padres, en una variedad de ambientes. Por otra parte, aquellos programas de medios de comunicación y tecnología informática demuestran una cierta eficacia para alcanzar a las personas tanto a nivel comunitario como individual. Y, por último, existe evidencia que permite afirmar que la combinación de dos o más programas eficaces, como por ejemplo los programas escolares y familiares, suele tener un mayor impacto y resulta más eficiente que la utilización de uno solo de ellos.

Para elegir el programa es necesario identificar previamente las necesidades y situación actual de consumo, que permita el análisis de contexto y la situación particular; según el NIDA (2003), es fundamental que los programas preventivos tengan definido:

- a) **Estructura** que dé cuenta de la construcción y organización del tipo de programa que se va a trabajar (universal, selectivo o indicado) y de aquellos aspectos que justifican su utilización. También hace referencia a la población a la que se dirige y a los contextos y escenarios en los que se desarrollará.



Un programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas dirigido a reducir los riesgos asociados al consumo de SPA, podría plantearse como objetivo disminuir la probabilidad de contacto temprano con las sustancias psicoactivas, comenzando por el alcohol y el cigarrillo.



Es importante tener en cuenta que un programa preventivo está siempre orientado a objetivos concretos y a grupos claramente delimitados, lo que permite elaborar diseños más acordes con la realidad, a la vez que evaluar su impacto. Por esto, al estructurar un programa se debe considerar siempre el componente de evaluación de modo que sea posible determinar su impacto a largo plazo.

- b) **Contenido** referente a la información que se va a manejar y entregar en el programa, las habilidades, las estrategias a utilizar y los servicios que forman parte de él. La información abarca los datos sobre las diferentes sustancias y sus efectos, así como las leyes y las políticas antidrogas. La combinación de la información con las habilidades, los métodos y los servicios produce resultados más eficaces.
- c) **Procedimiento de introducción o entrega** del programa que dé cuenta de los criterios utilizados para su selección y para su adaptación, en caso de haber sido necesaria. Debe mencionarse si el programa ha sido sujeto a algún tipo de adaptación, si se conoce su efectividad en ambientes y contextos diferentes a aquellos para los que fue diseñado y aplicado inicialmente.
- d) **Seguimiento y Evaluación** de las estrategias, metas e impacto del programa mediante la sistematización y el análisis de la información.

Una vez seleccionado, el programa se adapta, ajustándolo a las necesidades específicas de cada población en particular. Esto es lo que se conoce como adaptación de programas basados en la evidencia. Una de las recomendaciones que hace el NIDA (2003) frente a la implementación de programas que aún no han sido adaptados en estudios científicos, es que se desarrolle tal cual fue diseñado o que se incluyan elementos básicos que permitan asegurar la efectividad de sus resultados.

2.3 Acción preventiva

Actividades puntuales diseñadas para alcanzar los objetivos específicos de prevención, las cuales deben ser coherentes entre sí, con el programa y con el plan general de prevención (Martínez, 2006).

3 Niveles de prevención

Recientemente, y aplicado a la prevención, se ha introducido una distinción entre los siguientes tipos: universal, selectiva e indicada, propuesta inicialmente por Gordon (1987) y aceptada por el NIDA.

La prevención universal es aquella que puede dirigirse a todos los adolescentes, sin distinción, beneficiándolos a todos por igual. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamiento duraderos. Se incluyen aquellos programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores.

La prevención selectiva es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo de ser consumidores, mayor que el promedio de los de su edad; se dirigen, por lo tanto, a grupos de riesgo.

La prevención indicada. es aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento, dirigiéndose los mismos tanto a los que ya son consumidores como a los que son experimentadores. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo (Eggert, 1996).

4 Evolución del consumo



A la hora de diseñar un programa de prevención, es necesario tener en cuenta que hay diferentes tipos de relación con la sustancia y diferentes niveles de consumo. La dependencia a las SPA es un proceso progresivo, que no se establece de un momento a otro y que varía según las características de la persona que consume, sus motivaciones y los contextos en los que lo hace, entre otras.

Es posible observar etapas en la evolución del consumo: puede iniciar con un consumo experimental, luego pasa a uno ocasional y recreativo, después a uno habitual y/o compulsivo hasta llegar al problemático y a la dependencia.

Cada una de estas etapas conlleva una serie de riesgos físicos (enfermedades crónicas, adicción) y psicológicos (trastornos emocionales y psiquiátricos, dependencia), los cuales varían en función de la manera como el individuo se enfrenta a ellos.

El consumidor experimental es el que prueba una sustancia para experimentar qué se siente, sin la intención de volver a consumir.

El consumidor ocasional o recreacional ya conoce los efectos y algunas consecuencias de la sustancia y la consume ocasionalmente. En general, lo hace en contextos sociales y su motivación es facilitar la comunicación, cuestionar normas preestablecidas, relajación y búsqueda de placer.

El consumidor habitual ha pasado un tiempo consumiendo de manera ocasional hasta que llega a hacerlo regularmente. El lapso que transcurre entre una etapa y otra depende de la interacción entre las características del sujeto, el ambiente y la sustancia. Las motivaciones giran en torno a la necesidad de aumentar las sensaciones de placer, necesidad de pertenencia y reconocimiento dentro de un grupo de pares, y disminuir ansiedad, sensaciones displacenteras o necesidades físicas, entre otras.

El consumidor dependiente se encuentra en un momento en que siente una necesidad imperiosa de consumir la sustancia y sus actividades giran en torno a la consecución de la misma. Dicha necesidad puede ser de naturaleza física y/o psicológica (MPS, 2010).

Es importante tener en cuenta que la dependencia se diferencia del uso problemático en la medida en que, este último, es un patrón de uso que puede incluir el abuso y la dependencia. Tiene un impacto significativo y negativo sobre la salud, las relaciones sociales y familiares y sobre la estabilidad académica, laboral y económica.

Se debe tener en cuenta que cada etapa comporta una serie de riesgos específicos producidos por el abuso de sustancias; en este sentido el NIDA (2003), recomienda que quienes implementen y planifiquen programas de prevención, seleccionen aquellos que fortalezcan los factores de protección y disminuyan los de riesgo en cada etapa.

Diversas investigaciones han puesto de relieve que los periodos de mayor riesgo son aquellos que representan transiciones vitales importantes (NIDA, 2003):



La primera de ellas es cuando el niño sale por primera vez de la seguridad que le brinda el sistema familiar para ir a la escuela.



La segunda, se presenta en el paso de la primaria a la secundaria o primera parte del bachillerato en la que suele experimentar una serie de situaciones académicas y sociales.



La tercera, el paso al bachillerato trae consigo la entrada a la adolescencia propiamente dicha y a una serie de desafíos sociales, emocionales y académicos. Estos desafíos pueden aumentar el riesgo de que se presenten situaciones de abuso de sustancias.



La cuarta etapa tiene que ver con la entrada a la universidad, la cual viene, en algunos casos, acompañada del abandono del hogar paterno. Es uno de los periodos de mayor riesgo en el que los jóvenes empiezan a pasar más tiempo solos o a estarlo por primera vez, lejos de sus familias.

5 Factores de riesgo y de protección



El consumo de drogas se desarrolla y cambia a lo largo del tiempo, por lo que es fundamental tener en cuenta la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la población a la que se dirige el programa preventivo, el nivel de implicación con las sustancias y los factores de riesgo y de protección presentes, pues, como menciona el NIDA (2004, p. 6) “en cada etapa, ocurren riesgos que se pueden cambiar a través de una intervención preventiva”.

Para Berman y Jobes (1991, citado en Martínez, 2006, p. 62), un factor de riesgo “es una asociación entre algunas características o atributos del individuo, grupo o ambiente y un incremento de la probabilidad de ciertos desórdenes o enfermedades relacionados en algún momento en el tiempo”. Por su parte, el CSAP (2000, citado en Martínez, 2006, p. 62) define un factor de riesgo como “una actitud, conducta, creencia, situación o acción

que puede poner a un grupo, organización, individuo o comunidad en riesgo para desarrollar problemas con la droga o el alcohol”. Clayton (1992, citado en Martínez, 2006, p. 62) sugiere que un factor de riesgo es “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso de y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”.

Por su parte, DEVIDA (2007, p. 47) considera los factores de riesgo como aquel “elemento procedente del campo social, individual o de la propia naturaleza cuya presencia, ausencia, déficit o exceso hace que una persona se aproxime riesgosamente a tomar contacto con una sustancia adictiva y la consuma”.

Los factores de protección, por su parte pueden disminuir la probabilidad de que una persona abuse de las sustancias; serían entonces, aquellos factores personales, familiares y sociales que protegen a la persona del consumo de SPA y que le permiten enfrentar los problemas de manera exitosa, haciendo más difícil su aparición (DEVIDA, 2007). Para Clayton (1992, citado en Martínez, 2006, p. 92) un factor de protección es “un 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”.

Por su parte, Martínez (2003, citado en Martínez, 2006, p. 92) afirma que “los factores de protección son atributos o circunstancias individuales, familiares y socioculturales que

incrementan la probabilidad de introyección personal y social de condiciones que inhiben, retrasan, atenúan y disminuyen la vulnerabilidad ante la adicción u otras dificultades”.

Es importante tener en cuenta dos características observables en la mayoría de personas que presentan algún riesgo de consumo abusivo de SPA: i) no suelen desarrollar una dependencia, y ii) lo que constituye un factor de riesgo para una persona puede no serlo para otra (NIDA, 2004). Sin embargo, la investigación ha puesto de relieve que la exposición a un mayor número de factores de riesgo aumenta las probabilidades de que se desarrolle el abuso de SPA.

Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden estar presentes y afectar a las personas en diferentes etapas de su vida, pero de igual manera, siempre se pueden identificar, intervenir y cambiar. No obstante, los programas de prevención basados en la evidencia, en general, suelen enfocar la intervención a una etapa temprana del desarrollo del niño para fortalecer los factores de protección antes de que aparezcan los problemas de conducta.



Los programas preventivos propenden por el fortalecimiento de los factores de protección presentes y la creación de nuevos, mientras que buscan revertir o reducir los de riesgo.

(NIDA, 2004).

6 Ámbitos de prevención

Los programas de prevención se pueden dirigir a diferentes ámbitos: individual, pares, colegio o trabajo, familia, comunidad, sociedad y contexto laboral. Diversos estudios han demostrado que los programas pueden

ser más efectivos cuando se trabaja de manera conjunta más de un área (NIDA, 1997) y se tienen en cuenta tanto los factores de protección como los de riesgo presentes en cada una de ellas.

Tabla 1. Ámbitos de intervención, factores de riesgo y factores de protección presentes

ÁMBITO	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	Baja autoestima, predisposición genética, búsqueda de sensaciones y emociones intensas, agresividad, problemas de conducta, rebelión, alienación, fracaso académico, dificultad para el manejo de las emociones, dificultad para la toma de decisiones y falta de asertividad, entre otros.	Optimismo, empatía, adecuada capacidad intelectual y desempeño académico, elevada autoestima, manejo adecuado de emociones, habilidad para resolver problemas, pensamiento autónomo y crítico, determinación y perseverancia, adecuada capacidad de comunicación, valores espirituales, capacidad para postergar gratificaciones, tolerancia a la frustración, asertividad, capacidad para manejar la presión de grupo, entre otros.

Pares	Relación con otros individuos que consumen, rechazo en los primeros cursos, amistad con otros niños que han sido rechazados, vinculación con compañeros que abusan de las SPA y participan en actividades delictivas, presión de grupo, amigos desertores escolares, entre otros.	Relaciones significativas con pares que no consumen SPA, amistad con iguales que participan en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas u otras, resistencia a la presión negativa de grupo, uso productivo del tiempo libre, entre otros.
Familiar	Padres alcohólicos, permisividad parental frente al consumo de alcohol y otras drogas, disciplina parental laxa e inconsistente, patrones negativos de comunicación, estrés y relaciones conflictivas, problemas de crianza, falta de habilidades para enfrentar situaciones difíciles, ausencia de cuidado y supervisión de un adulto, rechazo de los padres, abuso físico y/o sexual, familia muy autoritaria, ausencia de reconocimiento, sobreprotección, valores poco claros o inexistentes, expectativas poco realistas, entre otros.	Apego e integración familiar, creencias saludables y normas claras de comportamiento, confianza y dinámicas familiares sanas y positivas, buena comunicación, participación en las actividades y responsabilidades del hogar, apoyo entre los miembros de la familia, existencia de valores claros y definidos, reconocimiento de logros, entre otros.
Escolar	Falta de apoyo a los valores y actitudes positivas de la escuela, altas tasas de abuso de sustancias y la existencia de normas que favorecen o promueven el abuso de sustancias psicoactivas, relación con pandillas, bajos niveles morales en profesores y alumnos, falta de sentido de pertenencia hacia la escuela, sentimiento de los alumnos de abandono y despreocupación por parte de los profesores, fracaso escolar y discriminación, escasa información sobre la problemática del consumo, ausencia de estímulos para la participación y creatividad del alumno, déficit en áreas recreativas, deportivas y culturales, falta de una política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, disponibilidad de SPA cerca o dentro del entorno escolar, entre otros.	Escuelas certificadas, oportunidades para la implicación prosocial, recompensa por la participación en acciones prosociales, creencias saludables y normas claras conducta, relaciones cercanas y respetuosas con profesores y clima institucional adecuado, fomento de la creatividad y potenciación de los recursos personales, capacidades y habilidades, promoción de la solidaridad y la integración, metodología participativa, políticas consistentes en relación al consumo de SPA, educadores como modelos adecuados, entre otros.

Comunitario	Niveles elevados de criminalidad y violencia, alta densidad de población, deterioro físico, fácil acceso a las SPA, mensajes ambiguos frente al consumo, ausencia de instituciones activas en la comunidad, barrios desorganizados que carecen de liderazgo, falta de oportunidades para la participación de los jóvenes en actividades positivas, pobreza y la falta de oportunidades de empleo y falta de movilidad económica y apoyos sociales, falta de organización y participación comunitaria, actitud favorable hacia el consumo, carencia de líderes, desarraigo cultural, entre otros.	Organización comunitaria y oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad, poca accesibilidad a las sustancias psicoactivas, redes sociales e instituciones de apoyo al interior de la comunidad y normas culturales sanas que permitan que los jóvenes progresen, áreas de recreación y deporte, presencia de líderes positivos, entre otros.
Social	Falta de oportunidades educativas, ausencia de programas y políticas, medios de comunicación que promueven el consumo, sociedad de consumo, desempleo, presencia de redes de producción y distribución, exclusión social, entre otros.	Existencia de políticas y programas de prevención, red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, oportunidades de estudio y empleo, promoción del desarrollo humano y social, activación y apoyo de grupos juveniles, control de medios de comunicación en relación a los mensajes y campañas relacionados con el consumo, valores culturales y fortalecimiento de la identidad nacional, entre otros.
Laboral	Conflictos laborales, inestabilidad laboral, ambiente altamente competitivo, consumo dentro del trabajo, presión de pares, tolerancia al consumo de ciertas sustancias, accesibilidad a determinadas sustancias, entre otros.	Ritmo de trabajo adecuado, proyección de futuro, promoción de valores, calidad de vida laboral, promoción de la salud, entrenamiento de habilidades, integración a la organización, promoción laboral, entre otros.

Fuentes: Adaptado de National Institute on Drug Abuse (2004, p.7) y DEVIDA (2007, pp.47-52)

7 Principios de la prevención

El National Institute on Drug Abuse-NIDA (2003), señala una serie de principios elaborados para ayudar a los profesionales que trabajan en la prevención del consumo de sustancias. Los principios aquí mencionados pueden servir de guía para la planificación, selección e introducción de programas de prevención del abuso de drogas en diferentes ámbitos:

Principio 1: “Los programas de prevención deben mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo” (Hawkins et al., citado en NIDA, 2003, p. 2).

Principio 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; y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (Ej., los inhalantes), los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción” (Johnston et al., 2002, citado en NIDA, 2003, p. 2).

Principio 3: “Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, poniendo énfasis en los factores de riesgo que se pueden modificar, y fortaleciendo los factores de protección que se conocen” (Hawkins et al., 2002, citado en NIDA, 2003, p. 2).

Principio 4: “Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos a las características de la población,

tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa” (Oetting et al., 1997, citado en NIDA, 2003, p. 2).

Principio 5: “Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir entrenamiento en las habilidades para ser mejores padres; y la práctica para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; e información y educación sobre las drogas” (Ashery et al., 1998, citado en NIDA, 2003, p. 3).

Principio 6: “Los programas de prevención se pueden diseñar para una intervención tan temprana como en los años preescolares; para enfocar los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y dificultades académicas” (Webster-Stratton, 1998, citado en NIDA, 2003, p. 3; Webster-Stratton et al., 2001, citado en NIDA, 2003, p. 3).

Principio 7: “Los programas de prevención para los niños de la primaria se deberán dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios.

Principio 8: “Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes aptitudes:

- Hábitos de estudio y apoyo académico
- Comunicación
- Relaciones con los compañeros
- Auto-eficacia y reafirmación personal
- Técnicas para resistir las drogas
- Refuerzo de las actitudes anti-drogas. Fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas” (Botvin et al., 1995; Scheier et al., 1999, citados en NIDA, 2003, p. 4).

Principio 9: “Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela media [Secundaria, bachillerato], pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Tales intervenciones no se dirigen específicamente a las poblaciones en riesgo, y por lo tanto, reducen el estigma y promueven una alianza fuerte con la escuela y con la comunidad” (Botvin et al., 1995; Dishion et al., 2002, citados en NIDA, 2003, p. 4).

Principio 10: “Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que sólo un programa individual” (Battistich et al., 1997, citado en NIDA, 2003, p. 4).

Principio 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 efectivos cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de estos ambientes en toda la comunidad” (Chou et al., 1998, citado en NIDA, 2003, p. 4).

Principio 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, (Spoth y cols., 2002b, citado en NIDA, 2003, p. 5).

Principio 13: “Los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas, 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” (Scheier et al., 1999, citado en NIDA, 2003, p. 5).

Principio 14: “Los programas de prevención deben incluir entrenamiento a los profesores en las prácticas para la buena administración 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” (Lalongo et al., 2001, citado en NIDA, 2003, p. 5).

Principio 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 las habilidades” (Botvin et al., 1995, citado en NIDA, 2003, p. 5).

Principio 16: “Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes” (Aos et al., 2001; Hawkins et al., 1999; Pentz, 1998; Spoth et al., 2002, citados en NIDA, 2003, p. 5).

8 Estrategias preventivas

Son un conjunto de acciones que se desarrollan para cumplir la meta de impedir, disminuir o retrasar el consumo de SPA. Existen múltiples estrategias preventivas en el campo de las SPA dirigidas a los diferentes tipos y niveles de prevención, a la oferta o a la demanda del consumo, o a las diversas poblaciones objeto.

Según el Centro para la Prevención de Abuso de Sustancias (CSAP, 1997, citado en Alvira, 1999, p. 15), las estrategias preventivas se pueden clasificar en seis categorías:

1. **Difusión de información** sobre las características de cada sustancia, sus efectos y sus consecuencias, con el fin de aumentar el conocimiento y cambiar actitudes relacionadas con el uso y el abuso de SPA.
2. **Oferta de actividades alternativas** al consumo, promoviendo la participación en espacios libres de drogas.
3. **Identificación de las personas** que consumen o se presume de ello, para luego referirlas a evaluación y, en caso de ser necesario, a tratamiento.

4. **Procedimientos basados en la comunidad** para aprovechar y expandir los recursos de la comunidad destinados a la prevención del consumo de SPA y su tratamiento, a través de la creación y fortalecimiento de redes, actividades de planeación, organización y coordinación interinstitucional.
5. **La enseñanza de habilidades** para la competencia individual y la interacción social, de manera que se fortalezca la resistencia y el rechazo al consumo y se promueva la toma de decisiones asertivas.
6. **Actuaciones en el entorno** orientadas a promover acciones que disminuyan factores de riesgo y promuevan factores de protección, encaminadas a prohibir la publicidad y promoción de SPA legales, aumentar las restricciones en la edad para comprar o para acceder a puntos de venta y consumo, entre otros.

9 Evaluación de programas preventivos

“La evaluación es en lo esencial un juicio de valor respecto de diversos aspectos que afectan al desarrollo de una actividad o de un programa, que debe servirnos para introducir modificaciones que ayuden a perfeccionar programaciones futuras. La evaluación, por tanto, debe ser considerada como una herramienta destinada al control de la realidad generada con la intervención, estando estrechamente vinculada a la planificación, puesto que le sirve de base (evaluación de necesidades) y de instrumento de permanente actualización o progreso.” Sánchez (1994, p. 9)

Basándose en el contenido de un programa de prevención se pueden establecer los siguientes tipos de evaluación (Sánchez, 1994):

Evaluación de necesidades: Conjunto de actividades dirigidas a determinar la causa y dimensión de los problemas en una población determinada y a establecer las necesidades prioritarias para dar una respuesta adecuada. A partir de una evaluación de necesidades es posible implementar programas, delinear políticas o asignar recursos para alcanzar unos objetivos específicos.

Evaluación del diseño y/o la conceptualización

del programa: Explicita la existencia de problemas conceptuales en el programa, en relación con el problema a solucionar.

Evaluación de la implementación o proceso:

Estudia si las acciones diseñadas han funcionado en la práctica tal como habían sido previstas o si, por el contrario, se han presentado diferencias entre el diseño y lo realizado. Su objetivo es conocer la instrumentalización del programa.

Evaluación de la cobertura:

Define si el programa está incidiendo o llegando a la población objeto de intervención (población diana), o si por el contrario se producen sesgos en la cobertura.

Evaluación de resultados:

Mide si realmente se están alcanzando los resultados previstos y si los resultados obtenidos son producto de la ejecución de las actividades previstas en el programa.

Evaluación del impacto:

Determina los efectos producidos por la intervención, no solo a raíz de los objetivos propuestos en la población objetivo sino también en otras poblaciones a mediano y largo plazo.

Evaluación económica:

Analiza la relación entre los costos de un programa y los beneficios que reporta su aplicación.

10 Algunos programas que pueden servir de modelo

El NIDA en su publicación *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* (2003) presenta un listado de programas con bases científicas, que contienen una serie de estrategias de eficacia comprobada.

A continuación, se presentan como una guía para las personas que trabajan en el campo de la prevención y desean conocer e implementar

programas basados en la evidencia. Se recomienda tener siempre presente que al implementar un programa por primera vez, en un ambiente particular, es necesario asegurarse de que dicha implementación se lleve a cabo siguiendo lo más cerca posible el diseño original e incluir elementos que permitan evaluar su eficacia. El primero de estos elementos debe ser, la elaboración de un diagnóstico de la situación de consumo, de las características y de las necesidades específicas de la población a la que se dirige el programa.

Tipo de programa según población a la que se dirige	Nombre del programa	Breve descripción
Programas universales	Programa comunitario la escuela que se preocupa (Caring School Community Program) anteriormente conocido como el Proyecto del Desarrollo Infantil o Child Development Project, en inglés.	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigido a la familia y la escuela. • Orientado a reducir el riesgo y fortalecer los factores de protección en niños de primaria. • Se centra en fortalecer “el sentido de comunidad” de los estudiantes, o su conexión con la escuela. • El sentido de comunidad promovido por el programa es fundamental para reducir el uso de drogas, la violencia y los problemas de salud mental, mientras que promueve la motivación y el rendimiento académico.
	Intervenciones centradas en las aulas e intervenciones de sociedades-familia-escuela (Classroom-Centered [CC] and Family-School Partnership [FSP] Intervention).	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones universales para el primer grado dirigidas a reducir el comienzo de la violencia y conducta agresiva en un futuro y mejorar el rendimiento académico. • Las estrategias incluyen guías para la organización y el manejo de la clase, un currículo que incluye lectura y matemáticas, comunicación padre-docente, y manejo de la conducta del niño en casa.
	Guía para las buenas selecciones (Guiding Good Choices [GGC] [Anteriormente, Cómo prepararse para los años libres de drogas]).	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñado para enseñar a los padres cómo reducir los factores de riesgo y fortalecer los lazos familiares. • En cinco sesiones de 2 horas, los padres aprenden habilidades de involucramiento e interacción familiar, cómo fijar expectativas claras, supervisar la conducta y mantener la disciplina, y otros enfoques de manejo familiar y de vinculación.
	Programa de entrenamiento en habilidades para la vida (Life Skills Training Program [LST]).	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigido a estudiantes de la escuela media, diseñado para tratar un amplio rango de factores de riesgo y de protección, enseñando habilidades personales y sociales, junto con las habilidades para resistir las drogas y la educación sobre las mismas. • Recientemente se desarrolló una versión para la escuela primaria y el programa LST de refuerzo para estudiantes de secundaria como ayuda para mantener los objetivos alcanzados con el programa de la escuela media.

	Programa Lions-Quest sobre las habilidades para la adolescencia (Lions-Quest Skills for Adolescent [SFA]).	<ul style="list-style-type: none"> • Programa universal de educación sobre las habilidades para la vida para los estudiantes de la escuela media. • Enfocado en el desarrollo de habilidades para formar la autoestima y la responsabilidad personal, la comunicación, la toma de decisiones, la resistencia a las influencias sociales y la afirmación de los derechos así como en aumentar el conocimiento sobre el uso de SPA y sus consecuencias.
	Proyecto ALERT (Project ALERT)	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de dos años de duración para los estudiantes de la escuela media. • Diseñado para reducir el comienzo y el uso regular de las drogas entre los jóvenes. • Dirigido a prevenir el uso del alcohol, tabaco, marihuana e inhalantes.
	Proyecto STAR (Project STAR)	<ul style="list-style-type: none"> • Programa comunitario integral para la prevención del abuso de drogas, para ser utilizados por las escuelas, los padres, las organizaciones comunitarias, los medios de comunicación y los encargados de formular las políticas de la salud. • El componente para la escuela se enfoca en la influencia social. • El programa debe ser impartido, por un periodo de dos años, por profesores entrenados. • El programa para los padres les ayuda a los padres a trabajar con sus hijos en las tareas, a aprender habilidades para la comunicación familiar y a involucrarse en la acción comunitaria.
	Promoción de estrategias para el pensamiento alternativo (Promoting Alternative Thinking Strategies [PATHS])	<ul style="list-style-type: none"> • Programa integral para la promoción de las habilidades sociales y de salud emocional. • Está dirigido también a reducir la agresión y los problemas de conducta en los niños de la primaria, al mismo tiempo que mejora el proceso educativo en la clase.
	Habilidades, oportunidad y reconocimiento (Skills, Opportunity, And Recognition [SOAR], anteriormente, el Seattle Social Development Program).	<ul style="list-style-type: none"> • Programa basado en la escuela que busca reducir los riesgos de la delincuencia y el abuso de drogas en la niñez, fortaleciendo los factores de protección. • Combina el entrenamiento para los profesores, los padres y los niños durante la etapa de la primaria para promover la formación de los lazos de los niños con la escuela, el comportamiento positivo en la escuela y el rendimiento académico.

	<p>Programa Fortaleciendo a las familias: para padres y jóvenes de 10–14 años (Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10–14 [SFP 10–14]) (Anteriormente, el Programa Fortaleciendo a las familias de Iowa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partiendo de la evidencia que demuestra que la presencia de problemas en los adolescentes disminuye cuando los padres ejercen una disciplina consistente y brindan apoyo constante, es una iniciativa dirigida a las familias que busca reducir el consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos de riesgo asociados a los adolescentes, entre los que se incluyen, entre otros el VIH/Sida y la salud sexual y reproductiva. • El programa se encuentra diseñado para aplicarse en regiones o sectores con una alta proporción de familias en condiciones económicas desfavorables. • Diseñado para implementarse en siete sesiones. En cada una participan los jóvenes y sus padres. • Actualmente se encuentra en proceso de implementación Colombia.
Programas Selectivos	<p>El Poder para enfrentarse (Coping Power).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención preventiva de varios componentes para hijos y padres, dirigida a los niños pre-adolescentes con un alto riesgo de agresividad y de futuro abuso de drogas y delincuencia. • El entrenamiento enseña a los niños a identificar y a manejar la ansiedad y la ira, a controlar sus impulsos y a desarrollar habilidades sociales, académicas y de resolución de problemas. • Proporciona entrenamiento a los padres
	<p>Enfoque en las familias (Focus on Families [FOF])</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa selectivo para los padres bajo tratamiento con metadona y para sus hijos, que busca reducir el uso de drogas ilegales por parte de los padres, enseña habilidades para manejar a la familia y a reducir, en sus hijos, el riesgo futuro de abuso de drogas.
	<p>Programa para fortalecer a las familias (Strengthening the Families Program [SFP])</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa universal y selectivo, con varios componentes, orientado a la familia. • Brinda apoyo a las familias con niños de 6 a 11 años. • Comenzó como un esfuerzo para ayudar a los padres con drogodependencias a mejorar sus habilidades para la crianza y reducir el riesgo de los problemas subsiguientes para sus hijos, ha demostrado tener éxito en la escuela primaria y las comunidades.

Programas Indicados	Proyecto hacia el no abuso de las drogas (Proyecto TND) (Project Towards No Drug Abuse [Project TND]).	<ul style="list-style-type: none">• Dirigido a jóvenes adolescentes que van a la escuela secundaria.• Su objetivo es prevenir la transición del uso al abuso de SPA tomando en consideración los problemas del desarrollo que confrontan los adolescentes mayores.
	Programa Reconectando a la juventud (Reconnecting Youth Program [RY])	<ul style="list-style-type: none">• Basado en la escuela para estudiantes de la secundaria con bajo rendimiento académico y con potencial de abandonar los estudios.• Los objetivos son aumentar el rendimiento académico, reducir el uso de drogas y enseñar habilidades para manejar el estado de ánimo y las emociones.
Comunidades que se cuidan (Communities That Care).		<ul style="list-style-type: none">• Herramienta para aplicar los avances de la ciencia de prevención en el ámbito comunitario, permite medir la vulnerabilidad específica y guiar la implementación de programas preventivos ajustados y pertinentes al perfil de cada comunidad.• Ayuda a comunidades a planear, ejecutar y evaluar programas de prevención que han probado ser eficaces para cubrir sus necesidades particulares.

Guía de programas preventivos (gpp)

Menú de programas preventivos del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

Cuadro resumen de programas

Programa/ institución	Resumen	Evaluación
Programa CSSE (Competencia Social y Salud Escolar). Universidad Nacional. Grupo de Investigación “Estilo de Vida y Desarrollo Humano”	Este programa busca formar competencias sociales en los escolares. Sustentar, probar y evaluar que el modelo de competencia social funciona como modelo preventivo.	Evaluación pre y post para todos los talleres. Para el módulo Arcos se está realizando un seguimiento longitudinal de 2014 a 2017. Hasta el momento se ha observado efectividad y eficacia solo en algunos talleres.
Experiencias para Vivir y Convivir / Fundación Mentor	Este programa busca desarrollar competencias personales y sociales para la prevención del consumo de SPA y problemas conexos (la información con que se cuenta es mínima).	Aunque se reporta un mejor desempeño social y afectivo en los participantes, no se cuenta con las evidencias.
Consentidos / Fundación Colectivo Aquí y Ahora	Programa que busca que los estudiantes de 5° a 9° aumenten su percepción de riesgo frente al consumo de alcohol y cigarrillo, generando cambios actitudinales y de creencias ante el consumo, así como la interiorización de las influencias normativas. Este programa se implementa en el entorno escolar dentro del currículo durante 5 años en talleres grupales. Involucra a familias y docentes.	Se reportan aumento en la percepción de riesgo del consumo de SPA.

Sanamente/ Fundación Colectivo Aquí y Ahora	Programa que busca aportar al aumento de la percepción de riesgo y de las influencias normativas. En esta modalidad se apadrina a una comunidad educativa que no pueda acceder económicamente al programa Consentidos. Dirigido a estudiantes entre 9 y 11 años pertenecientes a colegios de estratos socioeconómicos 1 y 2.	Se reporta aumento en la percepción de riesgo, sin embargo faltan las evidencias que lo demuestren.
	11 años pertenecientes a colegios de estratos socioeconómicos 1 y 2.	
Anímate/	Este programa se desarrolla en el ámbito escolar dentro del currículo desde 6° hasta	Los datos estadísticos han mostrado cambios

Fuente: Corporación Nuevos Rumbos. (2016). Menú de programas preventivos del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá.

Finalmente, esta información aporta a la definición de programas de prevención basado en evidencia en el país, que permitirán en su conjunto orientar las acciones, programas y estrategias que se planteen, para mejorar los efectos de la prevención realizada por

las entidades territoriales, organización de la sociedad civil y entidades del gobierno nacional; resaltando la importancia de evaluar los procesos enfocados a fortalecer las acciones de prevención basada en la evidencia.

Referencias

- Alvira, F. (1999). Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. (2004). Guía práctica para una prevención eficaz. Madrid: ADES.
- Aos, S., Phipps, P., Barnoski, R. & Lieb, R. (2012). The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime. Volume 4 (1-05-1201). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Ashery, R., Robertson, E., & Kumpfer, K. (1998). Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Battistich, V., Solomon, D., Watson, M., & Schaps, E. (August, 1997). Caring school communities. *Educational Psychologist* 32(3), 137–151.
- Bauman, K., Foshee, V., Ennett, S., Pemberton, M., Hicks, K., King, T., & Koch, G. (April, 2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol. *American Journal of Public Health* 91(4), 604–610.

- Becoña, E. (1999). Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002) Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas. Curso taller Prevención del consumo problemático de drogas. Presidencia de la Republica Oriental del Uruguay. Junta Nacional de Drogas. Recuperado de <http://www.infodrogas.gub.uy/html/actividades/documentos/Uruguay.5.FactoresRiesgoProteccion.27.8.07.pdf>.
- Beauvais, F., Chavez, E., Oetting, E., Deffenbacher, J., & Cornel, G. (January, 1996). Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. *Journal of Counseling Psychology* 43, 292–299.
- Botvin, G.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.; & Diaz, T. (April, 1995). Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association* 273, 1106–1112.
- Botvin, G., Epstein, J., Baker, E., Diaz, T., Ifill-Williams, M., Miller, N., & Cardwell, J. (1997). School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 6, 5-19.
- Cañas, J. (2004). Antropología de las adicciones. Psicoterapia y rehumanización. Madrid. Ed. Dykinson, en Martínez, E. (2006). *Hacia una Prevención con Sentido. Bases del centro de prevención e investigación de la fundación colectivo aquí y ahora*. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.
- Chou, C., Montgomery, S., Pentz, M., Rohrbach, L., Johnson, C., Flat, B., & Mackinnon, D. (October, 1998). Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health* 88, 944–948.
- Conduct Problems Prevention Research Group (February, 2002). Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(1), 37–52.

- Consejo de Europa (1998). Handbook Prevention, Alcohol, Drugs and Tobacco. Alemania: Dutch Ministry of Public Health, Welfare & Sport.
- Cornejo, H. (2009). Estrategias preventivas para evitar el consumo en jóvenes adolescentes. Trabajo de Grado para optar a la Maestría en Educación Mención Orientación. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos.
- Corporación Nuevos Rumbos. (2016). Menú de programas preventivos del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá.
- DEVIDA (2007). Manual para la prevención del consumo de drogas. Proyecto Descentralización de Políticas de Drogas en los Países Andinos. Perú: AVANFIT
- Dishion, T., Kavanagh, K., Schneiger, A., Nelson, S., & Kaufman, N. (2002). Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 3(3), 191–202.
- Escámez, J. (1990). Directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. En J. Escámez (ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención* (pp. 193-208). Madrid: Diyinson.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1997). Información general para la prevención de drogodependencias. Recuperado de http://www.fad.es/contenido.jsp?id_nodo=7&&keyword=&auditoria=F
- Gerstein, D., & Green, L. (1993). *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press.
- Hawkins, J., Catalano, R. & Miller, J. (July, 1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hawkins, J., Catalano, R., & Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 90(5), 1–26.
- Lalongo, N., Poduska, J., Werthamer, L., & Kellam, S. (April, 2001). The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 9, 146–160.

- Johnston, L., O'Malley, P., & Bachman, J. (2002). Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002. Volume 1: Secondary School Students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kosterman, R., Hawkins, J., Spoth, R., Haggerty, K., & Zhu, K. (July, 1997). Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from Preparing for the Drug Free Years. *Journal of Community Psychology* 25(4), 337–352.
- Luengo, M., Romero, E., Guerra, A. y Lence, M. (s.f.). La prevención del consumo de drogas y La conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/preve.pdf.
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Martín, F. (1999). Prevención de la drogadicción en el ámbito escolar. *Adicciones*. Palma de Mallorca, España.
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y Arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Martínez, E. (2006). *Hacia una Prevención con Sentido. Bases del centro de prevención e investigación de la fundación colectivo aquí y ahora*. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.
- Moon, D., Hecht, M., Jackson, & K. Spellers, R. (August, 1999). Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse* 34(8), 1059–1083.
- Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K., & Beauvais, F. (1997). Risk and protective factors for drug use among rural American youth. En Robertson, E., Sloboda, Z., Boyd, G., Beatty, L., y Kozel, N. (Eds.) *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*. NIDA Research Monograph No. 168. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Perry, C., & Kelder, S. (March, 1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.

- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional Para La Reducción Del Consumo De Sustancias Psicoactivas Y Su Impacto. Resumen Ejecutivo. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2010). La prevención en manos de los y las jóvenes. Convenio Ministerio de la Protección Social y la oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: “Fortalecimiento nacional y local para la reducción del consumo de drogas en Colombia”. Bogotá: Alvi Impresores.
- República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2011). Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los SSAAJ. Documento anexo al manual de servicios amigables .Bogotá: Alvi Impresores.
- República de España. (1996). Criterios de Acreditación en Prevención. Madrid: Ministerio del interior. Plan Nacional sobre Drogas.
- Sánchez, L. (1994). Evaluación de la efectividad de los programas de atención a las drogodependencias en la empresa. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Sánchez, L. (2008). Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias. España: Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. Dirección General de Innovación y Gestión de Salud Pública. Subdirección General de Fomento de Programas de Estilos de Vida Saludable servicio de Drogodependencias y Trastornos Adictivos.
- Scheier, L., Botvin, G., Diaz, T., &Griffin, K. (July, 1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education* 29(3), 251–278.
- Spoth, R., Redmond, D., Trudeau, L., & Shin, C. (June, 2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 129–134.
- United States of America. National Institute on Drug Abuse. (2003). Preventing Drug Use amogn children and adolescents. A research-Based guide for parents, educators and community leaders. Maryland: U.S. Department of Health and human service.

- United States of America. National Institute on Drug Abuse, NIDA. (1997). Drug abuse prevention: What Works. Maryland: U.S Department of Health and human service.
- United States of America. National Institute on Drug Abuse. (2003). Preventing Drug Use among children and adolescents. A research-Based guide for parents, educators and community leaders. Maryland: U.S. Department of Health and human service.
- United States of America. National Institute on Drug Abuse. (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. Maryland: U.S. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Webster-Stratton, C. (August, 1998). Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66, 715–730.
- Webster-Stratton, C., Reid, J., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology* 30, 282–302.
- Wills, T., McNamara, G., Vaccaro, D., & Hirky, A. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of*



www.minsalud.gov.co - www.unodc.org/colombia