

La prevención en el campo de las adicciones: escenarios imaginados

MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

Hablar de prevención en el campo de las adicciones es adentrarse en un terreno que a pesar de no brindar todas las respuestas, se muestra como ese camino que ofrece la posibilidad de ampliar las miradas, de dar un paso atrás, de releer el problema y contemplar el fenómeno adictivo desde una posición que no se limita a buscar su entendimiento o alternativas para rehabilitar a una persona que ha caído en la obscuridad de una adicción sino que nos lanza a la anticipación de la conducta adictiva.

La prevención es un llamado a imaginar escenarios distintos, a poner la atención en aquellos elementos y factores que favorecen u obstaculizan la aparición del problema. Es una invitación a adelantarnos a la adicción, a trabajar en la generación de condiciones sociales y personales que procuren el desarrollo y el bienestar de los individuos y las comunidades de forma que podamos contrarrestar la destrucción que una vida sometida a las adicciones trae consigo. Es además, un llamado a pensar desde la lógica de la complejidad, de la colaboración y de la interrelación de diversos actores y organismos que componen el entramado social y son agentes claves para buscar soluciones y alternativas al fenómeno de las adicciones.

El presente capítulo integra la información encontrada en torno a la temática de prevención de adicciones, fruto de la consulta de escritos tanto de carácter académico como divulgativo, llevada a cabo con la finalidad de generar una primera aproximación al campo de la prevención de las adicciones, en específico de aquellas relacionadas al consumo de sustancias.

La indagación se realizó principalmente en medios electrónicos a través de motores de búsqueda en Internet, para lo cual se establecieron criterios como los siguientes: cantidad de información relacionada con el tema, principales temáticas y contenidos abordados, origen de la información —instancias que generan los contenidos—, abordajes teóricos, disciplinas que estudian el fenómeno y países que producen el conocimiento. De esta manera, el documento no solo incluye la visión de académicos y científicos del ámbito de la prevención sino que también integra la mirada de otros actores y escenarios de campo de la divulgación.

En términos metodológicos, se utilizó el motor de Google para llevar a cabo gran parte de las búsquedas, tanto en su formato abierto como en Google Académico. A fin de localizar documentos de carácter científico y académico, se recurrió a bases de datos específicas como Redalyc, Latindex y Scielo. Por último, se incluyeron documentos encontrados en las bases de datos de la biblioteca Dr. Jorge Villalobos Padilla, S.J., del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO).

La información obtenida se revisó, clasificó y resumió en fichas que facilitaron su integración, y fue el insumo central para la elaboración del presente escrito. Las primeras aproximaciones que se hicieron a través de los motores de búsqueda de Internet dan cuenta de que el tema de la prevención de adicciones ha suscitado una cantidad significativa de información,

puesto que se encontraron cerca de 11'700,000 resultados relacionados con palabras como prevención y adicciones.

La información que se despliega en las primeras páginas del buscador hace referencia principalmente a documentos e iniciativas de organismos públicos, como gobiernos, ayuntamientos o secretarías de estado, que plasman las estrategias que las instituciones plantean y, que en algunos casos, llevan a cabo para la prevención de las adicciones en sus respectivos países o comunidades.

De igual manera, aparecen programas y servicios ofrecidos desde asociaciones o centros especializados para el manejo de las adicciones, donde se plantean alternativas de prevención y / o rehabilitación. Por otro lado, la información de carácter divulgativo se encuentra presente de manera significativa, a través de notas, recomendaciones o artículos que aparecen en páginas o *blogs* especializados, muchos de ellos vinculados a temáticas de salud; o bien a través de publicaciones de diarios que dan a conocer noticias o columnas de reflexión en torno a la problemática de las adicciones. Se pueden encontrar también en esta indagación abierta, documentos de carácter académico, aunque para la elaboración del presente escrito, la mayoría de los escritos científicos y académicos fueron obtenidos a través de bases de datos especializadas, tal como se mencionó en párrafos anteriores.

Documentos base

Los contenidos que dan cuerpo al presente documento reflejan las temáticas en su mayoría, abordadas y desarrolladas en los documentos encontrados. En total se revisaron 94 artículos, entre programas y planes nacionales o estatales, artículos de revistas, reportes de asociaciones, lineamientos de organismos públicos o no gubernamentales, capítulos de libros e información de carácter divulgativo.

Desde el punto de vista disciplinar, encontramos que en su gran mayoría, los documentos revisados responden al campo de la psicología, seguidos del campo de la salud pública y, con una presencia considerablemente menor, del campo de la medicina, el trabajo social, la enfermería y las ciencias sociales.

El idioma base de la revisión fue el castellano, por lo que tres cuartas partes de los escritos responden a este idioma, el resto de artículos son de habla inglesa. No obstante, es importante señalar que no todos los documentos de habla inglesa corresponden a países donde su lengua nativa es el inglés, ya que también forman parte del presente escrito artículos de países como Corea del Sur, Turquía, China e Irán. Llama la atención la gran producción encontrada en castellano de artículos publicados en España, seguido por México, Colombia, y en menor porcentaje, de países como Argentina, Ecuador, Chile, Perú y Cuba.

Los principales contenidos encontrados versan en torno a temáticas como: modelos y teorías preventivas, factores de riesgo y protección, niveles de prevención, lineamientos para la elaboración de programas preventivos, intervenciones preventivas en diferentes escenarios, así como las propuestas realizadas desde diferentes gobiernos u organismos no gubernamentales para llevar a cabo intervenciones y acciones de carácter preventivo.

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ HABLAR DE PREVENCIÓN?

El fenómeno de las adicciones en todas sus manifestaciones y modalidades es en definitiva un fenómeno complejo. Su entendimiento requiere un análisis de la multiplicidad de ele-

mentos que se ponen en juego, desde aquellos propios del individuo, como los de carácter colectivo, social, económico, político o cultural. Tal como lo comentan Robert Castel y Anne Coppel (1994), el estudio de las adicciones trasciende al entendimiento del producto que se consume, ya que la sustancia no existe como algo independiente del “modo de vida en el que se inscribe” o de las motivaciones del sujeto. De ahí la importancia de considerar la relación e interacción de todos los factores involucrados en el fenómeno.

Su abordaje y estudio, a lo largo de los años, de acuerdo con Olena Klimenko, Daniel Antonio Plaza, Carolina Bello, Jhon Jairo García y Nuris del Carmen Sánchez (2018) han suscitado gran interés en la comunidad científica, por lo que se han desarrollado diversas líneas de investigación que van desde el estudio del fenómeno relacionado a las sustancias, a la indagación de los aspectos biológicos, comportamentales y sociales que favorecen o se relacionan con la adicción, así como los factores implicados en su inicio o mantenimiento. Cada una de estas líneas ha favorecido la construcción de un cuerpo de conocimiento cada vez más sólido, que ha servido como base para el entendimiento de las conductas relacionadas con el consumo y sus posibles tratamientos.

No obstante, en las últimas décadas (finales del siglo XX e iniciales del XXI), aunado a la nueva concepción de salud, se ha señalado la necesidad de realizar acercamientos que no solo atiendan el problema de las adicciones, una vez que estas se presenten en la vida de los individuos o de las sociedades, sino que ha reconocido la urgencia de avanzar en iniciativas que atiendan el tema de las adicciones antes de que estas aparezcan y se desarrollen, es decir, generar planteamientos desde una perspectiva de la prevención.

Lo expuesto se hace cada vez más urgente si tomamos en cuenta que conforme a los últimos datos otorgados por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC), en su Informe Mundial sobre las Drogas 2020, el consumo de drogas en el contexto mundial va en aumento. De acuerdo con los datos proporcionados en el informe, alrededor de 269 millones de personas usaron drogas en el mundo durante 2018, lo que representa un aumento de 39% en los últimos 10 años. Asimismo, se considera que más de 35 millones de personas sufren trastornos por el uso de drogas.

El panorama en nuestro país no es muy distinto, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat) (2017) muestra que en México, 8 millones y medio de hombres y mujeres, de 12 a 64 años de edad, han consumido por lo menos una vez en la vida alguna droga, y de ellos, por lo menos un millón se encuentran en el rango de los 12 a los 17 años. Estos hechos han generado una alarma en el sector salud, el cual hoy en día, considera el consumo de drogas como un notable problema de salud pública.

La Secretaría de Salud reporta que estudios recientes han proporcionado datos que hablan de una transición epidemiológica en el fenómeno de las adicciones que apunta hacia tres vertientes: la disminución en la edad de inicio, el incremento del consumo entre adolescentes y jóvenes, y el aumento del consumo en las mujeres. Aspectos que representan un reto significativo en materia de prevención y atención oportuna.

La prevención surge, por tanto, como una pieza clave y fundamental al momento de hablar de adicciones y sus posibles vías de afrontamiento. Es junto con el tema de la atención una de las preocupaciones principales de los gobiernos y organismos encargados de procurar la salud y el bienestar de los individuos y las sociedades. Plantea la posibilidad de superar el enfoque centrado en el problema y la enfermedad, al buscar estrategias colaborativas que promuevan los recursos existentes que actúan como factores de protección, y llama a la construcción conjunta de entornos que permitan un buen vivir y un buen convivir.

¿QUÉ ES Y QUÉ NO ES LA PREVENCIÓN?

Partiendo de sus raíces etimológicas, prevención proviene del vocablo prevenir, que tiene su origen latino en la palabra *praevenire* (de *pre*: antes, y *venire*: venir), que significa adelantarse, preceder, venir antes, anticiparse. Por tanto, prevención se refiere a la acción y efecto de prevenir, donde se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañino.

En el ámbito de la salud, la prevención cobra una especial relevancia a mediados del siglo XX, cuando el concepto de salud transita de un modelo biomédico clínico, basado en “curar” la enfermedad bajo el seguimiento de los protocolos médicos establecidos, donde la identificación del síntoma, la elaboración del diagnóstico y la prescripción del tratamiento eran partes fundamentales del mismo, a un modelo en el cual los aspectos psicosociales y socioculturales fueran tomados en cuenta.

Se encontró una relación entre la salud y los llamados determinantes sociales, relación que fue resaltada de manera importante por el ministro de sanidad canadiense, Marc Lalonde, en su documento histórico: *Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses* (1974). Con este nuevo paradigma, la Organización Mundial de la Salud (OMS) formula, en 1946, una nueva definición de salud, a la que entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1998). De esta manera se da paso a una idea de salud que por primera vez se plantea en términos positivos y se desmarca de la concepción clásica de la ausencia de enfermedad. Esta nueva forma de entender la salud incorpora, por tanto, factores de tipo social y mental, y da pie al desarrollo de la medicina preventiva como una estrategia de mayor alcance vinculada a la promoción de la salud.

Bajo esta nueva perspectiva, la prevención emerge como una alternativa central y de gran espectro, la cual se entiende como el conjunto de acciones que buscan, por un lado, detectar y reducir los factores de riesgo de un fenómeno determinado —como lo es el tema de las adicciones—, y por otro, potenciar los factores de protección involucrados en el fenómeno. De igual forma, tiene la función de frenar los avances de la afección, sus consecuencias y recaídas, una vez que la problemática ya se encuentra presente.

Comprender los orígenes de la prevención en el ámbito de la salud, en especial a partir de los cambios en su comprensión, no es un asunto menor al momento de presentar el tema de la prevención de adicciones ya que sustenta el punto de arranque desde el cual es posible valorar su relevancia y el papel que juega en el abordaje del fenómeno, a la vez que orienta la construcción de propuestas preventivas efectivas y pertinentes.

Resulta útil, además de revisar los orígenes de la prevención en el campo de la salud, diferenciarla de otros conceptos a los cuales se asocia y que en algunos documentos se utilizan a la par, como lo son la promoción de la salud y la educación de la salud.

Nociones de la promoción de la salud

La promoción de la salud tiene sus antecedentes en los trabajos de Laframboise, en 1973, quien identificó como elementos centrales de la salud, los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la biología humana (citado en Vargas, Villegas del Carpio, Sánchez & Holthuis, 2003). Estos componentes fueron retomados y oficializados en la Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en 1977, donde se reconocieron las limitaciones de

los modelos centrados en la enfermedad y se propusieron nuevos abordajes que situaron a las determinantes de la salud en el punto central. Lo relevante de esta declaración fue el hecho de que la OMS la asumiera como parte de sus estrategias, a fin de lograr una política global de “Salud para todos en el año 2000”.

Sin embargo, es hasta la “Conferencia Internacional de Promoción de la Salud”, celebrada en Ottawa en 1986, donde se recogen los planteamientos anteriores y se sientan las bases sobre las que se sustentan los principios fundamentales de la promoción de la salud. Fruto de esta conferencia se elabora lo que hoy se conoce como la Carta de Ottawa, que integra no solo la concepción de lo que se llamará promoción de la salud sino sus tareas y estrategias centrales.

De acuerdo con la Carta de Ottawa, la promoción de la Salud consiste en:

Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (OMS, 1986).

De esta forma, se colocan premisas importantes que permiten ampliar la mirada de la salud, no solo dentro del sector sanitario, como se había establecido de forma tradicional, sino que se hace un llamado en el ámbito internacional para ver la salud desde un campo más comunitario, donde la creación de políticas públicas, la generación de entornos favorables para la salud, y el empoderamiento y desarrollo de habilidades personales para la acción comunitaria se vuelven fundamentales. Esta concepción supone varios aspectos que vale la pena resaltar:

- La promoción de la salud es una estrategia de salud pública centrada en la intervención y no en el diagnóstico.
- Conlleva un proceso social y político dirigido a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas que afectan la salud individual y social.
- La promoción de la salud no se reduce a un cambio en los estilos de vida sino en la revisión de sus determinantes y el conocimiento de los factores que influyen en las desigualdades sociales.
- La promoción de la salud es una estrategia que ofrece amplias posibilidades en los ámbitos local, regional y nacional.
- Involucra a la población en su conjunto y no solo a poblaciones con riesgos específicos de enfermedad.

Algo que vale la pena resaltar cuando se habla de una perspectiva de promoción de la salud, es el énfasis que se pone en los diferentes actores sociales, puesto que trasciende la visión exclusiva del sector salud al involucrar la participación activa y efectiva de la población, así como a diferentes actores políticos y sociales con el propósito de generar un proceso de construcción social de la salud (O'Donnell, 1986; Quintero, De la Mella & Gómez, 2017).

EL ENFOQUE DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es una herramienta que forma parte de las estrategias de promoción de la salud, y que tiene como ejes fundamentales a la educación y la comunicación con el fin de alcanzar la salud y el desarrollo humano. De acuerdo con Proinapsa (2014, citado en Organización Mundial de la Salud, 2017), se trata de “un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud, en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo”.

En términos de su proceso comunicativo, la educación para la salud no solo significa transmitir información sino que implica la difusión de un mensaje entre un emisor y un receptor, donde cada uno juega un rol esencial —educador como emisor, mensaje como contenido de la información y la persona o el grupo como receptores del mensaje—. Es educativo porque las actividades que se diseñan buscan desarrollar ciertas facultades o capacidades en los individuos o los grupos, quienes a su vez pueden generar un aprendizaje que produzca un cambio en su manera de actuar, pensar o sentir, con lo que se provoca un proceso de enseñanza-aprendizaje (Mora, 2008).

Es en su componente educativo, donde confluye el carácter preventivo, como se verá desarrollado en algunas de las propuestas preventivas que se plantearán en el documento. La propuesta de la educación de la salud es la de ser un medio para fomentar la motivación, las habilidades personales y comunitarias para adoptar medidas destinadas al cuidado de la salud. Entre sus planteamientos principales se encuentra el propiciar espacios que ayuden a generar mayor conciencia sobre los aspectos que atañen a la salud, a través de procesos de diálogo, participación y reflexión sobre temáticas claves. Se pretende, por tanto, con una mayor conciencia, impulsar a los individuos y las comunidades a que participen y tomen decisiones sobre su propia salud y se hagan responsables de ella, fortaleciendo el concepto de autocuidado (Perea, 2001).

Tomando en cuenta lo anterior, se pueden distinguir en la propuesta de educación para la salud tres pasos que se consideran fundamentales: un primer paso o nivel que se ha denominado funcional, que parte básicamente con la identificación y otorgamiento de información relevante en torno a la temática a trabajar; un segundo nivel llamado operativo, donde el foco y los esfuerzos se centran en el desarrollo de habilidades; y un tercer nivel considerado como el nivel crítico, donde el componente social entra en juego a través de un trabajo de empoderamiento comunitario (Centros de Integración Juvenil, s.f.).

Por tanto, la prevención, la promoción de la salud y la educación para la salud son conceptos entrelazados en la prevención. El siguiente cuadro (véase la tabla 4.1) busca brindar información que facilite la distinción entre la prevención y la promoción de la salud en su sentido más amplio.

TABLA 4.1 PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE LA PREVENCIÓN Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

	Prevención	Promoción de la salud
Objetivo	Los objetivos de la prevención se relacionan con los problemas de salud y son, en esencia, correctivos. Se dirigen a la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad específica o a la protección contra los agentes agresivos.	Los objetivos de la promoción se insertan al interior de una dinámica positiva hacia la salud , donde se habla de determinantes de la salud y desarrollo de condiciones favorables a la salud.
Enfoque	La prevención utiliza el enfoque de riesgo , o sea que realiza intervenciones específicas a partir del perfil de riesgo particular de individuos o grupos.	La promoción realiza intervenciones dirigidas a los determinantes de la salud , mediante mejoras en los hábitos o las condiciones de vida generales de la población.
Población	La prevención, por lo general, dirige sus acciones a los individuos o a grupos pequeños , en riesgo de adquirir una enfermedad.	La promoción utiliza el enfoque poblacional, o sea que dirige sus acciones a la población en general o a sus grupos poblacionales.

Fuente: Ileana Vargas, Óscar Villegas del Carpio, Aurora Sánchez y Kristin Holthuis (2003).

LA PREVENCIÓN EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

Como se ha establecido en los párrafos anteriores, la prevención es una estrategia de gran valor en el campo de la salud pública, y tiene un papel fundamental al momento de abordar problemáticas tan profundas y complejas como es el tema de las adicciones.

Aunque en esencia se guardan los mismos principios que la definición general de prevención, en los escritos sobre adicciones se suele encontrar una definición específica para este campo. La definición puede ser tan sintética como la realizada por Federico Cruz (2013), quien habla de la prevención de adicciones como: “toda medida o actuación que tiende a reducir, retrasar o evitar el consumo de determinada sustancia y los problemas derivados de su uso”, o bien, más elaborada como la llevada a cabo dentro del Plan de Prevención del Gobierno de Ecuador, donde se establece la prevención de adicciones como:

El conjunto de acciones orientadas a construir una conciencia individual y social respecto de los diversos ámbitos de intervención que conforman la problemática de drogas. Implica promover en el desarrollo integral, individual y social capacidades y destrezas que permitan anticiparse a la aparición de problemas, la capacidad para resolverlos y evitar conductas asociadas al consumo de drogas, para contribuir al buen vivir en el marco del respeto de los derechos humanos (García, citado en Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas República de Ecuador, 2012).

El objetivo básico de la prevención de las adicciones sería evitar el consumo de sustancias adictivas, y si este ya comenzó, evitar que se desarrolle una dependencia que conlleve mayores trastornos en el ámbito de la salud física, emocional o social del individuo. Implica desarrollar capacidades y potencialidades en los individuos y los grupos para que contribuyan de manera positiva y significativa en su entorno social (Arbex, 2013).

Se puede apreciar que las definiciones de prevención en el campo de las adicciones reflejan los niveles en los que se da la intervención o la actuación preventiva. Así, se habla de evitar el consumo, detener el progreso y minimizar las consecuencias. Esto se traduce a tres niveles de intervención que aún se encuentran identificados en varios de los documentos consultados: la llamada *prevención primaria*, orientada a tomar medidas para que las personas

no consuman sustancias adictivas, evitando los factores de riesgo y desarrollando factores de protección; la *prevención secundaria*, que se orienta a frenar los avances una vez que se ha presentado el problema; y la *prevención terciaria*; que se centra en evitar las consecuencias negativas de la dependencia (Alonso, Salvado, Suelves, Jiménez & Martínez, 2004).

Es común encontrar, en especial en abordajes más recientes, una nueva terminología que hace referencia a los niveles de intervención, bajo la clasificación de prevención *universal, selectiva e indicada* (véase la tabla 4.2) en función del nivel de riesgo encontrado y las características específicas de la población. La prevención universal diseñará acciones pensando en una población en específico, por ejemplo, un grupo de trabajadores, donde se intenta beneficiar a todos por igual. Por su parte, una prevención selectiva se dirigirá a un subgrupo de esa población que por sus características pudieran presentar un mayor riesgo de consumo. Finalmente, la prevención indicada se dirigirá al subgrupo de personas que ya son consumidoras y se identifican con problemas de adicciones (Consejo Nacional contra las Adicciones, s.f.).

Saber identificar los tipos de prevención no es un asunto menor al momento de idear una acción preventiva en el terreno de las adicciones. Implica acotar de manera clara el propósito de la intervención y el momento en el que se llevará a cabo, aspecto que se relaciona de forma directa con la etapa o el nivel en el que se encuentra el desarrollo de la problemática de consumo. Además, requiere reconocer las poblaciones a las que van dirigidos los esfuerzos, y la amplitud de estas, así como los recursos, vinculaciones y perfiles profesionales específicos que se necesitan para el diseño y aplicación de las acciones preventivas.

Otro factor que resulta orientador al momento de trabajar en el campo de la prevención de adicciones tiene que ver con determinar cuáles son las etapas evolutivas en las cuales un individuo puede ser más vulnerable para el desarrollo de una conducta adictiva. Este elemento adquiere un carácter central al elaborar una estrategia preventiva que deberá reconocer el tipo de prevención desde la cual se va a partir, las etapas críticas para el desarrollo de una adicción, así como los factores que influyen para el inicio y mantenimiento del consumo.

ETAPAS CRÍTICAS PARA EL CONSUMO

Un aspecto relevante al hablar de la prevención es la identificación de los momentos o etapas críticas donde la persona puede tener contacto con la sustancia, iniciar su consumo y mantenerlo. En esta línea, el trabajo de Elisabeth Frazier, Alysha Thompson, Jennifer Wolff y Jeffrey Hunt (2016) señala que se ha demostrado que existen periodos críticos de transición durante la infancia, la adolescencia y la edad preadulta, donde el riesgo del consumo de sustancias adictivas es mayor. En específico se describen los siguientes momentos:

- La etapa de escuela primaria, donde se transita entre el entorno de la seguridad familiar al ambiente escolar.
- La transición del periodo escolar básico a la escuela media.
- El avance de la escuela media al bachillerato.
- La salida de la etapa del bachillerato para iniciar la universidad o independizarse de la casa familiar.

En estas etapas se distingue la progresión de uso de las sustancias que básicamente da cuenta de una relación existente entre la experimentación temprana de sustancias como el tabaco,

TABLA 4.2 COMPARATIVO DE LOS DIFERENTES ENFOQUES PREVENTIVOS

Tipo de prevención	Definición	Características
Prevención primaria	Medidas o acciones orientadas a evitar o disminuir la incidencia de una enfermedad, reduciendo el riesgo de nuevos casos, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes (Botvin & Griffin, 2007).	<ul style="list-style-type: none"> • Se interviene antes de que surja el consumo. • Disminuye factores de riesgo y aumenta los de protección. • Trabaja con amplios grupos poblacionales.
Prevención secundaria	Medidas o acciones destinados a disminuir la prevalencia de una enfermedad, a través de la detección temprana de los factores de riesgo, o de las etapas iniciales del trastorno, reduciendo su evolución y progreso (Sanchón, 2016).	<ul style="list-style-type: none"> • Busca frenar el proceso del consumo y disminuirlo. • Trabaja con grupos de riesgo.
Prevención terciaria:	Medidas o acciones orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud (Alonso, Salvado, Suelves, Jiménez & Martínez, 2004).	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja con grupos donde el consumo ya ha sido detectado. • Busca retrasar el avance de las enfermedades, sus complicaciones y recaídas.
Prevención universal	Es aquella que se dirige a la población general con mensajes y programas destinados a impedir o retrasar el consumo de drogas. Se llevan a cabo mediante la promoción de la salud para crear conocimiento y orientar sobre la problemática del consumo de sustancias y sus formas de prevención (Quintero et al., 2015).	<ul style="list-style-type: none"> • Está diseñada para alcanzar a toda la población, sin tener en cuenta las situaciones de riesgo individuales. Los destinatarios no son seleccionados. • Busca retrasar o prevenir el abuso de sustancias psicoactivas. • El énfasis está en el conocimiento y fortalecimiento de factores de protección y los estilos de vida saludables. • El personal suele estar formado por profesionales de otros campos.
Prevención indicada	Es la que se enfoca a personas o grupos de población expuestas a elevadas condiciones de riesgo, o a quienes ya han experimentado el consumo y no cumplen con los criterios de abuso o dependencia. Su objetivo es evitar la progresión del consumo y la posibilidad de desarrollar la adicción (Arbex, 2013).	<ul style="list-style-type: none"> • Se dirige a personas que experimentan los primeros síntomas de abuso de sustancias o que tienen otros problemas de conducta relacionados. • Están diseñados para detener la progresión del abuso de sustancias o desórdenes relacionados. • Son extensos en el tiempo y, al mismo tiempo, intensivos. • Requieren un personal muy especializado que tenga entrenamiento clínico.
Prevención selectiva	Es la que se orienta a grupos o sectores de la población que, por sus características sociodemográficas, familiares, económicas o circunstancias de vida, se encuentran más expuestos a los riesgos asociados al consumo de drogas y pueden ser más vulnerables. Su objetivo es desarrollar competencias que ayuden al sujeto a afrontar los riesgos, así como generar otros recursos socioambientales de protección (Seguridad Ciudadana Cedro, s.f.).	<ul style="list-style-type: none"> • Están diseñadas para retrasar o prevenir el abuso de sustancias. • Por lo general se desarrollan en periodos largos de tiempo y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales. • Requieren personal con formación específica ya que debe trabajar con jóvenes multiproblemáticos, familias y comunidades de riesgo.
Prevención primordial	Medidas o acciones orientadas a evitar la generación de patrones de vida social, económica y cultural que aumenten el riesgo de que se produzca el consumo de sustancias adictivas (Beaglehole, Bonita & Kjellström, 2003).	<ul style="list-style-type: none"> • Busca incidir en formas de vida o patrones de consumo que aumenten el riesgo en la población. • Prevención de alto grado de complejidad ya que requiere de un compromiso alto de varios actores sociales entre ellos el gobierno.

el alcohol y la marihuana, y la eventual progresión hacia la experimentación y uso regular de otras drogas como los opiáceos, los alucinógenos, las metanfetaminas, el éxtasis o la ketamina (Botvin & Griffin, 2007).

Las tasas de uso y abuso de sustancias alcanzan su punto máximo durante la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Esto se puede explicar, en parte, por los cambios en el desarrollo y las nuevas libertades que por lo general se asocian con esta etapa, como es el salir del entorno familiar y casa la paterna y el ingreso a la universidad. A partir de la entrada en la edad adulta temprana, se observa una disminución del uso y abuso de sustancias, muchas veces relacionada a la adopción de nuevos roles y responsabilidades que se vuelven fundamentales para sus vidas e identidades, como el inicio de la vida laboral, el establecimiento de relaciones sentimentales más estables o el comienzo de una familia (Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas, 2008).

Estos datos, otorgan información relevante referente a temas que han sido controversiales en el campo de las adicciones, tal como la vinculación existente entre la experimentación temprana de sustancias “blandas” o “legales” como el tabaco y el alcohol, con el posterior contacto con sustancias duras.

Por otro lado, parecen significativas las implicaciones emocionales que se viven en la etapa de la adolescencia y juventud, en especial en las transiciones que se dan en la trayectoria escolar de los individuos, donde el cambio de un nivel escolar puede generar cierta vulnerabilidad en el estudiante y por ende, propiciar el consumo de sustancias.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN?

Hoy en día, el hablar de prevención de adicciones nos direcciona a dos aspectos que se consideran medulares al momento de entender el fenómeno e intentar incidir en él; se trata de los denominados factores de riesgo y de protección. Tales factores dejan ver la complejidad ya referida de las conductas adictivas, puesto que dan cuenta de la multiplicidad de elementos que intervienen en la problemática, su interacción, así como los diferentes contextos en los cuales se sitúan.

Esta manera de leer el fenómeno de la adicción se vincula a los enfoques contemporáneos derivados de las teorías psicosociales que dan sustento a un gran número de intervenciones en el campo de la prevención, y que para algunos autores son las que mayor efectividad han mostrado al momento de buscar frenar el consumo de sustancias adictivas (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Petraitis, Flay & Miller, 1995).

Básicamente se entienden los factores de riesgo como aquellos agentes relacionados con la aparición de alguna patología orgánica en la población o en el individuo. En el caso de las drogas, se pueden definir como aquellas situaciones, características o variables que pueden facilitar o predisponer el inicio o el mantenimiento de una conducta de consumo o de abuso de sustancias (Kornblit, Camarotti & Di Leo, s.f.).

Entre los factores de riesgo con mayor mención en la literatura se encuentran los procesos genéticos y biológicos, los rasgos de personalidad, la salud mental, las carencias en la crianza o abandono, el abuso familiar, las actitudes familiares a favor del consumo, la falta de apego a la escuela y a la comunidad, la disponibilidad de drogas, el inicio temprano de consumo, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables hacia él mismo (López & Rodríguez, 2010).

Un aspecto vinculado con fuerza a los factores de riesgo es la vulnerabilidad y exclusión social. La vulnerabilidad social se refiere a los aspectos contextuales y del entorno que pueden fungir como moduladores o detonadores de factores de riesgo subyacentes, ya sean de carácter genético, psicológico o del entorno personal del individuo.

Aspectos en el ámbito económico, como la pobreza; en el ámbito laboral, como el desempleo; en el ámbito educativo, como la baja escolarización; en el ámbito sanitario, como la falta de cobertura médica; en el ámbito familiar, como la violencia intrafamiliar; en el ámbito ambiental, como la inaccesibilidad a la vivienda; en el ámbito político, como la falta de acceso a ciertos derechos, o en el ámbito personal, como el pertenecer a cierto grupo étnico, son elementos que pueden llevar a la exclusión social y a la vulnerabilidad. En resumen, la vulnerabilidad en el sentido más amplio implica una mayor “susceptibilidad” al problema de las drogas (López & Rodríguez, 2010).

No obstante, el consumo de drogas no es sinónimo de exclusión social. Incluso se ha visto que en algunos casos el consumo puede actuar como un elemento de integración social, en especial en poblaciones jóvenes, donde el tener contacto con drogas puede llevar a la identificación con el grupo de iguales (Cepal, 2007). A pesar de esta función de integración que de manera inicial puede representar el consumo, se considera que una vez generada la dependencia, sus consecuencias físicas y psicológicas pueden derivar en la exclusión social de los consumidores.

Como respuesta a la amplitud y complejidad de los diversos factores de riesgo, se encuentran varias propuestas que intentan otorgarles una clasificación, en aras de facilitar su identificación y comprensión. Una de las más citadas es la llevada a cabo por J. David Hawkins, Richard F. Catalano y Janet Y. Miller (1992), reelaborada con posterioridad por Peggy L. Petterson, J. David Hawkins y Richard F. Catalano (1992), quienes agrupan los factores de riesgo en función de los ámbitos en los que tienen su origen —comunitario, familiar, escolar, en el grupo de iguales y personal—. Esta primera clasificación ha dado origen a propuestas más recientes basadas en modelos ecológicos y multicausales que hablan de tres grandes categorías para los factores de riesgo, las cuales se muestran a continuación (véase la tabla 4.3) (García del Castillo, García del Castillo-López, Gázquez Pertusa & Marzo Campos, 2013):

Al igual que la mayoría de las clasificaciones, estas obedecen más a aspectos de carácter didáctico y explicativo que a una descripción lineal de la realidad, ya que el fenómeno adictivo, como se ha mencionado, responde no solo a un factor en particular sino por lo general a la relación e interacción de varios de estos elementos.

Vinculados de manera estrecha a los factores de riesgo, se encuentran los factores de protección que, al igual que los primeros, tienen su origen en características propias de la persona y del entorno donde se encuentra. No obstante, los factores de protección no han sido tan ampliamente estudiados como los factores de riesgo, por lo cual se cuenta con menos información sobre estos (Laespada, Iraurgi & Arostegi, 2004).

En términos conceptuales, los factores de protección se entienden como “aquellos atributos individuales, condiciones situacionales, ambientales o de contexto que reducen la probabilidad de que ocurra un comportamiento desviado” (Clayton, 1992). En el ámbito del consumo de drogas, los factores de protección contribuyen a prevenir, reducir, atenuar o neutralizar el riesgo de que un individuo inicie o continúe su proceso adictivo. Se enfocan de manera fundamental a favorecer el pleno desarrollo de la persona, principalmente a través del fomento de estilos de vida saludables.

TABLA 4.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO SEGÚN EL MODELO ECOLÓGICO

Categoría	Descripción	Ejemplos
Factores macrosociales	Son variables del entorno social que tienen la capacidad de alterar la calidad de vida de los individuos.	<ul style="list-style-type: none"> • Deprivación económica y social. • Desorganización comunitaria. • Situaciones de transición o movilidad. • La permisividad y la aceptación social hacia el consumo de sustancias. • La accesibilidad y disponibilidad a las sustancias. • La publicidad y los medios de comunicación. • Entornos recreativos con consumo de sustancias.
Factores microsociales	Se refiere a variables de carácter social con las que la mayoría de las personas interactúan con mayor frecuencia. Por lo tanto, abarcan factores relativos a la familia, la escuela y el grupo de iguales.	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de consumo de sustancias. • Problemas de comunicación familiares. • Actitudes favorables al consumo. • Fracaso social. • Bajo compromiso escolar. • Amigos que consumen drogas. • Conductas antisociales o delictivas tempranas.
Factores individuales	Agrupar a todas aquellas características de carácter individual que influyen en el comportamiento de un individuo.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género. • Información. • Creencias y actitudes. • Control de emociones. • Autoconcepto y autoestima. • Habilidades y competencias personales. • Asertividad y vulnerabilidad a la persuasión.

Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de J. A. García, A. García, M. Gázquez y J. C. Marzo (2013).

De acuerdo con los trabajos de López y Rodríguez (2010), los factores de protección de consumo de sustancias tienen que ver con la generación de oportunidades de implicación y recompensas positivas en la comunidad, en la familia, en el entorno escolar y en aspectos de desarrollo personal. Así, en el contexto individual, estrategias como el desarrollo del autocontrol, conciencia emocional o comunicación, se consideran elementos importantes de protección.

En el ámbito escolar, los hábitos de estudio, el desempeño académico, la autoeficacia y reafirmación personal, así como las habilidades para resistir las drogas, son elementos protectores. Mientras que en los espacios comunitarios, la pertenencia a organizaciones religiosas, clubes u otros organismos actúan de igual manera como aspectos que pueden contener el consumo de sustancias en el individuo (Martínez & Robles, 2001; Mirzaei, Zamani & Mousavi, 2011).

Como ya se mencionó, los factores de riesgo y protección han sido estudiados y clasificados en gran medida, en función a los contextos en los que estos son analizados. En el apartado siguiente se muestra el desglose de los factores de riesgo y protección identificados, con mayor frecuencia, en el ámbito comunitario, familiar, escolar, en el grupo de iguales y desde la perspectiva individual.

LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN DIFERENTES CONTEXTOS

Ámbito comunitario

Las determinantes de contexto socio-comunitario en el desarrollo de las conductas adictivas funge un papel fundamental en el inicio y mantenimiento del consumo. En este ámbito se encuentran elementos tangibles que inciden como factores de riesgo, tales como la privación económica y social, la cual engloba aspectos como la pobreza, el hacinamiento, la falta de oportunidades o la disparidad en términos de acceso a bienes y servicios (Egea, Pérez, Osuna, Romero & Maldonado, 2005).

Vinculado a la pobreza y privación económica, se encuentra la desorganización comunitaria, que hace referencia a las condiciones de organización y cuidado en las que se encuentra el lugar donde vive la persona —calles, acceso a jardines, lugares de ocio, convivencia comunitaria, etcétera—. Se ha visto que un elevando ambiente de desorganización comunitaria se asocia con el desarrollo de conductas antisociales, actos delictivos y un consumo temprano de sustancias; además de que las condiciones, con normalidad, vienen acompañadas de otros factores de riesgo, como la desintegración familiar o la deserción escolar (Cabanillas-Rojas, 2012; Tapia, Gómez, Hernández, Yañez & Cadena, 2016).

También se ha encontrado que una alta movilidad geográfica se asocia a conductas de consumo; en este sentido, las poblaciones de emigrantes, que viven situaciones de estrés relacionadas al cambio de cultura y la falta de redes de apoyo social, sufren un estado de mayor vulnerabilidad ante el consumo de drogas.

Otro aspecto que se ha considerado medular es la disponibilidad y el acceso a la sustancia adictiva. Se ha observado que a mayor disponibilidad del producto, mayor es el riesgo de que las personas lo consuman o abusen de él. Este punto se relaciona con las normas y las leyes que una comunidad establece en torno al consumo de ciertas sustancias, y ha sido uno de los factores de riesgo más discutidos en el contexto mundial, con diversas posturas al respecto.

Existen países que han legalizado el uso de ciertas drogas, como es el caso del cannabis, argumentando que al no prohibir el consumo se tiene un mayor control sobre este; no obstante, los resultados encontrados hasta el momento no son del todo claros. Por otro lado, experiencias con otro tipo de sustancias como el tabaco han demostrado que el aumento del costo del producto, el control de la accesibilidad y el control de la publicidad han sido medidas efectivas para desalentar el consumo (Sánchez-Huesca, Arellanez-Hernández, Pérez-Islas & Rodríguez-Kuri, 2006).

Ahora bien, un elemento menos tangible del ámbito comunitario, pero de igual manera importante tiene que ver con el significado que los sujetos otorgan a las prácticas de riesgo y la percepción que se tiene sobre el consumo (Camarotti & Kornblit, 2015). Estudios llevados a cabo por Jerald G. Bachman, Lloyd D. Johnston, Patrick M. O'Malley y Ronald H. Humphrey (1988) y el realizado por Esteban Álvarez, Ana María Fraie y Roberto Secades (2005) mostraron que el grado de riesgo percibido influía en los niveles de consumo, es decir, que a mayor riesgo percibido, se encuentran menores niveles de consumo y viceversa.

En cuanto a los factores protectores en el entorno comunitario, se mencionan: la disminución de la accesibilidad a la sustancia, la generación de redes de apoyo dentro de la comunidad, el fortalecimiento de los vínculos familiares y el éxito escolar, así como la procuración de mejores condiciones de vida para las personas (Becoña, 2007).

Ámbito familiar

La familia tiene un rol fundamental dentro de los factores tanto de riesgo como de protección para el desarrollo de conductas disruptivas, como lo es el consumo de sustancias. Se considera que la familia es el entorno base, donde el niño aprende a reconocerse a sí mismo, a establecer relaciones afectivas, a desarrollar conductas saludables, a conocer límites y establecer modos de actuar y socializarse; tiene un papel central en la prevención de trastornos psicológicos y conductas problemáticas, en especial en las etapas de niñez y adolescencia, donde los padres o las personas de autoridad actúan como modelos de conductas apropiadas, de transmisión de valores, actitudes y creencias (Becoña, 2002; Muñoz & Graña, 2001).

Entre los aspectos con mayor mención por los autores, se pueden resaltar los siguientes factores de riesgo en el entorno familiar: la historia familiar de alcoholismo o consumo de drogas por parte de los padres, la aceptación de los padres del consumo de sustancias por parte de sus hijos, los problemas de comunicación, la desintegración familiar, los estilos de crianza, el bajo apego a la familia y la calidad de las relaciones afectivas.

Se ha encontrado que este último punto, referente a los lazos afectivos que se establecen en el núcleo familiar, representa un factor medular para el desarrollo de conductas de riesgo o de protección. De tal forma que se ha encontrado una estrecha vinculación entre relaciones familiares distantes, donde los padres muestran escaso o nulo interés en las actividades de sus hijos, con la aparición de conductas de consumo.

En esta línea, de acuerdo con trabajos realizados por Paula Villar, María Ángeles Luen-go, José Antonio Gómez y Estrella Romero (2003), se menciona que los adolescentes que consumen drogas o se involucran en conductas antisociales perciben a sus familias como distantes y poco unidas, a sus padres como menos involucrados en sus actividades y a la relación establecida con ellos como conflictiva y con un patrón de comunicación deficiente. En sintonía con estos datos, se ha identificado que las familias que sufren de conflictos o de rupturas internas, en especial en el vínculo marital, generan situaciones que aumentan la posibilidad de que los hijos desarrollen conductas disruptivas, entre las que se encuentra el consumo de drogas.

Siguiendo la información recolectada en términos de las posibles afecciones por relaciones familiares poco sanas, Hawkins et al. (1992) mencionan que cuando las prácticas familiares se caracterizan por generar expectativas de conductas poco claras con un escaso o nulo seguimiento de estas, con falta de reforzamiento de las conductas positivas y con castigos severos para la conducta no deseada, el riesgo de consumo aumenta. Este tipo de conductas por parte de los padres tiene que ver con lo que se conoce como estilos de crianza, patrones desde los que se establece la relación padres-hijos. Al respecto, la Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y Prevención del Delito (2002) distingue tres estilos de crianza:

1. Autoritario: suele ser represivo y coercitivo. Tiene su base en el castigo y la amenaza. Las normas son impuestas sin diálogo y por la fuerza, y los patrones de comunicación son unidireccionales y de forma descendiente.
2. Permisivo: las normas y los límites a la conducta no están bien definidos. Los padres suelen acceder a los deseos de sus hijos sin exigirles responsabilidades y permiten que sean estos quienes regulen sus propias actividades. Es decir, el control de los padres es muy escaso, o incluso inexistente.

3. Con autoridad: este estilo de crianza se caracteriza por ser una combinación entre el control y el apoyo. El control se establece, pero no de manera inflexible sino que es democrático y las normas que se imponen son comunicadas de un modo claro y razonado.

Se observa en la literatura que el control paterno, sea excesivo, razonable o nulo, así como la calidez del vínculo afectivo familiar, son factores esenciales para la potencialización o prevención del riesgo en el consumo (Becoña, 2007).

El nacer en una familia que cuenta con una historia de alcoholismo, aumenta el riesgo de tener problema con la ingesta del alcohol o de sustancias adictivas. Este fenómeno de riesgo también se observa cuando los padres son de hecho consumidores activos y no muestran rechazo ni por su propio consumo ni por el consumo de parte de los hijos. En efecto, algunos estudios han mostrado que las actitudes permisivas tienen prácticamente el mismo peso que el consumo de parte de los padres, por tanto, la tolerancia de los padres hacia el consumo se considera en la literatura un claro factor de riesgo.

En términos de factores de protección y de la prevención en sus diferentes ámbitos, el rol de la familia se mantiene fundamental. A nivel de prevención primaria, y en sintonía con los elementos analizados previamente, educar en conductas saludables en el entorno familiar, el establecimiento de normas claras, el evitar el consumo en el hogar, el sostener un mayor contacto y comunicación entre padres e hijos, y el que los padres tengan un mayor conocimiento acerca de las actividades que realizan sus hijos en su tiempo libre son acciones preventivas que disminuyen el riesgo a las adicciones (Eslami-Shahrbabaki & Iranpour, 2016).

En el ámbito de la prevención secundaria, si la adicción ya se encuentra presente, en la mayoría de los casos la familia es la que busca la ayuda necesaria para el tratamiento de la adicción, ya que resulta difícil que el paciente busque atención especializada por convicción. Por lo tanto, la participación de la familia resulta clave en el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano (Valle & Perales, 2010).

Grupo de iguales

Un factor que ha surgido en los últimos años con mayor fuerza, debido a su clara relación con el desarrollo de conductas de riesgo o de protección, es la influencia que tiene en la persona el grupo de pares o de iguales. Si bien, el cúmulo de datos e información sobre este factor no es tan abundante como en los factores anteriores, la mayoría de los autores consideran un hecho rotundo que una de las principales razones que los jóvenes suelen aludir al momento de explicar su inicio en el consumo de sustancias adictivas, es el papel que desempeñó su grupo de amigos o de pares. Las expectativas, los comportamientos y las actitudes de los grupos de iguales cercanos a la persona, juegan un rol sustancial en el inicio del consumo, en especial en etapas como la adolescencia y juventud temprana.

Se encuentran semejanzas entre las situaciones que se viven en el entorno familiar y en el grupo de amigos que pueden ser desencadenantes para el inicio de la conducta adictiva. Por ejemplo, el consumo de drogas por parte del grupo de amigos o compañeros, las actitudes favorables hacia el mismo o las conductas delictivas por parte del grupo de iguales surgen como variables que incitan el consumo (Herrero, 2003; Llorente, 2017). De igual forma, se ha encontrado que el rechazo por parte del grupo de iguales es un factor de riesgo que podría inducir a conductas de consumo.

Para finalizar, como factores protectores en este ámbito se pueden mencionar el procurar rodear al sujeto de un grupo de iguales que no presenten conductas de consumo y que puedan mostrar interés por estilos de vida saludable y conductas normalizadas con apego a los estándares de convivencia social. En el caso de los adolescentes, los padres pueden ser factor clave en el cuidado de las relaciones que mantienen sus hijos con el grupo de amigos, de manera que promuevan la cercanía con personas con valores afines que no presenten conductas disruptivas y que otorguen un apoyo social y emocional sano a sus hijos. Otra estrategia es que las y los jóvenes se involucren en actividades que por su naturaleza, promuevan actitudes o valores alejados a las conductas de consumo, como puede ser el deporte o actividades de carácter religioso o espiritual (Hazel & Mohatt, 2001).

ÁMBITO ESCOLAR

Como se ha mencionado en apartados anteriores, las edades tempranas son clave para el establecimiento de actitudes, creencias y valores en los individuos. Es por ello que las primeras experiencias de socialización, que se dan tanto en la familia como en los entornos escolares, constituyen momentos que marcan de manera significativa el desarrollo psicosocial de la persona. Por ende, el ámbito escolar se considera como un entorno privilegiado para la prevención del surgimiento de conductas adictivas (Gómez, Gutiérrez & Londoño, 2013; Segovia & Carvalho, 2011).

Al igual que en otros escenarios, los factores de riesgo que aparecen en el ámbito escolar son numerosos; no obstante, autores como Patricio Espinosa (2014) reconocen el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar, el tipo y el tamaño de escuela, el acoso escolar, la aparición de conductas antisociales y la escasa relación profesor-alumno, como los factores que mayor incidencia llegan a tener en este entorno.

En una cadena de acontecimientos, aunque no de forma necesaria, se tiene que dar de esta manera, el bajo rendimiento escolar y la falta de interés por las actividades académicas y el aprendizaje pueden llevar al absentismo y de forma progresiva al fracaso escolar. Esto ha demostrado ser un factor de riesgo, ya que en muchas ocasiones el bajo rendimiento académico y el desapego a la escuela viene acompañado de la transgresión del horario escolar, lo cual puede prestarse para que el niño o la niña dedique el tiempo destinado a la escuela, a otras actividades de tipo antisocial, como el consumir alcohol, tabaco o drogas. Si finalmente se concreta el abandono escolar de manera prematura, en especial en entornos comunitarios vulnerables o familias que otorgan poca contención, el riesgo es aún mayor.

Las y los alumnos que desde su etapa escolar comienzan a mostrar comportamientos agresivos, no solo tienen como resultado problemas dentro de la escuela, asociados con regularidad con indisciplinas y un pobre desempeño escolar, sino que también este tipo de conductas agresivas pueden llegar al ámbito social y generar conductas delictivas tal como lo demuestra el estudio de Rutter y Garmezy (1983, citados en Arbex, 2013).

Cuestiones de tipo estructural, como la ubicación de la escuela, el tamaño de esta, si es privada o es pública, o si tiene contenido religioso o laico, son aspectos que también se ha visto que actúan como factores de riesgo o de protección. Por ejemplo, una escuela en un barrio marginal se puede encontrar más propensa a desarrollar problemas de consumo en sus alumnos que una ubicada en una zona donde el contexto socioeconómico es de mayor poder adquisitivo. Asimismo, si la escuela es grande y la relación entre los profesores y alumnos no es cercana, la calidad del seguimiento académico y personal disminuirá, lo cual puede

significar un factor de riesgo para los alumnos. Finalmente, algunos datos de estudios en España señalan que los alumnos de escuelas con contenido religioso son menos propensos a desarrollar conductas de consumo.

De acuerdo con lo revisado, la calidad de la escuela se considera como uno de los factores de protección de mayor impacto. Una escuela de calidad brindará al alumno los contenidos académicos adecuados, con metodologías que favorezcan el aprendizaje y el desempeño del alumno, desalentando el fracaso escolar. También procurará programas que abonen al desarrollo de habilidades de tipo personal que ayuden a las y los alumnos a tomar decisiones adecuadas en temas de salud, cuidado personal y afrontamiento de situaciones de riesgo (Quintero, Ortega & Fuentes, 2015). Una escuela de calidad cuida el perfil de su personal docente, a quien involucra no solo en la transmisión de contenidos académicos sino en el acompañamiento y en el adecuado seguimiento de los alumnos.

Factores individuales

Antes de que los modelos de salud dieran paso a la valoración de los factores de tipo ambiental tanto para la comprensión del fenómeno de las adicciones, como para el diseño de estrategias preventivas, la mayoría de las explicaciones para comprender la etiología del problema estaban centradas en las características del individuo. Estos factores siguen teniendo un peso sustantivo al momento de entender los elementos de riesgo, debido a la fuerte relación que se encuentra entre aspectos de salud mental y los trastornos psiquiátricos o conductuales, con el desarrollo de conductas de consumo (Merikangas & Avenevoli, 2000).

De acuerdo con Karol L. Kumpfer, David L. Olds, James F. Alexander, Robert A. Zucker y Lawrence E. Gary (1998), los factores de riesgo individual se pueden agrupar en tres categorías: los de tipo biológico, conductual y de personalidad.

Dentro de los aspectos biológicos, se incluyen los factores genéticos, por ejemplo, se ha encontrado que los hijos de padres alcohólicos podrían tener una predisposición genética a las adicciones. Otros aspectos biológicos para considerar son la edad, el sexo, o los llamados factores constitucionales, tales como el padecer alguna enfermedad crónica o estar sujeto a dolor.

Los factores de tipo psicológico o conductual abarcan cuestiones como el consumo temprano de drogas; problemas psicopatológicos o de salud mental, como la depresión, la ansiedad o los trastornos por déficit de atención e hiperactividad, así como las conductas antisociales, la alienación y la rebeldía, la agresividad, las actitudes favorables hacia el consumo de drogas, la ausencia de valores ético-morales y las afecciones que pueden surgir como consecuencia de haber sufrido alguna agresión sexual.

Finalmente, en los factores de personalidad se encuentran rasgos o características de los sujetos como la baja tolerancia a la frustración o el dolor, el bajo control de impulsos, la rebeldía o la búsqueda de sensaciones y la personalidad antisocial.

Intervenir en este ámbito es esencial dentro de cualquier programa enfocado a la prevención. Como factores de protección, autores como Carmen Arbex (2013) y Jorge Rodríguez, Ana María Fernández, Enrique Hernández, Macarena Valdés, Marcelo Villalón, Sergio Ramírez, América Román y Macarena Muñoz (2008) han identificado a la religiosidad o creencias de tipo moral. Los autores afirman que las creencias que se establecen en los sistemas religiosos, en su mayoría, alientan el cuidado del cuerpo y la abstinencia del consumo de sustancias que pongan en riesgo la salud; mientras que la afiliación a grupos religiosos

proporciona redes sociales de apoyo que con regularidad están alejadas de los entornos de consumo.

Investigaciones más recientes han puesto de manifiesto que la resiliencia es un elemento que juega un papel sustancial en la protección ante las sustancias. La resiliencia hace referencia a la fortaleza para afrontar las adversidades, y en ella, confluyen distintas habilidades, entre las que se encuentran la capacidad de rechazo ante el ofrecimiento de sustancias nocivas, habilidades de comunicación, de manejo de emociones, de toma de decisiones, de consecución de objetivos, de resolución de conflictos o habilidades sociales, etcétera.

En términos generales se considera que los tres rasgos de la resiliencia son: la competencia social, que consiste en comunicarse efectiva y asertivamente; tener sentido de responsabilidad, relacionarse de forma adecuada con el otro, etcétera; la autonomía, que conlleva el sentimiento de identidad propia y seguridad en uno mismo, y la implicación y participación, que hace referencia al involucramiento que pueden tener los sujetos en actividades que impliquen compromiso y responsabilidad.

Cuando se habla de resiliencia en entornos de prevención, es importante tomar en cuenta que se parte del conocimiento de que la resiliencia no es algo con lo cual se nace sino que es un atributo que se puede ir desarrollando y aprendiendo, y que por ende, puede resultar una herramienta de gran importancia en contextos de prevención.

MODELOS PREVENTIVOS

Un elemento que se considera central en varios de los documentos encontrados sobre la temática de la prevención de adicciones es la necesidad de contar con un marco conceptual vinculado a teorías y modelos explicativos con base científica que permitan un mayor entendimiento del fenómeno y de sus factores relacionados, pero sobre todo, un mejor abordaje al momento de generar acciones específicas en el campo de la intervención (Laespada et al., 2004). Se pueden encontrar varios modelos teóricos elaborados desde el campo de las ciencias sociales que han permitido conocer, estudiar e intervenir en el campo de las adicciones.

Autores como Becoña (1999), y Sonia Moncada y Ana Palmerín (2007) resaltan que un modelo ayuda a identificar los componentes necesarios en un programa de intervención, así como la relación entre estos, lo que facilita el diseño de programas preventivos que resulten pertinentes a la problemática abordada y tengan mayores posibilidades de éxito. De manera específica se identifican las siguientes ventajas de contar con modelos teóricos en el campo de la prevención:

- Permite identificar las variables que se relacionan con el consumo de sustancias adictivas y que por tanto deben ser modificadas a través del programa preventivo.
- Permite organizar la información que se tiene del fenómeno de consumo y los factores que intervienen en él, explicando los motivos de inicio y mantenimiento de la conducta adictiva.
- Permite identificar los posibles cambios que se generarán con la intervención, así como quién, cómo y cuándo se debe evaluar el programa.
- Permite evaluar la efectividad del programa a corto, mediano y largo plazo, al igual que sus efectos en la población meta.
- Ayuda a abonar al cuerpo de conocimiento sobre la temática de las adicciones, aportando evidencias de cómo es que un programa puede o no ser efectivo.

Los modelos fungen como guías que direccionan los esfuerzos preventivos. Cada uno enfatiza uno o varios aspectos que se reconocen como fundamentales para la explicación del fenómeno y dan pautas para la detección de variables que son críticas para la consecución de los objetivos que cada programa o acción preventiva se plantee. En la literatura revisada para el presente documento, se hace especial énfasis en los modelos provenientes del campo psicosocial para el desarrollo de programas preventivos (Laespada et al., 2004). La tabla 4.4 muestra los modelos más utilizados en el terreno de las adicciones.

Para una descripción exhaustiva de los modelos teóricos que sustentan las acciones para la prevención de adicciones, se pueden consultar los escritos de Elisardo Becoña (2002), quien hace una elaboración profunda del tema.

Los modelos mostrados en la tabla 4.4 dan cuenta de la evolución de diversos enfoques teóricos en el terreno de las ciencias sociales y del comportamiento. Como se aprecia en este breve recorrido, cada modelo hace un énfasis particular en los factores que considera medulares para analizar o explicar determinado fenómeno. Esto facilita la delimitación de las variables con las cuales se va a trabajar, así como el tipo de estrategias y acciones que se pueden implementar. No obstante, es importante darse cuenta de que un modelo no agota el fenómeno ni su explicación.

Lo que queda claro en la prevención de adicciones es que los postulados teóricos que toman en cuenta tanto las características del individuo, como aquellos factores socioculturales que influyen en la conducta adictiva, son los que otorgan una perspectiva más completa de la problemática y dan la pauta para el diseño y la implementación de estrategias específicas que permiten anticipar factores relacionados con el consumo tanto en el contexto individual como en el comunitario.

ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS PREVENTIVOS

Como se ha señalado en el apartado precedente, una de las finalidades y propósitos de generar modelos teóricos que ayuden a explicar un fenómeno consiste no solo en facilitar el entendimiento y conocimiento de este sino en orientar la generación de acciones específicas encaminadas a resolver cierta problemática. La prevención y, en específico, la prevención de adicciones no es un ámbito que se pueda quedar en la mera especulación teórica sino que es una llamada constante a la acción ordenada y planificada. Es por ello que mucho del material encontrado para la elaboración del presente documento, tanto de carácter divulgativo como científico, pone especial atención al tema de la elaboración de estrategias y programas preventivos (Centros de Integración Juvenil, 2018; Center for Substance Abuse Prevention, 2015; Diputación de Barcelona, 2012).

Las estrategias son definidas como “las características que orientan una actuación política o técnica de amplio alcance para conseguir cambios sociales y / o sanitarios significativos” (Alonso et al., 2004). En el campo de la prevención, de acuerdo con Torjman (1986, citado en Alonso et al., 2004), se identifican cuatro tipos de estrategias preventivas: de influencia, educativas, de protección y control, y de modificación medioambiental.

El objetivo de la estrategia de influencia es modificar las creencias, las actitudes y los comportamientos que un individuo tiene con relación al consumo de drogas. Implica el desarrollo de campañas publicitarias, medidas de carácter informativo, etiquetar productos con los riesgos del consumo, etcétera. Hoy en día, se sabe que estas estrategias por sí mismas no son eficaces y que requieren ir acompañadas de otros esfuerzos para alcanzar resultados

TABLA 4.4 MODELOS TEÓRICOS ASOCIADOS A LA PREVENCIÓN DE ADICCIONES

	Postulados básicos	Implicaciones para la prevención de adicciones
Modelo sociocognitivo		
Teoría del aprendizaje social de Bandura	Explica el comportamiento humano como resultado de factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos y el ambiente en el que vive y se desarrolla la persona.	Se centra en el trabajo en el nivel de los valores, los conocimientos y las habilidades para la vida. En específico, algunas de las temáticas que se abordan desde estas perspectivas van en torno a: <ul style="list-style-type: none"> • El entrenamiento en habilidades sociales. • La intervención en el entorno inmediato de las personas (familia, escuela, grupo de iguales y comunidad). • La educación en valores de respeto. • El conocimiento sobre los riesgos asociados al uso de drogas.
Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor	Las conductas problema como el consumo de drogas se pueden explicar con base en sistemas centrales: la personalidad, el medio ambiente y la conducta, cuya interacción genera una predisposición a la conducta problema.	Los principales aspectos trabajados desde el modelo en el campo de las adicciones son: <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima. • Tolerancia hacia la desviación. • Clima familiar. • Apoyo de redes sociales y familiares. • Variables relacionadas con el autocontrol, la demora de la gratificación, la impulsividad, etcétera. • Tolerancia al consumo en contextos psicosociales próximos.
Teoría de la acción razonada	Plantea que las conductas son resultado de la interacción entre la creencia sobre la consecuencia de la conducta, la percepción personal sobre la presión social y el sentimiento de control sobre la propia conducta.	Su aplicación en el campo de las adicciones supone trabajar en: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos (nivel de información) sobre las sustancias y las consecuencias de su uso y abuso. • Normas reguladoras de los consumos. • Actitudes personales hacia las sustancias y su consumo (aceptación o rechazo). • Actitudes dominantes en el grupo de iguales hacia el consumo de drogas. • Consecuencias positivas y negativas atribuidas al consumo. • Expectativas de consumo (propias o de otras personas relevantes). • Conductas de consumo de drogas. • Percepción del control sobre la conducta.
Modelo del desarrollo social de Richard Catalano y David Hawkins	Se propone que tanto la conducta prosocial como la conducta problema se originan a partir de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización.	Su aplicación en la prevención de adicciones supone: <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de habilidades y recursos personales para potenciar la interacción con el medio social. • Desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales. • Habilidades de relación e interacción con personas con adicciones. • Habilidades de afrontamiento. • Relaciones positivas con los padres.
Teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores	Considera que los rasgos personales (características físicas, emocionales y sociales de los individuos) ejercen una influencia indirecta en la socialización primaria, actuando como factores de riesgo y protección respecto a la conducta de consumo. Asimismo, se tienen otras fuentes de socialización secundaria que también tienen influencia como es la comunidad, la iglesia o la familia extensa.	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabaja sobre los factores de socialización primaria como es la familia, la escuela o el grupo de iguales. • Rasgos de personalidad. • Actitudes sobre el consumo de droga tanto personal como en el entorno cercano. • Relaciones con pares o personas cercanas que presenten la conducta de consumo. • Clima familiar y relaciones parentales. • Normas y valores.

TABLA 4.4 CONTINUACIÓN

Modelo ecosistémico	
<p>Plantea que los individuos están rodeados de varios espacios en los cuales se relaciona en mayor y menor medida. Tales espacios interactúan de manera sistémica, por lo que al incidir sobre uno se afecta al resto. Las diferentes dimensiones o niveles de relación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microsistema: es el nivel más cercano al sujeto, sus contextos cotidianos, donde el sujeto interactúa cara a cara con facilidad (familia, escuela, trabajo, amigos, etcétera). • Mesosistema: comprende las interacciones de dos o más entornos en los que la persona participa de forma activa (familia, trabajo y vida social), es por tanto un sistema de microsistemas. • Exosistema: se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona como sujeto activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan al entorno (ejemplo: lugar de trabajo de los padres, grupos de amigos de la pareja, etcétera). • Macrosistema: se refiere a los factores ligados a las características de la cultura y la subcultura donde se desenvuelve un individuo y todos los individuos de su sociedad, dentro de un momento sociohistórico particular. 	<p>Orienta sus intervenciones hacia la interacción del individuo con su ambiente, tomando en cuenta los diferentes niveles en los que se desenvuelve.</p> <p>Permite trabajar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenciar las características personales que permitan una adaptación o modificación del entorno. • Potenciar los factores protectores y minimizar los factores de riesgo, tomando en cuenta cada uno de los niveles del modelo.
Modelo transteorético del cambio	
<p>Considera que los comportamientos relacionados tanto con la salud como con conductas desviadas a la salud son un proceso cíclico en el cual la persona pasa de una fase donde existe aceptación de la conducta que se quiere modificar, a una fase de disonancia, con lo que poco a poco se genera un cambio conductual.</p>	<p>Trabaja sobre los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de información sobre las sustancias y sus consecuencias. • Normas reguladoras del consumo. • Creencias normativas sobre el consumo. • Actitudes de aceptación o rechazo hacia el consumo. • Actitudes de aceptación o rechazo de los grupos cercanos. • Atribuciones positivas o negativas relacionadas con el consumo. • Expectativas de consumo. • Percepción del control sobre la conducta.

TABLA 4.4 CONTINUACIÓN

Modelo de reducción de daños y reducción de riesgos asociados al consumo	
<p>Considera que algunas personas, por diversas razones, deciden consumir sustancias asumiendo el riesgo y sus consecuencias. El enfoque por tanto no está en la abstinencia sino en la minimización de los problemas relacionadas con el consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseña intervenciones preventivas donde se encuentran las personas consumidoras. • Prioriza el bienestar de las personas consumidoras. • Proporciona información objetiva sobre el consumo de drogas y sus consecuencias. • Desarrolla programas educativos para el fortalecimiento de habilidades personales, cambio de actitudes y toma de decisiones. • Proporciona servicios adaptados a las necesidades y estilos de vida de las personas consumidoras.

positivos. Consecuentemente, se utilizan más en la lógica de acompañamiento y fortalecimiento de otras estrategias.

Las estrategias educativas se relacionan con el desarrollo de competencias o habilidades para la vida, como la interacción social, las habilidades de toma de decisiones, de resiliencia, de resistencia y solución de problemas; o desde un ámbito más general, como el desarrollo del espíritu crítico o la capacidad de análisis.

Las estrategias de protección y control, por su parte, son medidas de carácter normativo que pretenden controlar la oferta y las oportunidades de consumo. Esto conlleva acciones tales como el incremento de precios, por lo general vía impuestos; la prohibición de venta o consumo a determinadas edades, la regulación de la venta o consumo en lugares u horarios específicos, la prohibición de la publicidad o el patrocinio, etcétera. Estas medidas se han llevado a cabo principalmente en el caso de sustancias como el alcohol o el tabaco.

Las estrategias preventivas encaminadas a la modificación medioambiental están destinadas a cambiar las condiciones del entorno familiar, escolar o social que pueden promover el consumo de drogas, y a fortalecer las condiciones que aumenten los factores de protección y que disminuyan las probabilidades del consumo. Entre las iniciativas de carácter medio ambiental se encuentran los programas de uso del tiempo libre.

Otra clasificación de estrategias preventivas está en función al contexto en donde se llevan a cabo. La tabla 4.5 muestra algunas de las estrategias utilizadas en el ámbito individual, familiar, de iguales, escolar y laboral.

Las estrategias guiarán la elaboración de esfuerzos planificados, acotados y específicos, normalmente plasmados a través de los denominados programas preventivos. Conforme a Alonso et al. (2004), los programas preventivos son un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de distintas drogas. Puede ser global para toda la comunidad, o específico, para un subgrupo de personas. Los programas de prevención, por lo general son diseñados para aplicarse en un entorno determinado, tomando en cuenta el público al que se quiere llegar, conforme al nivel de prevención en el que se quiere incidir.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) (2011) ha establecido principios basados en evidencia científica para guiar a los profesionales en el diseño e implementación de programas de prevención de adicciones. Estos principios, dirigidos a padres, educadores y líderes comunitarios, se enfocan en:

TABLA 4.5 ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN FUNCIÓN DEL CONTEXTO

Ámbito de influencia o actuación	Estrategias preventivas utilizadas
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acceso a programas de prevención. • Combinar la difusión de información y las campañas de comunicación con otras intervenciones. • Indicar las consecuencias del consumo. • Proporcionar alternativas positivas al consumo, como actividades de tipo cultural o deportiva. • Trabajar en el fortalecimiento de habilidades sociales y personales (resolución de problemas, capacidad de defender creencias y valores, habilidades de rechazo, autocontrol, aceptación de reglas y valores comunitarios, etcétera). • Dar alternativas de remisión y tratamiento cuando se identifican casos avanzados de consumo. (Pérez, 2012; Rodríguez, Díaz, García, Guerrero & Gómez-Maqueo, 2011; Stanton, 2012; Wade-Mdivanian, Anderson, Newman & Ruderman, 2016).
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el problema del consumo de droga a los padres. • Desarrollar programas que incluyan a toda la familia. • Motivar el interés de los padres de familia por aprender estrategias preventivas más adecuadas de acuerdo con la edad de sus hijos. • Fortalecer las habilidades de crianza. • Fortalecer la unidad familiar, la calidez y el apego entre padres e hijos. • Promover la supervisión parental. <p>Incrementar las actitudes de rechazo al consumo en los padres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenar a los padres para que puedan mantener contacto y comunicación positiva con sus hijos. • Entrenar a los padres para que sepan establecer límites y disciplina de modo positivo y consistente. • Involucrar a los padres en programas complementarios a nivel escolar o comunitario. (Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas, 2004; Spoth, 1998).
Iguales o pares	<ul style="list-style-type: none"> • Generar programa de educación de pares a fin de que tengan elementos para actuar en los diferentes contextos de prevención. • Generar espacios con actividades alternativas al consumo, donde se facilite la interacción entre pares en un ambiente ajeno al uso de drogas. <p>Invitar a los iguales para que actúen como interlocutores y mediadores en la transmisión de normas o recomendaciones para consumo de drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicar a los jóvenes en el desarrollo de programas preventivos y alternativos al consumo de sustancias. • Hacer partícipes a los pares en la transmisión de mensajes y vivencias propias que puedan implicar experiencias negativas de consumo y mensajes de prevención. (Akkus, Eker, Karaca, Kapisiz & Acikgöz, 2016; Center for Substance Abuse Prevention, 2015; Suárez & Cabacés, 2013).
Escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir que exista un compromiso para la prevención del abuso de sustancias en la política de la escuela. • Clarificar el marco estructural de la escuela con sus diferentes actores, donde las reglas y los ámbitos de actuación queden definidos con claridad (alumnos, maestros, personal directivo, padres de familia). • Promover en las escuelas los estilos participativos a fin de generar una mayor implicación de los estudiantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje. • Formar y capacitar docentes y personal del centro escolar para la implementación del programa. • Implicar a los padres en las aproximaciones basadas en la escuela. • Diseñar programas que vayan más allá de las campañas informativas. • Implementar programas que abarquen el desarrollo de las habilidades básicas establecidas por la OMS para la promoción de la salud física y mental (toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento creativo, pensamiento crítico, comunicación efectiva, establecimiento de relaciones interpersonales positivas, conocimiento de sí mismo, empatía, manejo de emociones y manejo de conflictos). • Promoción de actitudes y conductas saludables en la escuela. • Enseñar alternativas sanas del uso del ocio y el tiempo libre. • Fortalecer las habilidades de rechazo. • Habilidades para conducirse en situaciones donde se ofrecen drogas. • Elaboración de material didáctico y educativo acorde al desarrollo de los niños y jóvenes. (Fuentes, Flores, Herrera, Carrillo, Alfaro & Godoy, 2015; Gázquez, García, A. & Espada, 2009; Gobierno Federal, 2010; Gómez, Luengo & Romero, 2002; Salvador, 2000; Yang & Kim, 2018).

TABLA 4.5 CONTINUACIÓN

Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una política laboral en torno al consumo. Otorgar información en los diferentes ámbitos de la fuerza de trabajo sobre el consumo y sus consecuencias. • Implementar procedimientos de detección temprana de consumo. • Capacitar a personal clave y supervisores sobre la detección temprana del uso de sustancias. • Desarrollar programas principalmente a nivel primario y secundario. • Fortalecer el clima laboral positivo. • Trabajar en el ámbito de las actitudes, los valores y las creencias con relación al consumo. • Regular la oferta dentro del lugar de trabajo. • Dar alternativas de atención de derivación para la atención terciaria y la rehabilitación. • Hacer programas que puedan ser extensivos a las familias de los trabajadores. (stps, 2017; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017).
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Transitar del enfoque asistencialista a un enfoque de participación ciudadana. • Propiciar mecanismos de articulación con otras instancias como las escuelas, entornos laborales, instituciones de salud, asociaciones civiles o religiosas. • Generar programas para poblaciones vulnerables. • Elaboración de diagnósticos cualitativos y cuantitativos donde participen miembro de la comunidad. • Generación de medidas de control (generación de leyes que regulen venta y consumo). • Implementar políticas y medidas de control y regulación en torno a la disposición y consumo de sustancias. • Realizar acciones que fortalezcan la cohesión comunitaria. • Identificación y fortalecimiento de líderes comunitarios. • Promoción de espacios de organización vecinal. • Facilitación de recursos para la generación de espacios alternativos de ocio. • Generación de programas con padres de familia.

Fuente: tabla elaborada con base en Elisardo Becoña (2007) y el Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2014).

- Los programas de prevención deben aumentar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto (drogas legales, ilegales, uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente) o de medicamentos, sea con o sin prescripción médica.
- Los programas de prevención deben estar dirigidos al tipo de problema de abuso de droga en la comunidad local.
- Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población, como la edad, el sexo, y la cultura, para aumentar la eficacia del programa.
- Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención tan temprana como en la infancia o con madres embarazadas, hasta intervenciones con poblaciones adultas.
- Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en periodos críticos de transición, tales como el ingreso a la secundaria o a la universidad, pueden producir efectos beneficiosos aún entre individuos con alto riesgo debido a situaciones familiares o contextuales.
- Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que un solo programa individual.
- Los programas, independientemente del entorno en el que se apliquen y adapten, deben de mantener siempre los elementos básicos de la intervención como lo son: la estructura (como está organizado y compuesto el programa), el contenido (la información, las ha-

bilidades y las estrategias del programa) y la introducción (como se adapta, implementa y evalúa el programa).

- Los programas de prevención deben ser implementados a largo plazo y con intervenciones repetidas, para fortalecer las metas originales de prevención.
- Los programas preventivos requieren personal capacitado para su implementación, independientemente del escenario de aplicación.
- Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad, o juegos de rol, lo cual permite una participación activa y el desarrollo de habilidades en los participantes.
- Los estudios han demostrado que los programas de prevención son menos costosos que los tratamientos de rehabilitación por abuso de drogas.

A partir de estos y otros principios generales, las acciones que se integran a un programa de prevención son variadas. Se pueden encontrar en la literatura revisada diferentes maneras de clasificar e identificar los esfuerzos empleados en los programas preventivos, las cuales suelen responder al tipo de población a la que van dirigidas, la edad de los participantes, al modelo teórico que las sustenta, el nivel sobre el que se quiere intervenir (primaria, secundaria, terciaria, universal, indicada, selectiva, etcétera), o el contexto.

¿SON EFECTIVOS LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS?

Uno de los grandes retos que se tiene cuando se ponen en marcha programas preventivos, es saber los alcances de estos, y si los objetivos que se persiguen están siendo logrados (Luengo, Romero & Gómez-Fraguela, 2000). No son pocos los documentos que ponen sobre la mesa este planteamiento y hacen algunas aproximaciones a la problemática de la evaluación y medición de impacto de los programas preventivos, intentando responder a la gran pregunta de: ¿son los programas preventivos realmente eficaces para evitar o reducir las conductas adictivas?

La información recabada deja entrever que existe un cuerpo de conocimiento que ha avanzado con relación al reconocimiento e identificación de aquellos factores y elementos que son fundamentales para el éxito de un programa de prevención. No obstante, es frecuente el señalamiento de la falta de datos suficientes para conocer el impacto en materia preventiva.

De los elementos que se han encontrado como claves para lograr un programa exitoso existen diferentes matices. Los enfoques de carácter más ecológico y comunitario ponen el énfasis en la importancia de realizar acciones que faciliten la adopción del programa en el grupo en el cual se quiere incidir, a fin de procurar su éxito. Se menciona la necesidad de generar alianzas y buscar colaboradores que muestren compromiso con el programa y que tengan arraigo en el grupo poblacional con el que se quiere trabajar. De igual forma, se habla de empoderar a los líderes que llevarán a cabo la intervención a fin de desarrollar en ellos las competencias necesarias para implementar el programa con el mayor éxito posible.

La parte estructural y logística representa también un elemento para tener en cuenta si se buscan intervenciones eficaces. Proporcionar un espacio en condiciones adecuadas para efectuar las actividades, con los materiales y la seguridad necesarias, es fundamental para disminuir las posibles barreras existentes (De Vincenzi & Bareilles, 2011; Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2012; Londoño & Vinaccia, 2005). Así pues, se deberá contemplar

la gestión de lineamientos y medidas que arrojen las iniciativas a una escala de políticas o normativas ya sea en el contexto comunitario, escolar o laboral.

Con base en estas recomendaciones, podemos visualizar que los enfoques ecológicos y comunitarios establecen como punto fundamental construir intervenciones en conjunto con la comunidad o población con la que se quiere trabajar, generando alianzas estratégicas que permitan una buena planeación y organización del programa, así como el fortalecimiento de redes de apoyo que posibilite una adecuada apropiación de las iniciativas preventivas entre los miembros de la comunidad (Cáceres, Salazar & Tovar, 2006; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017).

Desde una perspectiva educativa, se habla que los programas que se encuentran basados solo en la transmisión de información relacionada con los tipos de drogas y los riesgos que implica el consumo no son tan efectivos como aquellas iniciativas que ponen el foco en el desarrollo de habilidades para la vida, que potencien la autoestima, los valores y el sentido crítico de los participantes (Moral, Siervent, Ovejero & Rodríguez, 2004).

De igual manera, más allá de los contenidos específicos de los programas, otro factor que se ha encontrado determinante para el éxito de estos tiene que ver con el *cómo* es que son impartidos; de este modo, los métodos interactivos y participativos han mostrado generar un mayor impacto que los métodos donde no se propicia el diálogo, la convivencia y la participación.

Para finalizar, postulados más académicos resaltan la necesidad de fundamentar los programas en evidencias científicas sólidas y con bases metodológicas claras que permitan obtener datos relevantes que guíen el proceso de diseño, implementación y evaluación de los programas. También se señala la relevancia de contar y ceñirse a marcos teóricos que faciliten el abordaje y el entendimiento del fenómeno, así como indicadores precisos que den cuenta de los avances en los diferentes niveles de intervención (Gázquez, García, A. & Espada, 2009; United Nation Office on Drugs and Crime, 2015).

CONCLUSIONES

A través de la búsqueda documental, hemos podido reconocer que la prevención en el campo de las adicciones, en particular de las conductas adictivas relacionadas al consumo de drogas, es un tema abordado de manera recurrente. La cantidad de material encontrado en los motores de búsqueda da cuenta de ello. Asimismo, los hallazgos muestran una producción extensa de documentos tanto de carácter académico como divulgación en lengua castellana, principalmente elaborados en España. Número significativamente más alto que las publicaciones encontradas en México, u otros países de Sudamérica y el Caribe, lo cual deja de manifiesto un área de oportunidad importante en este terreno.

Llama la atención que la prevención de adicciones forma parte de las estrategias que varios gobiernos tanto en el contexto nacional, estatal o municipal establecen para paliar la problemática del consumo de sustancias adictivas y sus consecuencias en términos de salud pública. El tema ha logrado posicionarse en el lenguaje e imaginario de actores sociales del ámbito público, científico y privado, quienes ven en la prevención un elemento clave para enfrentar el claro aumento del consumo de sustancias que se ha producido en los últimos años, hecho que no solo pone de relieve su alza sino que además deja ver la alarmante extensión del fenómeno en poblaciones que antes no eran tan susceptibles al consumo como son las mujeres o los niños.

Las temáticas encontradas con mayor frecuencia constituyen el eje central del presente documento. Así, los niveles de prevención, los factores de riesgo y protección, los modelos de prevención, las estrategias preventivas, al igual que los elementos claves para la formulación de programas orientados a la prevención representan los contenidos más mencionados en los documentos consultados.

A partir de los contenidos analizados, podemos concluir que una perspectiva preventiva ha de situar el fenómeno de las adicciones como algo complejo y multicausal. En este contexto, la prevención se convierte en un llamado para generar un diálogo que permita trascender la mirada tradicional de entender el problema solo desde una mirada de la enfermedad o las enfermedades que produce, de la persona que la padece y que es llamada adicto, o de las sustancias que se consumen. Prevenir implica poner sobre la mesa una visión donde se conozcan, analicen y comprendan todos aquellos factores individuales, sociales y estructurales que intervienen para el desarrollo de tal problemática y que a la vez puedan impedir su aparición o desarrollo.

La prevención conlleva el posicionarnos en el terreno de la anticipación, significa poner atención en aquellos aspectos que representan riesgos potenciales para la salud y la desintegración social, en cualquiera de las dimensiones del individuo (bio-psico-sociocultural), y generar acciones para que los riesgos se minimicen.

Tal como lo señalan Constanza Londoño y Stefano Vinaccia (2005), los programas preventivos deben ir más allá del enfoque centrado en variables intraindividuales e interpersonales, para considerar los aspectos del entorno y la importancia de las modificaciones ambientales que intervienen y facilitan los cambios comportamentales. Esto requiere tener en cuenta las normas de la comunidad, sus prácticas, sus creencias y los procesos de comunicación que forman parte y caracterizan al colectivo en el que se busca incidir.

La prevención, junto con la promoción y la educación para la salud, llaman a trabajar desde una perspectiva centrada en la construcción de individuos, grupos sociales y comunidades, con los suficientes recursos y capacidades para crear y gestionar entornos saludables. No se puede hablar de prevención de forma aislada ni unidireccional sino que la prevención es una acción que demanda una construcción participativa donde se piensa, se edifica y se acciona de manera colaborativa, no solo en términos de dependencias e instancias que forman parte de las iniciativas sino también desde el perfil multidisciplinar e interdisciplinar de las personas que intervienen en su elaboración y ejecución, sin dejar de lado el aspecto más relevante del esfuerzo preventivo que es protagonizado por los receptores y usuarios del programa.

Resaltando las palabras de Oriol Romaní (2008), la prevención representa “crear diferentes vías de interlocución entre las instituciones y los saberes de las poblaciones con las que se trabaja”. No es redundante señalar que algo esencial en los esfuerzos preventivos se encuentra en generar un trabajo reflexivo en las personas, tomándolas en cuenta como agentes activos y promoviendo su participación.

Bajo estas premisas, queda claro que la prevención va más allá de esfuerzos encaminados a la transmisión de información relativa a los tipos de sustancias, sus riesgos potenciales o las consecuencias de una vida adicta. Tampoco se reduce a acciones reflexivas o actividades esporádicas y aisladas de ciertos profesionales en determinados contextos sino que es una acción colectiva, interconectada y de amplio espectro.

Asimismo, los programas preventivos deben ser suficientes en términos de los tiempos establecidos para que se lleven a cabo, la intensidad de estos, la calidad y alcance de sus estrategias y la especificidad de las necesidades presentadas por la población en la que se piensa intervenir.

Otro aspecto para resaltar es que la prevención de adicciones debe de iniciar desde la infancia, y no esperar a los momentos críticos como es la adolescencia temprana, para comenzar a actuar y pensar en estrategias de actuación. En este sentido, el trabajo con padres de familia, personal docente o directivo de centros educativos es esencial para ir generando entornos que formen en habilidades personales y para la vida que aumenten el autoconcepto, la autoestima y la capacidad de toma de decisiones ante situaciones que atenten contra el bienestar de los individuos. Los programas preventivos tienen entre sus metas centrales, brindar la posibilidad de construir relaciones positivas entre sus diferentes actores e interlocutores.

Por último, el campo de la prevención presenta aún retos importantes. No son pocos los autores que mencionan la necesidad de seguir trabajando en la generación de medidas preventivas, en los diferentes ámbitos de actuación —individual, grupal, social, comunitario, etcétera—, que se encuentren debidamente fundamentadas en evidencia científica, con marcos teóricos y metodológicos sólidos que permitan no solo encausar un adecuado diagnóstico que oriente el diseño del programa preventivo con las estrategias y acciones indicadas sino que también posibilite la evaluación y valoración de los mismos. Asimismo, la interlocución e interconexión de esfuerzos representa un factor clave en la gran tarea de lograr soluciones integrales que ayuden a dar respuesta a la compleja y creciente problemática del consumo de drogas.

REFERENCIAS

- Akkus, D., Eker, F., Karaca, A., Kapisiz, O. & Acikgöz, F. (2016). Is peer education program an effective model in prevention of substance addiction in high school teens? *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(1), 34-44.
- Alonso, C., Salvado, T., Suelves, J. M., Jiménez, R. & Martínez, I. (2004). *Prevención de la A la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. <https://bit.ly/3p4SfKl>
- Álvarez, A. A., Alonso, M. M., Benavides, R. A., López, K. S., Guzmán, F. R. & Alonso, B. A. (2010, noviembre-febrero). La prevención de adicciones desde el análisis evolucionario de Rogers. *Ciencia Ergo Sum*, 17(3), 253-257.
- Álvarez, E., Fraie, A. M. & Secades, R. (2005). *Percepción de riesgo de consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del principado de Asturias*. Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo. <https://bit.ly/2R5r4To>
- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.
- Bachman, J. G., Johnston, L. D., O'Malley, P. M. & Humphrey, R. H. (1998, marzo). Explaining the recent decline in marijuana use: differentiating the effects of perceived risks, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.29, 92-112.
- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellström, T. (2003). *Epidemiología básica*. Organización Panamericana de la Salud. <https://bit.ly/3fUyYHn>
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior.

- Becoña, E. (2007, enero-abril). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20.
- Botvin, G. & Griffin, K. (2007, diciembre). School-based programs to prevent alcohol, tobacco and other drugs use. *International Review of Psychiatry*, 19(6), 607-615.
- Cabanillas-Rojas, W. (2012, marzo). Factores de riesgo/protección y los programas preventivos en drogodependencias en el Perú. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud*. 29(1), 104-111.
- Cáceres, D., Salazar, I. & Tovar, J. (2006, octubre-diciembre). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.
- Camarotti, A. C. & Kornblit, A. L. (2015, abril-junio). Abordaje comunitario de los consumos problemáticos de drogas: construyendo un modelo. *Salud Colectiva*, 11(2), 211-221.
- Castel, R. & Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía en: Individuos bajo influencia. Nueva Visión; Bs. As.
- 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* (pp. 149-197). Cambridge University Press.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2015). *Prevention strategies*. <https://bit.ly/3fBsCOg>
- Centros de Integración Juvenil. (2018). *Guía técnica del programa preventivo "Para vivir sin adicciones"*. <http://www.voluntarios.cij.gob.mx/contenido/Voluntarios/capacitacion/materiales/GuiaTecnicaProgramaPreventivo2023.pdf>
- Centros de Integración Juvenil. (s.f.). *Prevención del consumo de drogas en CIJ. Para vivir sin adicciones*. <https://bit.ly/3c17rD1>
- Cepal. (2007). *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe*. Cepal; Agencia Española de Cooperación Internacional; Secretaría General Iberoamericana.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). American Psychological Association.
- Consejo Nacional contra las Adicciones. (s.f.). *Modelos preventivos* (Serie Planeación). <https://bit.ly/3gcVr2H>
- Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas República de Ecuador (2012). *Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas 2012-2013*. <https://www.yumpu.com/es/document/view/14701331/plan-nacional-de-prevencion-integral-de-drogas-2012-2013-cicad>
- Cruz, F. M. (2013). *Uso de las nuevas tecnologías en los programas de prevención. Adaptación del programa "Entre todos"*. Universidad Internacional de Andalucía. <https://bit.ly/3yPKlZE>
- De Vincenzi, A. & Bareilles, G. (2011, septiembre-diciembre). Promoción de la salud y prevención escolar del consumo de drogas en contextos de vulnerabilidad social. *Educación y Educadores*, 14(3), 577-599.
- Diputación de Barcelona. (2012). *Guía para la elaboración de un plan local de prevención de drogodependencias*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaparaElaboracion_deunPlan_LocaldePrevencion.pdf

- Egea, C., Pérez, M. D., Osuna, Z. E., Romero, M. F. & Maldonado, A. L. (2005). Perfil de los usuarios de una unidad móvil de drogodependencias en el sureste de España. *Adicciones*, 17(4), 307-314. <https://bit.ly/2TwCFLS>
- Elliott, D. S., Wilson, W. J., Huizinga, D., Sampson, R. J., Elliott, A. & Rankin, B. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 33(4), 389-426.
- Eslami-Shahrbabaki, M. & Iranpour, M. (2016, octubre). Parenting skills and prevention of addiction. *Addict Health*, 8(4), 270-271.
- Espada, J. P., Rosa, A. I. & Méndez, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*, 3(2), 61-81.
- Espinosa, P. (2014). La prevención del consumo de drogas en el sistema educativo chileno. SENDA y la Escuela. *Revista del Magister en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad*, No.30, 87-107.
- Frazier, E., Thompson, A., Wolff, J. & Hunt, J. (2016, mayo). Implementing evidence-based psychotherapy in an adolescent inpatient setting. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter, CABL*, 32(5), 1-6. <https://bit.ly/3i6fqSU>
- Fuentes, M. C., Flores, S., Herrera, A., Carrillo, V. M., Alfaro, L. L. & Godoy, J. (2015). Impacto de la capacitación para la prevención de adicciones en el ITCJ. *CULCYT*, 55(2), 14-21.
- García, J. A., García, A., Gázquez, M. & Marzo, J. C. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de adicciones. *Salud y droga*, 13(2), 89-97.
- García, J. A., López-Sánchez, C., García, A. & Dias, P. (2014, enero-junio). Análisis de la información en la prevención del consumo de drogas y otras adicciones. *Health and Addictions*, 14(1), 5-14.
- Gázquez, M., García, J. A., & Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 9(2), 185-208.
- Gobierno Federal. (2010). *Programa Nacional Escuela Segura*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/orientaciones-para-la-prevencion-de-adicciones-en-escuelas-de-educacion-basica-guia-de-capacitacion-para-profesores-de-secundaria>
- Gómez, D., Gutiérrez, M. & Londoño, S. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psicología, Avances de la disciplina*, 7(1), 45-51. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v7n1/v7n1a05.pdf>
- Gómez, J. A., Luengo, A. & Romero, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela; cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 14(4), 685-692.
- González-Lamazares, M. & De la Cruz, B. (2012, enero-junio). La prevención de drogas en la formación de profesores. *VARONA*, No.54, 35-39.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992, julio). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, No.112, 64-105.
- Hazel, K. L. & Mohatt, G. V. (2001). Cultural and spiritual coping in sobriety: informing substance abuse prevention for Alaska native communities. *Journal of Community Psychology*, 29(5), 541-562.
- Hernández, O., Espada, J. P., Piqueras, J. A., Orgilés, M. & García, J. M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas. Salud: Evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. *Salud y droga*, 13(2), 135-144.
- Herrero, M. N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. *Estudios de Juventud*, No.62, 81-91.

- Instituto de Adicciones de Madrid Salud. (2012). *PIUM: Un programa para la prevención de adicciones en Universidades de Madrid*. Madrid Salud. <https://bit.ly/3c8c5zb>
- Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas. (2004). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de comunidad*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://bit.ly/3gozLzY>
- Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas. (2008). *La ciencia de la adicción*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://bit.ly/3p7pZ9K>
- Klimenko, O., Plaza, D. A., Bello, C., García, J. J. & Sánchez, N. C. (2018). Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes. *Psicoespacios*, 12(20), 144-172.
- Kornblit, A. L., Camarotti, A. C. & Di Leo, P. F. (s.f.). *Prevención del consumo problemático de drogas. Módulo 1. La construcción social de la problemática de las drogas*. UNICEF. <https://bit.ly/3c5jE9U>
- Kumpfer, K. L., Olds, D. L., Alexander, J. F., Zucker, R. A. & Lawrence, E. G. (1998). Family etiology of youth problems. En R. S. Ashery, E. Robertson & K. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions* (pp. 42-77). National Institute on Drug Abuse.
- Laespada, T., Iraurgi, I. & Arostegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias. https://bit.ly/factoresderiesgo_
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Department of National Health and Welfare.
- Llorente, L. (2017). *El grupo de iguales y su relación con el consumo de drogas en los internos jóvenes en centros penitenciarios*. Congreso Internacional de Pedagogía Social. <https://bit.ly/3yTRvwi>
- Londoño, C. & Vinaccia, S. (2005, julio-diciembre). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(2), 241-249.
- López, S. & Rodríguez, L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Luengo, A., Romero, E. & Gómez-Fraguela, J. A. (2000). Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. *Proyecto Hombre*. https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/15520/2001_prevenion_recaidas.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez, J. M. & Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Merikangas, K. R. & Avenevoli, S. (2000, noviembre-diciembre). Implication of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Elsevier*, 25(6), 807-820.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2014). *Modelo para la prevención comunitaria del consumo de drogas y alcohol*. <https://bit.ly/3uCJata>
- Mirzaei, D., Zamani, B. E. & Mousavi, S. H. (2011). Determination and prioritizing of addiction prevention factors in delfan city, Iran. *Addiction & Health*, 3(1-2), 20-28.
- Moncada, S. & Palmerín, A. (2007). La prevención del consumo de drogas en España: El papel de los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 21-28.
- Mora, M. D. (2008). *La educación para la salud. Un enfoque integral*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://bit.ly/3fS09FI>

- Moral, M. V., Siervent, C., Ovejero, A. & Rodríguez, F. J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de programas de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 6(4), 248-261.
- Muñoz, M. J. & Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- National Institute on Drug Abuse. (2011). *Lecciones aprendidas de las investigaciones sobre prevención*. <https://bit.ly/3p3nfui>
- O'Donnell, M. P. (1986). Definition of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 1(1), 4-5. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-1.1.4>
- Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito. (2002). *Manual sobre programas de prevención de uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento*. <https://bit.ly/3c2sSDt>
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*. <https://bit.ly/2SG6A3U>
- OMS. (1998). *La salud para todos en el siglo XXI* (No. A51 / 5). Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1998). *Promoción de la salud: glosario*. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3c6FSIh>
- OMS. (2017). *Documento conceptual: Educación para la salud con enfoque integral*. <https://bit.ly/3fzwYoN>
- Ortiz, J., Lopera, N., González, N. & Klimenko, O. (2017). Actitudes de favorabilidad hacia conductas adictivas prevalentes en una muestra de adolescentes entre 12 y 18 años de algunas Instituciones Educativas en Medellín y Ríosucio. *Revista Psicoespacios*, 11(19), 24-45. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Perea, R. (2001). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación*, 21(4), 15-40.
- Pérez, C. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160.
- Petratis, J., Flay, B. R. & Miller, T. Q. (1995, enero). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull*, 117(1), 67-86.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. & Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions: design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16(6), 579-602.
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLIS*, 4(2), 157-186.
- Quintero, B., Ortega, J. A. & Fuentes, J. A. (2014). Eficacia y eficiencia del programa de prevención escolar y familiar "Entre Todos" de la Asociación Proyecto Hombre. *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 5(3), 1-16.
- Quintero, B., Ortega, J. A. & Fuentes, J. A. (2015). Eficacia del programa de prevención y adicciones Entre-Todos (Proyecto Hombre). *Revista Lasallista de Investigación*, 12(2), 28-35.
- Quintero, E. J., De la Mella, S. F. & Gómez, L. (2017, abril-junio). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 101-111.
- Rodríguez, J., Fernández, A. M., Hernández, E., Valdés, M., Villalón, M., Ramírez, S., Román, A. & Muñoz, M. (2008). Asociación entre creencias religiosas y consumo de drogas lícitas e ilícitas en jóvenes universitarios, según la metodología de pares. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(1), 78-87.
- Rodríguez, M. & Echemendia, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150.

- Rodríguez, S. E., Díaz, B. D., García, S. E., Guerrero, J. A. & Gómez-Maqueo, E. L. (2011, enero-febrero). Evaluación de un programa de prevención el consumo de drogas para adolescentes. *Salud Mental*, 3(4), 27-35.
- Romani, O. (2008, septiembre-diciembre). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción de daño. *Salud Colectiva*, 4(3), 301-318.
- Salvador, L. T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo*, No.77, 18-24.
- Sánchez-Huesca, R., Arellanez-Hernández, J. L., Pérez-Islas, V. & Rodríguez-Kuri, S. E. (2006). Estudio de la relación entre consumo de drogas y migración a la frontera norte de México y Estados Unidos. *Salud Mental*, 29(1), 35-43.
- Sanchón, M. V. (2016). *Salud pública y atención primaria en salud*. Open Course Ware. Universidad de Cantabria.
- Segovia, N. S. & Carvalho, M. F. (2011, mayo-junio). Los espacios escolares para la prevención de drogodependencia: concepción de directivas de escuelas secundarias. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 19(especial), 782-788.
- Seguridad Ciudadana Cedro. (s.f.). *Prevención del uso y abuso de drogas: conceptos básicos*. <https://bit.ly/3yToaBO>
- Spoth, R. (1998). Family-Focused prevention intervention research: A pragmatic perspective on issues and future directions. En R. S. Ashery, E. Robertson & K. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*. National Institute on Drug Abuse (pp. 459-510). NIDA.
- Stanton, P. (2012, junio). AA and abstinence as prevention techniques. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(4), 284-290.
- STPS. (2017). *Guía de recomendaciones para la promoción de la salud y la prevención de adicciones en los centros de trabajo*. <https://bit.ly/3p6wfiw>
- Suárez, L. & Cabacés, T. (2013). *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas*. Grupo Igia. <https://bit.ly/3peEFEo>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Focus on prevention. Strategies and programs to prevent substance use* (HHS Publication No. (SMA) 10-4120). U.S. Department of Health and Human Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Center for Substance Abuse Prevention. <https://bit.ly/3p8qNew>
- Tapia, D. C., Gómez, B., Hernández, Ch. Y., Yañez, G. & Cadena, J. L. (2016). Factores de riesgo y protección en grupos vulnerables. En Tapia, D. C., Villalobos, R. M., Valera, M. M., Cadena, J. L., Ramírez, J. F., Guzmán, O. R., Maldonado, A. G. & Ortiz, D. M., *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico* (pp. 87-120). Universidad Nacional Autónoma de México.
- United Nation Office on Drugs and Crime. (2015). *International standards on drug use prevention*. <https://bit.ly/3p7v1Do>
- Valle, R. E. & Perales, A. (2010, enero-marzo). La familia en la prevención de la adicción de sustancias psicoactivas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 71(1), 63-64.
- Vargas, I., Villegas del Carpio, O., Sánchez, A. & Holthuis, K. (2003). *Promoción, prevención y educación para la salud*. EDNASSS.

- Villar, P., Luengo, M. A., Gómez, J. A. & Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15(4), 581-588.
- Wade-Mdivanian, R., Anderson, D., Newman, T. J. & Ruderman, D. E. (2016, julio). Exploring the long-term impact of a positive youth development-based alcohol, tobacco and other drug prevention program. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 60(3), 67-90.
- Yang, Y. & Kim, H. (2018, mayo). Effects of a prevention program for internet addiction among middle school students in South Korea. *Public Health Nursing*, 35(3), 246-255.