

MONOGRAFÍA #1

**EVOLUCIÓN DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL MUNDO Y EN
AMÉRICA LATINA: 1970-2014**

Augusto Pérez-Gómez, Ph.D.
Juliana Mejía-Trujillo, T.S.

ISBN: 978-958-57904-2-1

Corporación Nuevos Rumbos, Colombia
Enero 2015

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento a COPOLAD, y especialmente a Teresa Salvador Liviño y Mario Germán Sánchez, por haber creado las condiciones para que produjéramos esta monografía, que puede ser consultada en formato electrónico en www.copolad.es

APG y JMT

Tabla de contenido

Introducción.....	4
1. El consumo de drogas en el mundo y en América Latina	6
La situación en 2013-2014.....	9
2. Surgimiento de la prevención en el mundo y en América Latina	10
3. Qué es prevención: niveles y ámbitos de prevención.....	13
a. Vulnerabilidad, factores protectores, factores de riesgo y riesgo total	15
b. Niveles de prevención	20
c. Ámbitos de prevención	21
d. Otros tipos de prevención:	25
4. Los grandes cambios en la década de los 90 y los comienzos del siglo XXI	27
a. Enfoque de salud pública versus enfoque represivo	28
b. El modelo de desarrollo social	29
c. Los principios de NIDA	30
Factores de Riesgo y Factores de Protección	30
Planeación de Prevención.....	30
Programas en las Escuelas.	31
Programas para la Comunidad.	31
Implementación de los Programas de Prevención	31
d. Qué funciona y qué no en el campo de la prevención	32
La evaluación de los programas de prevención	32
5. El siglo XXI.....	38
a. Avances en políticas internacionales.....	38
b. Surgimiento de la prevención científica	42
6. “CommunitiesThat Care”: un sistema preventivo exitoso	44
a. Surgimiento de Communities That Care (CTC)	44
Áreas y fundamentos de CTC.....	45
CTC como sistema preventivo.....	46
Fases de CTC	48
Sustento empírico de CTC.....	49
b. Evaluación de CTC entre 2001 y 2014	50
c. CTC en otros países del mundo.....	58
d. CQC en América Latina: La implementación de CTC en Colombia 2011-2014.....	59
7. Conclusiones y recomendaciones	65
Sugerencias para América Latina	66
8. Referencias	68

Introducción

En el año 2013 el Observatorio Europeo de Drogas, a través del proyecto COPOLAD¹, promovió la búsqueda y la traducción al español de artículos y documentos claves en el campo del consumo de drogas que existieran solo en inglés o en otro idioma. La misión le fue encomendada a la Corporación Nuevos Rumbos, que exploró durante varios meses en las principales bases de datos bibliográficos existentes (EBSCO, PUBMED, ProQuest, APA, Blackwell Publishing, Ovid Technologies Inc y Elsevier Science) y encontró documentos de gran valor en el campo del tratamiento, de la reducción de daño, de la evaluación de programas. Sin embargo, a pesar de la inmensa cantidad de publicaciones que existe sobre la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, resultó imposible encontrar un trabajo que sintetice lo que ha ocurrido en los cerca de 45 años que lleva el tema sobre el tapete en el mundo occidental. Sin duda existen excelentes reflexiones analíticas, como la de Sloboda, Cottler, Hawkins & Pentz (2009), pero circunscritas generalmente a un país (en este caso, a los Estados Unidos).

Sobre esta base, Nuevos Rumbos decidió proponerle a COPOLAD que realizaría ese trabajo, con base en dos circunstancias: en primer lugar, el conocimiento y la experiencia desarrollados durante largos años de trabajo en esta área; y en segundo lugar por el descubrimiento de los avances del sistema preventivo llamado Communities That Care, que permitió desarrollar en los últimos siete años una cooperación cada vez más cercana con la Universidad de Washington en Seattle, en particular con el Profesor Eric Brown; más recientemente ese acercamiento ha incluido a Kevin Haggerty, Director del Social Development Research Group (SDRG) de la Escuela de Trabajo Social, y a los creadores del sistema: J. David Hawkins y Richard Catalano .

Hemos querido dirigirnos específicamente a los profesionales de la prevención hispanoparlantes de América Latina. Esperamos que este texto, en

¹ Programa de la Unión Europea de cooperación con América Latina

ocasiones denso y difícil, contribuya a orientarlos en su búsqueda de las mejores estrategias para tratar de ponerle freno a la proliferación del consumo de alcohol y otras sustancias entre los adolescentes de América Latina.

Los autores

1. El consumo de drogas en el mundo y en América Latina

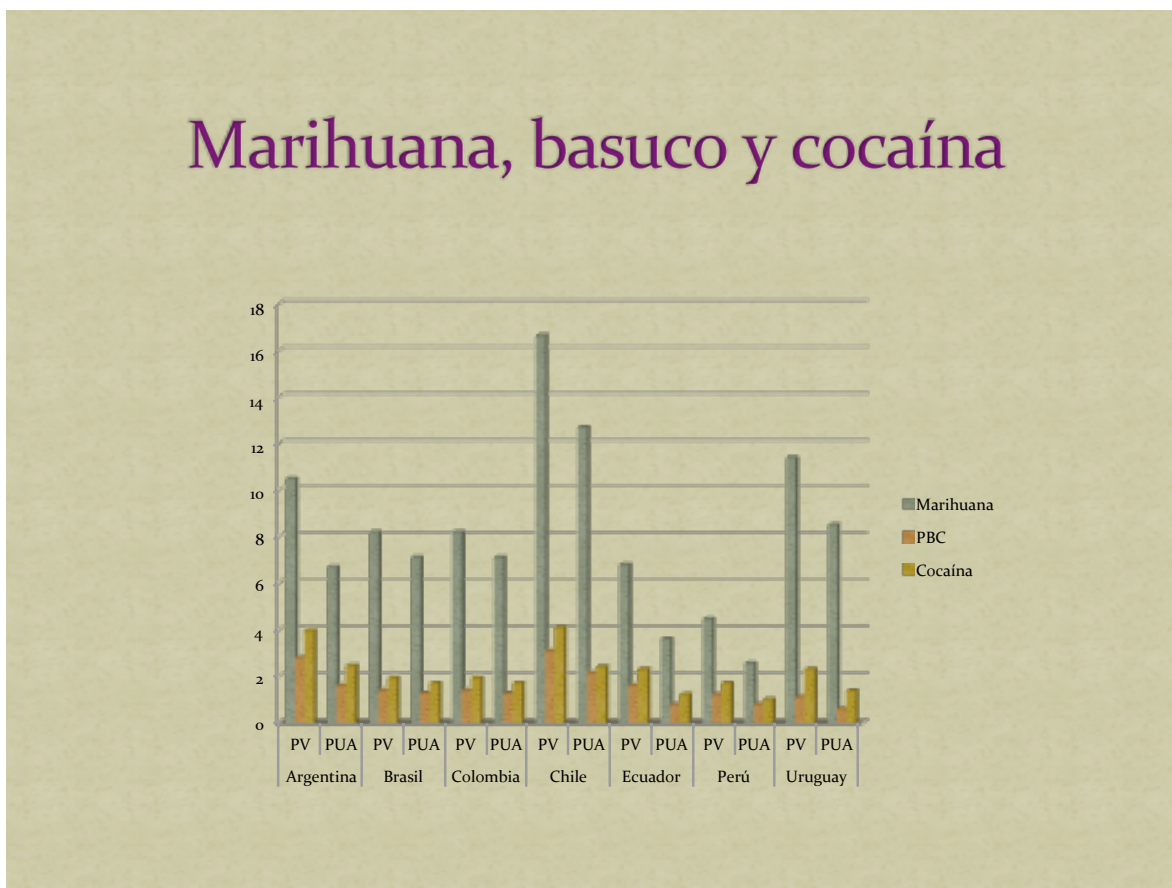
De acuerdo con *El Informe Mundial sobre las Drogas* (UNODC, 2014), se calcula que alrededor de 250 millones de personas en el mundo, es decir, el 5% de su población adulta, consumió algún tipo de droga ilícita por lo menos una vez durante el 2012. Según las estimaciones del Informe, cerca de 30 millones de personas, o el 0,6% de la población adulta mundial, presenta un consumo problemático de drogas. A pesar de que el cultivo de cocaína ha disminuido, y de que el consumo parece estabilizarse en la mayor parte del mundo, el mismo se ha incrementado en varios países en desarrollo y la producción de drogas sintéticas sigue en aumento.

De manera general, el Informe menciona que las dos drogas ilícitas de mayor consumo continúan siendo el cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el “éxtasis”. El consumo no médico de fármacos con fines psicoterapéuticos se ha incrementado de manera considerable, y es notable el alto uso de tranquilizantes y sedantes entre las mujeres (UNODC, 2014).

El consumo de sustancias en América Latina ha seguido un patrón de incremento similar al de muchos otros países en el mundo; sin embargo, y a pesar de la enorme disponibilidad de sustancias como la marihuana y la cocaína, los niveles de consumo han permanecido siempre muy lejos de los de Europa o los de Norteamérica. En 2006² la CICAD publicó un estudio en el que presentó los datos comparativos de consumo en siete países suramericanos; los datos más sobresalientes se observan en las dos gráficas siguientes:

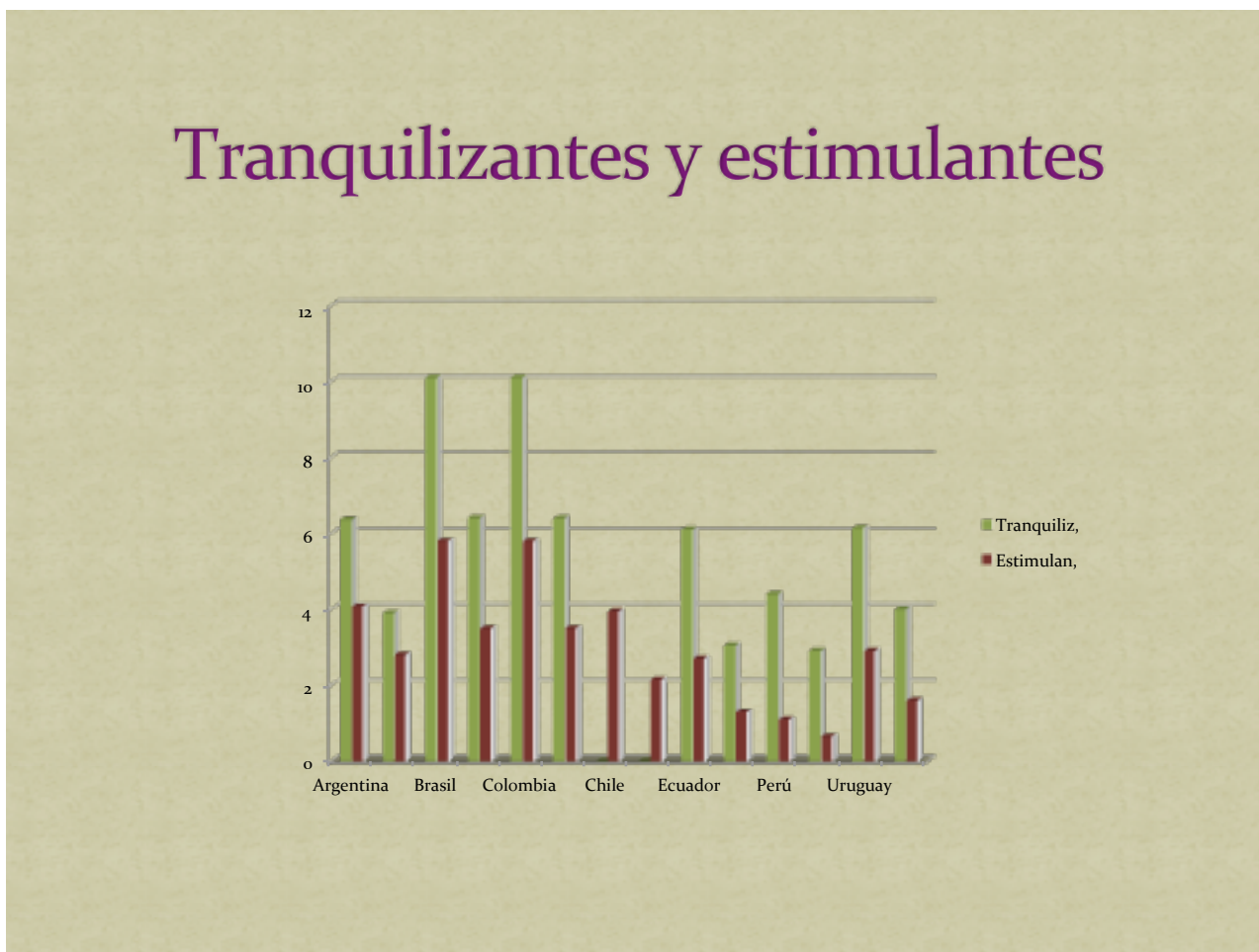
² Se prepara una nueva versión de ese estudio para este año (2015).

Gráfica 1: Prevalencia de vida de consumo de SPA en siete países (2006)



La gráfica 1 muestra que Chile tiene el más alto nivel de consumo de marihuana, seguido de Uruguay y Argentina; la cocaína y la pasta básica tienen también los niveles más altos de consumo en Chile y Argentina; los de menor consumo son Perú y Ecuador, mientras que Colombia y Brasil están en un nivel intermedio.

Gráfica 2: Consumo de tranquilizantes y estimulantes en siete países (2006)



La gráfica 2, por el contrario, muestra que Brasil y Colombia se ubican en el primer lugar, muy por encima de los otros cinco países en el consumo de tranquilizantes; los demás países tienen niveles de consumo muy similares. En cuanto a los estimulantes, nuevamente Brasil y Colombia están de primeros seguidos por Argentina, Chile, Uruguay, Ecuador y Perú, en ese orden.

Otro estudio que es importante considerar es el de consumo de SPA en población universitaria, llevado a cabo por la Comunidad Andina de Naciones y la Unión Europea en 2012 (Comunidad Andina de Naciones & Unión Europea, 2013). De

este estudio, que estuvo precedido por uno similar realizado entre 2008 y 2009 (Comunidad Andina de Naciones & Unión Europea, 2009) se concluye lo siguiente:

En cuanto al último año, hubo un incremento estadísticamente significativo (de 4.8% a 7.9%) de consumo de marihuana; el consumo de cocaína se incrementó levemente (de 0.8% a 1%); los inhalables y el basuco se mantuvieron estables (de 4.3% a 4.2%, y de 0.8% a 0.9%, respectivamente); y el LSD tuvo un aumento de 0.5% a 1.6%, debido especialmente al incremento en Colombia; este último país mostró también el nivel más alto de consumo de marihuana, mientras que Bolivia mostró el menor.

El 16.6% de los estudiantes universitarios colombianos declaró haber consumido alguna sustancia ilegal en el último año. Tales cifras fueron de 10.1% en Ecuador, 5.6% en Perú y 4.6% en Bolivia. El mayor porcentaje de casos problemáticos lo tuvo Bolivia (40%), mientras que los otros tres mostraron porcentajes muy similares (alrededor del 27%).

La situación en 2013-2014

El análisis de múltiples estudios llevados a cabo en el subcontinente y que han sido sintetizados por la CICAD/OEA, 2011a), así como investigaciones locales realizadas por diferentes organizaciones, permiten concluir lo siguiente:

1. Colombia ocupa el primer lugar en el subcontinente en lo que a consumo temprano de alcohol y uso de tranquilizantes se refiere; Chile tiene el consumo más alto de marihuana; Argentina el de cocaína; y Bolivia parece tener la mayor proporción de consumidores problemáticos .
2. Hay una tendencia constante a que el consumo de todas las sustancias, tanto legales como ilegales, se incremente entre las mujeres. En efecto, mientras que la proporción de hombres y mujeres que consumen alcohol con frecuencia es virtualmente la misma, la proporción de consumidores de sustancias ilegales, que hace 20 años era de cerca de 10 hombres por cada mujer, actualmente es apenas superior a 2:1. En lo que se refiere al consumo de tabaco, actualmente hay una proporción ligeramente mayor de mujeres que de hombres, especialmente entre los adolescentes.

3. El consumo de heroína ha tenido un incremento muy rápido en pocos años en algunos países. Esto es particularmente cierto en Brasil, Argentina, Chile y Colombia. Sin embargo, los porcentajes todavía son muy bajos y resultan difíciles de evaluar con las estrategias convencionales de encuestas de hogares.
4. Al igual que ocurre en otras partes del mundo (UNODC, 2014), en las ciudades grandes se ha incrementado el consumo de sustancias sintéticas como el Popper, el GHB, la Ketamina, y la metanfetamina. Aun cuando epidemiológicamente por el momento estas sustancias no constituyen una amenaza grave, es importante realizar monitoreos para ver cómo evoluciona la situación.
5. Ha habido una disminución importante del consumo de pasta básica de cocaína, en todos los países andinos, cuyo uso se limita cada vez más a poblaciones marginalizadas. Sin embargo, en Argentina y Uruguay se ha registrado un cierto incremento en los últimos años.
6. La necesidad de desarrollar sistemas preventivos, dentro de los cuales se inserten programas y campañas preventivas, adquiere cada vez más un carácter agudo. En el momento actual se observa un gran desorden en este campo, una falta de criterios definidos para intervenir y una carencia de estrategias evaluativas que permitan tomar decisiones con base en la evidencia.
7. Igualmente, se impone la necesidad de evaluar a fondo los centros de tratamiento, que siguen actuando, en la mayoría de los casos, con criterios que han sido abandonados en la mayor parte de los países del mundo por su ineficacia, sus costos excesivos o por la falta de preparación de sus operarios.

2. Surgimiento de la prevención en el mundo y en América Latina

A pesar de que todos los textos clásicos sobre el consumo de drogas comienzan afirmando que el problema es tan viejo como la humanidad y que siempre ha existido el deseo y la intención de modificar los estados de conciencia, la realidad es que como

situación epidemiológicamente relevante, este tema solo adquiere importancia en los finales de la década de los 60 del siglo XX. La aparición del hippismo y su rápida expansión por todos los países industrializados tomó a las autoridades completamente desarmadas, y durante varios años nadie supo qué hacer, limitándose en la mayor parte de los casos a tomar medidas represivas contra los consumidores y los distribuidores.

El hippismo no inventó, por supuesto, el problema de las drogas. En Asia Oriental y en Japón el consumo de anfetaminas existía desde antes de la II Guerra Mundial, y en los Estados Unidos y en Europa ya se había iniciado el consumo de heroína. Pero no se trataba de una “epidemia”, sino de unas prácticas que afectaban a grupos relativamente marginales. Por otra parte, desde tiempos inmemoriales ciertas comunidades indígenas y afrodescendientes tenían incorporado el uso de diferentes sustancias en sus costumbres; por ejemplo, comunidades habitantes del piedemonte amazónico consumían y consumen yagé (*Banisteriopsis caapi* mezclado con plantas que contienen dimetiltriptamina); o diversas comunidades, desde el norte de Argentina hasta el Caribe, consumían y consumen hojas de coca mezcladas con diferentes liberadores de los alcaloides. Pero aquí hay una gran diferencia: el consumo de esas comunidades es altamente ritualizado y programado, con estrictos controles sociales, lo que no ocurre con las sustancias que se consumen a nivel urbano en Occidente.

En el punto de partida del asunto tal como lo vivimos actualmente, el consumo de sustancias tenía una doble significación: por una parte, divertirse en grupo; y por otra, crear estados de conciencia especiales que estaban en mayor o menor grado asociados a espiritualidad y a la búsqueda de opciones diferentes a las que les planteaba en ese momento el mundo a los jóvenes, y que se resumía en tres palabras muy populares en Francia: “métro-boulot-dodo”: tomar el metro, trabajar y dormir. El hippismo le proporcionó un valor simbólico al consumo de algunas sustancias, como los alucinógenos y la marihuana: expresaba una forma de rebelarse contra las convenciones y buscar una vida diferente.

El mundo industrializado tuvo la capacidad de absorber lo que se anunciaba como una profunda revolución cultural, y lo hizo de la manera más obvia: lo comercializó.

Así, la revolución nunca tuvo lugar, pero se había dado un paso importante en la materia que nos ocupa: se asumió que consumir drogas era algo normal y aceptable. Lo que vendría después estaba asociado a los efectos nocivos del consumo permanente de múltiples sustancias, generalmente mezcladas con alcohol, que terminaban generando dependencia, sobredosis, muertes y numerosas enfermedades. Había llegado el momento de preocuparse por la proliferación de comportamientos que resultaban amenazantes para la sociedad como un todo. Por lo menos tan amenazantes como lo había sido el hippismo. De allí surgió la idea de que era necesario desarrollar estrategias que previnieran el uso de sustancias entre los jóvenes, así como estrategias para ayudar a quienes ya se encontraban involucrados en problemas por consumir. Y este sí que era un problema nuevo.

La primeras ideas sobre prevención estuvieron asociadas a *campañas publicitarias*, (¿como podría el mundo mercantilista de ese momento entenderlo de otra forma?), en las cuales se trataba de atemorizar a los consumidores. El mundo se llenó de afiches, pancartas, murales, publicidad televisiva, que mostraban esqueletos y calaveras que se presentaban como la consecuencia inevitable del consumo; tanto gobiernos como organizaciones privadas utilizaron durante años discursos terroríficos (y falsos, por supuesto), que nunca engañaron a nadie, y que no contribuyeron a modificar el comportamiento de ninguna persona. A pesar de que rápidamente se demostró la inutilidad de tales estrategias, la realidad es que todavía esa práctica no ha sido completamente abandonada.

La segunda fase fue la de los eslóganes, como el célebre “Just say no” de Nancy Reagan, Primera Dama de los Estados Unidos; hubo miles del estilo “Amor, no drogas”, “Paz, no drogas”, “No soy un idiota, digo no a las drogas”, “¿Basuco? No gracias, prefiero vivir”. Estas frase solían tener un gran impacto entre los adultos, pero casi nunca provocaban nada diferente a risa y burlas entra la supuesta población objetivo, es decir, los adolescentes. Sorprendentemente, aun cuando casi todo el mundo parece saber actualmente que las campañas publicitarias no tienen ningún impacto cuando se utilizan aisladamente, la práctica no ha sido abandonada.

La tercera fase, en la que comenzaba a aparecer una conciencia de que el problema era más complejo de lo que se había presumido, se caracterizó por intervenciones en

las escuelas y colegios en las que miembros de la Policía dialogaban con los jóvenes y les mostraban los estragos de las diferentes sustancias: el ejemplo más clásico es el DARE (Drug Abuse Resistance Education), creado por la Policía de los Estados Unidos y que llegó a ser adoptado por 75% de las escuelas de ese país y se extendió a otros 40³; o un llamado “experto” daba conferencias y talleres sobre estos asuntos y proporcionaba información (Degnan, 1972; O’Rourke & Barr, 1974); o se invitaba a un rehabilitado a explicar las tragedias por las que había atravesado en el infierno de las drogas. Nada de esto contribuyó a frenar el crecimiento intensamente acelerado de la situación, especialmente en los países más desarrollados.

De esta manera, en la mitad de la década de los 80 comienzan a aparecer *programas preventivos* especializados, particularmente en los Estados Unidos y en Canadá, la mayoría de ellos focalizados en las escuelas (Botvin & Griffin, 2003), algunos en los padres de familia y unos pocos en ambos (Kumpfer & Alder, 2003). Algunos de los primeros en tener amplio reconocimiento se inspiraron en Bandura (1977) y su idea de auto-eficacia o en la más global de “resistencia social” porque les enseñaban a los niños a hacerle frente a la presión de grupo (Farrell & White, 1998; Oetting & Lynch, 2003; Sloboda, Cottler, Hawkins & Pentz, 2009). Como se demostraría en los años que siguieron, pocos de ellos realmente produjeron resultados consistentemente positivos. Sería necesario primero profundizar en los conceptos que estructuran los procesos preventivos, e identificar los tipos de prevención que se adecúan a diferentes situaciones y poblaciones.

3. Qué es prevención: niveles y ámbitos de prevención

Aun cuando el prestigioso diccionario español “Prevención de la A a la Z” (Sanz, Salvador, Suelves, Jiménez & Martínez, 2004) asegura que no existe una definición de

³El caso del DARE es muy significativo: hay numerosas evaluaciones que demuestran su total ineficacia, y a pesar de ello se sigue utilizando en muchos países (ver, por ejemplo, Ellickson, 1995, Ennett, Tobler, Ringwalt, & Flewelling, 1994, y Minnesota Institute of Public Health, 1997)

prevención, parece existir un acuerdo general alrededor de la idea de que se trata de “la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del uso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas, como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo” (p.143).

En el caso de las drogas, se entiende por *programa preventivo* “un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo y abuso de las distintas drogas” (Becoña, 2002, p. 15). Subyacente a todo ello está la idea de que si se previene, se evitarán los graves problemas físicos, psicológicos y sociales que las drogas producen. De manera específica, los programas de prevención buscan (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España, 2000):

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

Existe desde hace alrededor de 20 años un acuerdo bastante general sobre la importancia de **conocer los factores de riesgo y de protección** para poder implementar programas preventivos. En este contexto, “un *factor de riesgo* es un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (Clayton, 1992, p. 15). Y un *factor protector* 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” (Clayton, 1992, p. 16).

El **modelo teórico general** subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamenta en lo que conocemos sobre la etiología del consumo de drogas. Este podría resumirse en tres ejes básicos:

1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras;

2) hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen; y

3) toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias. Con dicho conocimiento podremos aplicar estrategias preventivas adecuadas para que el consumo no se produzca o se detenga cuando se aplican las estrategias de prevención (Pentz & Li, 2002).

a. Vulnerabilidad, factores protectores, factores de riesgo y riesgo total⁴

Debe entenderse la *vulnerabilidad* de una persona o de un grupo social como la condición en la que una serie de factores de diferente índole interactúan de tal manera que producen un determinado grado de fragilidad o de resistencia frente a una situación de amenaza. Esta definición nos remite de inmediato a tres conceptos que son ampliamente conocidos por todas las personas que trabajan en el campo del consumo de sustancias psicoactivas: el de factores protectores y factores de riesgo, por una parte, y al concepto de “riesgo total”, por otra. El propósito aquí será doble: en primer lugar, presentar esos factores agrupados para poder poner de manifiesto lo que los investigadores han podido determinar de manera cada vez más sistemática en los últimos 20 años: que el **uso** de sustancias psicoactivas (SPA) está especialmente asociado a *factores sociales y de presión de grupo*, y que el **abuso** de SPA tiene una

⁴Esta sección retoma algunos elementos del capítulo 9 de Pérez Gómez (2012b)

mayor relación con *factores de carácter psicobiológico* (Glantz & Pickens, 1992; Sloboda & Bukoski, 2003). En segundo lugar, mostrar por qué es necesario, precisamente por esos determinismos, repensar el futuro de la prevención: en efecto, el uso de drogas a nivel experimental, “recreativo”, circunstancial (por oposición a los usos impulsivo y compulsivo, que son formas de abuso) tiene inmensas repercusiones en la juventud y está relacionado con una gran variedad de problemas de carácter legal, económico, sexual, de identidad, de fracaso escolar o de asociaciones indeseables en mayor o menor grado; y puesto que una proporción importante de quienes durante un tiempo son usuarios ocasionales terminan involucrados en situaciones de abuso, la meta inicial deberá ser, particularmente en los menores de edad, evitar al máximo **cualquier** uso de SPA y retardar hasta donde sea posible el inicio de consumo de alcohol.

Una clasificación ampliamente aceptada de los factores de riesgo es la siguiente (Clayton, 1992; Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Hawkins & Catalano, 1996; Sloboda, Glantz & Tarter, 2012):

1.Riesgo psicológico y biológico: Impulsividad; Curiosidad; Sensibilidad biológica; Búsqueda de placer; Búsqueda de ‘escapes’; Búsqueda de sensaciones; Déficit atencional / hiperactividad; Baja activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso central; Factores hormonales; Baja autoestima; Psicopatología / Depresión; Trastornos del desarrollo; Trastornos de aprendizaje.

2.Riesgo parental: Pobres relaciones con/entre ellos; Control hostil; Control inconsistente; Rebeldía; Actitudes favorables hacia el consumo; Hijos de consumidores.

3.Riesgo escolar: Bajos logros académicos; Bajas aspiraciones; Bajo compromiso; Déficits intelectuales; Abandono escolar.

4.Riesgo con los pares: Rechazo de los pares; Delincuencia; Estar con pares consumidores; “Malos amigos”; Presión de grupo.

5.Otros riesgos : Contexto global; Privación económica extrema; La publicidad, que hace de las SPA ‘objetos de consumo’ como cualquier otro; Aceleración del ritmo de vida, ‘anomia’ y moda; Delincuencia; Venta y consumo de drogas en el vecindario;

Organización del vecindario; Falta de espiritualidad/religiosidad; Inconformidad con las reglas; Uso temprano de alcohol.

En este contexto, se entiende por *riesgo total* el resultado de la combinación del peso relativo de cada uno de los factores que intervienen y que globalmente se pueden agrupar en tres grandes categorías: el contexto social y medioambiental; la persona misma; y la sustancia. Ese triángulo permitirá evaluar la situación precisa de una persona o de un grupo.

Brook, Brook, Richter & Whiteman (2003) proponen la siguiente clasificación de factores de riesgo, que tiene mucho en común con la presentada arriba:

- a) La relación de pareja: los conflictos de pareja interfieren con el desarrollo de las relaciones entre los padres e hijos, reduciendo la oportunidad de los padres para influir en las normas y reglas que deben adoptar los adolescentes. En tales condiciones los adolescentes no encuentran un soporte emocional y aumentan los riesgos de conducta delincinencial y consumo de drogas.
- b) Uso de drogas de los padres y personalidad: el uso de drogas de los padres ha estado relacionado en muchas investigaciones con el uso de drogas en los adolescentes. Los niños que tienen una estrecha relación con sus padres a menudo adoptan los rasgos de la personalidad de sus padres.
- c) La relación entre padres y adolescentes: apego mutuo: los padres que no consumen droga, en comparación con padres que consumen, reportaron tener mejores relaciones afectivas con sus hijos; el mantener unas relaciones afectivas cálidas entre los padres e hijos es un factor protector, debido probablemente a las siguientes razones: a) el afecto propicia unas adecuadas reglas y disciplina dentro del hogar; b) también ofrece modelos parentales de control de comportamiento, c) cuando se dan conflictos los resultados son menos frustrantes, y hay menos agresión y rebeldía, y d) los jóvenes presentan una identificación con sus padres, y el resultado es la incorporación de valores en el comportamiento.
- d) Atributos de la infancia: los rasgos individuales de personalidad del adolescente afectan el comportamiento en cuanto al consumo de drogas; un joven irritable, de fuerte temperamento y distraído, es más propenso a

comportamientos como delinquir o consumir drogas en la adolescencia o en la edad adulta. La psicopatología infantil es frecuentemente un factor de riesgo en los problemas de comportamiento. Dos psicopatologías que han sido identificadas como comunes en los factores de riesgos en cuanto al abuso de drogas son la depresión y la personalidad antisocial; también se ha sugerido que la hiperactividad y el déficit de atención infantiles incrementan los riesgos de consumo de sustancias.

- e) Pares: los grupos de pares poseen una gran influencia en los adolescentes respecto al uso de las drogas. Algunos estudios han demostrado que la familia y el colegio influyen en el comportamiento de los pares, los cuales comparten valores y afectos.
- f) La personalidad del adolescente: los aspectos de mayor capacidad predictiva de uso de drogas son las variables relacionadas con búsqueda de sensaciones, toma de riesgos, rebeldía y el bajo rendimiento escolar.
- g) El contexto y la cultura: factores como la violencia, la religión, delincuencia y pobreza son algunos factores de riesgo en los adolescentes frente al consumo de drogas.

Una aproximación ligeramente diferente, pero complementaria, es la de Flay & Petraitis (2003); estos autores proponen que las siguientes son las mayores influencias sobre el consumo de sustancias:

- a) Conocimientos específicos de la sustancia

Pocas personas tienen el conocimiento exacto sobre los efectos fisiológicos, las consecuencias legales, las reacciones dentro del entorno y las consecuencias inmediatas a nivel de la salud que tiene el consumo de sustancias. Por ejemplo, muchos preadolescentes dicen que al fumar su primer cigarrillo sienten náuseas, y creen que eso eventualmente les ayuda a madurar y probablemente no tendrán cáncer de pulmón en un futuro.

- b) Experiencia previa del consumo de sustancias

Varios estudios han encontrado que el consumo temprano de tabaco o alcohol, puede predecir el futuro consumo de estas y de otras sustancias (Petraitis, Flay, Miller, Torpy & Greiner, 1998; Pérez-Gómez, Scoppetta y Flórez, 2011).

c) Uso de sustancias relacionado con actitudes y comportamientos de otras personas

En algunas ocasiones los adolescentes tienen mayor predisposición frente al consumo de sustancias cuando sus padres tienen una actitud favorable frente a esta. Las relaciones entre los pares son otro factor de predisposición, pues comparten gustos y creencias sobre diversas situaciones.

d) Entorno familiar

Según Petraitis et al. (1998), hay estudios longitudinales que han demostrado que los adolescentes que se encuentran en mayor riesgo de consumo de sustancias son quienes tienen un hogar con padres divorciados, bajo estrato socioeconómico, han sido protagonistas de abuso por parte de su padres, y de negligencia o escaso soporte emocional.

e) Conductas desviadas y valores no convencionales

Los adolescentes presentarían más factores de riesgo cuando rechazan los valores tradicionales, son críticos de la sociedad en general, son intolerantes al cambio, asumen posiciones políticas extremas, están en contra de la religión, o no se sienten comprometidos con la educación⁵.

f) Rasgos de la personalidad y los estados afectivos

Esto mismo autores han señalado que el consumo de sustancias es más común en personas con características como: falta de persistencia o voluntad para lograr el objetivo a largo plazo, poco control y estabilidad emocional, rebeldía, agresividad u hostilidad con los demás.

g) Influencias biológicas

⁵Estos sólo deben ser considerados factores de riesgo cuando ocurren dentro de condiciones extremas negativas desde el punto de vista familiar, social y económico, pues de otra forma se estaría diciendo que cualquier desacuerdo con el sistema imperante es un “factor de riesgo”, lo cual implicaría una posición ideológica muy peligrosa.

Para Petraitis y sus colaboradores (1998) la genética podría contribuir a identificar ciertas características que incrementarían el riesgo de consumo de sustancias. Según ellos, la investigación sugiere que el abuso de sustancias entre los adolescentes es más común en aquellos con temperamento difícil. En segundo lugar, los factores biológicos pueden ser afectados por el consumo de sustancias, pues algunas personas son más susceptibles a los efectos de las sustancias o tienen fuertes deseos fisiológicos para sustancias específicas.

b. Niveles de prevención

Luego de décadas de utilizar los conceptos típicamente médicos de prevención primaria, secundaria y terciaria, o los todavía más imprecisos de prevención específica e inespecífica, Gordon (1983) propuso una “clasificación operacional” de prevención de enfermedades; su propuesta ganó aceptación, y más tarde Mrazek & Haggerty (1994), dedicaron un libro entero a demostrar cómo esta clasificación era mejor que la tradicional al aplicarla a las llamadas “enfermedades mentales” o trastornos del comportamiento, y propusieron un modelo alternativo llamado “el espectro de intervención en salud mental”; la propuesta Gordon- Mrazek & Haggerty incluye tres niveles de intervención: la universal, la selectiva y la indicada. Desde este modelo la prevención se implementa antes del comienzo de un trastorno; una vez se establece que el umbral del diagnóstico ha sido superado, los programas de tratamiento son necesarios; y el último nivel es el mantenimiento. Aun cuando de inspiración médica, este enfoque resultó mucho más adecuado para manejar los asuntos relacionados con problemas de consumo de alcohol y otras sustancias, y en la actualidad se utiliza en todos los países del mundo occidental.

Las intervenciones universales deben ser dirigidas a la población general. Las intervenciones selectivas son para subgrupos de la población que presenten un riesgo biológico, psicológico o social superior al normal. Por último, la prevención indicada debe ser implementada para aquellos con signos o síntomas de estar desarrollando un trastorno.

c. Ámbitos de prevención

La prevención puede ser considerada, globalmente, como una mesa de cuatro patas: los adolescentes y niños, que constituyen el principal objetivo; la familia como elemento nuclear de la sociedad; la escuela, como segundo referente de socialización; y la comunidad, en donde se desarrolla la vida del adolescente. Por esta razón, los programas preventivos tienden a focalizarse en cada uno de estos ámbitos (Sloboda & Bukoski, 2003).

Prevención del consumo de drogas en adolescentes

A partir del siglo XX la adolescencia se convirtió en un período especial de la vida, que modificaba la transición relativamente brusca que existía anteriormente entre la niñez y la adultez. En otras palabras, se “inventó” una fase del ciclo vital, y se procedió a atribuirle características “inherentes” a esa etapa, como la volubilidad, la rebeldía, la susceptibilidad a la presión del grupo de pares, un sentido de pertenencia a un grupo de pares, unas prioridades centradas en ellos mismos y en sus grupos de amigos, una necesidad de independencia simultánea con una fuerte necesidad de protección.

La familia, la escuela y el grupo de pares son los vínculos más fuertes que tiene el adolescente (socialización primaria, según Oetting & Lynch, 2003) y constituyen un trípode sobre el cual él se apoya; de estos tres, son los pares de quienes pueden provenir las influencias más negativas, pues las familias, aun disfuncionales, intentan generalmente crear las mejores condiciones posibles; y la escuela, por vocación, no tiende a ser una fuente de comportamientos negativos: cuando esto ocurre se trata de situaciones aisladas, relacionadas con falta de oportunidades, situaciones de discriminación, maestros maltratadores, y otras semejantes. Estas son las razones por las que es tan importante fortalecer las características personales, en la medida en que los pares se influyen mutuamente y no siempre de manera positiva; en ese contexto pueden surgir comportamientos como abuso de sustancias, delincuencia, deserción escolar y embarazo adolescente. Pero también pueden surgir situaciones de ayuda de parte de los pares que generen intervenciones muy efectivas (Hawks, Scott, McBride, Jones & Stockwell, 2002). Sin embargo no debe ignorarse la posibilidad de que en los programas preventivos de pares los núcleos de pares negativos se asocien y terminen

incrementado las posibilidades de incurrir en los mismos o en nuevos comportamientos problemáticos (Oetting & Lynch, 2003, p.118).

De acuerdo con Blueprints Programs (2014), los mejores programas de pares son LifeSkills Training (LST), Positive Action, Project Towards No Drug Abuse y Coping Power. El más conocido y utilizado en América Latina es LST, llamado en español Habilidades Para la Vida (HPV) (Botvin, Baker, Renick, Filazzola & Botvin, 1984; Botvin & Griffin, 2003).

Prevención familiar

En los últimos años la prevención familiar ha incrementado su relevancia al conocerse cada vez más, por los factores de riesgo y protección, la importancia de la misma en la etiología del consumo de drogas (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Moncada, 1997). Lo que hacen estos programas es fomentar habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar; e incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas y para concientizarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España, 2000).

El mayor problema que tienen los programas preventivos a nivel familiar es la escasa participación de los padres. Y, cuando participan, suele ser la madre la que acude a las sesiones más que el padre. Para hacer la situación más difícil, quienes acuden suelen ser buenos padres, responsables y preocupados por sus hijos.

Una intervención importante es aquella orientada específicamente a familias problemáticas donde los padres o los hijos consumen drogas o tienen un riesgo muy alto de consumir (Díaz & Ferri, 2002). Facilitar el acceso de los mismos a dichos programas o combinarlos con otras intervenciones de tipo comunitario facilita la adherencia a los mismos.

Una revisión de Kumpfer & Alder (2003) propone varios programas familiares como efectivos; de ellos solo uno es utilizado en algunos países de América Latina bajo el nombre de Familias Fuertes (Strengthening Families Program).

Prevención escolar

La gran mayoría de los programas preventivos se centran en las escuelas,

por múltiples razones: en primer lugar, se dispone de una población “cautiva” que se encuentra, por su edad, en una situación de alto riesgo; en segundo lugar, por su vocación las escuelas están comprometidas con la educación en varios ámbitos, incluido el de la salud; en tercer lugar, porque el consumo de sustancias está estrechamente relacionado con fracaso y abandono escolar. En la práctica, en América Latina existen algunas limitantes como:

- a. Una parte de quienes precisan intervenciones preventivas para no consumir drogas no asisten a la escuela.
- b. Suponen con frecuencia la inclusión, además de los alumnos, de los profesores y los padres. La práctica muestra que los profesores muchas veces consideran que tal inclusión incrementa sus exigencias laborales, sin ninguna retribución; y ya vimos antes que la asistencia de los padres es un problema sin resolver de los programas preventivos en muchas partes del mundo.

De todas formas, son muchas las ventajas que tiene hacer la prevención en la escuela. Alonso, Freijo y Freijo (1996) señalan varias, como:

- c. Es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales (Oetting, 1992; Oetting & Lynch, 2003)
- d. Porque actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención del adulto tiene una gran incidencia.
- e. Porque a lo largo de la edad escolar los alumnos están sometidos a cambios y momentos de crisis que les exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
- f. Porque es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- g. Porque los profesores, así como otros componentes de la comunidad educativa, son agentes preventivos debido a su cercanía con los alumnos, a su papel como modelos y a su función educadora.

Prevención comunitaria

La prevención en su sentido más amplio debería ser siempre comunitaria.

Frente al consumo de SPA, busca poner en marcha distintos recursos para lograr reducir la presencia de comportamientos problemáticos, incrementar la edad de inicio del consumo de drogas y disminuir su incidencia; como dice Masías (2007),

“los programas preventivos, desde el enfoque comunitario, poseen una dinámica propia que surge de las necesidades, aspiraciones y potencialidades de la población.” (p.24).

O’Connell, Boat & Warner (2010) aseguran que las intervenciones preventivas comunitarias tienen dos características: primero, enfocan la prevención en una población específica esperando un resultado específico; y segundo, se ejercen múltiples influencias sobre el comportamiento objetivo a través de diferentes vías (p.187).

Los programas preventivos comunitarios implican identificar los recursos existentes, evaluar la participación y el compromiso de distintos actores públicos, privados y de base, fijar unos objetivos y unas metas sobre lo que se desea lograr con la población a la que van dirigidos, y realizar una planeación y ejecución conjunta de las acciones.

Hacer la prevención desde una perspectiva comunitaria tiene claras ventajas, como:

- a. Se puede incidir en más factores de riesgo en distintos niveles, siempre y cuando se incluyan representantes de los cuatro ámbitos de prevención;
- b. Permite unificar un lenguaje común en quienes tienen la responsabilidad de planear y ejecutar las acciones preventivas;
- c. Optimiza y focaliza los recursos en torno a unas acciones específicas respaldadas por todos los actores de un territorio.

Los pasos que sigue el diseño y aplicación de un programa comunitario pueden ser los sugeridos por Santacreu, Márquez & Rubio (1997):

- a. Análisis de necesidades e identificación de las poblaciones de riesgo
- b. Establecimiento de las metas de la prevención, establecimiento de los objetivos, planificación y establecimiento de estrategias de cambio
- c. Identificación de recursos

- d. Adecuación de recursos-necesidades (entre lo que se tiene y lo que se necesita, en función de metas y objetivos concretos)
- e. Establecimiento de canales de comunicación y asignación de tareas, implementación, evaluación y revisión del programa en función de los resultados obtenidos con el mismo.
- f. Selección cuidadosa de la población o poblaciones objetivo, a la que se va a dirigir el programa, ya que es claro que no es posible para llegar a todos.

d. Otros tipos de prevención:

Prevención laboral: En los últimos años ha cobrado relevancia la prevención en el medio laboral, resultado del alto nivel de consumo de drogas, tanto legales como ilegales, en los trabajadores: de hecho, la mayoría de los consumidores de drogas y los fuertes consumidores de alcohol, son adultos empleados (Cook, 2003). Esto ha propiciado que tanto desde las administraciones, como desde los sindicatos y asociaciones patronales, y especialmente en muchas grandes empresas, se hayan puesto en marcha distintos programas para prevenir el consumo abusivo de drogas en el ámbito laboral. El acento se ha puesto, en general, en las sustancias legales y más que todo en el alcohol, altamente relacionado con accidentalidad, ausentismo y morbilidad (Calafat, 2002).

Otro tipo de prevención es el que se realiza en centros de reclusión (ej., centros penitenciarios, centros de protección y cumplimiento de sanciones para adolescentes). Estas poblaciones son altamente vulnerables por las condiciones de vida en los centros de reclusión en casi todos los países de América Latina y el Caribe, donde es muy fácil introducir drogas y alcohol (Pérez Gómez, Ruíz, Valencia & Rodríguez, 2007; Pérez Gómez, 2010).

Hay, literalmente, cientos de artículos que hablan sobre estrategias preventivas en las prisiones, casi todos ellos buscando disminuir el riesgo de infección por VIH. En la mayoría de los casos se trata simplemente de dar instrucciones sobre no compartir parafernalia y utilizar siempre condones (que pueden ser provistos por la institución). La tendencia en el momento actual es a proporcionar un cuidado más global sobre la

salud de los internos, promover la reducción de daños y a hacer prevención universal (Woods, Lanza, Dyson & Gordon, 2013).

De acuerdo con Becoña (2002), las siguientes serían las principales ventajas y desventajas de cada tipo de prevención:

Prevención Universal: Es aquella que va dirigida a todo el grupo objetivo, sin distinción.

Ventajas

- ❖ no etiqueta ni estigmatiza;
- ❖ 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.

Desventajas:

- ❖ 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 en 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 demostrar un efecto global beneficioso.

Ventajas de los niveles de prevención selectiva e indicada:

- ❖ posibilidad de tratar los problemas tempranamente;
- ❖ potencialmente eficiente.

Desventajas de los niveles de prevención selectiva e indicada:

- ❖ posibilidad de etiquetación y estigmatización;

- ❖ dificultades con el screening: 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 lo largo del tiempo;
- ❖ dificultades de elegir el grupo de riesgo adecuadamente;
- ❖ 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.

4. Los grandes cambios en la década de los 90 y los comienzos del siglo XXI

Los cambios más importantes que sucedieron en el ámbito de la prevención durante esta década fueron:

1. El inicio de las *evaluaciones sistemáticas* de los programas preventivos, que se van definiendo cada vez mejor alrededor de poblaciones objetivo (escolares, familiares, comunitarias);
2. El surgimiento del concepto de *ciencia de prevención*;
3. La definición de los *principios preventivos*;
4. La utilización deliberada y articulada de los *enfoques de desarrollo social y de salud pública*;
5. La sustitución de la tradicional clasificación de prevención primaria, secundaria y terciaria, por la que habla de *prevención universal, selectiva e indicada*.
6. La formulación cada vez más clara de *políticas públicas* nacionales e internacionales para enfrentar el problema del consumo de drogas;
7. El surgimiento de *sistemas preventivos*.

Estos son los temas de los que tratan esta sección y la siguiente.

a. Enfoque de salud pública versus enfoque represivo

El primer abordaje frente al consumo de drogas fue de carácter represivo: de hecho, en casi todas las legislaciones vigentes en las últimas décadas del siglo XX, se contemplaban sanciones para los consumidores de sustancias prohibidas, y esto basado en buena parte en las convenciones de Naciones Unidas de 1961, 1972, 1978 y 1988. Pero pronto se empezó a ver que el castigar con penas privativas de la libertad a los consumidores de SPA creaba un problema social grave: convertía en criminales a personas cuyo único delito era el consumo; los aislaba socialmente; no generaba ninguna ventaja para la sociedad; les impedía resolver problemas y les imponía problemas nuevos; y llenaba las cárceles con personas que no eran delincuentes en ningún sentido.

De esta manera, en Europa Occidental se dejaron de aplicar las sanciones a los consumidores desde los años 70 del siglo pasado, y los Países Bajos adoptaron desde 1976 una política de despenalización del consumo de marihuana, haciendo legal la venta de esta sustancia en los llamados *coffee-shops* de Amsterdam. Se han dado incontables debates alrededor de esta decisión holandesa, pero solo hasta hace muy poco tiempo otros países como Portugal, Argentina, México, España y Uruguay se han arriesgado a tomar medidas parecidas y que incluyen otras sustancias. En Occidente solo los Estados Unidos han mantenido una política represiva, aun cuando bruscamente, a partir de 2004, se empezaron a abrir las puertas a una virtual legalización, que se logró a través de una especie de truco político: se empezaron a exaltar ciertas virtudes medicinales de la marihuana y terminó proponiéndose una “marihuana médica”, que permite que con prescripción cualquiera pueda fumarla. Y eso después de tantos años de poner a personas en la cárcel por fumar, vender o producir esta SPA.

La situación con otras SPA es diferente. Ningún país ha tomado medidas semejantes a las de Holanda con la cocaína o la heroína, aun cuando algunos han

descriminalizado su uso. El giro en la dimensión legal se ha visto acompañado por la sustitución de la perspectiva represiva por una de salud pública.

El **modelo** clásico de salud pública contempla la participación de tres grandes grupo de factores en la aparición de un problema sanitario: el receptor (que puede ser cualquier organismo vivo), el agente (lo que transmite el problema, que puede ser un organismo o un elemento inerte) y el medio ambiente. Aplicado al problema de las drogas, el **modelo** de salud pública se expresaría en el sujeto que consume (receptor o huésped) y todas sus características, la droga que se consume y las circunstancias que rodean el consumo (familia, escuela, pares y comunidad) (Bukoski, 2003); la aplicación del modelo como **enfoque de salud pública** tiene fundamento en la identificación de los predictores (factores de riesgo) y de la probabilidad de aparición de un problema de consumo con el fin de dirigir todos los esfuerzos a disminuirlo.

b. El modelo de desarrollo social

Uno de los avances de la década de los 90 en el campo de la prevención fue la utilización cada vez más amplia del modelo de desarrollo social. Este modelo tiene dos componentes centrales: por una parte, la formulación de unos *estándares* de conducta claros para lo adolescentes, que se transmiten a través de *vínculos* fuertes con los adultos cercanos (familia, escuela, comunidad). El objetivo es conseguir que esos adolescentes se transformen en adultos saludables; esto se logra al ofrecerles a los jóvenes *oportunidades, habilidades y reconocimiento*, que a su vez se convierten en factores protectores que amortiguan los factores de riesgo para conductas problemáticas (Catalano & Hawkins, 1996).

Las *oportunidades* se generan en todos los ámbitos en los cuales se mueven los jóvenes y se refieren, por supuesto, a la posibilidad de desarrollar *habilidades* de cualquier tipo: desde artísticas hasta de manejo de situaciones de conflicto , pasando por habilidades cognitivas e intelectuales. Para que las habilidades se mantengan es necesario ofrecer un reconocimiento (refuerzo positivo) de lo que permiten lograr y de la forma como contribuyen al beneficio de la comunidad (Catalano & Hawkins, 1996).

Este modelo, de una aparente gran simplicidad, exige una permanente coherencia de esfuerzos de todos los actores y una constante revisión de los estándares que se desea promocionar y de los roles que deben asumirse para lograrlos.

c. Los principios de NIDA

En 1998 el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA), planteó una serie de principios destinados a orientar la prevención. Estos principios están basados en los resultado de los estudios de múltiples autores sobre la reducción de los factores de riesgo individuales, familiares, de pares, escolares y comunitarios. Se presenta una síntesis de la última versión de esos principios (NIDA, 2003).

Factores de Riesgo y Factores de Protección

Principio 1. Los programas de prevención deben fortalecer los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo. Influyen factores como edad, sexo, etnia, cultura y entorno de una persona, y la intervención temprana.

Principio 2. Los programas de prevención deben permear todas las formas de abuso de drogas, diferenciadas o combinadas, incluyendo el uso de drogas legales en menores de edad .

Principio 3. Los programas de prevención deben señalar el problema de abuso de drogas dentro de la comunidad local, dirigirse a los factores de riesgo modificables y fortalecer los factores de protección identificados .

Principio 4. Los programas de prevención deben estar contruidos “a la medida” para abordar los riesgos específicos según las características de cada población o audiencia.

Planeación de Prevención.

Principio 5. Los programas de prevención basados en la familia deben aumentar los vínculos familiares y las relaciones, e incluir habilidades al momento de ser padres,

incluyendo educación e información sobre drogas; el monitoreo y la supervisión de los padres son críticos para la prevención del abuso de drogas.

Programas en las Escuelas.

Principio 6. Los programas de prevención pueden ser diseñados para intervenir tan temprano como en preescolar para permear los factores de riesgo como el comportamiento agresivo, pocas habilidades sociales y dificultades académicas.

Principio 7. Los programas de prevención para los niños de la escuela primaria deben apuntar a mejorar el aprendizaje académico y socio-emocional. La educación debe enfocarse en destacar las siguientes habilidades: autocontrol; conciencia emocional; comunicación; resolver problemas sociales; y lectura.

Principio 8. Los programas de prevención para secundaria deben incrementar la competencia académica y social por medio de las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico; comunicación; relaciones con los compañeros; asertividad y auto-eficacia; habilidades de resistencia hacia las drogas; reforzar las actitudes antidrogas; y fortalecer el compromiso personal contra el abuso de drogas.

Programas para la Comunidad.

Principio 9. Los programas de prevención comunitaria apuntan a poblaciones en general y pueden producir efectos benéficos en familias y niños con alto riesgo.

Principio 10. Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas efectivos, como los basados en familia y basados en la escuela, pueden ser más efectivos que un programa por sí solo .

Principio 11. Los programas de prevención comunitarios que alcanzan poblaciones en varios escenarios – por ejemplo, escuelas, clubs, organizaciones religiosas y los medios – son más efectivos cuando presentan de manera constante mensajes transversales en cada escenario.

Implementación de los Programas de Prevención

Principio 12. Cuando la comunidad adapta programas de acuerdo a sus necesidades, normas comunitarias o diversos requerimientos culturales, debe conservar los elementos fundamentales de la intervención basada en la investigación original, que incluye:

- **Estructura** (cómo está organizado y construido el programa);
- **Contenido** (la información, las habilidades y estrategias del programa); y
- **Entrega** (cómo el programa se adapta, implementa y evalúa).

Principio 13. Los programas de prevención deben ser a largo plazo, con repetidas intervenciones para reforzar las metas originales de prevención.

Principio 14. Los programas de prevención deben incluir entrenamiento para profesores en el manejo adecuado de los salones, como premiar el comportamiento apropiado del estudiante.

Principio 15. Los programas de prevención son más efectivos cuando emplean técnicas interactivas, como grupos de discusión con los compañeros y juego de roles con los padres.

Principio 16. Los programas de prevención basados en la investigación pueden ser costo-efectivos. De igual manera que en investigaciones previas, la investigación reciente muestra que por cada dólar invertido en prevención, se logra percibir un ahorro hasta de \$10 en tratamientos por alcohol u otras sustancias (Kuklinsky, Briney, Hawkins & Catalano, 2011).

Desde la publicación de estos principios ha habido un esfuerzo creciente por evaluar los resultados de los programas, pero esto varía mucho de un país a otro. En América Latina y en el Caribe son muy pocos los programas evaluados a la fecha.

d. Qué funciona y qué no en el campo de la prevención

La evaluación de los programas de prevención

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud publicó un voluminoso informe, preparado por expertos de la Universidad de Perth, Australia (Hawks, 2002) en el que se analizaron 1265 estudios sobre prevención publicados entre 1985 y 2001 en todo el mundo. Este es sin duda el estudio más completo existente sobre este tema, y no ha sido replicado. Por ello es importante presentar las principales conclusiones, incluyendo aquí y allá algunos comentarios de los autores de este trabajo. Los estudios fueron agrupados en 5 áreas:

1. *Regulación de la disponibilidad física y económica del alcohol:* se observa que las restricciones disminuyen el número de accidentes y que la disminución de la edad legal, la disminución del precio y el aumento del número de sitios donde al alcohol está disponible, incrementan el consumo.
2. *Regulación de la disponibilidad física y económica de sustancias ilegales:* afecta el mercado, el precio y la pureza, lo cual lleva a los usuarios a buscar otras drogas, a veces más peligrosas. Hay pocos estudios, pero estas medidas no parecen afectar el consumo.
3. *Uso de medios masivos de comunicación:* Su empleo de manera aislada (“campañas”) no tiene ningún efecto preventivo, pero sirven para dar información y para lograr soporte para decisiones sobre política de drogas.
4. *Iniciativas basadas en la comunidad:* Hay muy pocas evaluaciones rigurosas y los resultados no son claros, pues en la mayoría de los casos se dice lo que debería hacerse, pero no se demuestra su eficacia. Sirven más para influir la percepción de los problemas, su conocimiento y la aceptación de alternativas, que para modificar los comportamientos. Pero pueden tener resultados positivos. El rigor metodológico de las evaluaciones tiende a desanimar a los participantes y frecuentemente se dificulta su sostenibilidad e institucionalización.
5. *Educación en la escuela:* Son los más numerosos, los más estructurados y los que han sido objeto de más evaluaciones. Se agrupan en 8 categorías:
 - Educación por pares: implican que el liderazgo de las acciones preventivas lo toman jóvenes del mismo rango de edad de quienes están recibiendo el programa.
 - Resiliencia: este concepto, tomado de la física y de amplia popularidad actualmente en las ciencias sociales, asume que la mayoría de los seres humanos tenemos la tendencia natural a asumir nuestra ‘forma original’, a pesar de las tensiones a las que nos hayamos encontrado sometidos.
 - Conocimientos: Los programas preventivos más antiguos asumían que si las personas tenían suficiente información sobre los daños eventuales provocados por las drogas, tomarían decisiones apropiadas.

- Actitudes: se presume que si se logra cambiar las actitudes positivas y de apertura ante la experimentación con drogas, se reduciría el número de personas involucradas en problemas de consumo.
- Comportamientos: Se propone modificar los comportamientos relacionados con el consumo de sustancias.
- Habilidades: Buscan desarrollar formas prácticas de hacerle frente a las diferentes dificultades de la vida cotidiana de los jóvenes y prepararlos para afrontar situaciones difíciles propias de su edad.
- Interactivos más que didácticos: Se proponen evitar la pasividad propia de una clase convencional y estimular el que los jóvenes sean partícipes y debatan entre sí y con los instructores.
- Comprensivos versus centrados en el salón de clase: Estos programas involucran a todos los estamentos de la sociedad, incluidos los padres de familia, las organizaciones comunitarias, las autoridades civiles, etc.

Cada una de estas aproximaciones tiene sus ventajas y sus limitaciones; globalmente, del análisis de los estudios se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Los programas centrados exclusivamente sobre actitudes y conocimientos tienen un efecto prácticamente nulo para prevenir el consumo; por el contrario, aquellos centrados sobre modificación de comportamientos relacionados con el uso de sustancias, generan resultados positivos.
2. Para que un programa sea eficaz debe ser administrado en un momento adecuado del desarrollo y debe ser relevante en la vida del joven ('inoculación' en etapas tempranas; 'relevancia temprana' en la primera parte de la adolescencia; y 'relevancia tardía' en la etapa final de este período).
3. Los programas educativos complementarios sobre habilidades de salud y de vida dan mejores resultados que los que se centran en habilidades generales (de comunicación, toma de decisiones, etc.).
4. Es conveniente y necesario hacer pre-tests de las estrategias con estudiantes y profesores para asegurar su relevancia.

5. Contrario a lo que se proponía hace algunos años (cuando se pretendía emplear las mismas estrategias en todos los países de una manera virtualmente idéntica) , los programas deben ser flexibles y adaptables a las condiciones concretas de una comunidad particular.
6. El programa conocido bajo el nombre de 'habilidades para la vida', que ha sido empleado durante 30 años, parece ser bastante eficaz en la disminución del consumo de tabaco, alcohol y marihuana (3%). Pero hay un cierto número de inquietudes sin resolver: el núcleo del programa (habilidades sociales) tiene muy poco que ver con cambio y carece de impacto sobre las variables psicológicas; sus promotores tienen un negocio muy claro, que los ha llevado a cambiar indicadores para hacerlos aparecer como positivos; y hay un problema de relevancia, pues el programa fue creado en 1983 y desde entonces muchas cosas han cambiado; sin embargo, los temas y las formas de proceder se mantienen sin cambio. Volveremos sobre este punto más adelante.
7. Los factores realmente responsables de resultados positivos (cambio de comportamiento) parecen ser: la asertividad para rechazar el consumo, el conocimiento sobre las sustancias y la corrección de ideas erróneas (por ejemplo, los jóvenes tienden a creer que 'la gran mayoría' consume, y a edades más tempranas de las reales).
8. Los programas interactivos (en los que los jóvenes tienen una amplia oportunidad de discutir y de recibir retroalimentación), son entre dos y cuatro veces más efectivos que los no interactivos (Tobler, 1997). Es el intercambio de ideas y experiencias, más las reacciones de los pares, lo que actúa como catalizador de cambio, más que cualquier contenido específico. Pero estos programas son difíciles de implementar, pues se requieren maestros entrenados y dispuestos a la polémica y el debate abiertos. Como se mencionó anteriormente, Oetting& Lynch (2003) expresan reservas porque la influencia de comportamientos de unos jóvenes sobre otros puede ir en una dirección negativa (p.104)
9. Los programas preventivos centrados sobre una sola sustancia son más eficaces que aquellos centrados sobre múltiples sustancias (Tobler, 1997); por

supuesto, el problema es el aumento de costos, pero si se considera que el alcohol y el tabaco son las sustancias con las que se inician otros consumos, su eficaz prevención puede resultar altamente rentable. De todas formas, este hallazgo solo es válido para los mayores de 12 años: con los más pequeños los programas generales funcionan bien.

10. Los programas deben diseñarse con base en las prevalencias locales y focalizarse en las sustancias que más daño hagan en la comunidad particular.
11. Los programas en los que hay interacción entre pares son los que ofrecen consistentemente los mejores resultados, especialmente cuando se trabaja en pequeños grupos y por un número de sesiones no inferior a 10.
12. Los programas más eficaces, según las investigaciones, generalmente son poco accesibles; por el contrario, los menos eficaces, suelen tener un excelente 'marketing' y materiales de bajo costo, lo que lleva a que sigan siendo empleados a pesar de las demostraciones de su baja o nula eficacia para prevenir consumo. Por ejemplo, uno de los programas más populares en el campo preventivo es el DARE (Drug Abuse Resistance Education), desarrollado por la Policía de Los Angeles, que cumple actualmente 40 años, de los cuales 30 han transcurrido bajo una lluvia de críticas bastante bien fundamentadas (Becker, Agopian & Yeh, 1992; Clayton, Leukefeld, Harrington & Catarello, 1996; Ennett, Tobler, Ringwalt y Flewelling, 1994; Lyman, 2011; Rosenbaum & Gordon, 1998; Wright, 1999) y sin embargo sigue siendo ampliamente promocionado y utilizado en cerca de 50 países del mundo; en realidad, no hay ningún estudio que muestre que el DARE realmente contribuye a prevenir el consumo, aun cuando sí a mejorar la imagen de la Policía: pero ese no es el objetivo para el cual se ha propuesto.
13. Los programas preventivos de América Latina no han sido adecuadamente evaluados; la mayor parte de los países del hemisferio han desarrollado durante más de 25 años diferentes tipos de estrategias de prevención, pero ninguno ha demostrado su eficacia o falta de eficacia. Las escasas evaluaciones muestran a veces cambios en actitudes, cambios de la percepción de riesgo o

cambios en los pesos de los factores protectores y de riesgo: pero no muestran que se modifique positivamente el consumo de SPA .

En este campo, de por sí tan difícil y en el que frecuentemente hay que avanzar tanteando en medio de la oscuridad, es necesario enfrentar una realidad concreta: a pesar de los programas preventivos el consumo de drogas sigue aumentando en la mayor parte de los países de América Latina. Las razones para que esto ocurra son múltiples (Pérez Gómez, 2003):

- a. Ningún programa, en ninguna parte del mundo, es suficientemente poderoso para controlar la enorme cantidad de factores que influyen en la decisión de consumir drogas. Los mejores de ellos pueden ofrecer herramientas e instrumentos que permiten fortalecer los factores protectores y disminuir la influencia negativa de los factores de riesgo, pero siempre existirán condiciones que no pueden ser contrarrestadas adecuadamente.
- b. En la mayoría de los países de América Latina y en general del Tercer Mundo, los programas preventivos son ejecutados por entidades que tienen muy buenas intenciones pero una limitada formación conceptual, de manera que con frecuencia se tiende a un activismo que puede ser totalmente irrelevante a la hora de prevenir el consumo de SPA.
- c. Existe una fuerte tendencia a 'importar' estrategias preventivas, como si se tratara de tecnología para cultivar algodón o para desarrollar páginas web. Por motivos obvios, tal tendencia está condenada al fracaso. Las diferencias culturales crean inmensas barreras que invalidan los resultados de las evaluaciones, salvo a nivel local. Por ejemplo, en los Estados Unidos es común hacer prevención 'con manual en mano', lo cual tiene indudables ventajas para hacer evaluaciones; pero el carácter 'estándar' de esos procedimientos, que fueron creados para poblaciones específicas (jóvenes de clase media, generalmente) los hace totalmente inútiles en contextos distintos: los problemas no son los mismos, ni las costumbres, ni las formas de relacionarse, ni las circunstancias socioeconómicas. Un ejemplo simple bastará para ilustrar este punto: mientras que en los Estados Unidos se promueven la expresión de sentimientos y el contacto físico como manifestación de afecto, en los países de

Asia Oriental tales comportamientos pueden ser inaceptables. Por este motivo, el concepto de ‘mejores prácticas’, que ha sido respaldado por las Naciones Unidas, solo adquiere sentido dentro del contexto particular en el que tales prácticas tuvieron su origen; pretender generalizarlos (o peor aun, imponerlos) en la forma como fueron concebidos, significa creer que la llamada ‘globalización’ ha hecho desaparecer las diferencias entre las subculturas, lo cual es manifiestamente un error conceptual craso.

- d. Suponiendo que los programas preventivos fueran eficaces (lo cual está lejos de haber sido demostrado), para que realmente funcionaran correctamente se necesitarían dos condiciones: que fueran *permanentes*, no acciones ocasionales o aisladas; y que afectaran a toda la población, o a la mayoría de ella. Ninguna de las dos condiciones se cumple en los países en vías de desarrollo, aun cuando sí en la mayoría de los países de la Unión Europea, en Australia y en Nueva Zelanda; la situación en los Estados Unidos y en Canadá no es clara: algunos estados tienen programas constantes, otros no.

5. El siglo XXI

Los primeros años del siglo XXI se caracterizaron por una exigencia cada vez mayor de proporcionarle al campo de la prevención un sustento a nivel político y a nivel empírico. En efecto, desde la realización del World Ministerial Summit de Londres (1989), donde la Primera Ministra Margaret Thatcher por primera vez expresó la necesidad de equilibrar las inversiones de recursos tanto en el control de la oferta de drogas como en el control de la demanda, los países han hecho esfuerzos por diseñar políticas acordes con esta propuesta, que recibió un nuevo respaldo en la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1998. De la misma manera, se hizo cada vez más firme la convicción de que las buenas intenciones no bastan, y que era imprescindible presentar pruebas sobre los resultados obtenidos con los programas preventivos.

a. Avances en políticas internacionales

En lo que se refiere a las políticas sobre drogas, casi todos los países del mundo se rigen por las convenciones sucesivas de las Naciones Unidas, la última de las cuales tuvo lugar en 1998. En materia de tráfico los acuerdos son totalmente claros y de obligatorio cumplimiento; pero en el campo del consumo, las convenciones dejan en libertad a los países para adoptar las decisiones que consideren apropiadas, que van desde la represión extrema (en algunos casos se considera la pena de muerte) hasta la despenalización y descriminalización de los consumidores.

En el año 2009, los Jefes de Estado, ministros y representantes de Gobiernos de 132 Estados, se reunieron con el fin de llevar a cabo una evaluación de los progresos en el cumplimiento de las metas establecidas en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, dedicado al ‘problema mundial de las drogas’. De estas sesiones especiales de alto nivel, se derivó la *Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional a favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*, en la cual se señala que sigue siendo una grave amenaza para el bienestar integral de la sociedad, especialmente de la juventud, a pesar de todos los esfuerzos y progresos que han llevado a cabo los Estados (UNODC, 2009).

Algunas de las principales recomendaciones de este documento fueron:

- Fortalecer políticas y programas amplios e integrados de reducción de la demanda de drogas que garanticen la prevención y atención continuas;
- Empezar iniciativas de reducción de la demanda de drogas con el fin de abordar todas las formas de consumo de drogas;
- Ejecutar programas de prevención basados en pruebas científicas, dirigidos tanto al público en general como a grupos concretos, en diversos entornos;
- Asegurarse de que los programas de prevención estén dirigidos a los jóvenes y a los niños y despierten el interés de estos con objeto de aumentar su alcance y eficacia.

En un documento denominado *“Drogas y Democracia: Hacia un cambio de Paradigma”* (2009), los miembros de la Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, conformada para varios ex presidentes y académicos de la región, hacen un análisis sobre las deficiencias de la actual política de lucha contra las drogas, e invitan a reevaluar el enfoque prohibicionista basado en la represión de la producción y de interdicción al tráfico y a la distribución, y en la criminalización del consumo; política que, desde su punto de vista, ha traído consecuencias nefastas para la sociedad, específicamente para Latinoamérica que ha debido enfrentarlo de manera más directa.

Según la Comisión, la llamada “Guerra contra las Drogas” liderada por los Estados Unidos en las últimas décadas, ha contribuido al incremento de la violencia y el crimen organizado, y ha significado costos sociales y humanos de altísimas proporciones para la región, sin lograr los resultados esperados. América Latina continúa siendo el mayor exportador mundial de cocaína, y la producción de opio y heroína ha ido en aumento; el consumo en la región se ha incrementado, mientras que en América del Norte y Europa tiende a estabilizarse; la criminalización de la política ha conducido a la infiltración del crimen organizado en las instituciones democráticas generando un aumento en “la corrupción de los funcionarios públicos, del sistema judicial, de los gobiernos, del sistema político y, en particular, de las fuerzas policiales encargadas de mantener la ley y el orden” (Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia, 2009, p. 7).

Desde este punto de vista, la Comisión propone “un nuevo paradigma sustentado en tres grandes directrices:

- Tratar el consumo de drogas como una cuestión de salud pública;
- Reducir el consumo mediante acciones de información y prevención;
- Focalizar la represión sobre el crimen organizado.

En el año 2010, la Organización Panamericana de la Salud publicó un texto denominado “La política de drogas y el bien público”, que propone conclusiones muy relevantes relacionadas con el ámbito de la prevención, entre las que se destaca el

centrarse en la intervención temprana en el entorno social cercano, abordando también el desarrollo social y el comportamiento, con lo que se afectan positivamente problemas distintos al uso de drogas (Babor et. al., 2010,).

En el documento de presentación de la *Estrategia Hemisférica sobre Drogas – Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011 – 2015* definido por la OEA, se plantea que “la violencia generada por la droga está ligada al crecimiento del consumo de la misma en el Hemisferio y por ello se necesita hacer aún más para reducir el consumo, el cual representa un costo social y económico que sigue creciendo en nuestras sociedades”. (CICAD/OEA, 2011b). En este sentido, el Plan de Acción, reconocido por todos los Estados Miembros de la OEA como la guía para la estructuración y desarrollo de programas y proyectos a nivel nacional, define una serie de objetivos en el eje de Reducción de la Demanda, del cual se desprenden una serie de acciones, basadas en 13 lineamientos, de los cuales se destacan:

- El abuso de drogas constituye un problema social y de salud que requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario; por eso, la reducción de la demanda es un componente prioritario .
- Las políticas de reducción de la demanda deberán complementarse con métodos para difundir información acerca de los riesgos asociados al consumo de drogas.
- La reducción de la demanda requiere la implementación de programas de prevención basados en la evidencia, dirigidos a poblaciones específicas, y deben ser objeto de constante seguimiento y evaluación científica.
- Se debe fortalecer la relación de los gobiernos con las instituciones de enseñanza e investigación y organizaciones no gubernamentales, con el fin de fomentar la realización de estudios que generen evidencias sobre las intervenciones, como forma de contribuir a fundamentar la formulación de las políticas públicas.

El documento *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025*, elaborado por la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2012), planteó un contexto donde el problema de las drogas es uno de los retos más importantes para los países de América, por su gran impacto en la salud pública, el alto costo del consumo y otras consecuencias.

Se plantearon entonces cuatro escenarios hipotéticos con el fin de abordar más efectivamente los retos en materia de drogas, para que los líderes de Estado y Gobierno seleccionen sus políticas de acuerdo con sus realidades. Al construir los escenarios se partió de la certeza de que para el 2025 habría una demanda importante de SPA legales, ilegales y de control, y que se seguirían presentando los problemas que acarrea el consumo abusivo de sustancias, como por ejemplo, consumo problemático, enfermedades y muerte (un pequeño porcentaje). Otro de los supuestos fue que los grupos ilegales seguirían operando, lo que traería consigo muchas incertidumbres a raíz de la violencia generada por el narcotráfico y actividades derivadas.

Las conclusiones del ejercicio del abordaje del problema de drogas frente a los cuatro escenarios, se resumen en:

- Se requiere cambiar o renovar las políticas actuales en materia de drogas y experimentar con otros métodos para regular las sustancias que son ilegales en la actualidad;
- El manejo del problema debe orientarse hacia el fortalecimiento de los programas de prevención;
- Se necesita buscar un enfoque basado en la comunidad para hacer frente al consumo de drogas y violencia relacionada con seguridad, a través de *Resiliencia comunitaria*, entre otras posturas.

b. Surgimiento de la prevención científica

El campo de la prevención del abuso de drogas emergió, desde finales de los años 80s del siglo XX, como una disciplina científica que ha ampliado el conocimiento acerca de los factores psicosociales de riesgo y de protección que están asociados al inicio del consumo y su progreso al abuso de las sustancias psicoactivas. Estudios experimentales controlados, con distribución aleatoria de grupos, y muchos otros con

diseños cuasi- experimentales, mostraron que un número creciente de programas para la prevención del consumo de sustancias ha logrado reducir los riesgos y disminuir las conductas de abuso de alcohol y drogas en los jóvenes. Se han desarrollado principios y programas preventivos basados en la evidencia, que han sido aplicados a niveles estatales y comunitarios. Sin embargo, las investigaciones demuestran que la gran mayoría de organizaciones que ejecutan programas preventivos en América Latina aun usan programas que no han sido evaluados o que no tienen evidencia sólida que respalde su eficacia; además, se sabe que los programas basados en la evidencia no están siendo utilizados con los adolescentes que tienen alto riesgo de comenzar a usar drogas o pasar al abuso de las mismas. Se ha propuesto que a través del trabajo conjunto con varias disciplinas se puede lograr entender mejor las interacciones entre los factores protectores y de riesgo genéticos, neurobiológicos y psicosociales para alcanzar intervenciones efectivas para la prevención dirigida (Bukoski, 2003).

Uno de los principales logros de la investigación en prevención es la comprobación de distintas teorías de factores de riesgo y protección, al especificar primero la cadena de eventos que se convierte luego en el objetivo de la intervención y después llevar a cabo estudios controlados en campo para evaluar la etiología subyacente y la eficacia preventiva de la intervención con el fin de alterar el curso del riesgo y el comportamiento disfuncional (Coie, Watt, West, Hawkins, Asarnow, Markman, Ramey, Shure & Long 1993,). Se ha hecho énfasis en que la investigación y los estudios se deben dirigir a aquellos que están en mayor riesgo; además se ha recomendado que los investigadores realicen estudios longitudinales que evalúen la eficacia de las intervenciones.

La prevención debe estar orientada por evidencia científica, con base en cuatro fuentes: predictores de comportamiento social problemático; utilización de instrumentos para medir cambios de comportamiento y niveles de riesgo (encuestas de auto reporte, datos nacionales e información administrativa); implementación de programas probados y efectivos; y evaluación de los factores protectores y de riesgo antes y después de la intervención (Arthur, Ayers, Graham & Hawkins, 2003).

6. “CommunitiesThat Care”: un sistema preventivo exitoso

a. Surgimiento de Communities That Care (CTC)

Desde 1989, un equipo de investigadores de la Universidad de Washington, en la ciudad de Seattle, Estados Unidos, liderados por los profesores David Hawkins y Richard Catalano, ha venido trabajando en la construcción de un *sistema preventivo* que no solamente tiene una sólida estructura conceptual y teórica, sino que ha acumulado durante cerca de 25 años una considerable cantidad de datos empíricos de alta calidad que le dan un soporte difícil de igualar a las acciones que se proponen. Este sistema preventivo, que se articula fundamentalmente alrededor del concepto de *coaliciones*, del enfoque de salud pública y la estrategia de desarrollo, es conocido con el nombre de *Communities That Care* (CTC)⁶, y ha sido una de las piedras angulares de lo que se conoce actualmente como la *ciencia de la prevención* (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Catalano, Arthur, Hawkins, Berglund & Olson (1998); Hawkins, Catalano & Arthur, 2002; Brown, Hawkins, Arthur, Briney & Abbot, 2007; Feinberg, Greenberg, Osgood, Sartorius & Bontempo, 2007; Brown, Hawkins, Arthur, Briney & Fagan, 2011; Rhew, Brown, Hawkins, & Briney, 2013; www.SDRG.org), y sus objetivos principales son:

- Proporcionar a las comunidades capacitación y entrenamiento en los conceptos fundamentales de prevención y en el desarrollo metódico del ejercicio de planeación focalizada;
- Aprender a crear y a utilizar datos de archivo locales para la identificación de los niveles de comportamientos problemáticos en una comunidad;
- Identificar los factores protectores y de riesgo en cada comunidad a través de la aplicación de un instrumento que ha sido sometido durante largo tiempo a evaluaciones rigurosas;

⁶La versión que se utiliza en Colombia se llama “Comunidades Que se Cuidan” (CQC).

- Ayudar a las partes interesadas de la comunidad, y a aquellos que toman las decisiones, a entender y a aplicar la información resultante de la identificación de los factores de riesgo y de protección;
- Crear redes interinstitucionales y un lenguaje común de prevención;
- Aplicar los *programas* probados y efectivos dirigidos a los factores protectores y de riesgo prioritarios en las comunidades que promueven el desarrollo saludable de los jóvenes;
- Llevar a cabo una evaluación sistemática y continuada de los recursos existentes en la comunidad, así como de las intervenciones realizadas a partir del plan de acción.

Algunas de las características básicas de CTC pueden enunciarse de la siguiente manera:

- Es un sistema *basado en coaliciones*, que convoca a los interesados y brinda un espacio para debatir el tema de la prevención;
- Es *proactivo*
- Basado en la ciencia
- Dirigido por los datos (encuesta, selección de programas efectivos y seguimiento a la implementación de los programas)
- Provee estructura, herramientas y asistencia técnica para las coaliciones (manuales de capacitación, folletos para evaluar la disposición de la comunidad y explicar el sistema a los líderes clave).

Áreas y fundamentos de CTC

Los autores principales de CTC, en conjunto con el equipo llamado Social Development Research Group de la Universidad de Washington en Seattle, decidieron que su proyecto se concentraría en cinco áreas en las cuales ellos determinaron que se presentaba la mayor cantidad de problemas de los jóvenes: uso de alcohol y drogas; armas y delincuencia; violencia; fracaso escolar; y embarazo adolescente.

CTC tiene como fundamento dos lineamientos teóricos de la psicología social: primero, que algunos factores de riesgo pueden ser identificados y que están asociados con algunos comportamientos problemáticos. Segundo, que la reducción de

los factores de riesgo implica la intervención y el liderazgo de los adultos, quienes deben darles a los niños estándares claros sobre lo que es un comportamiento aceptable y crean unos vínculos con esos niños: así se desarrollan los factores protectores. (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Weiss, Haggerty, Fagan, Hawkins, & Cady, 2008).

El fundamente teórico de CTC está acompañado por la adopción de un modelo de salud pública, de acuerdo con el cual el entender los factores que contribuyen a la aparición de los problemas (a través de la investigación), su identificación y modificación, permite prevenirlos. Sus autores definen la *ciencia de la prevención* como el campo que identifica los factores que contribuyen al desarrollo saludable de los niños y los jóvenes (factores protectores) y los factores que impiden ese desarrollo (factores de riesgo) (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Hawkins, Arthur & Olson, 1997; Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano & Baglioni, 2002). Los autores de CTC organizan los factores protectores a través de la *estrategia de desarrollo social*, así: (Arthur, Ayers, Graham & Hawkins, 2003):

- Crean oportunidades para la participación, apropiadas para el momento del desarrollo
- Estimulan el desarrollo de habilidades en diferentes campos
- Reconocen el esfuerzo, las mejoras y los logros
- Generan vínculos fuertes
- Establecen estándares de comportamiento claros y consistentes.

CTC como sistema preventivo

Todo el modelo se apoya sobre el concepto de movilización de la comunidad, que implica reducir la desorganización social, promover normas comunitarias fuertes contra el comportamiento antisocial y desarrollar una apropiación por parte de la comunidad de las actividades preventivas (France & Crow, 2005, Pág 3 -5).

Para lograr sus objetivos, CTC compromete a todos los miembros de la comunidad que están interesados en un futuro saludable para los jóvenes y fija las prioridades para la acción basándose en los retos de la comunidad y sus fortalezas. A diferencia de muchas otras estrategias preventivas, CTC se basa en la investigación rigurosa de

distintas disciplinas, y no tiene sesgos “psicologistas” o “sociologistas”: la propuesta muestra un esfuerzo notable por integrar y articular todas las fuentes de conocimiento posibles con el propósito de encontrar las soluciones más adecuadas para cada situación; esto hace que se presente una doble faz: por un lado CTC exige que haya una adherencia irrestricta a ciertos procedimientos, que son considerados como no modificables, so pena de hacer fracasar el proyecto (Quinby, Hanson, Brooke-Weiss, Arthur, Hawkins & Fagan, 2008; Fagan, Arthur, Hanson, Briney & Hawkins, 2011); y por otra parte, acepta que en ciertos casos es necesario hacer adaptaciones y cambios con el fin de respetar diferencias culturales; pero en líneas generales, los cambios aceptables son poco numerosos y poco recomendables: siempre se corre el riesgo de desvirtuar la esencia del sistema (Haggerty & Brown, 2012).

Lo que hace de CTC un sistema es la articulación de tres grandes elementos: un *proceso de empoderamiento* en el que la comunidad precisa algunas nociones importantes como prevención y factores protectores y de riesgo, pero sobre todo, en donde aprende a identificar y utilizar sus propios recursos para diseñar e implementar un plan de acción guiado por datos empíricos; en segundo lugar, aprenden a elaborar un *perfil comunitario* sobre la base de un instrumento llamado “Encuesta para jóvenes”, que fue probada en los Estados Unidos con una muestra de 172.628 estudiantes en 7 estados, con el fin de evaluar la estructura factorial de los factores protectores y de riesgo. Los resultados apoyan la validez de constructo de las escalas de factores protectores y de riesgo e indican que las medidas son igualmente confiables en hombres y mujeres y en los grupos étnicos (Glaser, van Horn, Hawkins, Arthur & Catalano, 2005; Brown, Graham, Hawkins, Arthur, Baldwin, Oesterle, Briney, Catalano & Abott, 2009; Briney, Brown, Hawkins & Arthur, 2012). En América Latina el instrumento ha sido aplicado en Colombia a más de 40.000 jóvenes de 9 municipios⁷, y ya se concluyó el proceso de validación de los ítems y se calcularon

⁷En Colombia se está llevando a cabo un trabajo comparativo en los factores protectores y de riesgo de adolescentes de los Estados Unidos y de Colombia a través de un contrato con la Universidad de Washington, bajo un proyecto financiado por NIDA (# R01 DA031175-01A1)

puntos de corte para el país⁸. En Chile y Brasil se están llevando a cabo procedimientos para validarlo.

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

Fases de CTC

La estructura de implementación de CTC es cíclica y se desarrolla en cinco fases:

1. *Inicio*: se evalúa la disponibilidad para el cambio en la comunidad, se identifican actores, se reclutan líderes y se obtiene el apoyo de las escuelas para aplicar la encuesta sobre factores protectores y de riesgo.
2. *Organizar, introducir, involucrar*: se forma una coalición y se da inicio a las capacitaciones de los actores adultos principales, que se prolongarán durante las cinco fases; se desarrolla una visión de futuro para los niños de la comunidad y se organiza una estructura para poder moverse en esa dirección. Se hacen dos capacitaciones: la orientación a líderes sobre prevención y la forma de organizar un Comité Comunitario que sea la máxima autoridad a la hora de tomar decisiones.
3. *Desarrollo de un perfil de la comunidad*: fase en la que se aplica la encuesta a jóvenes; los líderes escogidos reciben una capacitación sobre la forma de interpretar los factores protectores y de riesgo y sobre esa base sugieren cuáles son prioritarios. También se evalúan los programas comunitarios, las políticas y los recursos existentes referentes a los factores protectores y de riesgo.
4. *Plan de acción*: La Junta Comunitaria revisa los resultados de la fase 3 y desarrolla un plan de acción, a partir de un entrenamiento en planeación

⁸ Este procedimiento se ha llevado a cabo conjuntamente con la Universidad de Washington; en diciembre de 2014 está en proceso la elaboración de un artículo con los resultados .

comunitaria. Se escogen los programas, las prácticas y las políticas que puedan cambiar los factores de riesgo y los comportamientos problemáticos. Se proponen metas y objetivos medibles.

5. *Implementación*: se ofrece un entrenamiento para la ejecución del plan comunitario considerando la importancia de mantenerse fiel a los lineamientos del sistema, de los aspectos financieros de la implementación, y de los elementos que permitirán evaluar adecuadamente los resultados.

Sustento empírico de CTC

Una característica muy particular de CTC es el permanente esfuerzo de sus autores y su equipo de colaboradores por apoyar toda la estructura de funcionamiento del sistema en investigaciones. La consecuencia es que CTC dispone de uno de los sustentos empíricos más sólidos en toda la historia de la prevención, e incluso de todo lo que pueda clasificarse como proyectos de influencia social; sistemáticamente, a lo largo de 25 años, se han llevado a cabo comparaciones entre versiones modificadas del sistema, entre componentes, en aplicaciones en diferentes tipos de comunidades en lo que se refiere a las disponibilidad para el cambio, la fidelidad de la aplicación de los componentes, la duración, la participación de la comunidad y el empleo de diferentes programas preventivos. En el párrafo siguiente se hará referencia a un buen número de esos estudios.

En el estudio realizado por Hawkins, Catalano & Miller (1992) acerca de los factores protectores y de riesgo en el abuso de alcohol y drogas, se identificaron 17 grupos de factores protectores y de riesgo⁹. De esta investigación se concluyó que las intervenciones para la prevención del consumo de drogas y alcohol basadas en la teoría deben orientarse a dos objetivos: Reducir o eliminar la exposición al riesgo y

⁹Estos factores fueron: Leyes y normas, disponibilidad, carencia económica extrema, desorganización del vecindario, factores fisiológicos (bioquímicos, genéticos, rasgos de personalidad como búsqueda de sensaciones), comportamientos en la familia relacionados con las drogas, practicas de manejo en la familia, conflictos familiares, baja unión familiar, problemas del comportamiento tempranos y persistentes, fracaso académico, baja vinculación con el colegio, rechazo de los pares en los primeros grados, asociación con pares consumidores de drogas, alienación y rebeldía, actitudes favorables al uso de drogas y inicio temprano del consumo de drogas.

mejorar los procesos protectores. De este trabajo surgió el CTC Youth Survey (CTCYS), el instrumento fundamental a partir del cual se tomarán decisiones sobre dónde, cómo y sobre qué intervenir (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano & Baglioni, 2002); Glasser, van Horn, Arthur, Hawkins & Catalano (2005) utilizaron CTCYS con el fin de evaluar la estructura factorial de los factores protectores y de riesgo y para examinar la equivalencia de los modelos factoriales en cinco grupos raciales/étnicos en cuatro niveles escolares (6, 8, 10 y 12) de ambos sexos; los resultados apoyaron la validez de constructo de las escalas de factores protectores y de riesgo e indican que las medidas son igualmente confiables en hombres y mujeres y en los grupos étnicos.

En otro estudio se desarrollaron y validaron puntos de corte para las escalas de protección y de riesgo, lo cual permite priorizar factores sobre los cuales se debe intervenir; los resultados indican que pueden establecerse puntos de corte con suficiente sensibilidad y selectividad para cada una de las escalas, y que los factores protectores y de riesgos pueden perfilarse como índices de prevalencia (Arthur, Briney, Hawkins, Abbott, Brooke-Weiss & Catalano, 2007; Briney, Brown, Hawkins & Arthur, 2012). También se hicieron comparaciones entre poblaciones de jóvenes sometidos a CTC y grupos equivalentes que no recibieron CTC (Brown, Graham, Hawkins, Arthur, Baldwin, Oesterle, Briney, Catalano & Abbott, 2009); y a lo largo de los años se han hecho muchos ajustes y evaluaciones estadísticas de las características psicométricas del instrumento, que en la actualidad tiene 21 factores¹⁰.

b. Evaluación de CTC entre 2001 y 2014

Las páginas que siguen presentan los resultados de algunos de los estudios evaluativos más importantes llevados a cabo por el equipo de la Universidad de Washington en Seattle y por otros investigadores. Como podrá observarse, existen muy pocos proyectos investigativos de esta envergadura, en el que se hacen evaluaciones con diferencias de semanas, y en donde se trata de examinar con lente de

¹⁰Una versión en español de este instrumento, adaptado por Eric Brown y su equipo en Seattle, y revisada exhaustivamente por Nuevos Rumbos en 2008, y luego conjuntamente en 2011, es la que se emplea en Colombia.

aumento el impacto que pueden tener diferentes variables en los resultados observados, utilizando para ello, en ocasiones, estadísticas muy sofisticadas.

Hawkins, van Horn & Arthur (2004) llevaron a cabo un estudio que proporciona una base empírica para diseñar estrategias “sobre medidas” para cada comunidad de acuerdo con su perfil. Partiendo del supuesto de que existen diferencias entre las comunidades en lo que se refiere a riesgo y protección, y que esas diferencias se relacionan con el uso de SPA en las comunidades, se trabajó con cerca de 30.000 estudiantes en 41 comunidades y se calcularon coeficientes de correlación intra-clase. Los hallazgos indican que hay diferencias significativas entre comunidades en niveles de factores de riesgo y de protección específicos, y que esas diferencias están relacionadas con diferentes niveles de uso de SPA.

Un buen ejemplo de las implicaciones de llevar a cabo análisis en los que se establezcan diferencias entre tipos de comunidades, es el trabajo de Rhew, Hawkins & Oesterle (2011). Los autores compararon niveles de uso de drogas y factores de riesgo y protectores en cerca de 20.000 adolescentes de comunidades de menos de 50.000 habitantes que vivían en granjas. El uso actual de alcohol y tabaco, de inhalantes y de otras sustancias ilícitas fue más prevalente entre los estudiantes de secundaria que vivían en granjas que entre los que vivían en ciudades. Los jóvenes de escuela secundaria que viven en granjas se vieron expuestos a un número mayor de factores de riesgo que los que vivían en ciudades.

Fagan, van Horn, Hawkins & Arthur (2007) examinaron diferencias por sexo en 22 factores psicosociales de riesgo y de protección asociados a delincuencia seria. Sobre la base de información auto-reportada de 7.829 estudiantes de 10º grado que completaron la encuesta para jóvenes CTC, todos los factores psicosociales estuvieron significativamente relacionados con delincuencia seria para ambos sexos. Para 12 de los 22 factores la fuerza de la asociación fue significativamente mayor para los varones, y para 18 factores los varones reportaron mayores niveles de exposición al riesgo y menores niveles de protección que las mujeres. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la mayor implicación de los varones en delincuencia seria se debe a la combinación de experimentar mayor riesgo y menor protección que las mujeres y la

mayor asociación de estos predictores con delincuencia seria en el caso de los hombres comparados con las mujeres.

Un matiz importante surge del trabajo de Fagan, van Horn, Antaramian, & Hawkins, (2011). Las practicas de crianza, la edad y el sexo, influyen el comportamiento delincencial y el uso de drogas en la adolescencia, pero pocos estudios han examinado cómo dichos factores interactúan para afectar los comportamientos. En este estudio se encontró que los factores familiares estuvieron significativamente relacionados con delincuencia y consumo de drogas para ambos sexos y para todos los grados escolares. Sin embargo, ciertas prácticas de crianza sí afectan los comportamientos según el sexo y el grado escolar y deben ser tenidos en consideración en el momento de implementar estrategias preventivas.

Brown, Hawkins, Arthur, Briney & Abbott (2007), reportaron cambios a nivel comunitario en tres resultados, un año y medio después de implementar CTC en 12 comunidades (proyecto CYDS: Community Youth Development Study). 534 líderes comunitarios fueron entrevistados en 24 comunidades (12 con CTC y 12 control), y se encontró que, en el punto de partida, las comunidades con CTC y las comunidades control tuvieron niveles comparables de adopción de enfoques basados en la ciencia para la prevención, de colaboración entre los sectores, y de colaboración con respecto a actividades de prevención específicas; un año y medio más tarde, las comunidades CTC mostraron incrementos significativamente mayores en los tres aspectos evaluados. Estos resultados sugieren que CTC logró provocar, en un plazo modesto, cambios en la implementación de servicios preventivos más efectivos que posteriormente generen reducción de riesgos e incremento de la protección.

El trabajo de Hawkins, Brown, Oesterle, Arthur, Abbott, Fagan & Catalano (2008) es una continuación del de Brown et al. (2007) citado arriba. Aquí se describen hallazgos tempranos del primer ensayo aleatorio de CTC 1,67 años después de implementar las intervenciones preventivas seleccionadas a través del proceso CTC. Se buscaba ver el efecto de CTC en la reducción de factores de riesgo identificados y en la reducción de conductas delincuenciales (CD) y uso de drogas en el séptimo grado. Los resultados mostraron que el nivel promedio de factores de riesgo en séptimo grado fue significativamente menor en las comunidades CTC que en las controles; y que un número

significativamente menor de estudiantes en CTC iniciaron CD entre los grados 5 y 7. Aun cuando la teoría del cambio de CTC dice que se necesitan entre 2 y 5 años para observar efectos sobre los factores de riesgo, y 5 o más años para observar efectos en CD o en consumo de sustancias, los autores consideran estos resultados como prometedores, pues señalan una tendencia hacia logros positivos.

Van Horn, Hawkins, Arthur & Catalano(2007), investigaron, desde el ámbito comunitario, la predicción del uso de sustancias y de comportamientos problemáticos en adolescentes, utilizando calificaciones dadas por líderes para evaluar los efectos de dos factores de riesgos. Los resultados indican que la percepción de los líderes comunitarios sobre los factores de riesgo en la comunidad tienen una buena validez interna y validez de criterio. Los líderes comunitarios y los estudiantes mostraron un acuerdo modesto en la evaluación de los factores de riesgo de la comunidad. Las calificaciones de los líderes comunitarios sobre las normas favorables al consumo de sustancias y las actitudes favorables o permisivas de los adultos con respecto al uso de sustancias, estuvieron relacionados positivamente con los niveles de consumo reportados por los estudiantes.

Brown, Hawkins, Arthur, Abbot & van Horn (2008) evaluaron una medida de colaboración comunitaria en actividades preventivas específicas en el contexto de la teoría de cambio comunitario de CTC. Se utilizaron datos de una muestra de 599 líderes comunitarios en 41 comunidades y se examinó la medida con respecto a su estructura factorial, asociaciones con otras medidas de nivel comunitario concurrentes y predicción por características individuales o comunitarias. Los resultados de un análisis factorial multinivel confirmatorio provee evidencias de la validez de constructo de la medida e indica asociaciones significativas con criterios de validez concurrentes. Las mujeres líderes comunitarias reportaron niveles de colaboración preventiva significativamente más altos y los líderes comunitarios de organizaciones religiosas mostraron niveles más bajos de colaboración preventiva que sus contrapartes; este dato, relativamente sorprendente (teóricamente podría esperarse lo contrario), debe ser examinado en cada contexto específico: de verificarse, puede tener implicaciones importantes en la conformación de las juntas o comités comunitarios de CTC .

Hawkins, Catalano, Arthur, Egan, Brown, Abbott & Murray (2008) describieron el sustento teórico, los objetivos, la intervención y el diseño de CYDS, el gran estudio realizado en 24 comunidades apareadas, en las que de manera aleatoria se implementó CTC en unas comunidades y en otras no. Los resultados muestran la similitud de los dos grupos en el punto de partida (intervención y control) con respecto al consumo de drogas y comportamiento antisocial. Un año más tarde, Brown, Graham, Hawkins, Arthur, Baldwin, Oesterle, Briney, Catalano, & Abbott, (2009) realizaron nuevos análisis con varios instrumentos estadísticos que verificaron la similitud entre los grupos en el punto de partida de CYDS. Estas verificaciones permiten, en principio, atribuir las diferencias entre los dos grupos a CTC. Un complemento importante a los fundamentos metodológicos y conceptuales del CYDS se encuentra en Arthur, Hawkins, Brown, Briney, Oesterle & Abbott (2010).

Uno de los problemas más difíciles de manejar en la implementación de un programa o de un sistema preventivo, es que quienes lo ejecuten lo hagan de manera fiel, es decir, siguiendo cuidadosamente las instrucciones de los autores. Fagan, Hanson, Hawkins & Arthur, (2008), muestran que hay evidencia mezclada sobre la capacidad de las comunidades para implementar fielmente los programas preventivos del consumo de SPA basados en la ciencia; los autores examinan la implementación de 16 programas probados y efectivos en el CYDS. Los resultados indican que si se utiliza un sistema comprensivo para monitorear proactivamente la implementación, las coaliciones comunitarias pueden asegurar implementaciones de alta calidad. Si un programa es mal implementado y el resultado de la intervención es pobre o negativo, se tiende a creer que es el sistema lo que no funciona; al asegurar la correcta implementación de los programas, esta distorsión no es posible.

Dos estudios complementan el anterior: Quinby, Hanson, Brooke-Weiss, Arthur, Hawkins & Fagan (2008) y Fagan, Hanson, Hawkins & Arthur (2008a): en ellos se describe el desarrollo de aplicación y resultados de un componente de monitoreo en la implementación de CTC en el CYDS para asegurar alta fidelidad en la implementación. Al utilizar el modelo CTC para seleccionar y monitorear la calidad de las actividades de prevención, las 12 comunidades CYDS replicaron 13 programas preventivos con altos niveles de adherencia a los componentes claves de los programas y de acuerdo con los

requerimientos de dosificación sobre el número, duración y frecuencia de las sesiones. Este éxito de CTC indica su potencial para fortalecer los programas preventivos comunitarios y el logro de los cambios deseados.

El trabajo de Fagan, Arthur, Hanson, Briney & Hawkins (2011) mostró que cuatro años después de iniciar CTC se observó un incremento en el uso de programas preventivos efectivos en las 12 comunidades CTC comparadas con las 12 controles, y diferencias significativas a favor de las comunidades intervenidas en el número de niños y familias que participan en esos programas. Pocas diferencias significativas se encontraron con respecto a la calidad de la implementación: en ambos tipos de comunidades se reportó un alto nivel de fidelidad.

Brown, Hawkins, Arthur, Briney, & Fagan (2011) analizaron la transformación del sistema preventivo como parte del estudio CYDS. Utilizando datos de encuestas a líderes comunitarios, se examinaron diferencias entre comunidades que utilizaban CTC y controles 4,5 años después de la implementación de CTC. Los niveles significativamente más altos de adopción de un enfoque basado en la ciencia para hacer prevención que se observó en las comunidades CTC comparadas con las controles en 2004, se mantuvieron en 2007. Las diferencias significativas en los niveles de colaboración de la comunidad que se observaron en 2004 no se mantuvieron en 2007. Los líderes de las comunidades CTC con altos índices de pobreza y grandes poblaciones minoritarias de estudiantes, reportaron niveles más altos de normas contra el uso de drogas y mayor uso de la estrategia de desarrollo social respectivamente, que los líderes de las comunidades control con características similares.

La investigación traslativa se interesa por promocionar los avances en la ciencia preventiva en la vida cotidiana de las comunidades, pero hay pocos modelos que aseguren esta transferencia de conocimiento. CTC provee un sistema planeado, estructurado y basado en datos que entrena las coaliciones comunitarias de prevención para que seleccionen programas basados en evidencia y los repliquen con una elevada fidelidad. Fagan, Hanson, Hawkins & Arthur (2009) describieron la implementación de CTC en un periodo de 5 años en las 12 comunidades que participaron en el CYDS. Los resultados indican que las comunidades intervenidas activaron en promedio el 90% de los

componentes clave de CTC con altos grados de fidelidad; los resultados se mantuvieron en el tiempo (cinco años). Estos resultados indican que el sistema CTC puede ser utilizado para consolidar la investigación traslativa .

El trabajo de Fagan, Blair, Rick & Hawkins (2009) refuerza esta idea: las coaliciones basadas en la comunidad han sido presentadas como mecanismos promisorios para reducir violencia, delincuencia y consumo de alcohol y drogas en adolescentes, pero las coaliciones no siempre han logrado asegurar la adopción de estrategias basadas en la evidencia; en este caso se lograron resultados exitosos porque se establecieron fuertes relaciones con la escuela y sus actores, y se desarrolló una permanente comunicación alrededor de los comportamientos problemáticos de los jóvenes. Los resultados de este estudio (que se confirman en el de Arthur, Hawkins, Brown, Briney, Oesterle & Abbott, 2010) pueden ser utilizados por las coaliciones y los científicos en prevención que quieran asociarse con las escuelas con el fin de llegar a amplias poblaciones de estudiantes con programas preventivos efectivos.

Hay evidencia que sugiere que los efectos de intervenciones preventivas pueden limitarse a tipos específicos de individuos, pero los métodos para evaluar tales resultados no se han desarrollado completamente. El estudio de van Horn, Fagan, Jaki, Brown, Hawkins, Arthur, Abbot & Catalano (2008) propone el uso de modelos de mezcla finita (finite mixture models) para evaluar si las intervenciones y, específicamente, los ensayos con grupos aleatorios, impactan a los participantes con ciertas características o niveles de comportamientos problemáticos. Los autores proponen pasos específicos para la estimación de modelos mixtos multinivel y su poder, y sugieren que este modelo puede aplicarse más ampliamente para entender la eficacia de las intervenciones.

Con respecto a resultados globales, el equipo investigador de la Universidad de Washington ha publicado, además de los artículos ya citados, los siguientes trabajos:

Hawkins, Oesterle, Brown, Arthur, Abbott, Fagan, & Catalano (2009), analizaron si CTC reduce el consumo adolescente de alcohol, tabaco y otras drogas (ATD) y el comportamiento delincuencia (CD) en la comunidad dentro del contexto del CYDS, en el que se utilizó información epidemiológica para identificar factores protectores y de riesgo: se encontró que el consumo de ATD y los comportamientos

delincuencias fueron significativamente menores en CTC que en los grupos control para los estudiantes de cursos 5° a 8°.

Oesterle, Hawkins, Fagan, Abbot & Catalano (2010), se interesaron por la evaluación de intervenciones universales sobre uso de sustancias y comportamientos delinCUencias presentados por ambos sexos. Un análisis de interacción de datos de una muestra de 2407 estudiantes seguidos desde el curso 5° hasta el 8° con distribución al azar de CTC en 12 pares de comunidades apareadas, sugiere que CTC redujo el uso de sustancias y la delincuencia entre estudiantes igualmente en los subgrupos en riesgo y en ambos sexos, con dos excepciones: el efecto de CTC en la reducción de uso de sustancias en el 8° grado fue mayor para los hombres que para las mujeres, y el impacto de CTC en la reducción de delincuencia en el 8° grado fue mayor para los estudiantes que no eran delinCUentes en la línea de base.

Hawkins, Oesterle, Brown, Monahan, Abbott, Arthur & Catalano, (2011) se propusieron evaluar si CTC reduce los niveles de riesgo y de comportamiento adolescente problemático en la comunidad seis años después de haber iniciado CYDS y un año después de que los recursos provistos para el estudio terminaran. 4400 estudiantes de quinto año recibieron la encuesta anualmente hasta décimo grado entre 2004 y 2009. Los resultados mostraron que los niveles medios de los comportamientos objetivo se incrementaron menos rápido en los grados cinco y diez de CTC que en las comunidades control, y fueron significativamente menores en CTC que en las controles en Décimo grado. La incidencia de comportamiento delinCUencial uso de alcohol y uso de cigarrillos, así como la prevalencia de consumo actual y consumo en el año anterior de cigarrillos, delincuencia y comportamiento violentos fueron significativamente menores en CTC. El análisis se repitió al cumplirse ocho años y los resultados fueron muy similares, aun cuando en esta ocasión no se observaron diferencias en las prevalencias de consumo de SPA, comportamientos violentos o delincuencia e en el último año (Hawkins, Oesterle, Brown, Abbott & Catalano, 2014).

Monahan, Egan, van Horn, Arthur & Hawkins (2011) examinaron la asociación entre niveles comunitarios agregados de factores protectores y de riesgo, de individuos y de pares, y la prevalencia del uso de sustancias entre adolescentes, en

datos transversales repetidos en jóvenes de 41 comunidades con poblaciones de 1600 a 106.000 personas. La asociación entre los niveles comunitarios de estos factores protectores y de riesgo en el 2000 y el uso de sustancias dos años después se examinó utilizando análisis intra-cohortes (por ejemplo, el sexto grado en el 2000 predecía el octavo grado en 2002) y análisis transversales de cohortes (es decir, sexto grado en el 2000 predecía sexto grado en el 2002). En ambos casos los niveles agregados de factores protectores y de riesgo, individuales y de pares, predijeron el uso de sustancias por los adolescentes dos años después. Esto sugiere que el enfocarse en factores de riesgo elevados en individuos y en pares y en factores protectores disminuidos en individuos y en pares, para seleccionar intervenciones preventivas, puede ser una estrategia útil para la comunidad.

El análisis de la documentación disponible sobre estrategias preventivas de comportamientos problemáticos, especialmente el consumo de alcohol y drogas y conductas delincuenciales en adolescentes, muestra que *Communities That Care* es un sistema que posee fundamentos conceptuales y científicos superiores a los de la mayoría de estrategias conocidas. La forma sistemática de desarrollar evaluaciones, la comparación permanente con datos previos y de archivo, el refinamiento de los instrumentos para medir factores protectores y de riesgo, el empoderamiento comunitario a través de la conformación de coaliciones, la consistencia del marco teórico de base, crean una diferencia notable con las otras formas de hacer prevención. Estos rasgos son una invitación para examinar la posibilidad de utilizar el sistema en otras partes del mundo.

c. CTC en otros países del mundo

Uno de los aspectos más importantes a considerar en el desarrollo o apropiación de las estrategias de prevención del consumo de SPA y disminución de la delincuencia, es la validez transcultural de los programas o sistemas desarrollados. El contexto en el cual se desarrollan y se aplican los programas siempre es diferente, por lo que resulta necesario en todos los casos introducir ciertas modificaciones que pueden ser solamente de forma, o que pueden implicar ajustes importantes.

Según Glaser, van Horn, Arthur, Hawkins, & Catalano (2005), CTC presenta una validez transcultural. En este estudio CTCYS fue aplicada a 5 grupos étnicos, entre los cuales se encontraban hispanos, americanos, asiáticos, caucásicos, americanos nativos y africanos americanizados. Los resultados de esta investigación, aseguran sus autores, respaldaron la validez de CTCYS indicando que las medidas son igualmente confiables tanto para hombres como mujeres, así como para los 5 grupos étnicos que participaron en el estudio. Sin embargo, esto no es prueba suficiente de validez transcultural, en la medida en que todos esos grupos estaban insertos dentro de la cultura estadounidense. Los datos provisionales de Colombia mostraron que era necesario recalcular los puntos de corte (ver nota 8).

En este mismo sentido, CTC se está usando actualmente en los siguientes países:

- Estados Unidos (más de 400 comunidades)
- Canadá
- Australia
- Países Bajos
- Alemania
- Reino Unido
- Croacia
- Chipre
- Colombia
- Chile

Y se encuentran interesados o están modelando partes de CTC:

- India
- Suecia
- Países de Centro América (Guatemala, Honduras y El Salvador)

En el año 2014 se inició en Chile la adaptación y entrenamiento de CQC en tres comunidades de Santiago de Chile; este proceso ha sido responsabilidad de la Corporación Nuevos Rumbos de Colombia, por un convenio entre la Fundación San Carlos de Maipo y la Universidad de Washington.

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

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

En el año 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social tomó la decisión de invitar a un cierto número de entidades a llevar a cabo el pilotaje de varias estrategias de prevención del consumo de alcohol y otras sustancias en menores de edad. Entre las estrategias seleccionadas estaban Familias Fuertes (Strengthening Families), Leones Educando (Lions Quest) y Comunidades Que se Cuidan (Communities That Care). Debido a la prolongada relación entre Nuevos Rumbos y la Universidad de Washington, que había llevado a crear una versión en español de la encuesta para jóvenes, Nuevos Rumbos fue seleccionado para implementar una prueba piloto en dos comunidades del país, bajo el nombre “Comunidades Que se Cuidan” – CQC –.

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

Se seleccionaron inicialmente dos comunidades, una en Bogotá y otra a 20 km; algunos meses después se comenzó el trabajo en otra comunidad cercana a Bogotá y un año más tarde se iniciaron actividades en cinco municipios de la zona cafetera, en el centro del país, en donde se registran altos niveles de consumo de sustancias entre los jóvenes, así como otros problemas sociales. Hubo un esfuerzo constante por mantenerse fiel a la estructura del sistema, por lo que se utilizaron oportunamente instrumentos como el de *Disponibilidad de la Comunidad y la Encuesta para Jóvenes de CQC*. La construcción de un menú de programas arrojó información de 15 utilizados en el país, encontrándose que solo uno cuenta con evaluación sistemática

durante nueve años, seis de ellos tienen alguna clase de monitoreo (percepción de riesgo, información sobre herramientas de evaluación, sistematizaciones o líneas de base y de cierre), y siete no cuentan con evaluación. Al momento de formular el plan de acción, las comunidades escogieron implementar los dos programas más adelantados en su evaluación.

Mientras se recolectaban los datos para la construcción del menú y se aplicaba la encuesta a los estudiantes, se realizaron los entrenamientos a los miembros de las Juntas Comunitarias. Las capacitaciones se hicieron en menor tiempo del previsto, entre otras razones por dinámicas y ritmos propios de las comunidades, y por la imposibilidad de dividir el grupo en subgrupos de trabajo, esto último debido al número total de miembros, que no superaban 15 personas. El tiempo invertido en las capacitaciones y el hecho de que todos recibieran la totalidad de éstas, favoreció la permanencia de los participantes en el proceso y mayor apropiación de los contenidos de la ciencia de la prevención.

Además de seleccionar dos programas preventivos, las Juntas también identificaron otras prácticas que pudieran responder a los factores prioritarios identificados en la fase 3, y se contemplaron algunas estrategias de cambio de metodología para facilitar la implementación de los programas y las prácticas seleccionadas. Así mismo, Nuevos Rumbos ofreció un conjunto de estrategias para apoyar las que ya estaban disponibles en la comunidad:

1. Breves sesiones de capacitación dirigidas a los líderes comunitarios, los padres de familia y los maestros, cuyo objetivo es resolver los conceptos equivocados sobre la prevención; en ellas se explican los factores protectores y de riesgo, la importancia de las coaliciones y la necesidad de mirar el consumo de drogas y alcohol en los adolescentes desde una perspectiva de salud pública (2 horas).
2. Estrategias para el uso creativo del tiempo libre: Se trata de ofrecerles a los adolescentes alternativas, especialmente en esos períodos en los que la probabilidad de consumo de alcohol y otras sustancias se hace más alta: Por ejemplo, los viernes y los sábados entre las 5:00 pm y las 9:00 pm. Esto es

solamente un ejemplo, pues las comunidades pueden desarrollar numerosas iniciativas de bajo costo para estimular a sus jóvenes.

3. Intervenciones breves:

- a. Con adolescentes escolarizados, inspiradas en la *entrevista motivacional*, y acompañadas de un instrumento de tamizaje (CRAFFT/CARLOS), que permiten identificar jóvenes con diferentes niveles de riesgo e intervenir rápidamente con quienes tienen un riesgo alto. En diciembre de 2014 se tenían datos de 6000 de estas intervenciones y se estaban analizando os resultados de dos seguimientos, con resultados bastante prometedores.¹¹
- b. “Cápsulas de humor”: Son videos de corta duración (3 minutos), en los que un actor conocido ridiculiza situaciones relacionadas con el consumo de alcohol o de otras sustancias. Los videos son la estrategia para suscitar reflexión a partir de la identificación con el personaje, y sirven de puerta de entrada para abrir discusiones.
- c. Intervención Rápida con Comunidad Escolar: Con el fin de proporcionarles a los colegios herramientas que les permitan iniciar un trabajo preventivo en el área de consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (SPA), se realiza una evaluación sobre el consumo de esas sustancias, se da una capacitación inicial a todos los profesores de secundaria sobre este tema, se concientiza a los padres de familia sobre la importancia de su participación en el manejo de estos problemas, y se inicia con los estudiantes de los cuatro últimos años de secundaria un diálogo destinado a incrementar sus niveles de conciencia frente al consumo de sustancias.

4. Folletos especialmente preparados para padres de familia, con información sobre alcohol y drogas, tips de manejo de situaciones específicas y pequeños

¹¹ En abril y en mayo de 2014 se presentaron estos resultados, respectivamente, en un encuentro en la Universidad de Oregon y en el encuentro anual de la Society for Prevention Research.

cuestionarios que ayudan a los padres a identificar y actuar frente a estas situaciones.

5. Entrenamiento básico a la comunidad en procesos de evaluación, con el fin de contribuir a que se apropien de sus proyectos y adquieran la habilidad de modificarlos y fortalecerlos.
6. Utilización de la estrategia 'Mystery Shopper' ("Comprador Aliado"). Aun cuando usualmente esta estrategia se utiliza para propósitos de evaluación, puede utilizarse con propósitos preventivos: las autoridades o las coaliciones hacen un pacto con los sitios en donde se vende o se consume alcohol para que no le vendan a menores de edad; el "comprador aliado" (eventualmente un menor de edad con permiso de sus padres o un joven con aspecto de menor de edad), intenta comprar alcohol en esos sitios; si se lo venden, miembros de la coalición van a hacer el reclamo en una primera ocasión, y advierten que si vuelve a ocurrir tendrán que denunciarlo a las autoridades.

Para terminar, es importante hacer un balance de las principales dificultades que se han presentado hasta el momento (diciembre de 2014), para lograr una adecuada implementación de CQC; muchas de ellas han sido resueltas satisfactoriamente, pero cada comunidad debe encontrar las soluciones que más se adecúen a sus circunstancias.

1. El concepto de *prevención* usualmente es inadecuado. En la mayoría de los casos las comunidades tienden a creer que se trata de dar conferencias o talleres en las escuelas, y eventualmente en invitar a algunos padres de familia a participar. Es imprescindible hacer una capacitación básica que proporcione una visión acertada de lo que es la prevención.
2. El acceso a las autoridades locales suele ser difícil: la tendencia es a *delegar* en personas de niveles cada vez más bajos, lo cual hace imposible la toma de decisiones. Por ello es conveniente tratar de hacer un contacto directo con la persona de mayor autoridad en esa comunidad (por ejemplo el alcalde),

invitándolo a que participe, o a que delegue en una única persona que tendrá capacidad decisoria y que tendrá como parte de sus funciones el asistir regularmente a las reuniones.

3. En la versión original de CTC *todos* los miembros de la junta comunitaria son voluntarios. En países como Colombia eso no es posible: Los miembros de la sociedad civil deben ser voluntarios, pero los representantes del sector público deben ser designados por la autoridad competente, y su participación debe ser obligatoria y parte de sus funciones.
4. Una vez elegidos los miembros de la junta comunitaria e identificados los líderes clave, suele resultar difícil organizar las capacitaciones con la dedicación apropiada. Puede ser necesario llegar a acuerdos específicos en cada comunidad, pues unas pueden desear capacitaciones concentradas, mientras que otros pueden preferirlas distribuidas en el tiempo.
5. Las comunidades suelen experimentar un primer bloqueo cuando comprenden que deberán hacer inversiones para ejecutar los programas de prevención que ellos mismos escojan. Sin embargo, cuando desde el inicio se les advierte que deben ir preparándose para esta eventualidad, suelen asumir la necesidad de incluir recursos dentro del presupuesto local.
6. En América Latina hay muy pocos programas de prevención evaluados y hay una urgencia real para que estos procesos se lleven a cabo; esto puede tomar largo tiempo, por lo que se propone que se utilicen *estrategias preventivas* basadas en los principios derivados de investigación empírica. En la parte final de este artículo se dan algunos ejemplos de lo que se puede hacer.
7. Un concepto básico de CTC/CQC es la *disponibilidad de la comunidad*; en los encuentros iniciales, generalmente se expresa mucho interés por la propuesta pero luego ese interés puede esfumarse. Es entonces importante utilizar el instrumento desarrollado por Nuevos Rumbos para determinar esta condición.
8. Aun cuando parezca obvio que cuando se adquieren compromisos se deben cumplir, en la realidad no ocurre, incluso con respecto a situaciones tan

obvias como la puntualidad, la asistencia de las mismas personas a las capacitaciones o el respeto por las ideas de los otros. No hay soluciones definidas para esta situación: deben ser elaboradas para cada caso.

9. Con frecuencia, la existencia de conflictos internos y conflictos de intereses no es obvia en los primeros encuentros; pero una vez identificados debe buscarse solucionarlos con la mayor rapidez, pues pueden poner en riesgo todo el proceso.
10. Muchas comunidades carecen de registros históricos sobre asuntos altamente pertinentes para CQC, como delincuencia juvenil, consumo de drogas o incidentes asociados a consumo alcohol. Debe asesorarse a la comunidad para que inicie tales registros y los vacíos deben intentar llenarse con información no oficial o con indicadores indirectos.

7. Conclusiones y recomendaciones

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas ha recorrido un largo camino en sus casi 45 años de existencia. La complejidad del problema ha conducido a un número creciente de investigadores a explorar un considerable número de variables y de relaciones entre ellas, generando una comprensión mucho mayor del fenómeno, de los factores que lo determinan y de las formas de influir sobre ellos a través de programas preventivos probados y efectivos.

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

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

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

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

Sugerencias para América Latina

1. Es esencial mejorar la capacitación de las instituciones y de las personas encargadas de llevar a cabo los programas de prevención. Las evaluaciones institucionales realizadas en algunos países (por ejemplo, Pérez Gómez, 2001)

tienden a mostrar que existen graves deficiencias a nivel conceptual y una falta de actualización de los responsables de estos programas.

2. Es indispensable darle continuidad a los programas y aumentar su alcance hasta donde sea posible. En la mayor parte de los países del hemisferio no existen políticas estatales consistentes y con una visión de largo plazo, a pesar de los esfuerzos hechos en este sentido por organizaciones como la CICAD.
3. El desarrollo de sistemas de evaluación permanentes es un requerimiento básico para conseguir mayores inversiones de parte de los estados, para corregir los errores y para actualizar los procedimientos cuando sea necesario.
4. Una prioridad debe ser la creación de sistemas preventivos claramente adaptados a las características culturales de cada país. Lo usual es que los países en vías de desarrollo toman lo que ya ha sido ensayado en los países industrializados y lo aplican sin tener en cuenta las enormes diferencias que existen en las condiciones de cada uno de ellos.
5. Hay que estimular la creatividad en este campo, pero sin descuidar el respaldo teórico y conceptual de los programas que se desarrollen.
6. La prevención debería hacer parte de la formación de maestros y profesores, de manera que se evitaría el tener que invertir ingentes recursos en este proceso; si esto se lograra, bastaría llevar a cabo refuerzos y actualizaciones periódicas. Para ello se requiere que los gobiernos de turno tengan una visión clara de la situación y que sepan darle la importancia que se merece; desgraciadamente, esto no es el caso en una importante proporción de los países suramericanos y del Caribe.
7. Los programas de prevención de los países industrializados tienden a poner el acento en la díada escuela-estudiantes, y dejan por fuera a los padres de familia. Vale la pena empezar a considerar estrategias que involucren a los padres de una manera mucho más activa, en vez de considerarlos como elementos pasivos e incluso como 'estorbos'.

8. Referencias

Alonso, M.F., Freijo, E. & Freijo, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar. Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior.

Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Pollard, J.A., Catalano, R.F. & Baglioni, A.J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors: the Communities That Care Youth Survey. *Evaluation Review*, 26, 575-601.

Arthur, M.W., Ayers, C.D., Graham, K.A. & Hawkins, J.D. (2003). Mobilizing communities to reduce risk for drug abuse: a comparison of two strategies. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.), *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 129-142.

Arthur, M.W., Briney, J.S., Hawkins, J.D., Abbott, R.D., Brooke-Weiss, B.L. & Catalano, R.F. (2007). Measuring risk and protection in communities using the Communities That Care Youth Survey. *Evaluation and Program Planning*, 30 (2), 197–211.

Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Brown, E.C., Briney, J.S., Oesterle, S. & Abbott R.D. (2010). Implementation of the Communities That Care prevention system by coalitions in the Community Youth Development Study. *Journal of Community*, 38, (2), 245–258.

Babor, T. et. al. (2010). *La política de drogas y el bien público*, Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood-Cliffs (NJ): Prentice Hall.

Becker, H.K., Agopian, M.W. & Yeh, S. (1992). Impact evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE). *Journal of Drug Education*, 22 (4), 283-291.

Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid, Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado.

Blueprints Programs (2014). www.blueprintsprograms.com

Botvin, G.J., Baker, E., Renick, N., Filazzola, A. & Botvin, E.M. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive behaviors*, 9, 137-147.

Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.), *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Klewler Academic/Plenum Publishers, 45-69.

Botvin, G.J. & Griffin, K.W. (2004). Life Skills Training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention*, 25(2), 211-232.

Briney, J.S. , Brown, E.C., Hawkins, J.D & Arthur, M.W. (2012). Predictive Validity of Established Cut Points for Riskand Protective Factor Scales from the CommunitiesThat Care Youth Survey. *Journal of Primary Prevention*, 33, 249-258.

Brown, E.C., Hawkins, J.D.,Arthur, M.W.,Briney, J.S. & Abbott, R.D. (2007). Effects of *Communities That Care* on Prevention Services Systems: Findings From the Community Youth Development Study at 1.5 Years. *Prevention Science*, 8,(3), 180-191.

Brook, J.S., Brook, D.S., Richter, L. & Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: implications for prevention programs. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.) (2003). *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Klewler Academic/Plenum Publishers, 265-282.

Brooke-Weiss, B.L., Haggerty, K.P.,Fagan, A.A., Hawkins, J.D. & Cady, R. (2008).Creating Community Change to Improve Youth Development: The Communities That Care System. *The Prevention Researcher*, 15, (2), 21-24.

Brown, E.C., Hawkins, J.D., & Arthur, M.W., Abott, R.D., van Horn, L. (2008). Multilevel Analysis of a Measure of Community Prevention Collaboration. *American Journal of Community Psychology*, 41, (1-2), 115-126.

Brown, E.C., Graham, J.W., Hawkins, D.J., Arthur, M.W., Baldwin, M.M., Oesterle, M., Briney, J.S., Catalano, R.F. & Abott, R.D. (2009). Design and Analysis of the Community Youth Development Study Longitudinal Cohort Sample. *Evaluation Review*, 33,(4), 311-334.

Brown, E.C., Hawkins, J.D., Arthur, M.W., Briney, J.S. & Fagan, A.A. (2011). Prevention service system transformation using Communities That Care. *Journal of*

Community Psychology, 39, (2), 183-201.

Bukoski, W.J. (2003). The emerging science of drug abuse prevention. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.) (2003). *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, p.3-26.

Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. En A. Gual (ed), *Monografía sobre alcohol, Adicciones 14* (suplemento 1), 317-336.

Catalano, R.F., Hawkins, J.D. (1996). The social development model: a theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (ed). *Delinquency and crime: current theories*. New York: Cambridge University Press, p. 149-197.

Catalano, R.F., Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Berglund, L. & Olson, J.J. (1998). Comprehensive community and school based interventions to prevent antisocial behavior. En R. Loeber y D.P. Farrington (eds), *Serious and violent juvenile offenders: risk factors and succesfull interventions*, p. 248.284. Thousand Oaks, CA: Sage.

CICAD/OEA. (2011a). *Informe del uso de drogas en las Américas durante 2002-2009*.

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/pubs/uso_drogas_americanas_2011_spa.asp

CICAD/OEA (2011b). *Plan Hemisférico de Acción Sobre Drogas, 2011 - 2015*. Washington: OEA/CICAD.

Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En M. Glantz & R. Pickens (eds.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

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

Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J., Ramey, S.L., Shure, M.B. & Long, B. (1993). The science of prevention : a conceptual framework and some directions dor a national research program. *American Psychologist*, 48 (10), 1013.1022.

Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia (2009). *Drogas y Democracia: Hacia un Cambio de Paradigma*, en: www.drogasydemocracia.org.

Comunidad Andina de Naciones y Unión Europea (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria*. Lima: Secretaría General de la CAN.

Comunidad Andina de Naciones y Unión Europea (2013). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria*. Lima: Secretaría General de la CAN.

Cook, R.F. (2003). Drug abuse prevention in the drug place. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.), *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 157-169.

Degnan, E.J. (1972). An exploration into the relationship between depression and positive attitude toward drugs in young adolescents and an evaluation of a drug education program. *Dissertation Abstracts*, 32,6614-6615.

Delegación del Gobierno de España (2000). *Plan Nacional sobre Drogas* . Madrid: Ministerio del Interior.

Díaz, R. & Ferri, M.J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos. En A. Gual (ed), *Monografía sobre alcohol, Adicciones 14* (suplemento 1), 353-374.

Ellickson, P.L. (1995). School. En R.H. Coombs & D.M. Ziedonis (eds). *Handbook on drugs abuse prevention: a comprehensive strategy to prevent the abuse of alcohol and other drugs*. Boston: Allyn & Bacon, 93-119.

Ennett, S.T., Tobler, N.S., Ringwalt, C.L. & Flewelling, R.L. (1994). How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84 (9), 1394-1401.

Fagan, A.A., van Horn, L.V., Hawkins, J.D. & Arthur., M.W. (2007). Gender Similarities and Differences in the Association Between Risk and Protective Factors and Self-Reported Serious Delinquency. *Prevention Science*, 8, (2), 115-124.

Fagan, A.A., Hanson, K., Hawkins, J.D. & Arthur, M.W. (2008). Bridging Science to Practice: Achieving Prevention Program Implementation Fidelity in the Community Youth Development Study. *American Journal of Community Psychology*, 41, (3-4), 235-249.

Fagan, A.A., Hanson, K., Hawkins, J.D. & Arthur, M.W. (2008). Implementing Effective Community-Based Prevention Programs in the Community Youth Development Study. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 6 (3), 256-278.

Fagan, A.A., Hanson, K., Hawkins, J.D. & Arthur, M.W. (2009). Translational research in action: implementation of the Communities That Care prevention system in 12 communities. *Journal of Community Psychology*, 37, (7), 809–829.

Fagan, A.A., Blair, B.W., Rick, D. & Hawkins, J.D. (2009). If at First You Don't Succeed ... Keep Trying: Strategies to Enhance Coalition/ School Partnerships to Implement School-based Prevention Programming. *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 42, (3), 387-405.

Fagan, A.A., Arthur, M.W., Hanson, K., Briney, J.S. & Hawkins, J.D. (2011). Effects of Communities That Care on the adoption and implementation fidelity of evidence-based prevention programs in communities: results from a randomized controlled trial. *Prevention Science*, 12 (3), 223-234.

Fagan, A.A., van Horn, M.L., Antaramian, S., & Hawkins, J.D. (2011). How Do Families Matter? Age and Gender Differences in Family Influences on Delinquency and Drug Use. *Youth Violence and Juvenile Justice*, 9, (2), 150-170.

Farrell, A.D. & White, K.S. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parents-adolescents relationships as protective factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 248-258.

Feinberg, M.E., Greenberg, M.T., Osgood, D.W., Sartorius, J. & Bontempo, D. (2007). Effects of the Communities That Care model in Pennsylvania on youth risk and problema behaviors. *Prevention Science*, 8, 261-270.

Flay, B.R. & Petraitis, J. (2003). Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.) (2003). *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, cap. 14.

France, A. & Crow, I. (2005). Using the 'risk factor paradigm' in prevention: lessons from the evaluation of Communities that Care. *Children & Society*, 19, 2, 172–184.

Glantz, M. & Pickens, R. (eds.) (1992). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Glaser, R.R., van Horn, L., Arthur, M.W., Hawkins, J.D. & Catalano, R.F. (2005). Measurement Properties of the Communities That Care Youth Survey Across Demographic Groups. *Journal of Quantitative Criminology*, 21,(1), 73-102.

Gorman, D. (2011). Does the Life Skills Training program reduce use of marijuana? *Addiction Research & Theory*, 19(5), 470-481.

Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98 (2), 107-109.

Haggerty, K. & Brown, E. (2012). *Comunicación personal*.

Hawkins, D. & Catalano, R. (1992). *Communities That Care*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hawkins, D., Catalano, R. & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescents and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 64-105.

Hawkins, J.D. & Catalano, R. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (ed.) *Delinquency and Crime: Current Theories*. New York, NY: Cambridge University Press, p. 149-197.

Hawkins, J.D. , Arthur, M.W & Olson, J.J. (1997). Community interventions to reduce risks and enhance protection against antisocial behavior. En D.M Stuff, J. Breiling, & J.D. Masse (eds) (1997). *Handbook of antisocial behavior*. New York: Wiley, p. 365, 374.

Hawkins, J.D., Catalano, R. & Arthur, M.W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, , 951-976.

Hawkins, J.D., van Horn, L. & Arthur, M.W. (2004) Community Variation in Risk and Protective Factors and Substance Use Outcomes. *Prevention Science*, 5, (4), 213-220.

Hawkins, J.D., Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D., Fagan, A. A. & Catalano, R.F. (2008). Early Effects of Communities That Care on Targeted Risks and Initiation of Delinquent Behavior and Substance. *US Journal of Adolescent Health*, 4, (1), 15-22.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Arthur, M.W., Egan, E., Brown, E.C., Abbott, R.D. & Murray, D.M. (2008). Testing Communities That Care: The Rationale, Design and Behavioral Baseline Equivalence of the Community Youth Development Study, *Prevention Science*, 9, (3), 178-190.

Hawkins, J. D. , Brown, E.C., Oesterle, S., Arthur, M.W., Abbott, R.D. & Catalano, R.F. Early Effects of Communities That Care on Targeted Risks and Initiation of Delinquent Behavior and Substance Use

Hawkins, J.D., Oesterle, S., Brown, E.C., Arthur, M.W., Fagan, A. A. & Catalano, R.F.(2009). Results of a Type 2 Research Trial to Prevent Adolescent Drug Use and Delinquency: A Test of Communities That Care. *Archive of Pediatrics Adolescent Medicine*, 163, (9), 789-798.

Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E.C, Monahan, K. C., Abbott, R. D., Arthur, M.W.& Catalano, R. F.(2011). Sustained Decreases in Risk Exposure and Youth Problem Behaviors After Installation of the Communities That Care Prevention System in a Randomized Trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Published online October 3, 2011. Consultado el 20 de enero de 2013. <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/abstract/archpediatrics.2011.183>

Hawkins, J.D., Oesterle, S., Brown, E.C., Abbott, R.D. & Catalano, R.F. (2014). Youth Problem Behaviors 8 Years After Implementing the Communities That Care Prevention System. *JAMA Pediatrics*, 168, 2, 122-129.

Hawks, D., Scott, K., McBride, N., Jones, P. & Stockwell, T. (2002). *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*. Ginebra: World Health Organization.

Johnson, K. W., Shamblen, S. R., Ogilvie, K. A., Collins, D., & Saylor, B. (2009). Preventing youths' use of inhalants and other harmful legal products in frontier Alaskan communities: A randomized trial. *Prevention Science*, 10(4), 298-312.

Kuklinsky, M. Briney, J, Hawkins, D. & Catalano, R. (2011). Cost-benefit analysis of Communities That Care outcomes at eight grade. *Prevention Science*, SDRG #532 (published on line, November 24, 2011).

Kumpfer, K.L. & Alder, S. (2003). Dissemination of research based family

interventions for the prevention of substance abuse. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.) (2003). *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 75-91.

Luna-Adame, M., Carrasco-Giménez, T.J. & Rueda-García, M.M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the 'Life Skills Training' approach. *Health Education Research*, 28 (4), 673-682.

Lyman, M.D. (2011) (6th. Edition). *Drugs in society: causes, concepts and control*. Burlington, MA: Anderson Publishing.

Masías, C. (2007). Prevenir las drogas desde lo comunitario. *Revista Análisis*, 4 (6), 15-24.

Minnesota Institute of Public Health (1997). *Drug Abuse Resistance Education (DARE) program evaluation: final report*. Anoka, MN: MIPH.

Monahan, K., Egan, E.A., Van Horn, M.L., Arthur.& Hawkins, J.D.(2011). Community-level effects of individual and peer risk and protective factors on adolescent substance use. *Journal of Community Psychology*, 39, (4), 478-498.

Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. En *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*, (p.85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders*. Washington, D.C.: National Academy Press.

NIDA (2003). *Preventing drug use among children and adolescents*, en: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

O'Connell, M.E., Boat, T. & Warner, K.E (eds.) (2010). *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

O'Rourke, T.W. & Barr, S.L (1974). Assessment of the effectiveness of the New York State Drug Curriculum Guide with respect to drug attitudes. *Journal of Drug Education*, 4, 347-356.

OEA (2012). *Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013-2025*. <http://www.infocoponline.es/pdf/InformedeEscenarios.pdf>

Oesterle, S., Hawkins, J.D., Fagan, A.A., Abbott, R.D. & Catalano, R.F. (2010)

Testing the Universality of the Effects of the Communities That Care Prevention System for Preventing Adolescent Drug Use and Delinquency. *Prevention Science*, 11 (4), 311-423.

Oetting, E.R. (1992). Planning programs for prevention of deviant behavior: a psychosocial model. In J.E. Trimble, C.E. Bolek & S.J. Niemcryk (eds.), *Ethnic and multicultural drug abuse: perspectives on current research*. New York: Haworth Press.

Oetting, E.R. & Lynch, R.S. (2003). Peers and the prevention of adolescent drug use. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.) (2003). *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 101-119.

Pentz, M.A. & Li, C. (2002). The Gateway theory applied to prevention. En D.B. Kandel (ed), *Atages and pathways of drug involvement examining the Gateway hypothesis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Pérez Gómez, A. (2001). Evaluación de 15 instituciones dedicadas a la prevención del consumo de SPA. *Manuscrito no publicado*. Bogotá: Programa Rumbos, Presidencia de la República.

Pérez Gómez, A. (2003). El impacto del consumo de drogas en el mundo y en América Latina: ¿Qué funciona en el campo preventivo? *Revista Peruana de Drogodependencias*, 1 (1), 195-208.

Pérez Gómez, A. (2012). *¿Adicciones? Matices humanos*. Bogotá, California Edit, cap. 9.

Pérez Gómez, A. , Ruiz, J.A., Valencia, J.E. & Rodríguez, C.(2007). Fracciones atribuibles en las relaciones entre crimen y drogas en Colombia. *Manuscrito no publicado*. Bogotá: CICAD/OEA.

Pérez Gómez, A., Scoppetta, O. & Flórez, L. (2011). Age at Onset of Alcohol Consumption and Risk of Problematic Alcohol and Psychoactive Substance Use in Adulthood in the General Population in Colombia. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1, (1), 19–24.

Petratis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q., Torpy, E.V. & Greiner, : (1998). Illicit substance use among adolescents. *Prevention Medicine*, 33 (13), 2561-2604.

Quinby, R.K.,Hanson,K, Brooke-Weiss, B.L., Arthur, M.W., Hawkins, J.D. & Fagan,

A.A.(2008). Installing the Communities That Care prevention system: implementation progress and fidelity in a randomized controlled trial. *Journal of Community Psychology*, 36, (3), 313–332.

Rhew, I.C., Hawkins, J.D. & Oesterle, S. (2011). Drug use and risk among youth in different rural contexts. *Health & Place*, 17, (3), 775–783.

Rhew, I.C., Brown, E. , Hawkins, D. & Briney, J. (2013). Sustained effect of the Communities That care system on prevention service system transformation. *American Journal of Public Health*, 103, 529-535.

Richmond, M.E. (1917/2012). *Social diagnosis*. Lexington, KY: Forgotten Books.

Rosenbaum, D. P. & Gordon S. H. (1998). Assessing the Effects of School-Based Education: A Six-Year Multilevel Analysis of Project D.A.R.E. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 35(4), 381-412.

Santacreu, J., Márquez, M.O. & Rubio, V. (997). Prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 10, 81-92.

Sanz, A., Salvador, T., Suelves, J., M, Jiménez, R. & Martínez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z: glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

Sloboda, Z. & Bukoski, W. (2003). *Handbbook of Drug Abuse Prevention: theory, science and practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Sloboda, Z., Cottler, L.B., Hawkins, J.D. & Pentz, M.A. (2009). Refelctions onf 40 yars of drug abuse prevention research. *Journal of Drug Issues*, 39 (1), 179-196.

Sloboda, Z., Glantz, M.D. & Tarter, R.E. (2012). Revisiting the concept of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: implications for prevention. *Substance use and Misuse*, 47 (8-9), 944-962.

Tobler, N.S. (1997). Meta analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta analysis. En W. Bukoski (ed.) *Meta-analysis of drug abuse prevention programs*. Washington, D.C.: NIDA.

UNODC/CICAD (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas*. Washington, D.C.

UNODC. (2009). Political declaration and plan of action on international cooperation towards an integrated and balanced strategy to counter the world drug problem. En: <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/political-declaration-2009.html>

UNODC. (2012). "Informe mundial sobre las drogas 2012: resumen ejecutivo", en: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2012.html>.

UNODC (2014). *World Drug Trends*. Viena, Austria.

Van Horn, V.L., Hawkins, J.D., Arthur, M.W. & Catalano R.F. (2007). Assessing community effects on adolescent substance use and delinquency. *Journal of Community Psychology*, 35,(8), 925–946.

Van Horn, V.L., Fagan, A.A., Jaki, T., Brown, E.C., Hawkins, J.D., Arthur, M.W. Abbot, R.D., & Catalano R.F. (2008). Using multilevel mixtures to evaluate intervention effects in group randomized trials. *Multivariate Behavioral Research*, 43, 289-326.

Vicary, J. R., Henry, K. L., Bechtel, L. J., Swisher, J. D., Smith, E. A., Wylie, R., & Hopkins, A. M. (2004). Life skills training effects for high and low risk rural junior high school females. *Journal of Primary Prevention*, 25(4), 399–416.

Vicary, J. R., Smith, E. A., Swisher, J. D., Hopkins, A. M., Elek, E., Bechtel, L. J., & Henry, K. L. (2006). Results of a 3-year study of two methods of delivery of life skills training. *Health Education & Behavior*, 33(3), 325–339.

Woods, L.N, Lanza, A.S., Dyson, W., & Gordon, D.N. (2013). The role of prevention in promoting continuity of health care of prisoners reentry initiatives. *American Journal of Public Health*, 103 (5), 830-838.

Wright, K. (1999). Just say so: D.A.R.E. doesn't work. *San Francisco Examiner*, Feb. 16, p. A15.

