



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías

CURRÍCULUM DE **PREVENCIÓN** EUROPEO

Un manual para quienes toman decisiones,
crean opinión y elaboran políticas sobre la
prevención del uso de sustancias basada
en la evidencia



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



EUPC

CURRÍCULUM DE **PREVENCIÓN** EUROPEO

Un manual para quienes toman decisiones,
crean opinión y elaboran políticas sobre la
prevención del uso de sustancias basada
en la evidencia



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado (CPAGE):
<https://cpage.mpr.gob.es/>

NIPO: 133-20-117-3

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Currículum de prevención europeo: un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia (Universitat de les Illes Balears, trad., Rementeria O, rev.). Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2020. 200P.

Esta publicación se ha desarrollado en el marco del proyecto Europeo denominado UPC-Adapt, financiado por la Comisión Europea (número de proyecto JUST-2015-AG-DRUG)

Traducción al castellano realizada por Carmen Orte, Joan Amer y Maria Antònia Gomila (Universitat de les Illes Balears).

Revisión de la traducción y del lenguaje de género realizado por Oihana Rementeria

© Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019



Observatorio Europeo de las
Drogas y las Toxicomanías



FE DE ERRATAS

En la página 57 las tablas 3 y 4 “CORRECTAS” son:

TABLA 3 | Intervenciones preventivas basadas en la evidencia durante la lactancia y la primera infancia

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas con trastornos del uso de sustancias	Selectivo Grupos en riesgo	* Limitada
Visitas prenatales e infantiles	Selectivo Grupos en riesgo	** Adecuada
Educación en la primera infancia	Selectivo Grupos en riesgo	**** Muy buena
Intervención comunitaria multi-componente	No hay estudios/evidencia suficiente	

TABLA 4 | Intervenciones preventivas basadas en la evidencia durante la infancia intermedia

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Programas de habilidades parentales	Universal & selectivo Población general y grupos en riesgo	**** Muy buena
Educación en habilidades sociales y personales	Universal Población general	*** Buena
Programas de mejora del ambiente del aula	Universal Población general	*** Buena
Políticas para mantener a la población en edad escolar en la escuela	Selectivo Grupos en riesgo	** Adecuada
Intervención comunitaria multi-componente	No hay estudios/evidencia suficiente	

57

En la página 61 la tabla 6 “CORRECTA” es:

TABLA 6 | Intervenciones de prevención basadas en la evidencia durante la adolescencia tardía y la edad adulta

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Educación preventiva basada en habilidades sociales y personales e influencia social	No hay estudios/evidencia suficiente	
Cultura y política escolar	No hay estudios/evidencia suficiente	
Dirigida a vulnerabilidades psicológicas individuales	No hay estudios/evidencia suficiente	
Asesoría	No hay estudios/evidencia suficiente	
Políticas sobre el alcohol y el tabaco	Universal Población general	***** Excelente

61

ÍNDICE

Agradecimientos	5
Acrónimos	7
Prólogo	9
Uso de este manual	10
Prefacio	10
Introducción	13

PARTE I - CONCEPTOS GENERALES SUBYACENTES A LA PREVENCIÓN EFECTIVA

EPIDEMIOLOGÍA - COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA Y EL ALCANCE DEL USO DE SUSTANCIAS	22
LOS FUNDAMENTOS DE LA CIENCIA DE LA PREVENCIÓN Y LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS BASADAS EN LA EVIDENCIA	43
INTERVENCIONES Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN BASADAS EN LA EVIDENCIA	54
MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN	79

PARTE II - ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN DIFERENTES ESCENARIOS

PREVENCIÓN FAMILIAR	100
PREVENCIÓN ESCOLAR Y LABORAL	114
PREVENCIÓN AMBIENTAL	131
PREVENCIÓN MEDIÁTICA	146
PREVENCIÓN COMUNITARIA	157
LA PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LA PREVENCIÓN	168
Reflexiones finales	175
Referencias	176
ANEXOS	181

AGRADECIMIENTOS

El EMCDDA y el proyecto UPC-Adapt desean agradecer a Peer van der Kreeft, Annemie Coone, Femke Dewulf, Marjolein De Pau (líderes del proyecto en HoGent, University College Ghent, Bélgica) y a las siguientes personas por su contribución:

- Michal Miovský, Roman Gabrhelík, Michaela Malinová
(CUNI, Charles University, República Checa)
- Rachele Donini, Roberto Carrozzino, Daniela Congiu, Marco Piana, Anna Zunino
(ASL Savona, Agencia Local de Salud n. 2 Savonese, Italia)
- Valentina Kranzelic, Martina Feric, Miranda Novak, Josipa Mihic
(Facultad de Ciencias de la Educación y Rehabilitación, Universidad de Zagreb, Croacia)
- Sanela Talić, Matej Košir
(UTRIP, Instituto de Investigación y Desarrollo, Eslovenia)
- Karin Streimann, Triin Sokk, Katri Abel-Ollo, Tiia Pertel
(TAI, Instituto Nacional de Salud, Estonia)
- Krzysztof Ostaszewski, Agnieszka Pisarska, Jakub Gren
(IPIN, Instituto de Psiquiatría y Neurología, Polonia)
- Carmen Orte, Lluís Ballester, Marga Vives, María Antonia Gomila, Joan Amer, Miren Fernández de Álava
(UIB, Universitat de les Illes Balears, España)
- Maximilian von Heyden, Henrik Jungaberle,
(FINDER Institute for Prevention Research, Alemania)
- Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Piotr Sędek
(PARPA, Agencia Estatal para la prevención de problemas relacionados con el alcohol, Polonia)
- Claudia Meroni, Corrado Celata, Giusi Gelmi, Nadia Vimercati
(ATS Milán, Agencia de Protección de la Salud de Milán, Italia)

Esta publicación se desarrolló en cooperación con Gregor Burkhart (EMCDDA), Zili Sloboda (Applied Prevention Science International) y Jeff Lee (ISSUP).

ACRÓNIMOS

APSI	Applied Prevention Science International	HBSC	Encuesta Transnacional Colaborativa sobre el Comportamiento Saludable en población infantil en Edad Escolar de la OMS
COM-B	Capacidad, Oportunidad, Motivación y Conducta	ICD	Clasificación Internacional de Enfermedades
CTC	Communities That Care / Comunidades que cuidan	ID	Identificación
DAP	El Programa de Asesoramiento sobre Drogas del Plan Colombo	MDMA	3.4-metilendioxi-N-metilanfetamina
ECDC	Centro Europeo para la prevención y la supervisión de enfermedades	NAMLE	Asociación Nacional para la Alfabetización Mediática
EDPQS	Estándares Europeos de Calidad en la Prevención de Drogas	NREPP	Registro Nacional de Programas y Políticas Basadas en la Evidencia
EMCDDA	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías	OMS	Organización Mundial de la Salud
ENT	Enfermedad No Transmisible	PROSPER	Promoting School-Community-University Partnerships to Enhance Resilience
ESPAD	Proyecto de Encuesta Escolar Europeo sobre el Alcohol y Otras Drogas	RBS	Servicio Responsable de Bebidas
EUPC	Currículum de Prevención Europeo	STAD	Estocolmo contra las Drogas
EUSPR	European Society for Prevention Research	TCP	Teoría del Comportamiento Planificado
GBG	Good Behaviour Game	UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito)
		UPC	Currículum de Prevención Universal

PRÓLOGO

Estoy encantado de presentar este manual del Currículum de Prevención Europeo, que está diseñado como una piedra angular para la formación de quienes lideran la opinión, toman decisiones y diseñan políticas locales y regionales en temas relacionados con el uso de sustancias.

En las últimas décadas se ha visto un gran progreso, tanto en Europa como a nivel internacional, en el desarrollo de intervenciones de prevención responsables y basadas en la ciencia. Sin embargo, aún quedan muchos desafíos, y en muchos países seguimos viendo que se implementan prácticas de prevención, tanto en la escuela como en la comunidad, donde hay poca o ninguna evidencia de efectividad. En el peor de los casos, las intervenciones de prevención mal diseñadas pueden incluso causar efectos negativos. Es por esto que es vital para el EMCDDA apoyar la educación y formación de alta calidad del personal responsable de elegir y financiar las intervenciones apropiadas para garantizar la salud y el bienestar de nuestra juventud y comunidades.

Aquí encontrará una introducción de alta calidad a las opciones basadas en la ciencia para promover un comportamiento más saludable. De todas formas, el objetivo es también captar su interés en las ciencias que prueban empíricamente cómo la prevención puede lograr y mantener un comportamiento más saludable, y cómo se pueden ampliar e integrar estas estrategias en la práctica habitual.

Proporcionar apoyo a quienes toman las decisiones y a profesionales es un objetivo clave en la Estrategia EMCDDA 2025 y la publicación de este manual representa un paso importante para conseguir este

objetivo. Se basa en los logros de los estándares europeos en prevención de drogas (European Drug Prevention Standards, EDPQS), publicados por el EMCDDA en 2011, para mejorar la calidad, la efectividad y los alcances de la prevención, y acompaña a la publicación del EMCDDA *Respuestas sociales y sanitarias a los problemas de la droga: Una guía europea* publicada por primera vez en 2017. El Observatorio está bien posicionado para promover y difundir tanto este Manual como la formación que lo acompaña, ya que nuestra red de puntos focales nacionales, Reitox, y personal experto nacional permite el intercambio efectivo de información y las mejores prácticas, así como la promoción de la excelencia científica.

Me gustaría agradecer a nuestras entidades socias en Europa y los EE.UU., las cuales contribuyeron en gran medida a este trabajo, en particular al equipo de UPC responsable del currículum internacional y al grupo de Adaptación de UPC que produjo la primera versión de este manual europeo.

Creo de manera firme que Europa se beneficiará enormemente de una plantilla de profesionales de la prevención que valora la ciencia de la prevención, cuenta con el apoyo de las instituciones públicas y que está capacitada y es conocedora de los enfoques empíricamente probados y que pueden dar resultados. Estos resultados contribuirán al desarrollo positivo de nuestra juventud y, en última instancia, a una Europa más sana y segura.

ALEXIS GOOSDEEL

Director del EMCDDA (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías)

USO DE ESTE MANUAL

Este manual del Currículum de Prevención Europeo se ha desarrollado con el objetivo principal de proporcionar material de referencia específico para los cursos de formación de EUPC. También sirve para aportar una introducción más general a la ciencia de la prevención y, en particular, a las intervenciones basadas en la ciencia para quien tenga interés.

Este manual está destinado a usos meramente formativos por el personal que haya completado el curso requerido.

Los criterios para la implementación de los cursos EUPC se pueden encontrar en

<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum>,

conjuntamente con los detalles de quienes pueden ofrecer esta formación. Para más consultas, contacte con EUPC@emcdda.europa.eu.

PREFACIO

El EUPC es un currículum europeo desarrollado para su uso en la formación en prevención de quienes deciden y diseñan políticas. El objetivo principal de la formación en EUPC es reducir los problemas de salud, sociales y económicos asociados al uso de sustancias, construyendo una capacidad de prevención internacional a través de la expansión de profesionales que trabajan en prevención en Europa.

Este currículum de formación se ha desarrollado bajo los auspicios de un proyecto europeo denominado UPC-Adapt, que fue co-financiado por la Comisión Europea. Once entidades socias de nueve países europeos cooperaron en el proyecto y adaptaron el Currículum de Prevención Universal (UPC) para ajustarse a una audiencia europea. El UPC fue originalmente desarrollado por Applied Prevention Science International (APSI), con financiación del Departamento de estado de los Estados Unidos para el programa asesor en drogas del Plan Colombo. El proceso de adaptación del UPC al contexto europeo se basó en las directrices del European Prevention Standards Partnership para la adaptación y diseminación de los estándares de calidad en diferentes contextos (EDPQS Toolkit 4)¹, que describe cómo proceder en una adaptación. Los detalles de la metodología utilizados y los países implicados se encuentran en el Anexo 1.

1. <https://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination>

El currículum europeo es más corto y más accesible que el UPC original. Puede ser implementado en cinco días, mientras que el UPC original requiere hasta nueve semanas de formación.

Se puede implementar el EUPC de diferentes formas. Existe un curso de formación introductorio en línea, un módulo para la inclusión de formación preventiva en entornos académicos y un módulo de formación para quienes lideran la opinión, toman decisiones y diseñan políticas. La estructura de la formación para los dos últimos módulos utiliza un enfoque de “formación de formadores y formadoras” en cascada, donde quien ya ha recibido la formación puede diseminarla aun más. Quienes realizan la formación reciben materiales formativos de EUPC, que incluyen una guía de formación y presentaciones en PowerPoint. Este manual está destinado a ser un material de referencia tanto para las personas formadoras, como para quien recibe la formación.

¿A QUIÉN SE DIRIGE EL EUPC?

Este currículum ha sido diseñado específicamente para proporcionar conocimientos esenciales de prevención a quienes toman decisiones y diseñan políticas y para quienes lideran la opinión sobre las intervenciones y enfoques de prevención más efectivos basados en la evidencia. Este grupo, al que denominamos “profesionales de la prevención”, incluye perfiles de coordinación de prevención, especialistas en prevención o responsables de la formulación de políticas con roles generales y de especialistas con responsabilidad en los programas de prevención. En algunos países, este grupo

también puede incluir profesionales de alto nivel que son influyentes en la toma de decisiones y el desarrollo profesional. Pueden ser a nivel de comunidad, región o país. Pueden estar en puestos de dirección de ONG dedicadas a la prevención, en la coordinación de prevención de una administración regional, funcionariado público que desarrolla estrategias y se encarga de intervenciones preventivas en un municipio, o grupos de interés y coaliciones comunitarias. El EUPC tiene un enfoque específico en este grupo, debido al papel clave que desempeñan para influir en el desarrollo de los sistemas preventivos. Pueden enfatizar la importancia del trabajo de prevención en la sociedad y promover la cultura de la prevención y actividades preventivas en su región y entre sus comunidades. Es posible que este grupo de profesionales ya tenga algún conocimiento sobre la prevención y que este currículum fortalezca su especialización.

La difusión de los enfoques basados en la innovación y la ciencia en los sistemas de prevención en Europa con financiación pública requiere de cambios en la toma de decisiones sobre la financiación y las prioridades, incluida la interrupción de enfoques populares pero ineficaces. También se reconoce cada vez más que es esencial proporcionar formación a quienes toman decisiones, diseñan políticas y lideran la opinión antes, o al mismo tiempo, de la formación de profesionales que están en primera línea. De lo contrario, los intentos por parte del personal de primera línea bien formado, como profesorado, educadoras y educadores de salud o quienes trabajan en el desarrollo comunitario, para innovar y mejorar la práctica de la prevención podrían bloquearse

porque la prevención basada en la ciencia a menudo se percibe como contra intuitiva y exigente para la práctica establecida.

Ha habido otros procesos para abordar este problema. La Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (UNODC) ha desarrollado una formación sobre sus Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas (International Standards on Drug Use Prevention) para puestos de responsabilidad política a nivel nacional con el fin de preparar el terreno político para la implementación de las intervenciones preventivas basadas en la evidencia. Además, la serie original de UPC para quienes realizan tareas de coordinación en el ámbito de la prevención también ofrece un programa de formación integral para quienes trabajan por debajo del nivel nacional. Sin embargo, en Europa, es poco probable que quienes toman decisiones, diseñan políticas y lideran la opinión a nivel regional y local puedan (o quieran) asistir a un curso de formación de prevención prolongado e intensivo. Por lo tanto, la formación de EUPC se diseña para brindar los conocimientos en prevención que necesita este grupo, respetando sus limitaciones de tiempo. Proporciona una visión general concisa pero informativa y útil a nivel práctico sobre temas como: etiología y epidemiología, prevención escolar, prevención familiar, prevención ambiental y evaluación. La formación en entornos académicos también ayudará a garantizar que la próxima generación de quienes tomen decisiones, diseñen políticas y ejerzan el liderazgo de opinión dispongan de conocimientos específicos sobre los avances y la utilidad de la ciencia de la prevención.

El supuesto subyacente de este enfoque es proporcionar un conocimiento y comprensión suficientes sobre los principios científicos de la prevención, a quienes toman decisiones, diseñan políticas y lideran las opiniones actuales y futuras, para: a) fomentar la implementación de enfoques basados en la ciencia y detener los enfoques ineficaces; y b) crear un entorno donde se aliente a quienes sean profesionales de la intervención en prevención a mejorar sus conocimientos y habilidades.

EUPC ofrece una introducción a la ciencia de la prevención. Para quienes deseen profundizar en el conocimiento en esta área, los cursos UPC completos están disponibles.

INTRODUCCIÓN

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA PREVENCIÓN?

Las mejoras en salud no sólo tienen un impacto directo en el bienestar humano, sino que también tienen relación con la mejora del nivel de renta nacional, mediante la educación de la infancia, la productividad laboral y la reducción de la carga en los sistemas nacionales de salud y de bienestar social.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades y condiciones no transmisibles ahora representan el 60% de todas las muertes a nivel mundial. Estas son las muertes que no se deben a infecciones, sino a condiciones ambientales y socioeconómicas, prácticas industriales y decisiones de estilo de vida incluido el uso de sustancias. El creciente reconocimiento de las enfermedades no transmisibles relacionadas con las prácticas de la industria y los estilos de vida, ha llevado a los países a establecer e implementar políticas de prevención e intervenciones para abordar el uso de sustancias, la alimentación y la salud física.

En este contexto, las estrategias de promoción de la salud son una forma importante de involucrar y capacitar a las personas y las comunidades para que elijan conductas saludables y realicen cambios que reduzcan el riesgo de tener estas enfermedades y disminuir otras conductas que comprometan la salud.

La importancia de introducir y mantener intervenciones preventivas del uso de sustancias, basadas en

la evidencia, dirigidas a familias, escuelas, empresas, y medios de comunicación, se vuelve cada vez más importante. Las actividades preventivas complementan la promoción de la salud, pero se distinguen porque implementan acciones específicas centradas en los factores de riesgo y de protección que pueden causar o mitigar la enfermedad.

La prevención del uso de sustancias tiene el objetivo de detener o retrasar el inicio del uso de sustancias psicoactivas. También puede ayudar a aquellas personas que hayan empezado a usarlas a evitar que desarrollen problemas debidos al uso de sustancias, así como los problemas de salud y sociales asociados. La prevención tiene también objetivos de mayor envergadura: el desarrollo saludable y seguro de la infancia y la juventud para que desarrollen su potencial y talento. Lo consigue ayudándoles a implicarse de forma positiva con sus familias, escuelas, iguales, lugar de trabajo y el conjunto de la sociedad.

EL CURRÍCULUM DE PREVENCIÓN EUROPEO (EUPC)

Este currículum se centra en la aplicación de los hallazgos principales citados en los *Estándares Internacionales para la Prevención del Uso de Drogas*, de la Oficina de Naciones Unidas para las Drogas y el Delito (UNODC) y los *Estándares Europeos de Calidad de la Prevención de Drogas* (EDPQS), del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) y el proyecto *Prevention Standards Partnership*, para contextos del “mundo real” en Europa. Esto es importante para la implementación de las conclusiones del

Consejo de Europa sobre los Estándares de Calidad Mínimos² en Europa. Se pone el foco en prevenir el uso o los problemas relacionados con el uso de sustancias, aunque el contenido de este currículum es aplicable a otras conductas de riesgo (por ejemplo, violencia, conducta antisocial, apuestas, excesivo uso de los videojuegos, etc.) y puede inspirar para acercamientos preventivos de estos comportamientos. Aprender sobre la prevención basada en la evidencia científica puede aportar herramientas valiosas y efectivas, que pueden marcar la diferencia en la intervención en las poblaciones afectadas en los distintos países y contextos.

Este currículum está diseñado principalmente para quienes toman decisiones, diseñan políticas, personas que lideran la opinión y que trabajan en el campo de la prevención en Europa, y tiene como objetivo proporcionar:

- Una introducción a las bases de la ciencia de la prevención.
- Una visión de conjunto de la información necesaria para informar sobre la selección e implementación de intervenciones preventivas.
- Las herramientas para informar a las partes interesadas sobre las bases de la prevención del uso de sustancias basadas en la evidencia.
- Las herramientas para coordinar la implementación y evaluación de intervenciones basadas en la evidencia.

- Una introducción a los principios y las prácticas de la prevención basada en la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad, el entorno, y los medios de comunicación.

Los objetivos de aprendizaje para quienes completan la formación basada en este currículum son:

- Entender la progresión del uso de sustancias y el papel de la prevención como respuesta;
- Explicar las bases científicas de las intervenciones preventivas, incluyendo:
- El quién, el qué, el cuándo, el dónde, y el cómo del uso de sustancias en contextos concretos;
- La influencia de los factores personales y ambientales en la vulnerabilidad y el riesgo;
- El papel de los factores del desarrollo y comportamentales, tanto para orientar las intervenciones, como para adaptar los mensajes y las estrategias de intervención;
- Cómo aplicar empíricamente las teorías del cambio de comportamiento;
- La importancia de la investigación para comprender cómo “funcionan” las intervenciones efectivas.
- Describir el origen y los principios que sustentan el desarrollo de los Estándares Internacionales en la Prevención del Uso de Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas;

2. http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en

- Describir la importancia de la fidelidad en la implementación y del seguimiento de la ejecución de las intervenciones preventivas, y de la implementación de las políticas de prevención.
- Comprender los componentes esenciales de la intervención y las políticas basadas en la evidencia en diversos contextos, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad, el entorno y los medios de comunicación.

USO DEL MANUAL

Este manual está pensado como un documento de referencia principal tanto para quien imparte la formación, como para quien la recibe. Proporciona lecturas adicionales con detalles sobre los temas tratados en el curso de EUPC, a los que se puede hacer referencia cuando sea necesario para poner en práctica el aprendizaje.

En la introducción se describe el EUPC y se ofrece una explicación general de quienes trabajan en el ámbito de la prevención en Europa. También se hace un breve repaso a los aspectos éticos vinculados al trabajo en prevención.

El Capítulo 1 profundiza en el vínculo entre las teorías de la epidemiología y la etiología, y ofrece un conocimiento sobre el papel que puede tener la prevención para abordar el desarrollo de los trastornos del uso de sustancias.

El Capítulo 2 resume las teorías comunes utilizadas por el equipo científico de especialistas en prevención cuando se desarrollan y evalúan intervenciones y políticas de prevención efectivas. Conocer estas

teorías es importante para comprender los elementos necesarios o útiles en el desarrollo y/o adaptación de las intervenciones de prevención en diferentes contextos y escenarios.

El Capítulo 3 se dedica a las intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia y profundiza tanto en los estándares internacionales de la UNODC como los Estándares Europeos de Calidad en la Prevención de Drogas del EMCDDA (EDPQS por sus siglas en inglés). También contrasta el enfoque basado en la evidencia, que aboga por la utilización de intervenciones estandarizadas, con un enfoque hecho a medida, que está a menudo basado en la experiencia profesional y las necesidades presentes. Esta discusión destaca cómo se utilizan diferentes enfoques a lo largo de Europa.

El Capítulo 4 está dedicado a la monitorización y la evaluación. Se ofrece una visión global de los diferentes tipos de investigación en evaluación que pueden usarse para monitorizar o evaluar los efectos de una intervención o de una política.

Los capítulos siguientes describen las características más importantes de las intervenciones de prevención familiar (Capítulo 5), escolar y laboral (Capítulo 6), ambiental (Capítulo 7), mediática (Capítulo 8) y comunitaria (Capítulo 9). Para cada tema, hay una reflexión sobre las cuestiones o retos específicos relativos a cada tipo de acercamiento (p.ej. la dificultad de involucrar a las familias, la resistencia contra los mensajes de prevención en los medios de comunicación, las barreras a la implementación de intervenciones preventivas en un entorno de ocio nocturno). Se centrará también en las prácticas

basadas en la evidencia en Europa y habrá una detallada discusión de las intervenciones.

Hay varios temas importantes que se destacan a lo largo de los materiales y la formación en EUPC. El primero es la definición del uso de sustancias, qué es el uso de sustancias psicoactivas que afectan a los sentimientos, las percepciones, los procesos de pensamiento y/o el comportamiento cuando se consumen. Las sustancias pueden incluir el tabaco, el alcohol, las sustancias volátiles (inhalantes) y otras sustancias como la heroína, la cocaína, el cannabis y el uso no médico de medicamentos psicoactivos. Las sustancias incluyen aquellas controladas por los Convenios de las Naciones Unidas y aquellas que no lo son (por ejemplo, nuevas sustancias psicoactivas), aunque este último grupo podría estar controlado por las leyes nacionales de los Estados Miembros de la Unión Europea. En el EUPC, deliberadamente evitamos el uso del término “abuso de sustancias”, ya que este es un concepto ambiguo, y podría ser considerado como moralista. En cambio, cuando queremos referirnos al uso de sustancias que está asociado con un daño significativo, utilizamos el término “trastornos por el uso de sustancias”. El EUPC también introduce otros términos que describen patrones del uso de sustancias que pueden no estar asociados necesariamente con un daño significativo. Estos temas se abordan con más detalle en el Capítulo 1.

Otro tema es la ciencia de la prevención, la cual aporta una comprensión de los factores asociados con el inicio y la evolución del uso de sustancias: cómo el uso de sustancias ha afectado a las personas, las familias, las escuelas, las comunidades y los países; y cómo se puede afrontar con estrategias,

políticas e intervenciones efectivas. La UNODC llevó a cabo una revisión exhaustiva de las actividades de prevención para identificar los enfoques más efectivos (Estándares Internacionales en la Prevención del Uso de Drogas, UNODC, 2013).

Las intervenciones efectivas, también conocidas como intervenciones, prácticas y políticas de prevención basadas en la evidencia, ya están disponibles para la implementación. La formación EUPC está diseñada para ayudar a los equipos expertos en prevención a seleccionar aquellas intervenciones y políticas que con mayor probabilidad atiendan a la necesidad de las poblaciones objetivo, a implementarlas adecuadamente, a supervisar la calidad de la implementación y a evaluar los resultados del conjunto de participantes.

La ciencia de la prevención también ha identificado el uso de sustancias y los comportamientos similares como aspectos del desarrollo. En otras palabras, los factores que conducen a la implicación en estas conductas de riesgo para la salud comienzan temprano y, en general, estas conductas se materializan en la infancia tardía y la adolescencia. Esto requiere una comprensión de cómo intervenir en edades diferentes, empezando desde la infancia y progresando a través de los años más vulnerables de la adolescencia y la juventud, y continuando a lo largo de la madurez.

Otra cuestión es que el uso de sustancias y otros comportamientos de riesgo son por lo general el resultado de interacciones entre factores ambientales y las características personales y, posiblemente, el resultado de socializaciones fallidas. Por ejemplo,

la gente joven que está a la búsqueda de sensaciones y que no han recibido una crianza positiva puede reaccionar de manera diferente a los entornos de mercadotecnia a favor del alcohol, como el patrocinio en los deportes, diferente al de quienes no muestran este rasgo de personalidad o que han tenido una crianza positiva y orientan la búsqueda de sensaciones a comportamientos constructivos. Las intervenciones de prevención basadas en la evidencia están diseñadas para intervenir de forma positiva en estos distintos entornos —p.ej. la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad, y el entorno— para mejorar las interacciones parento-filiales, las relaciones escolares, de los equipos de trabajo y su espacio laboral, de las personas y su comunidad y entorno, para reforzar sus sentimientos de seguridad y apoyo. Esta es la razón por la que creamos currículos diseñados para ayudar al personal experto en prevención en todos estos entornos.

Las personas profesionales en prevención ya formadas necesitan ser conscientes de la información de una amplia gama de disciplinas, entre ellas la epidemiología, la sociología y la psicología. Este manual y la formación que lo acompaña muestran cómo estas habilidades pueden aplicarse para:

- Evaluar la naturaleza y el alcance del uso de sustancias en su zona, incluida la recogida y análisis de datos;
- Identificar las poblaciones en mayor riesgo y proporcionar una evaluación adecuada de las necesidades;
- Convocar a grupos adecuados de personas para abordar el problema;

- Convencer a las partes interesadas del valor de los programas y políticas basados en la evidencia científica;
- Apoyar la selección y evaluación de intervenciones preventivas y elegir las intervenciones apropiadas para abordar los hallazgos/resultados de la evaluación de las necesidades;
- Seleccionar las intervenciones que se necesitan para marcar la diferencia;
- Implementar y monitorizar los esfuerzos basados en la evidencia y evaluar los resultados, frecuentemente en colaboración con un equipo de investigación;
- Fomentar la fidelidad y sostenibilidad de las intervenciones, pero también tener presente la viabilidad y aceptabilidad de la intervención.

LA PREVENCIÓN COMO PROFESIÓN

Hasta hace poco, había poca información disponible que reuniera las competencias y tareas que necesitaban quienes toman decisiones, diseñan políticas y lideran la opinión en el campo de la prevención para desarrollar su papel junto a los procesos que intervienen en la selección e implementación apropiada de las intervenciones y políticas de prevención ajustadas las necesidades específicas de la sociedad. En Europa, los programas de educación en prevención son diversos, lo que ha llevado a una definición pobre e inconsistente de quién es profesional en prevención (Gabrhelik, *et al.*, 2015). Con este currículum, y la formación en EUPC, nuestro objetivo es normalizar la educación y la formación para reforzar a quienes ejercen como profesionales de la

prevención en Europa. Es sólo uno de los pasos para formalizar aún más el papel y el reconocimiento de las personas profesionales en prevención.

Utilizamos el término “profesional de la prevención” para referirnos a quienes toman decisiones, diseñan políticas y lideran la opinión, que son responsables de la planificación, la implementación y el seguimiento de las intervenciones y/o políticas de prevención dentro de una zona geográfica. Estas personas pueden supervisar a otras personas o equipos de prevención que están en primera línea, que están a cargo de la ejecución o monitorización las intervenciones preventivas, y además pueden ser el “rostro” y la “voz” de la prevención en la sociedad.

En la actualidad, varios grupos nacionales e internacionales han publicado materiales para definir qué habilidades son necesarias para ejecutar intervenciones preventivas de calidad. Entre estos recursos encontramos los *Estándares Internacionales en la Prevención del Uso de Drogas* de la UNODC (2013), los EDPQS de la EMCDDA (2011) y los *Estándares para la Profesionalidad en Adicción y Prevención* del Consorcio Internacional de Certificación y Reciprocidad (www.internationalcredentialing.org). Gran parte de lo que se presenta en este currículum proviene de estas fuentes.

El manual de los EDPQS describe los estándares de calidad para profesionales en prevención. El manual detalla cuatro áreas de competencias relacionadas con la ejecución de la intervención —(1) Competencias generales, (2) Competencias básicas de intervención, (3) Competencias específicas de intervención, y (4) Meta-competencias.

- Las competencias generales relacionadas con las personas que llevan a cabo alguna intervención o política de prevención —p.ej., habilidades de comunicación, gestión de la intervención, habilidades sociales y personales.
- Las competencias básicas engloban las que son necesarias para ejecutar una intervención preventiva —p.ej., el conocimiento de los componentes y enfoques de la prevención efectiva del uso de sustancias, de las estrategias de educación interactivas y de aspectos de la implementación.
- Las competencias específicas incluyen los conocimientos y habilidades específicas para una intervención seleccionada —p.ej., estrategias parentales efectivas, enseñar habilidades para la toma de decisiones.
- Las meta-competencias son transversales a los ámbitos anteriores, e incluyen aquellas habilidades que se requieren para adaptar eficazmente las intervenciones para cubrir las necesidades específicas del público objetivo —p.ej., la sensibilidad cultural— pero también incluyen la organización comunitaria, la planificación y el desarrollo de recursos, y la monitorización y la evaluación.

ÉTICA Y PREVENCIÓN DE USO DE SUSTANCIAS

Si bien es relativamente común hablar de la ética en el tratamiento del uso de sustancias, en la reducción del daño, y en la investigación, resulta menos

común examinar la ética en torno a la prevención del uso de sustancias. Puede que las actividades de prevención del uso de sustancias no requieran de una intervención física o clínica, pero representan una forma de intervención en la vida de la gente. Todas las intervenciones de prevención del uso de sustancias se basan en juicios sobre lo que es “bueno” o “malo” para quienes participan (expresado, por ejemplo, en los objetivos de la intervención). Las intervenciones de prevención del uso de sustancias también pueden presentarse como consecuencia de las percepciones de aceptación de la sociedad en torno a algún comportamiento particular, que podrían no ser compartidas por la población objetivo. Además, la prevención normalmente va orientada a la gente joven, y en el caso de la prevención dirigida esta población puede encontrarse entre las más vulnerables de la sociedad y puede ser excluida de la mayoría de la sociedad. Como todos los países tienen leyes que controlan el uso de algunas sustancias, garantizar que las intervenciones “no causen daño”, por ejemplo, aumentando la probabilidad del uso, también es una consideración ética importante.

Las cuestiones éticas, por tanto, surgen en diversos niveles, empezando por la justificación de la esencia misma del trabajo de la prevención. Los equipos de profesionales no deberían dar por sentado que las actividades de prevención del uso de sustancias son por definición éticas y beneficiosas para quienes participan. Los principios éticos de las actividades de prevención del uso de sustancias que derivan de los estándares (EDPQS) y se aplican a este currículum son:

- Acatar los requerimientos legales.
- Respetar los derechos y autonomía de quienes participan (p.Ej. Tal como se definen en los marcos internacionales sobre los derechos humanos y los derechos de la infancia).
- Proporcionar beneficios reales para las personas participantes (es decir, asegurar que la intervención sea relevante y aceptada por estas personas).
- No causar ningún daño ni desventaja sustancial a quienes participan (p.Ej. Efectos iatrogénicos —efectos dañinos no previstos e inadvertidos, enfermedad o lesión, exclusión, estigma).
- Proporcionar una información transparente, veraz, neutral y exhaustiva.
- Obtener el consentimiento de las personas participantes antes de la participación.
- Asegurar que la participación sea voluntaria.
- Tratar los datos de las personas que participan de manera confidencial.
- Tratar la participación en las actividades de forma confidencial cuando sea necesario.
- Adaptar la intervención a las necesidades y preferencias de quienes participan.
- Involucrar a la población diana como grupo asociado en el desarrollo, implementación, y evaluación de la intervención.
- Proteger la salud y seguridad de cada participante, así como de cada profesional.

Según el tipo de intervención, puede resultar difícil, o no factible, ceñirse a todos los principios de la prevención ética del uso de sustancias. Obtener el consentimiento informado y asegurar la participación voluntaria pueden suponer un desafío en las intervenciones de prevención universal o, por ejemplo, en intervenciones de la justicia penal, en las que quienes participan puedan tener la obligación de participar. En cuanto al principio de no causar daño, cabe destacar que los enfoques de prevención dirigida pueden también estigmatizar a quienes participan (EMCDDA, 2009, p. 48).

Distintos principios pueden estar en conflicto entre sí. Por ejemplo, quienes acuden a la intervención podrían desear involucrarse en comportamientos que les hacen daño (p.ej. el uso de sustancias), o, como socias/os en el desarrollo de la intervención, quienes participen podrían pedir enfoques de intervención que se ha demostrado que son potencialmente inefectivos o incluso dañinos (p.ej. hablar con una persona que haya usado sustancias anteriormente o un/a colega que también haya usado sustancias). También puede resultar difícil juzgar la ética de la intervención antes de implementarla (p.ej. pronosticar los beneficios y daños). Finalmente, todos los principios de la prevención están, hasta cierto punto, sujetos a la interpretación (p.ej. ¿qué

constituye un beneficio y para quién?), y los cambios en la legislación sobre drogas en algunos países (por ejemplo, la posesión de cannabis) pueden sugerir que algunos tipos de comportamiento del uso de sustancias son más aceptables en la sociedad que en otros.

No existe ninguna respuesta clara para todas las consideraciones o conflictos éticos que se pueden encontrar en el trabajo preventivo, pero discutir y reflexionar sobre ellos crea conciencia y favorece el diálogo abierto sobre cómo pueden afectar al trabajo de la prevención. Un enfoque ético debe ser claramente evidente en todas las etapas de la intervención. Las personas que ofrecen el servicio deben considerar qué es posible dentro de la intervención (p.ej. si el consentimiento escrito no es posible, quizás obtener el consentimiento verbal sí lo sea) y prestar especial atención a cualquier cuestión específica que surja de la intervención (p.ej., aspectos de la seguridad familiar que deban ser reportados a una autoridad responsable). También deben tener en cuenta el hecho de que las diferentes partes interesadas (p.ej. el personal, los grupos de participantes, el público en general, el gobierno) podrían tener diferentes puntos de vista sobre lo que es “ético”. Sin embargo, el colectivo participante debe ser siempre el centro de atención (EMCDDA, 2011).

PARTE I

CONCEPTOS GENERALES SUBYACENTES A LA PREVENCIÓN EFECTIVA

- **CAPÍTULO 1**

Epidemiología – comprensión de la naturaleza y el alcance del uso de sustancias

- **CAPÍTULO 2**

Los fundamentos de la ciencia de la prevención y las intervenciones preventivas basadas en la evidencia

- **CAPÍTULO 3**

Intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia

- **CAPÍTULO 4**

Monitorización y Evaluación



CAPÍTULO 1

**EPIDEMIOLOGÍA –
COMPRENSIÓN DE LA NATURALEZA
Y EL ALCANCE DEL USO DE SUSTANCIAS**

Las intervenciones efectivas en prevención estarán basadas en una buena comprensión de la naturaleza y el alcance del uso de sustancias dentro de una comunidad. Este suele ser el papel de la epidemiología en drogas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la epidemiología como: "...el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o eventos relacionados con la salud (incluyendo la enfermedad), la aparición del estado/evento/enfermedad (incidencia), los casos existentes del estado/evento/enfermedad (prevalencia) y la aplicación de este estudio al control de enfermedades y otros problemas de salud"³. Comprender la naturaleza y el alcance del uso de sustancias es clave para intervenir con programas de prevención basados en la evidencia y ayudará en el trabajo como profesionales de la prevención.

En relación a los esfuerzos en prevención, los datos epidemiológicos:

- Nos ayudan a comprender cómo se distribuyen los estados relacionados con la salud dentro de una población y los determinantes de la cuestión de salud de interés.
- Identifican los nuevos casos de un problema específico de salud (la incidencia) y los niveles de consumo entre la población (la prevalencia).
- Implican utilizar una variedad de métodos para la recogida de información, entre ellos, sistemas de vigilancia y encuestas; y también
- Incluyen estudios analíticos para comprender los determinantes del problema de salud.

Este capítulo examinará los tipos de datos disponibles a partir de encuestas epidemiológicas y estudios analíticos. Para clarificar algunas de las causas y los factores que contribuyen al uso de sustancias, vamos a considerar un modelo etiológico que muestra cómo las influencias ambientales interactúan con las características individuales para ubicar a las personas en mayor o menor riesgo de problemas por el uso de sustancias y otros comportamientos de riesgo. Al hacerlo, vamos a considerar el proceso de socialización que ayuda a la población infantil a adquirir las actitudes, normas, creencias y comportamientos que son culturalmente aceptados, y que les ayudarán a que les vaya bien en la vida. Aunque aquí nos centramos en la población infantil y juvenil, por favor tenga en cuenta que la prevención es relevante a lo largo de toda la vida y que la población adulta también corre el riesgo de las influencias ambientales en el comportamiento.

EL USO DE SUSTANCIAS EN EUROPA

La prevención del uso de sustancias se puede enfocar en una o en varias sustancias psicoactivas, bien sean ilegales o legales, incluyendo:

- Alcohol
- Productos de tabaco (entre ellos el cigarrillo electrónico)
- Otras sustancias psicoactivas, a menudo ilícitas, incluyendo cannabis, anfetaminas y cocaína, o aquellas que se fabrican de manera legal pero

3. <https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>

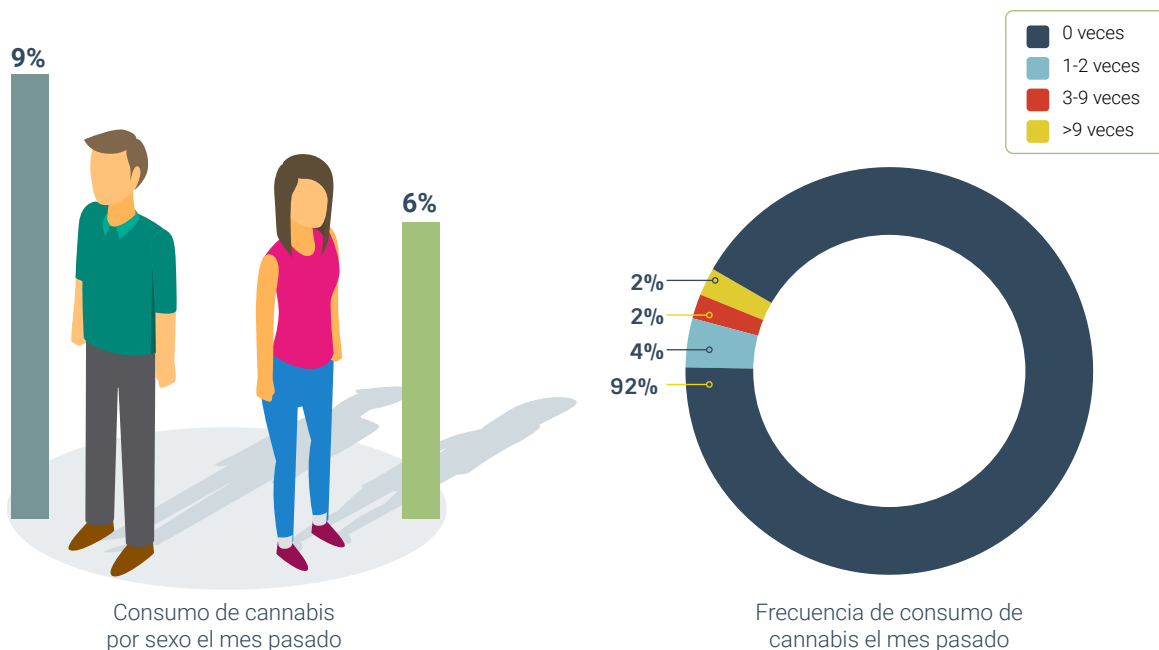
que se utilizan exclusivamente por sus efectos psicoactivos o no-médicos (p.ej., medicinas legales y nuevas sustancias psicoactivas).

Un motivo de preocupación son las consecuencias sanitarias y sociales adversas del uso y el impacto de estas sustancias en la sociedad.

El Proyecto Europeo de Encuesta Escolar sobre el Alcohol y Otras Drogas (ESPAD) halló que el 83% de la población estudiantil europea habían consumido alcohol al menos una vez en su vida (Figura 1).

La mitad de la población estudiantil declaraba haber bebido alcohol al menos una vez en el último mes. Poco menos de la mitad (47%) de esta población habían fumado cigarrillos, un 23% de las y los estudiantes afirmaban haber fumado uno o más cigarrillos al día, siendo el 3% los que habían fumado más de 10 al día (EMCDDA, 2015). Otro hecho interesante es que una de cada diez personas europeas (así que no solo estudiantes) han probado o utilizado los cigarrillos electrónicos o dispositivos similares (Comisión Europea, 2015).

FIGURA 1 | Prevalencia del uso de sustancias en población estudiantil



Basado en datos de 23 países de la Unión Europea y Noruega que participaron en la ronda de 2015 del estudio ESPAD.
Fuente: EMCDDA, 2017a

El perfil del uso de sustancias en Europa ahora engloba una mayor gama de sustancias que en el pasado. Entre quienes usan alguna sustancia, el policonsumo es común y los patrones individuales de uso oscilan entre experimental y efímero, y el consumo habitual y dependiente. El uso de todas las sustancias es generalmente más elevado entre los hombres que entre las mujeres y esta diferencia es a menudo acentuada por patrones de uso más intensivos o regulares. La prevalencia del uso de cannabis es aproximadamente cinco veces la de otras sustancias ilícitas. Si

bien el uso de heroína y otros opioides se mantiene relativamente raro, siguen siendo las sustancias más comúnmente asociadas con las formas de uso más nocivas, incluida la inyección de drogas.

También puede ser útil observar los patrones de uso, según lo informado por las encuestas nacionales de la población general. Se estima que más de 92 millones, o poco más de una cuarta parte de las personas con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años en la Unión Europea, han probado sustancias ilícitas al menos una vez durante su vida. Las experiencias con el uso de sustancias son más frecuentemente declaradas entre los hombres (56 millones) que entre las mujeres (36,3 millones). La sustancia ilícita más comúnmente probada es el cannabis (53,5 millones de hombres y 34,3 millones de mujeres), siendo mucho más bajas las estimaciones declaradas para el consumo durante la vida de la cocaína (11,8 millones de hombres y 5,2 millones de mujeres), la MDMA (9 millones de hombres y 4,5 millones de mujeres) y las anfetaminas (8 millones de hombres y 4 millones de mujeres). Los niveles de consumo del cannabis durante la vida difieren considerablemente entre países, desde aproximadamente el 41% de la población adulta en Francia a menos del 5% en Malta (Figura 2). El uso de sustancias en el último año proporciona una medida del uso de sustancias reciente y se concentra en gran medida entre la juventud adulta. Se estima que en torno a 18,9 millones de población adulta joven (entre 15-34 años) en Europa habían usado sustancias en el último año, siendo el doble de hombres que de mujeres.

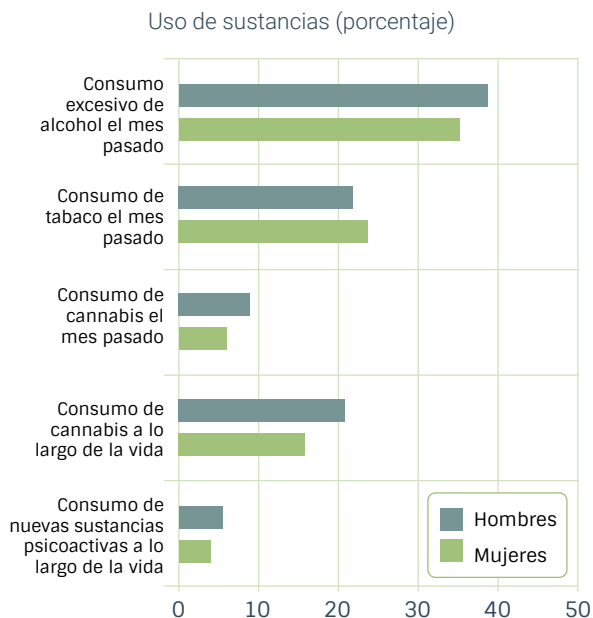
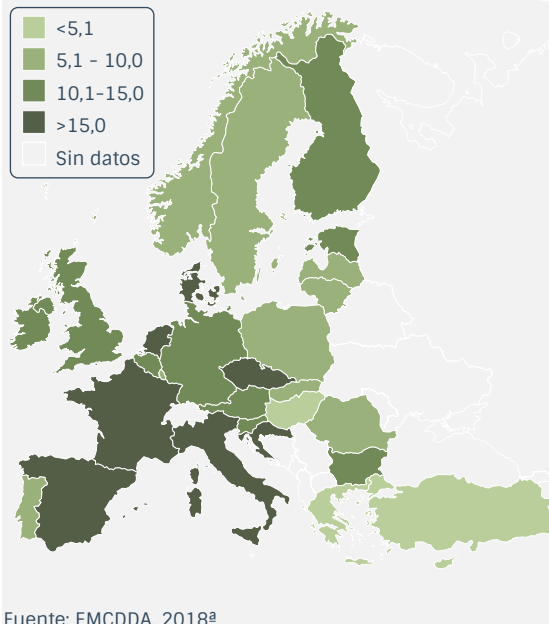
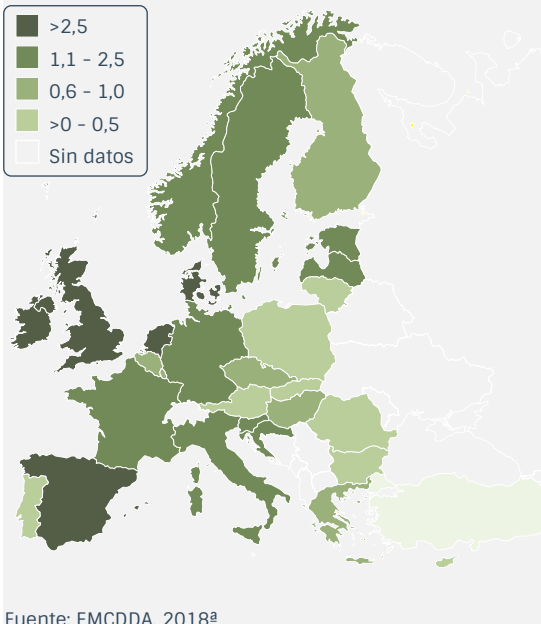


FIGURA 2 | Prevalencia en el último año del uso de cannabis entre población adulta joven (15-34): datos más recientes



En todos los grupos de edades, el cannabis es la sustancia ilícita que es más probable que se use. La sustancia generalmente se fuma y, en Europa, se suele mezclar con tabaco. Los patrones del uso de cannabis pueden variar desde ocasional a habitual y dependiente. Se estima que 87,6 millones de la población europea adulta (entre los 15 y 64 años), o el 26,3 % de este grupo de edad, han usado cannabis al menos una vez en la vida. De estos, se estima que 17,2 millones de jóvenes en Europa (de 15-34 años), o el 14,1 % de este grupo de edad, usó cannabis en el último año, con 9,8 millones de estos de

FIGURA 3 | Prevalencia en el último año del uso de cocaína entre la población adulta joven (15-34): datos más recientes



entre 15-24 años (el 17,4 % del grupo de edad entre 15 y 34 años). Las tasas de prevalencia en el último año entre personas de 15 a 34 años van del 3,5 % en Hungría al 21,5 % en Francia. Entre las y los jóvenes que han usado cannabis en el último año, la ratio de hombres a mujeres es de dos a uno.

La cocaína es el estimulante ilícito que más se consume en Europa y su consumo es más prevalente en los países del sur y del oeste de la Unión Europea (Figura 3). Entre quienes consumen de manera habitual, se puede hacer una gran distinción entre las

personas usuarias socialmente integradas, quienes a menudo esnifan la cocaína en polvo (clorhidrato de cocaína), y las personas usuarias que están marginadas, quienes se inyectan la cocaína o fuman crack (cocaína base), a veces junto con el uso de opioides. Se estima que 17 millones de la población europea en edad adulta (entre 15–64 años), o el 5,1 % de este grupo de edad, han experimentado con la cocaína en algún momento en sus vidas. Entre esta población se encuentran alrededor de 2,3 millones de jóvenes en edad adulta de 15 a 34 años (el 1,9 % de este grupo de edad) que han usado la sustancia en el último año (EMCDDA, 2018a).

Todas las sustancias pueden ser dañinas debido a los efectos tóxicos a corto y largo plazo pero, al no existir un control de calidad en la fabricación y venta de sustancias ilícitas, existen riesgos adicionales en el uso. En los últimos años, ha habido un aumento en la disponibilidad de nuevas sustancias psicoactivas y drogas ilícitas nuevas y/o novedosas, potentes, adulteradas y contaminadas, lo que aumenta el riesgo de experimentar resultados perjudiciales. Los contaminantes de drogas también pueden presentarse como resultado de procesos de fabricación, suministro y almacenamiento de baja calidad, y pueden incluir microorganismos y otros agentes biológicos e infecciosos. Los adulterantes pueden agregarse deliberadamente a la preparación de las drogas para alterar los efectos, aumentar el peso de venta del producto o disfrazar una disminución en la potencia (por ejemplo, la adición de anestésicos locales para imitar los efectos adormecedores de la cocaína). Los productos químicos no psicoactivos (pero potencialmente tóxicos) también

se pueden usar para aumentar el volumen de la droga y permitir reducciones en la cantidad de ingrediente activo para aumentar la rentabilidad para los vendedores. De todas formas, otros daños relacionados con las drogas pueden ser impredecibles y surgir como resultado de diferencias biológicas individuales subyacentes o verse afectados por condiciones de salud coexistentes, factores socioeconómicos o comportamientos relacionados con las drogas, como el lugar donde se usa la droga, la vía de administración y la higiene de la administración (por ejemplo, compartir los materiales y otros riesgos de la inyección).

El EMCDDA publica memorias anuales sobre las tendencias y la evolución del uso de sustancias en Europa. También publica Informes Nacionales de Drogas, en los que se pueden encontrar los datos más recientes referentes al consumo de drogas en cada país miembro de la UE, Turquía y Noruega. Todas las publicaciones están disponibles en www.emcdda.europa.eu/publications.

FARMACOLOGÍA Y FISIOLOGÍA

Para una persona que trabaja en prevención, comprender la ciencia que subyace al uso de sustancias y los resultados dañinos (incluyendo los trastornos por su uso) debería ayudarle a clarificar la importancia de abordar el uso de sustancias y sus problemas de forma precoz a través de intervenciones preventivas basadas en la evidencia. Esta información también ayudará a quienes toman decisiones y diseñan políticas a comprender que las intervenciones preventivas múltiples e integrales dirigidas

a las familias, la juventud y los lugares de trabajo para afrontar el uso de sustancias y sus consecuencias son esenciales. Además, esta comprensión refuerza la necesidad de definir la programación de la prevención dentro de un marco evolutivo con intervenciones dirigidas a todas las edades.

EL USO DE SUSTANCIAS

En general, cuando hablamos de una sustancia en este currículum, estamos hablando de una sustancia química que, cuando se administra y se absorbe, altera la estructura o el funcionamiento biológico. Nuestro enfoque son las sustancias psicoactivas, particularmente aquellas que afectan los sentimientos, las percepciones, los procesos de pensamiento, y/o el comportamiento. Las sustancias psicoactivas consiguen estos efectos porque alteran el funcionamiento del sistema nervioso. Quienes estudian cómo afectan las sustancias al comportamiento y los procesos psicológicos se llaman psicofarmacólogos/os. El campo que estudia los efectos de las sustancias en los sistemas vivos es la farmacología.

Las diferentes sustancias tardan distintos períodos de tiempo en metabolizarse y ser eliminadas del cuerpo. La cantidad de tiempo que se tarda para eliminar la mitad de la dosis original de una sustancia del cuerpo se llama la semivida. La semivida de una sustancia afecta a cuánto tiempo duran sus efectos y cuánto tiempo se necesita para eliminarla por completo del cuerpo. Cuando una persona deja de usar una sustancia, puede ser importante saber la semivida de la sustancia para saber cuánto tiempo tardará la persona en eliminar por completo la sustancia del cuerpo.

Otros factores, aparte de la semivida de una sustancia, también afectan cuánto tiempo se tarda en metabolizar una sustancia. La edad de una persona, el sexo, el uso de otras sustancias, el período de tiempo que lleva usando una sustancia con regularidad y la cantidad de sustancia que se usa afectan en cómo el cuerpo absorbe las sustancias psicoactivas; las metaboliza; y las elimina. Si una persona usa una sustancia frecuente e intensamente, puede metabolizarla y eliminarla más rápido. La población infantil y la adulta de mayor edad metabolizan y eliminan las sustancias más despacio que la población joven y de mediana edad. En general, debido a las diferencias en factores como el tamaño corporal, la grasa corporal y la función hepática, las mujeres son más sensibles a los efectos de las drogas que los hombres.

Se han realizado intentos para clasificar las sustancias psicoactivas en función de su farmacología y sus efectos psicofarmacológicos. No existe un único sistema de clasificación universalmente aceptado, pero las drogas se pueden agrupar de la siguiente manera:

- Estimulantes del sistema nervioso central - por ej. las anfetaminas, la cocaína, el modafinilo, la nicotina, la cafeína - aumentan la actividad del sistema nervioso central. Tienden a aumentar la frecuencia cardíaca y la respiración y ofrecen una sensación de euforia excitada y algunos de ellos aumentan los sentimientos de sociabilidad.
- Empatógenos (a veces conocidos como entactógenos) —p.ej. MDMA (éxtasis), mefedrona, 6-APB— tienen efectos estimulantes, pero también producen experiencias de

conexión emocional y empatía con otras personas. Dependiendo de la droga y la dosis tomada, también podrían tener efectos psicodélicos.

- Psicodélicos —p.ej. LSD, DMT, psilocibina, mescalina— causan cambios marcados en el pensamiento, percepciones sensoriales y cambios en los estados de conciencia.
- Disociativos —por ej. ketamina, óxido nítrico, DXM, PCP— causan cambios en las percepciones sensoriales y produce sentimientos de desapego (disociación) del entorno, de las demás personas y de su propia persona.
- Cannabinoides —por ejemplo, *cannabis*— los efectos deseados incluyen un estado de relajación y mejoras en el estado de ánimo, con leves cambios sensoriales.
- Depresores del sistema nervioso central —p.ej. alcohol, benzodiazepinas, gammahidroxibutirato (GHB)— se toman para deprimir o reducir la excitación o estimulación del sistema nervioso, para inducir el sueño, la relajación y reducir la ansiedad. Los depresores del sistema nervioso central, como el alcohol, mejoran el estado de ánimo y la sociabilidad.
- Opioides —por ejemplo, heroína, morfina, tramadol— causan relajación y, a veces, mejoran el estado de ánimo. Se usan clínicamente como analgésicos (para aliviar el dolor) y esto, a veces, también es la base del uso no médico.

Con la creciente gama de nuevas sustancias psicoactivas que se utilizan, las listas nunca estarán completas y quienes trabajan en prevención pueden tener dificultades para mantener actualizado su conocimiento de las diferentes sustancias. Sin embargo, hay una variedad de herramientas disponibles en línea, como la Drugs Wheel⁴ que proporcionan información sobre el abanico de drogas de diferentes clases.

Es importante tener en mente que sólo porque una sustancia sea legal no quiere decir que sea más segura que una sustancia ilegal. La legalidad de una sustancia generalmente se relaciona más con las tradiciones, la cultura o los factores políticos o religiosos que con el hecho de si una sustancia es más dañina que otra. El alcohol y el tabaco son buenos ejemplos de ello. Se ha pronosticado que el consumo de tabaco causará más de 8 millones de muertes mundiales al año para el 2030. Según la OMS⁵, en 2018, aproximadamente 3 millones de muertes, o el 5.3% de todas las muertes mundiales, se atribuyeron al consumo de alcohol.

El modo de consumir una sustancia es la vía de administración. Las sustancias psicoactivas pueden entrar en el cuerpo a través de diferentes rutas de administración, incluyendo (pero no limitado a) tragar; esnifar (inhalar a través de la nariz, también llamado insuflar); fumar; inhalar humos o vapor; la inyección intramuscular (inyectar en un músculo); la inyección subcutánea (inyectar la sustancia justo debajo de la piel); la inyección intravenosa (inyectar

4. <http://www.thedrugswheel.com/>

5. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

la sustancia en una vena); el uso tópico (aplicando la sustancia a la capa superior de la piel); y por vía sublingual (disolver la sustancia debajo de la lengua y absorberla a través del tejido bucal). La vía de administración importa porque afecta a la rapidez con la que una sustancia llega al cerebro; cuanto más rápido llega la sustancia al cerebro, mayor y más potente es su efecto. La administración intravenosa es más rápida que la inhalación o que fumar, que a su vez son más rápidos que la administración oral.

La velocidad de transición del primer uso de sustancias a problemas como los trastornos por uso de sustancias (analizados en la siguiente sección de este capítulo) es compleja y está determinada por factores como la edad de inicio, la sustancia utilizada y las experiencias de consumo, la participación en entornos e intervenciones preventivas, y la influencia de los factores de riesgo y de protección, como los que se analizan más adelante en este capítulo. Las investigaciones en prevención han descrito esta transición de diferentes maneras a través del desarrollo de modelos de transición de uso de sustancias. Si bien ningún modelo único es aplicable a todas las personas usuarias, sí nos ayudan a pensar cómo podría progresar el uso de sustancias de un uso poco frecuente y experimental, a un uso más regular y problemático. El modelo desarrollado por Piazza y Deroche-Gamonet (2013) se presenta aquí como un ejemplo general. Este modelo es aplicable a muchos patrones comportamentales del uso de sustancias, aunque se enfoca en los intereses sociales y recreativos en torno al uso de sustancias. Para otras personas, las razones iniciales para el uso de sustancias pueden no ser recreativas; algunas personas pueden, por ejemplo,

auto medicarse por un trastorno psiquiátrico o físico no tratado, o usar sustancias sin seguir la prescripción médica. Piazza y Deroche-Gamonet describen cómo la transición hacia el uso problemático de sustancias puede ocurrir en tres fases. Las tres fases son consecutivas, pero independientes —entrar en una fase es necesario, pero no suficiente para avanzar hacia la siguiente fase, ya que serán necesarias vulnerabilidades individuales específicas.

1. En el uso recreativo y esporádico, el uso es moderado y esporádico, y es todavía una, entre muchas, de las actividades recreativas de la persona.
2. En el uso intensificado, sostenido y escalado, el uso de sustancias se intensifica, se vuelve más sostenido y frecuente, y se convierte en la principal actividad recreativa de la persona. Aunque el funcionamiento social y personal comienzan a disminuir, el comportamiento todavía está en gran parte organizado, y la persona puede cumplir la mayoría de sus roles y responsabilidades.
3. La pérdida del control del uso de drogas y el desarrollo de un trastorno significa que las actividades relacionadas con la sustancia son ahora el foco principal de la persona.

LOS TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

La mayoría de las personas que usan sustancias psicoactivas, lo hacen sin sufrir graves daños relacionados con el uso. Sin embargo, algunas personas usuarias experimentan problemas relacionados con el uso que perjudican significativamente su salud,

su funcionamiento social y su bienestar. Estos se denominan trastornos por uso de sustancias. Esta frase ha reemplazado términos desactualizados como “abuso” o “adicción”, que eran difíciles de definir y habían caído en desgracia con las cambiantes actitudes sociales⁶. La medición y el diagnóstico de estos trastornos por uso de sustancias han cambiado con el tiempo, pero actualmente se utilizan dos sistemas de clasificación principales. Estos son publicados por la OMS (la Clasificación Internacional de Enfermedades; CIE-11) y la Asociación Americana

de Psiquiatría (el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V). Existen algunas diferencias entre los dos sistemas, pero contienen criterios comunes como el uso de sustancias en grandes cantidades o por mayor tiempo del previsto, la priorización del uso de sustancias sobre otras actividades y roles sociales, y el consumo continuo a pesar de la evidencia de que está causando daño en la persona (por ejemplo, daños físicos y psicológicos). La Tabla 1 muestra los tipos de criterios incluidos en los dos sistemas de clasificación.

TABLA 1 | Comparación de los criterios del CIE-11 y el DSM-V para trastornos del uso de sustancias

	CIE-11	DSM-V
Sustancias utilizadas en grandes cantidades o por más tiempo de lo previsto	✓	✓
Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de reducir el uso de sustancias		✓
Ansia o fuerte deseo de usar sustancias		✓
Gran cantidad de tiempo dedicado al uso y a la recuperación por el uso de sustancias	✓	✓
Tolerancia a los efectos de la sustancia	✓	✓
Síntomas de abstinencia		✓
Actividades sociales, laborales y otras, afectadas por el uso de sustancias		✓
Uso continuo a pesar de los problemas sociales recurrentes causados por el uso de sustancias		✓
Uso continuo a pesar de los problemas físicos o psicológicos relacionados con el uso		✓
Uso continuado de sustancias que conduce al incumplimiento de las principales obligaciones de esa persona	✓	✓
Uso de sustancias recurrente a pesar de los problemas legales	✓	
Uso de sustancias recurrente en situaciones peligrosas	✓	✓
Daño familiar por el uso de sustancias de la persona	✓	

6. Reconocemos y respetamos que algunas personas valoran el término “adicción” cuando se auto etiquetan, pero desaconsejamos su utilización por parte de los equipos de profesionales en prevención.

Como se muestra en la Tabla 1, el DSM-V incluye un total de 11 criterios, de los cuales una persona debe cumplir al menos dos para ser clasificada como que tiene un trastorno leve por uso de sustancias; cumplir con criterios adicionales significa que el trastorno de uso se clasifica como moderado o grave.

El CIE-11 se refiere a trastornos por uso de sustancias, pero distingue entre el uso de sustancias nocivo (un patrón de uso de sustancias que causa daños en la salud física o mental, incluyendo a miembros de la familia) y la dependencia, que comprende cuatro criterios principales (ansia, dificultades para controlar el uso, uso persistente a pesar de las consecuencias adversas, tolerancia y abstinencia). Las personas deben cumplir al menos dos criterios para una clasificación de dependencia. Para cumplir con los criterios de consumo perjudicial, se debe disponer de al menos un elemento de daño y no se deben haber cumplido los criterios de dependencia.

Las intervenciones preventivas son importantes para reducir las posibilidades de que ocurra un avance hacia el uso problemático de sustancias. Si bien estos dos sistemas de clasificación son herramientas clínicas útiles, es importante recordar que las personas aún pueden experimentar problemas relacionados con el uso de sustancias sin cumplir estos umbrales clínicos. La mayoría de los grupos a los que se dirige la prevención no están en riesgo inmediato de trastornos por uso de sustancias, pero sí están en riesgo por otros daños, como los daños a la salud y psicológicos, problemas con la policía, el abandono escolar o el comportamiento de riesgo asociado con el uso de sustancias (p.ej., conducta sexual de riesgo, subirse a un automóvil con una persona que conduce

intoxicada). Estos riesgos pueden ser igual de serios e importantes y pueden ser experimentados por cualquiera que use sustancias.

PROBLEMAS DE SALUD DEBIDO AL USO DE SUSTANCIAS

Según el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los “trastornos por el uso de alcohol” contribuyen a alrededor del 10% de los años de vida saludable perdidos cada año debido a enfermedades y riesgos, tanto en jóvenes como población adulta (Degenhardt *et al.*, 2013).

Estos trastornos comprenden aquellas afecciones directamente relacionadas con el uso de alcohol (ver “Los trastornos por el uso de sustancias” arriba), así como los trastornos que se han relacionado con el uso de alcohol, como el síndrome alcohólico fetal.

Sin embargo, décadas de investigación han demostrado que existen otras enfermedades y lesiones que tienen un vínculo causal con el consumo de alcohol, tanto para quien lo usa como para otras personas. Estos incluyen trastornos neuropsiquiátricos; enfermedades gastrointestinales; cánceres; uso excesivo de alcohol; trastornos asociados al suicidio y la violencia; lesiones involuntarias como los accidentes de tráfico, caídas, ahogamientos, y envenenamiento; enfermedades cardiovasculares; síndrome alcohólico fetal, parto prematuro y diabetes mellitus. El consumo regular de alcohol ha sido fuertemente asociado con siete tipos diferentes de cáncer y se ha estimado que, en 2016, el 6.2% de todas las muertes por cáncer en Europa era atribuible al uso de alcohol (OMS, 2018).

La relación entre el consumo de tabaco y los problemas de salud está bien documentada. El tabaco mata a la mitad de las personas usuarias, más de siete millones de personas cada año, y se estima que, para 2030, 8 millones de muertes anuales estarán causadas por el consumo de tabaco a nivel mundial⁷. El consumo de tabaco está implicado en enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, dificultad para concebir y el parto prematuro, bajo peso al nacer, y baja densidad ósea. No sólo las personas que fuman tienen mayor riesgo de problemas de salud, sino que también hay estudios que han hallado que aquellas que están expuestas al humo de segunda mano por el consumo de productos del tabaco, experimentan graves problemas de salud, particularmente miembros de la familia y colegas de las personas fumadoras.

El uso de sustancias psicoactivas es un reconocido factor contribuyente a la morbilidad mundial. Las estimaciones de la OMS sugieren que, a nivel mundial, los trastornos por uso de sustancias son la sexta causa de años de vida saludables perdidos en personas menores de 25 años. Los problemas de salud agudos y crónicos están asociados con el uso de sustancias, y éstos están compuestos por varios factores, incluyendo las propiedades de las sustancias, la vía de administración, la vulnerabilidad individual y el contexto social en el que se usan las sustancias. Los problemas crónicos abarcan la dependencia y las enfermedades infecciosas relacionadas con las sustancias, y hay toda una gama de daños agudos, siendo la sobredosis el más documentado de éstos.

Aunque relativamente raro, el uso de opioides aún representa gran parte de la morbilidad y mortalidad asociadas con el uso de sustancias. Los riesgos se elevan mediante la inyección de sustancias. En comparación, aunque los problemas de salud asociados con el uso de cannabis son claramente menores, la alta prevalencia del uso de esta sustancia puede acarrear implicaciones para la salud pública. La variación en el contenido y la pureza de las sustancias, que tienen a su disposición quienes consumen, aumentan los daños potenciales y crean un entorno difícil para las respuestas relacionadas con las sustancias (EMCDDA, 2017b).

El uso de sustancias también supone una carga para la sociedad. Si no se abordan la salud, la seguridad y el bienestar de la juventud, los resultados adversos del uso de sustancias pueden llevar a una menor productividad del personal y son costosos para los servicios de salud, sociales y judiciales. En muchos casos, los costes económicos para proveer estos servicios son mayores para la sociedad que los costes de ejecutar programas de prevención y tratamiento efectivos.

EL MODELO ETIOLÓGICO

Etiología es un término médico que describe las causas u orígenes de las enfermedades u otros trastornos y los factores que los producen o predisponen a las personas. La etiología es importante para la prevención ya que ayuda a identificar aquellos factores o mecanismos asociados con el inicio de una afección

7. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

en la salud o un problema social, como problemas por el uso de sustancias. Los programas de prevención pueden, por lo tanto, elegirse o diseñarse para abordar esos factores.

El concepto de factores de riesgo y de protección en relación con el uso de sustancias se ha acogido de forma universal y, en las dos últimas décadas, ha influido en el campo de las intervenciones preventivas. Los factores de protección, o aquellos que reducen la vulnerabilidad de las personas, son características que compensan o amortiguan el impacto de los factores de riesgo existentes.

En general, los factores de riesgo se definen como medidas del comportamiento o funcionamiento psicosocial (incluidas las actitudes, las creencias, y la personalidad) que se encuentran asociadas con un mayor riesgo de usar sustancias. Éstos incluyen:

- Factores contextuales —por ejemplo, las leyes y normas favorables a los comportamientos de uso de sustancias, incluyendo aquellos relacionados con la disponibilidad y el mercado, la carencia económica y la desorganización vecinal.
- Factores individuales e interpersonales —por ejemplo, la predisposición genética y otras medidas fisiológicas, un historial familiar de uso de sustancias y las actitudes hacia el uso de sustancias, una gestión familiar pobre/inconsistente, la conflictividad familiar y la baja vinculación afectiva familiar (Hawkins *et al.*, 1992).

Mientras los factores contextuales (como por ejemplo las leyes y normas, la disponibilidad, los grupos de iguales) juegan un papel significativo en la iniciación

en el uso de sustancias, se ha identificado que los factores individuales e interpersonales, en particular los factores fisiológicos, neurológicos y genéticos, tienen una influencia importante en el avance hacia patrones regulares del uso de sustancias, un uso de sustancias dañino y los trastornos del uso de sustancias (Glantz y Pickens, 1992).

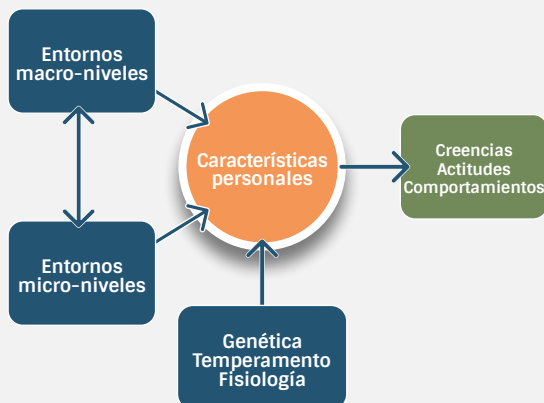
No obstante, investigaciones más recientes han llegado a considerar los factores de riesgo y de protección como indicadores de otros mecanismos del desarrollo que podrían aumentar la vulnerabilidad individual frente al uso de sustancias, y es la interrelación de la vulnerabilidad individual con los entornos a nivel micro (p.ej., interacciones personales o sociales) y macro (factores comunitarios, institucionales y sociales) que o bien pone en riesgo o bien protege a una persona de adoptar comportamientos de riesgo como el uso de sustancias.

El uso de sustancias suele empezar en la infancia tardía y en la adolescencia. Es un proceso que engloba distintos caminos y no tiene una única causa, sino que mayoritariamente viene motivado por decisiones influenciadas por factores internos biológicos, y factores externos ambientales y sociales. La teoría del desarrollo es un marco importante para comprender estos procesos. Cada etapa del desarrollo, desde la infancia hasta la adultez, está asociada con el crecimiento de la habilidad intelectual, habilidades lingüísticas y el funcionamiento cognitivo, emocional y psicológico, y la continua adquisición de competencias sociales y del control del impulso personal (ver Anexo 2). Cualquier interrupción importante de este crecimiento puede llevar al desarrollo de trastornos, como problemas por el uso de sustancias, mediante

la interacción con otras circunstancias o factores ambientales.

Los estudios sobre los orígenes de los comportamientos de riesgo, como el uso de sustancias, muestran que el inicio del consumo conlleva una interacción entre las características personales individuales, como la predisposición genética, el temperamento y el tipo de personalidad, así como diferencias en cómo realmente ve, oye y “siente” el entorno que le rodea o a las personas y las experiencias fuera de cada persona. El modelo etiológico (Figura 4) muestra estas interacciones, que son bidireccionales, tanto a nivel micro como macro. Este modelo formará la base de las discusiones sobre las causas del uso de sustancias en cada uno de los capítulos.

FIGURA 4 | El modelo etiológico



Fuente: basado en UNODC, 2013

A medida que las niñas y los niños se van desarrollando, sus entornos se expanden desde la participación a nivel micro, como la familia, sus iguales y la escuela, hacia los entornos a nivel macro, incluyendo tanto el entorno físico como el social (es decir, el barrio y la sociedad, y la condición física, las actitudes, las creencias y los comportamientos de sus residentes).

A lo largo del ciclo vital se experimentan importantes acontecimientos desde el nacimiento, como el inicio en la escuela, lidiar con la pubertad, las elecciones profesionales, la formación de una pareja sentimental y ser madres o padres. En cada etapa, reciben guía e influencia de parte de sus familias, escuela, vínculos religiosos, asociaciones deportivas, organizaciones juveniles, y sus iguales, que forman sus entornos a nivel micro; y la sociedad en la que viven, que conforma su entorno a nivel macro. Cuando no se alcanzan objetivos del desarrollo importantes, existe mayor vulnerabilidad en la niñez respecto a quedar atrás en los posteriores objetivos del desarrollo y es más probable que se involucren en comportamientos inseguros e insanos. La consecución de estas metas del desarrollo está influenciada por las interacciones de las personas con sus entornos micro y macro a medida que crecen y, por tanto, las intervenciones preventivas se centran en abordar las vulnerabilidades dentro de estos entornos.

La socialización de la infancia es una de las funciones más importantes de la familia, la escuela y el entorno; y los agentes de socialización, como el profesorado o padres, madres/abuelas/os, juegan un importante papel. En la niñez es necesario aprender las actitudes, los principios morales, y los comportamientos

que son aceptables en la propia cultura para convertirse en personas adultas con aversión al riesgo.

Estos factores ambientales a nivel micro y macro pueden servir o bien para proteger a las personas del riesgo o bien para aumentar el riesgo en las personas vulnerables. Esta relación funciona en ambos sentidos. Por ejemplo, un niño desarrolla un temperamento difícil poco después de nacer y tiene dificultad para adaptarse al mundo de su alrededor. Puede que el niño sea considerado como mimado y exija atención. Si su padre y madre tienen dificultades para lidiar con este niño, existe la posibilidad de que el niño tenga problemas manejándose en entornos nuevos a medida que crezca, como en la escuela, con sus iguales y en el lugar de trabajo. Sin embargo, si su madre y padre desarrollan habilidades para criarlo de manera apropiada y ofreciendo apoyo, entonces se ve reforzado su potencial para una adaptación más fácil en los diferentes entornos.

Lo mismo sucede para el impacto de la interacción entre el entorno a nivel macro y la persona. Tomemos el caso de una niña que está muy unida a su madre y a su padre, pero que vive en un barrio pobre con muchas casas abandonadas. La tasa de desempleo es alta, hay una alta densidad de tiendas vendiendo alcohol y tabaco y, durante el día, hombres y mujeres jóvenes pasan el tiempo en la calle, a veces consumiendo sustancias. La niña debe pasar por delante de estos grupos de jóvenes de camino a la escuela. A pesar de que su madre y padre le dan cariño y le apoyan, puede que, con el tiempo, la niña acabe uniéndose al grupo y esté expuesta a ocasiones para el uso de sustancias.

Otra interacción que puede afectar a las personas vulnerables es el impacto que puede tener el entorno a nivel macro sobre el entorno a nivel micro. Los estudios han sugerido que esto puede llevar tanto al aumento como a la disminución en el uso de sustancias por parte de poblaciones y personas de forma individual. Las investigaciones que se han llevado a cabo en Europa sugiere que después de la crisis económica de 2008, por cada 1% de aumento en las tasas de desempleo regional, hubo un aumento del 0,7% en el uso de cannabis en la juventud (Ayllón y Ferreira-Batista, 2018). A nivel individual, las personas pueden tener menos ingresos disponibles, como salarios o dinero de bolsillo para gastar en sustancias, pero cuando las tasas de desempleo aumentan debido a una crisis económica, la gente puede recurrir a la automedicación debido a la mayor probabilidad de estar en paro o la falta de oportunidades en el mercado laboral. Esto comporta un aumento en el uso de sustancias. Si los empleos son escasos y los salarios son más bajos, pasar el tiempo consumiendo sustancias en lugar de trabajar o buscar trabajo tiene un impacto negativo de exclusión social menor que si hubiera muchos empleos disponibles y los salarios fueran más altos. Además, a veces madres y padres de forma conjunta o individual, tienen que trabajar lejos o en el extranjero y no están disponibles regularmente para sus hijas/hijos. Si no están bajo la supervisión de una persona adulta, responsable y atenta, estas niñas y niños pueden encontrar consuelo en grupos que usan sustancias.

Ningún factor es suficiente por sí solo para provocar el uso de sustancias o el desarrollo de patrones de uso arriesgados. Es probable que una combinación

crítica del número y el tipo de influencias y experiencias sean las que da lugar a que una persona cruce algún umbral de responsabilidad, para iniciar el uso de sustancias y para progresar hasta el trastorno por el uso de sustancias. El umbral puede alcanzarse mediante cualquier número de combinaciones de estos factores, que pueden ser únicas para cada persona.

El proceso de socialización es utilizado en la prevención basada en la evidencia. Tipos específicos de intervenciones preventivas se dirigen a las personas directamente o a través de sus entornos. Esto significa que las intervenciones trabajan directamente para cambiar las creencias, actitudes y comportamientos individuales (p.ej. intervenciones escolares que enseñan habilidades para resistirse a la presión grupal), ayudan a quienes son agentes de socialización a mejorar sus habilidades (p.ej. la mejora de las habilidades parentales o las habilidades de enseñanza); o modifican el contexto individual para hacer que resulte más difícil implicarse en comportamientos de riesgo (p.ej. solicitar acreditación de la edad para evitar que una persona menor tenga acceso al alcohol). El proceso de socialización se convierte en la influencia positiva que compensa las exposiciones negativas y sirve como la principal fuerza en la prevención basada en la evidencia. La investigación científica ha demostrado que se puede lograr ayudar a la juventud a tomar las decisiones adecuadas para su salud y bienestar en relación al uso de sustancias, y ello constituye la meta de la prevención.

Las intervenciones preventivas también están diseñadas para ayudar a quienes trabajan en prevención a ser agentes de socialización de manera autónoma,

involucrándose directamente con los grupos objetivo en el proceso de socialización o formando a las y los agentes de socialización clave, como padres/madres y profesorado para mejorar sus habilidades de socialización (p.ej. habilidades parentales, gestión del aula).

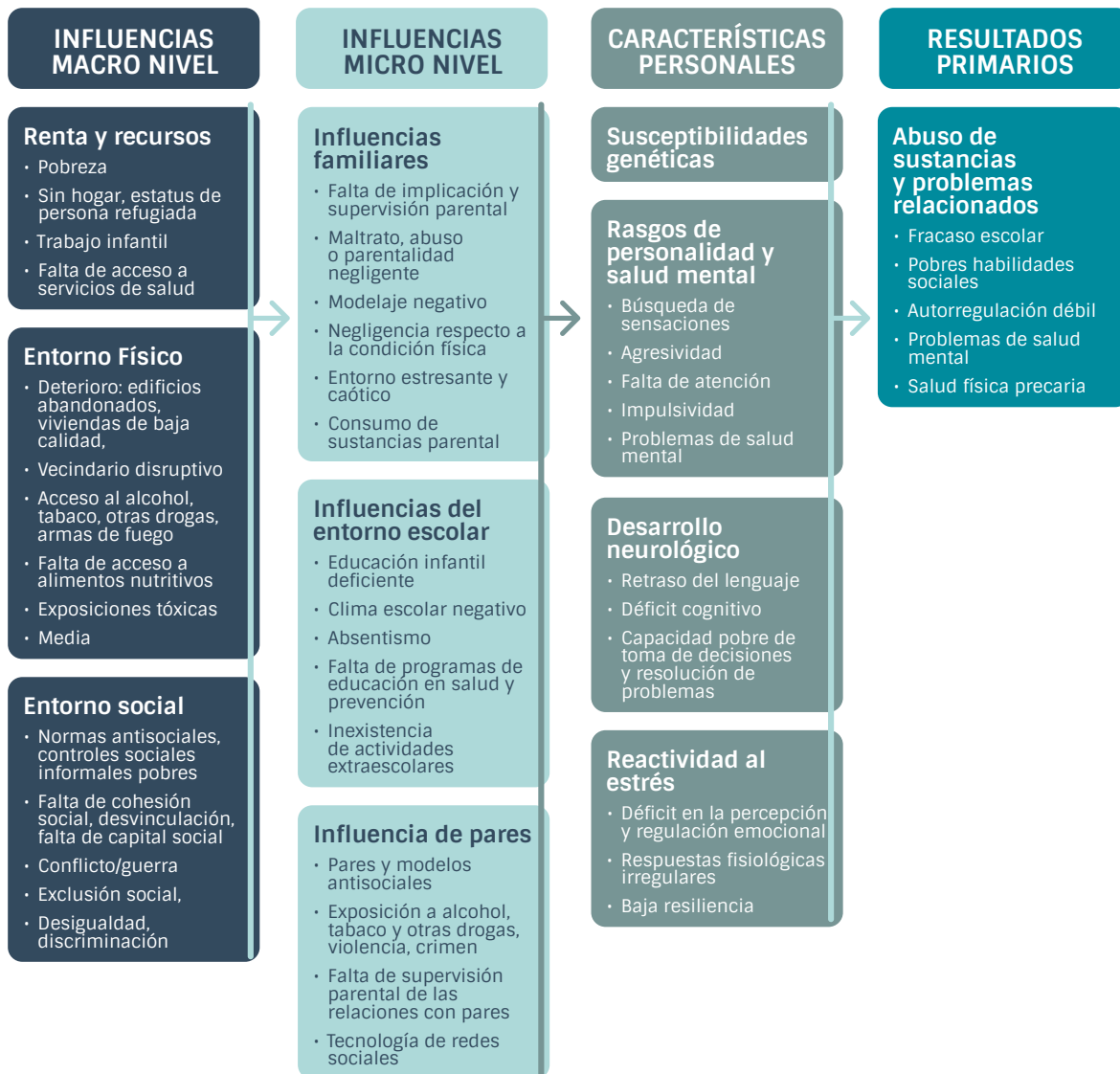
MARCO MULTINIVEL DEL DESARROLLO

Este marco multinivel del desarrollo muestra cómo la vulnerabilidad al riesgo de una persona o los riesgos a los que está expuesta, puede ser fruto de la interacción entre las características personales y las ambientales. Más específicamente, define los factores de riesgo que son fundamentales para el marco.

Anteriormente en este capítulo, hemos hablado de la vulnerabilidad de la juventud respecto a las fuertes influencias negativas. Estas influencias negativas son factores de riesgo, concretamente las características individuales (psicológicas), ambientales o sociales que aumentan la probabilidad de resultados negativos. Los factores de riesgo, incluyendo el uso de sustancias, pueden variar entre los grupos de edad, según su naturaleza e influencia. Los factores de riesgo pueden tener efectos acumulativos, pero también están afectados por influencias macro y micro-nivel, características personales, y los entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios.

Las intervenciones de prevención efectivas abordan los factores de riesgo antes de la aparición del comportamiento de riesgo. La figura 5 aporta ejemplos de los factores de riesgo que se originan en cada uno de estos entornos y que se pueden abordar mediante intervenciones preventivas.

FIGURA 5 | Factores de riesgo que se pueden abordar con las intervenciones preventivas



Fuente: basado en UNODC, 2013

Los factores de protección, o aquellos que reducen la vulnerabilidad de las personas, son las características que compensan o amortiguan el impacto de los factores de riesgo existentes. En otras palabras, los factores de protección reducen la vulnerabilidad de la juventud. A continuación, presentamos algunos ejemplos de factores de protección que se originan en cada nivel:

- Para las personas de forma individual, tener un temperamento equilibrado y la autorregulación.
- Para las familias, lazos afectivos con las personas responsables de los cuidados.
- Para las escuelas, habilidades prosociales, implicación en el desarrollo (p.Ej. Toma de decisiones y resolución de problemas) y la educación.
- Para las comunidades, calidad de la educación y otros factores relacionados con la escuela y normas comunitarias positivas.

Las intervenciones basadas en la evidencia implementadas en una etapa del desarrollo pueden incidir en posteriores etapas del desarrollo de manera que pueden comportar efectos aún más duraderos. Este “efecto cascada” ayuda a traer resultados positivos en la posterior edad adulta. En otras palabras, un resultado positivo puede entrar en cascada en otras áreas de la vida y ganar impulso para dar protección adicional frente a futuros factores de riesgo. Por ejemplo, los efectos de una de las intervenciones basadas en la evidencia en el documento de Estándares de la UNODC, el Good Behaviour Game, reveló que la intervención no sólo daba como resultado una reducción en el uso de sustancias, sino también se relacionó con una reducción a largo plazo de problemas de salud mental a lo largo de la vida.

Las intervenciones basadas en la evidencia dirigidas a la prevención del uso de sustancias en jóvenes han demostrado que no sólo disminuyen la probabilidad del uso de sustancias en la vida futura, sino también tienen efectos positivos en resultados que no son objetivo de la intervención. La investigación sobre el Programa Familias Fuertes para familias y jóvenes de 10-14 años, por ejemplo, también demostró (en implementaciones en los EE.UU.) evidencias de resultados no buscados que incluían reducción de la delincuencia, la depresión, la ansiedad y los comportamientos sexuales de riesgo, además de mejores resultados académicos. Unos “efectos de transferencia”, como por ejemplo el rendimiento académico y la disminución de problemas del comportamiento, sirven para acentuar los beneficios para la comunidad en términos económicos y de salud pública.

En resumen, los estudios epidemiológicos y etiológicos ayudan a las personas profesionales en prevención a considerar y decidir:

- Dónde dirigir las intervenciones preventivas, que incluso se podrían requerir para una zona geográfica específica.
- Qué sustancias tener como objetivo —para algunas poblaciones los productos de alcohol y tabaco pueden ser mas problemáticos que el cannabis.
- A quién deben dirigirse las intervenciones y qué grupos parecen estar más en riesgo o ser más susceptibles, como las hijas o hijos de las personas que consumen sustancias.

- A qué edad dirigir las intervenciones —si la edad de inicio son los 14 años, las intervenciones deberían comenzar antes, digamos a los 12 años.
- Cuáles deberían ser los mediadores de la intervención preventiva —cuáles son los objetivos y mensajes que deben ser de interés, por ejemplo, abordar las actitudes hacia el uso, las creencias normativas en cuanto a la prevalencia del uso, y las percepciones de los riesgos asociados con el uso (ver capítulo 3).

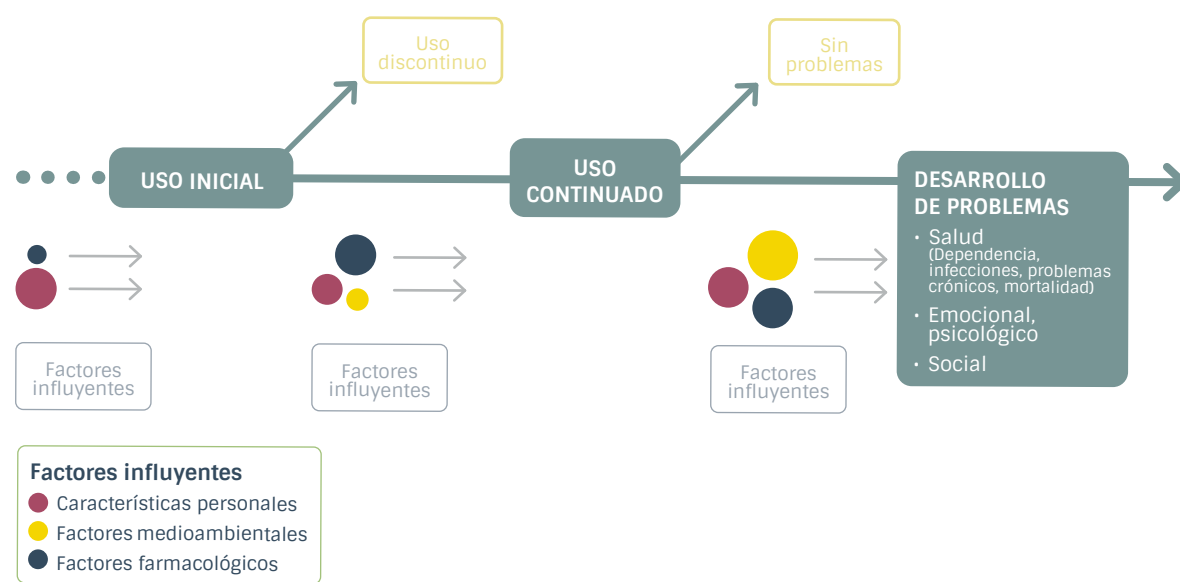
LA NECESIDAD DE SERVICIOS INTEGRALES E INTERDISCIPLINARES A TRAVÉS DE LAS FASES DEL DESARROLLO

Para el equipo de profesionales de la prevención, es importante comprender que el uso de sustancias puede empezar como un comportamiento relativamente de bajo riesgo, pero que el uso continuado puede llevar a aumentar la cantidad y la frecuencia, además de aumentar la probabilidad de experimentar daños asociados. A veces, como se ha comentado anteriormente, el uso de sustancias puede dominar la vida de las personas usuarias, provocando que desatiendan otras actividades sociales y responsabilidades, y con la posterior posibilidad de que emerjan problemas sociales y de salud. La referencia a los factores de riesgo y de protección dentro del modelo de etiología (1) nos permite comprender mejor los caminos que las personas podrían tomar para desarrollar problemas relacionados con las sustancias (Figura 6), y (2) ayudar al desarrollo y la selección de intervenciones adecuadas de prevención (de tratamiento y reducción de daños).

Como se muestra en la Figura 6, los factores ambientales (macro y micro) y, en menor medida, las características personales, son importantes determinantes del inicio o no del uso de sustancias. Estos incluyen los factores que pueden preceder inmediatamente a un episodio de uso de sustancias, como la disponibilidad o la oferta para consumir drogas, y pueden incluir la vulnerabilidad temprana y los factores de riesgo y protección que afectan al desarrollo saludable y aumentan las probabilidades de que ocurra el uso de sustancias.

Como sugieren las encuestas de prevalencia, la mayoría de las personas que inician el uso de sustancias no continúan y la exposición se limitará a una pequeña cantidad de episodios poco frecuentes de uso de sustancias. Lo que diferencia a estas personas de las que continúan consumiendo incluye una variedad de factores adicionales, incluida la respuesta psicofarmacológica al uso de sustancias (por ejemplo, la experiencia subjetiva que produce la droga), si es o no gratificante y placentera, si cumple o no una función particular para quien la usa (por ejemplo, le ayuda a socializar o se automedica una necesidad fisiológica o psicológica percibida). Las personas que continúan usando sustancias pueden no necesariamente sufrir daños y la mayoría deja de usarlas incluso después de períodos de uso prolongados. Sin embargo, algunas personas que continúan usando sustancias experimentan problemas relacionados con la salud, el bienestar emocional y psicológico y el funcionamiento social (incluida la relación con el sistema de justicia penal). Las acciones de prevención selectivas e indicadas, así como las de reducción de daños y las intervenciones de

FIGURA 6 | Trayectorias del uso de sustancias



tratamiento, son particularmente importantes cuando se trata de prevenir la transición hacia patrones de consumo más dañinos y reducir los daños resultantes.

Las trayectorias y transiciones entre los diferentes tipos de comportamiento del uso de sustancias a veces se conocen como la "historia natural" del uso de sustancias y los trastornos por el uso. Los factores de riesgo y de protección, y los daños potenciales, difieren en diferentes puntos de la trayectoria.

Los factores que determinaron la iniciación podrían ser diferentes a los que determinan el uso continuado, y, en consecuencia, los daños relacionados con el

uso también serán diferentes. También es importante recordar que las personas que actualmente no usan sustancias no son un sólo grupo, ya que pueden incluir a aquellas que han experimentado con el uso o han tenido un uso problemático en el pasado.

Por lo tanto, existe la necesidad de una amplia gama de servicios sociales, emocionales, físicos y profesionales integrales para atender las necesidades de las personas que usan sustancias, sin importar dónde se encuentren en su itinerario de uso de sustancias (Figura 7). En general, el espectro de la programación en prevención se dirige a tres grupos:

- Las intervenciones o políticas **universales** se dirigen a quienes forman parte del grupo destinatario, independientemente de su riesgo subyacente del uso de sustancias o de su historia de uso. Sin embargo, la mayoría es probable que no sean personas consumidoras. Representados en esta categoría de intervenciones encontramos la mayoría de los currículos escolares y las políticas escolares y ambientales, que se revisarán a continuación.
- Las intervenciones **selectivas** se dirigen a grupos vulnerables donde se suele concentrar el uso de sustancias, y se centran en mejorar sus posibilidades en unas condiciones de vida y sociales difíciles. Esta categoría también incluye las intervenciones escolares y familiares, así como las políticas orientadas a mantener a la población infantil escolarizada.
- Las intervenciones **indicadas** se dirigen a personas de forma individual, ayudándoles a lidiar y manejar sus particulares rasgos de personalidad y los factores de riesgo que les hacen más vulnerables a la intensificación del uso de sustancias.

Mientras que las intervenciones universales generalmente (aunque no exclusivamente) están dirigidas a grupos destinatarios antes del inicio del uso de sustancias, la prevención indicada y selectiva son adecuadas para la implementación en todos los puntos de la transición.

Las intervenciones breves (o intervenciones tempranas) están vinculadas a la prevención indicada y no se implementan extensamente en la práctica preventiva en Europa, aunque son más comunes en

relación al uso de alcohol. Las intervenciones breves pretenden prevenir o retrasar el uso de sustancias y prevenir la escalada hacia problemas con el uso de sustancias. Estas intervenciones están limitadas en el tiempo y operan, como se ve en la figura 7, en el área de transición entre la prevención y el tratamiento. Habitualmente se dirigen a personas jóvenes o personas en riesgo (EMCDDA, 2017b).

FIGURA 7 | La diversidad en las respuestas en los problemas del uso de sustancias



Fuente: adaptado de Mrazek y Haggerty, 1994



CAPÍTULO 2

**LOS FUNDAMENTOS DE LA CIENCIA
DE LA PREVENCIÓN Y LAS INTERVENCIONES
PREVENTIVAS BASADAS EN LA EVIDENCIA**

Este capítulo presenta los conceptos de la “práctica basada en la evidencia” y las “buenas prácticas”, ya que implican importantes diferencias en cómo abordar el trabajo de la prevención. También aporta una visión global de las teorías más importantes, subrayando las teorías populares y presentando la rueda de cambio del comportamiento, que es una manera de clasificar los tipos de intervención preventiva y la función de las políticas. Al final, se presenta el concepto de adaptación de las intervenciones y la importancia de la fidelidad de la implementación.

DEFINICIONES Y PRINCIPIOS

La prevención del uso de sustancias busca evitar que la gente comience a usar sustancias y puede ayudar a evitar el desarrollo de problemas a quienes hayan comenzado a usarlas. Sin embargo, la prevención del uso de sustancias tiene una intención más amplia: mantener a las personas sanas y salvas, y ayudarlas a que puedan desarrollar sus talentos y su potencial. El diseño y la implementación de respuestas efectivas basadas en evidencia en los problemas de uso de sustancias es un foco central de las políticas europeas sobre el uso de sustancias e implica una serie de medidas.

Entonces, ¿qué significa la prevención “basada en la evidencia”? Según la definición del Evidence-Based Practice Institute [Instituto de Prácticas Basadas en la Evidencia] de la Universidad de Washington (2012): “La Práctica Basada en la Evidencia es la utilización de procesos sistemáticos de toma de decisiones o la provisión de servicios que han demostrado, a través de la evidencia científica disponible, que mejoran

de manera consistente los resultados medibles de la población diana. En lugar de una tradición, la reacción visceral, u observaciones individuales como base para la toma de decisiones, la práctica basada en la evidencia se fundamenta en los datos recogidos mediante la investigación experimental y tiene en cuenta las características individuales de la población diana y su experiencia clínica.”

Existen dos aspectos clave en esta definición: la toma de decisiones sistemática utilizando la evidencia científica que se asocia con resultados mejores o positivos, y la confianza en los datos recogidos mediante una rigurosa investigación experimental. Este es un tema difícil, pero es necesaria una comprensión general de sus complejidades para comprender por qué el personal experto en el tema a menudo—y bastante legítimamente—discrepan en cuanto a qué programas y prácticas de prevención pueden denominarse “basadas en la evidencia” en lugar de “prometedoras” o “buenas prácticas”.

La definición de “buenas prácticas”, utilizada por el EMCDDA en su web, es “la mejor aplicación de la evidencia disponible para las actividades actuales en el campo de las drogas”. El EMCDDA añade que:

- La evidencia de la efectividad debería ser relevante para los problemas y las cuestiones que experimentan aquellas personas afectadas por el uso de sustancias, incluyendo al equipo de profesionales, a quienes diseñan las políticas, a las personas usuarias de sustancias, y a sus familias.
- Todos los métodos para determinar las mejores prácticas deberían ser “transparentes, fiables y transferibles”.

- Deberían considerarse todas las evidencias apropiadas.
- Tanto la evidencia de la efectividad como la viabilidad de la implementación deberían considerarse en los procesos de toma de decisiones.

Los equipos de investigación y de profesionales de la prevención han acumulado una gran cantidad

de información que ha servido para dar forma al desarrollo y la implementación de intervenciones y políticas de prevención efectivas para diversos comportamientos, incluyendo el uso de sustancias. El EMCDDA ha centralizado muchas de estas intervenciones en su página web (Figura 8), donde se puede encontrar información sobre buenas prácticas

FIGURA 8 | Portal de buenas prácticas del EMCDDA



para los distintos contextos, tipos de sustancias y tratamientos. Está disponible para su consulta (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>).

La *European Society for Prevention Research* (EUSPR) define la ciencia de la prevención como “un empeño multidisciplinario de considerar a la etiología, a la epidemiología, al diseño de la intervención, a la efectividad, y a la implementación para la prevención de una serie de problemas sociales y de salud⁸”. Estos problemas incluyen, pero no se limitan a, problemas por el uso de sustancias, la salud sexual, el embarazo adolescente, VIH/SIDA, violencia, accidentes, suicidio, enfermedad mental, delincuencia, obesidad, alimentación/nutrición, falta de ejercicio, y enfermedad crónica. Una característica común es la importancia del comportamiento como determinante de la mala salud y las desigualdades en salud.

Los factores de riesgo del comportamiento son causas importantes de las enfermedades no transmisibles. La ciencia de la prevención incluye el estudio sistemático de las intervenciones para reducir la incidencia de los comportamientos inadecuados y para promover comportamientos adaptativos en las poblaciones. Esto requiere experiencia en diversos enfoques teóricos y metodológicos con el propósito de llevar a cabo investigaciones sobre el sistema social y socializador de la familia, la salud y la educación, el lugar de trabajo, la comunidad, el bienestar social, la planificación ambiental, el diseño urbano y la política fiscal.

La sociedad científica estadounidense *Society for Prevention Research* (SPR) proporciona detalladas

pautas de orientación en el ámbito preventivo. Estos principios forman la base de EUPC y enfatizan la importancia de los siguientes factores para lograr actividades de prevención exitosas.

- Enfoque centrado en el desarrollo: esto significa que, como profesionales en prevención, necesitamos comprender que los factores que inciden en los comportamientos varían en las distintas edades en el transcurso de la vida. También implica que existen tareas relacionadas con el desarrollo o con la edad que se tienen que efectuar a medida que se va creciendo (ver Anexo 2). Una interrupción en la realización de estas tareas puede llevar a la aparición de trastornos o comportamientos de riesgo en ciertas etapas del desarrollo. Todo esto ha de considerarse cuando repasamos las potenciales intervenciones de prevención que queremos utilizar en nuestras comunidades.
- La epidemiología del desarrollo de la población destinataria juega un papel crucial en la prevención. Reconocemos cómo las transiciones a través de las diferentes edades ponen a la infancia ante diversos riesgos, p.ej. la transición de un niño o niña de pasar la mayor parte de su tiempo en el hogar a pasar la mayor parte del tiempo en la escuela y posteriormente desarrollar su independencia y desenvolverse fuera del hogar familiar. También necesitamos reconocer que existen diferentes factores relacionados con el uso de sustancias dentro y a través de las poblaciones, es decir, los factores

8. <http://www.euspr.org/prevention-science/>

o procesos que llevan a la iniciación en el uso de sustancias y al uso continuado varían entre personas, grupos y poblaciones.

- Los factores ecológicos y transaccionales hacen referencia a las diversas influencias ambientales sobre nuestras creencias, valores, actitudes y comportamientos. Incluyen la interacción entre las características personales, de la familia, la escuela, la comunidad, y los entornos sociopolíticos y físicos más amplios. Estas interacciones no solo inciden en nuestras creencias, actitudes, y comportamiento, sino que también son interdependientes, afectando las unas a las otras.
- Comprender la motivación humana y los procesos de cambio ayuda a poder diseñar intervenciones efectivas que buscan el cambio en las personas y entornos para prevenir o tratar el uso de sustancias. Muchos factores juegan un papel a la hora de influenciar los comportamientos e inciden en la toma de decisiones, incluida la decisión de usar sustancias psicoactivas o implicarse en otros comportamientos de alto riesgo.
- La naturaleza interdisciplinaria de la ciencia de la prevención significa que necesitamos involucrar a equipos multidisciplinarios con una diversidad de conocimientos expertos para hacer frente a la complejidad de las cuestiones abordadas por la ciencia de la prevención.
- Los estándares éticos profesionales se basan en valores. Los valores son las creencias básicas que una persona cree que son ciertas y

también se ven como los principios rectores en la vida o la base sobre la que cada persona toma una decisión. La prevención conlleva decisiones en cuanto al tratamiento de las demás personas en los entornos más importantes de su vida —la familia, la escuela y el lugar de trabajo. Pero, también implica a la sociedad, donde las políticas y las leyes regulan el comportamiento deseado y antisocial/ilegal.

- La retroalimentación continua entre las investigaciones teóricas y empíricas busca explicar los mecanismos que dan cuenta de un resultado comportamental descubierto a través de las investigaciones epidemiológicas o a través de las evaluaciones de las intervenciones preventivas.
- Mejorar la salud pública es una visión que la ciencia de la prevención puede alcanzar mediante el trabajo colaborativo de la ciencia y el personal profesional de la prevención, utilizando sus habilidades colectivas y su experiencia.
- La justicia social está relacionada con el movimiento de los derechos humanos y el cuidado de la salud es un derecho humano. La justicia social es el imperativo ético y moral para comprender por qué ciertos subgrupos de poblaciones soportan una carga desproporcionada de enfermedades, discapacidad, y muerte, y es importante diseñar e implementar programas y sistemas de prevención, y cambios de políticas para abordar el origen causal de las desigualdades.

LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA PREVENCIÓN

Varias importantes teorías han conformado el desarrollo de las intervenciones preventivas basadas en la evidencia y los objetivos de investigación. Cuando el equipo científico y de profesionales de la prevención hablan sobre la teoría se refieren a un conjunto de conceptos interrelacionados que se utilizan para describir, explicar y predecir cómo están relacionados entre sí diversos aspectos del comportamiento humano. En la mayoría de los casos, las teorías surgen de la práctica y de las evidencias de la investigación, y se refinan posteriormente en la investigación continua.

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

- Proporciona una comprensión de los determinantes ambientales y/o del comportamiento relacionados con un problema de salud específico.
- Clarifica cuáles son los mecanismos potenciales para producir el resultado de interés deseado.
- Ayuda a elegir la estrategia o enfoque de intervención que va a lograr estos resultados (Bartholomew y Mullen, 2011).

En el campo de la prevención existen diversas teorías sobre la etiología (las causas del uso de sustancias), el desarrollo humano, y los comportamientos humanos. Las teorías del comportamiento humano que se aplican a las intervenciones de prevención incluyen las que se centran en cómo aprenden las personas, y las que se centran en cómo estas pueden cambiar sus comportamientos, particularmente aquellos

comportamientos que acarrearán resultados de riesgo sociales y de salud, como el uso de sustancias.

La ciencia de la prevención se apoya fuertemente en teorías desarrolladas en otros campos, como por ejemplo la economía del comportamiento, la neuropsicología o las ciencias del comportamiento. La Tabla 2 muestra algunas de las teorías que tienen una influencia importante en la prevención, así como las que son únicas para la ciencia de la prevención.

Es importante conocer estas teorías, incluso someramente, para comprender que el desarrollo de intervenciones efectivas se basa en teoría con base empírica. Una de las teorías comúnmente aplicadas por la ciencia de la prevención es la teoría del comportamiento planificado (TCP; Figura 9). Ésta se incluye aquí como un ejemplo de cómo la teoría puede conformar el contenido y el desarrollo de la intervención. Los factores considerados en la teoría TCP incluyen los siguientes:

- Las actitudes hacia el comportamiento —creencias sobre la asociación de consecuencias positivas o negativas al comportamiento de interés y el valor que se atribuye a estas consecuencias, p.ej. “¿Qué podría suceder si fumara cigarrillos? ¿Cuáles son las consecuencias para la salud? ¿Son reales? ¿Va a afectar en mi vida y en la de aquellas personas que están a mi alrededor?”.
- Las percepciones de las consecuencias del comportamiento y la naturaleza normativa del comportamiento por parte de las personas influyentes, p.ej., “Si empiezo a fumar, ¿Qué diría mi madre y/o padre? ¿Qué dirían mis amistades?”.

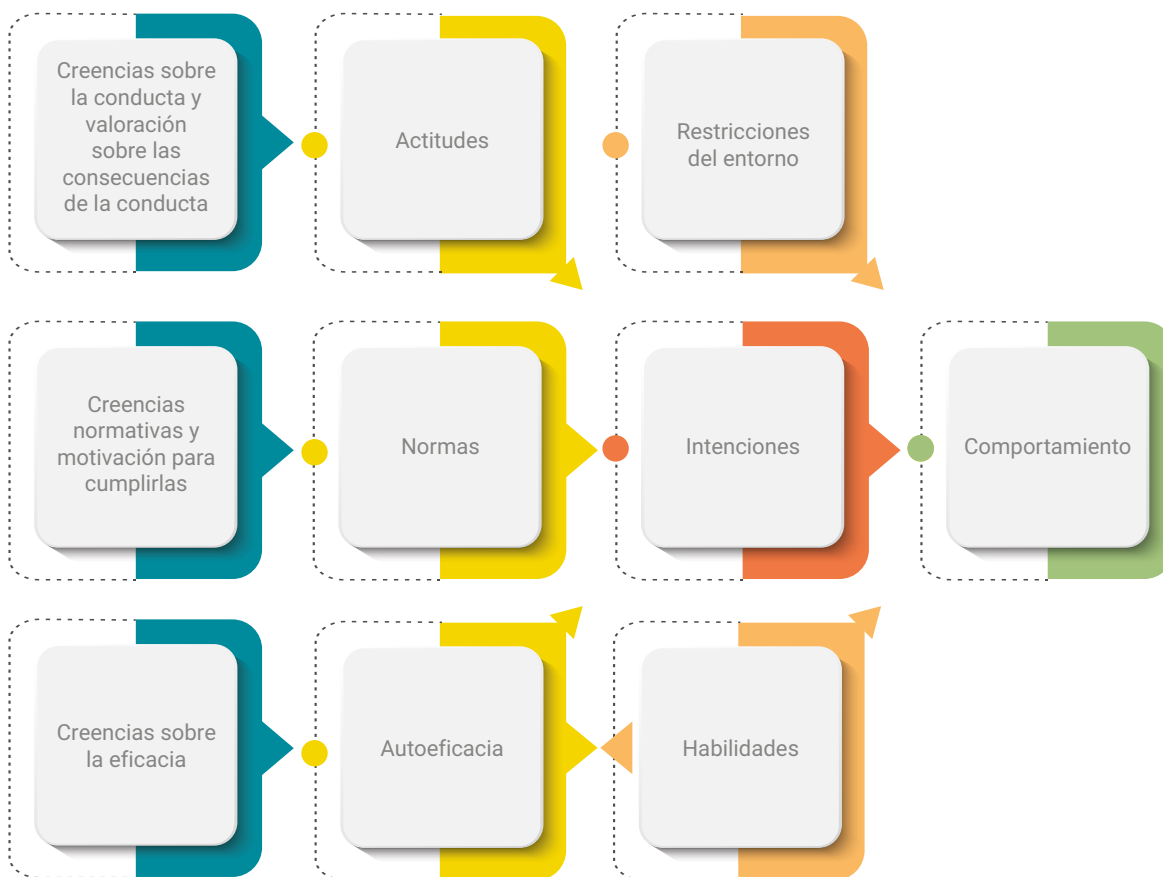
TABLA 2 | Descripción general de algunas teorías importantes de la prevención

TEORÍA	CONTENIDO
TEORÍAS GENERALES	
La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977)	Las personas aprenden el comportamiento a través de la observación e imitación y modelando estos comportamientos
La Teoría de la Conducta Problemática de Jessor y Jessor (1977)	Los múltiples comportamientos de riesgo tienen la misma raíz o base común y éstos están influenciados por la interacción personal con el entorno.
La Ecología del Desarrollo Humano de Bronfenbrenner (1979)	Los sistemas o contextos externos a la persona y cómo inciden en el comportamiento individual
La Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen (1991)	Existe un vínculo entre las actitudes y el comportamiento y tres conjuntos de percepciones/actitudes guían el comportamiento: • Las creencias sobre los resultados o consecuencias del comportamiento • Las creencias sobre las expectativas normativas de terceras personas (o la aceptabilidad social) sobre el comportamiento • Las creencias sobre las barreras y facilitadores para el desempeño del comportamiento
TEORÍAS ESPECÍFICAS DE LA PREVENCIÓN	
La Teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis (2003)	Tres influencias contribuyen al comportamiento de riesgo: • Factores culturales (p.Ej. La tolerancia percibida para el uso adolescente del alcohol) • Factores sociales o interpersonales (p.Ej. Uso de sustancias por parte de madre y/o padre) • Factores intrapersonales (p.ej. pobre control de los impulsos)
Factores de Riesgo y de Protección de Hawkins y colegas (1992)	Los riesgos del uso de sustancias se dividen en factores sociales y culturales que componen las expectativas legales y normativas del comportamiento, y los factores intra e interpersonales (la familia, el aula, y grupos de iguales)
El Desarrollo Positivo Adolescente de Catalano y colegas (1999)	Es importante potenciar y reforzar el desarrollo positivo
La Teoría de la Resiliencia de Werner y Smith (1982)	Algunas personas tienen competencias especiales para adaptarse a situaciones y acontecimientos estresantes
Los Ambientes de Crianza de Biglan y Hinds (2009)	Combina muchos aspectos de las demás teorías y se centra en la reducción del riesgo, y la promoción de la resiliencia y otros atributos positivos

- Las creencias sobre las habilidades que podrían impedir o facilitar el comportamiento y las percepciones de la habilidad propia para controlar el comportamiento, p.ej. “¿Tengo las habilidades para resistirme al consumo de alcohol en la fiesta de mi amiga o amigo?”.

La interacción entre estos componentes conforma la intención de una persona de llevar a cabo un comportamiento, como el uso de sustancias y, por supuesto, informa sobre si la persona tiene o no las habilidades y los recursos para facilitar el comportamiento. El siguiente paso en la adopción de un fundamento

FIGURA 9 | Teoría del comportamiento planificado



teórico para la intervención es desarrollar los objetivos de intervención.

La dificultad de construir una intervención basada en la teoría es la conversión de la teoría en la práctica. ¿Cómo se lleva a cabo la transición de los objetivos identificados a intervenciones y políticas buenas? Una herramienta útil para guiar este proceso es la rueda del cambio de comportamiento de Susan Michie y colegas (2011), basada en el modelo general COM-B (capacidad, oportunidad, motivación y comportamiento) [COM-B por sus siglas en inglés].

El modelo COM-B considera las posibles fuentes del comportamiento, como puede verse en el círculo interno de la rueda del cambio de comportamiento (Figura 10). La variedad de categorías de estrategias que pueden usarse para conseguir el cambio de comportamiento se ilustra en los círculos exteriores de la rueda. Los círculos exteriores nos aportan tanto los métodos de intervención y de políticas para cambiar el comportamiento como los tipos específicos de intervenciones que se han utilizado para influenciar el comportamiento. Aunque la rueda de cambio de comportamiento no permite identificar qué intervenciones específicas implementar, es útil para acotar y elegir qué tipo de aproximación puede ser útil.

La motivación se considera como algo automático y reflejo, mientras que la capacidad implica ser capaz tanto psicológica como físicamente. La oportunidad se refiere a las ocasiones que se dan en el contexto social o físico para realizar cierto comportamiento. El círculo rojo resume las estrategias de intervención adecuadas que abordan estos determinantes del comportamiento y el círculo gris incluye los mecanismos políticos que apoyan la implementación de las intervenciones.

FIGURA 10 | La rueda del cambio del comportamiento



Fuente: Michie et al., 2011

- Fuentes de comportamiento
- Estrategias de intervención
- Categorías de políticas

ESTRUCTURA, CONTENIDOS E IMPLEMENTACIÓN

Existen tres aspectos importantes en las intervenciones de prevención: la estructura, el contenido, y la implementación. Los tres aspectos están orientados por la teoría.

El componente estructural considera cómo se organiza y se presenta la intervención o política de prevención, por ejemplo, el número y la duración de las sesiones de la intervención (p.ej. ¿El Programa X va a consistir en 10, 15 o 20 sesiones? ¿Cuánto tiempo van a durar las sesiones —30 minutos, 45 minutos? ¿Se van a repartir a lo largo de una semana o en varias semanas?).

La categoría “contenido” se vincula con los objetivos de la intervención y tiene que ver con qué información, habilidades, y estrategias se utilizan para lograr los objetivos deseados. Por ejemplo, puede abarcar la

inclusión de habilidades para el rechazo a la presión grupal, y el desarrollo de normas sociales, además de formación en comunicación familiar.

La categoría “implementación” analiza cómo ha de implementarse la intervención o la política y cómo se espera que sea recibida por el público destinatario. Ejemplos de este aspecto de intervención incluyen utilizar estrategias de educación interactivas para población adolescente y adulta, ofrecer intervenciones en habilidades parentales en horarios que sean convenientes para las familias y monitorizar la implementación de una intervención o política para mejorar la fidelidad de los elementos centrales de la intervención.

POBLACIONES DIANA

Basándonos en el modelo etiológico que se ha comentado, podemos identificar varias áreas clave en las

EJEMPLO DEL PROGRAMA X

Vamos a aplicar este ejemplo a una intervención de prevención escolar para ver cómo la teoría puede conformar el desarrollo de una intervención. Aquí tenemos un hipotético Programa X: un currículum de prevención escolar basada en la evidencia.

¿Qué características quisiéramos que tuviera esta intervención?

La intervención ayuda al alumnado a conseguir estos objetivos y metas, animándoles a recopilar información y utilizar la toma de decisiones y otras habilidades para interpretar esta información y aplicarla a sus vidas. Esto se puede hacer a través de actividades en grupos reducidos y grupos de discusión.

La intervención necesita hacer algo más que aumentar las percepciones de autoeficacia de cara a resistir el uso de sustancias. Una buena intervención hará esto enseñando estrategias de comportamiento a través del modelado, la formación en habilidades, la práctica guiada con retroalimentación y el refuerzo.

que una intervención puede ser efectiva a la hora de prevenir la formación de creencias, actitudes y comportamientos que pueden llevar al uso de sustancias y a las conductas de riesgo relacionadas. Estos puntos de intervención no sólo se dirigen a las personas directamente, sino también a sus entornos a nivel micro y macro. En el transcurso de este currículum, oírás hablar de intervenciones de prevención que se dirigen a padres y madres, profesorado, a la niñez y a la población adolescente, y que se implementan dentro de la familia, la escuela, y a nivel de la comunidad.

A la hora de enfocar la intervención/política, son importantes una serie de características.

- La edad está relacionada con las competencias del desarrollo, con estar “en riesgo”, y con el nivel de gravedad de las consecuencias del uso de sustancias. La edad también es un medio para orientar las intervenciones y se debería tener en cuenta cuando se planifica la implementación. En la prevención escolar, por ejemplo, diferentes tipos de actividades han demostrado ser más efectivas para diferentes grupos de edad y desarrollo. Las comunidades/culturas también pueden diferir en cuanto a qué comportamientos se consideran aceptables para los distintos grupos de edad. Por ejemplo, además de las leyes que imponen restricciones de edad a la compra de productos como el alcohol, el uso supervisado de alcohol en celebraciones familiares puede ser aceptable para adolescentes mayores, pero no para personas más pequeñas.
- El género puede jugar un papel en lo que supone que una persona esté “en riesgo” y puede ser

importante para el contexto en el que tiene lugar la intervención. Además, las sociedades/culturas pueden tener distintas expectativas para las mujeres y los hombres que necesitan ser abordadas en la intervención. De todas formas, es importante que las intervenciones preventivas no refuercen los estereotipos de género inútiles que permiten algunos tipos de comportamiento que comprometen la salud de los hombres, pero no de las mujeres y, al contrario.

- La ubicación geográfica es importante no sólo en términos de qué sustancias pueden estar disponibles, sino también por los recursos y servicios de apoyo disponibles y de fácil acceso.
- El alcance significa hasta qué punto la intervención o política está destinada a alcanzar diversos grupos.
- Finalmente, el foco de una intervención o política podrían ser las poblaciones con diversos niveles de vulnerabilidad y riesgo.

Para identificar la población diana y sus necesidades específicas, se tendrá que llevar a cabo un diagnóstico de necesidades, que se expone en el Capítulo 3.



CAPÍTULO 3

INTERVENCIONES Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN BASADAS EN LA EVIDENCIA

Este capítulo aporta una descripción más profunda de dos importantes documentos que proporcionan la base principal para este currículum. El primer documento son los Estándares Internacionales en la Prevención del Uso de Drogas (UNODC, 2013)⁹, que resume la base científica sobre la que se sustentan las intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia para la prevención del uso de sustancias o la reducción del uso de sustancias. Los estándares fueron desarrollados por la UNODC y la OMS en colaboración con profesionales de la prevención (equipo de investigación, especialistas, y quienes diseñan políticas) de todo el mundo. Además, en este capítulo se ofrece información sobre los registros de los programas basados en la evidencia, que se pueden usar para encontrar y seleccionar las intervenciones más apropiadas para vuestra situación, siguiendo las recomendaciones de los estándares de la UNODC.

La segunda fuente son los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS), publicados por el EMCDDA. Este documento ofrece un marco europeo para llevar a cabo una prevención del uso de sustancias de alta calidad. En contraste con los Estándares Internacionales que se centran en los contenidos, la estructura y la estrategia de enseñanza más apropiada para las intervenciones, los EDPQS se centran en cómo planificar, seleccionar, e implementar las intervenciones preventivas para garantizar la calidad (EMCDDA, 2013a).

LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN LA PREVENCIÓN DEL USO DE DROGAS

Los Estándares Internacionales fueron diseñados para aunar los resultados de la investigación en prevención e identificar las características clave de las intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia que se ha comprobado que reducen el uso de sustancias.

El objetivo del documento de los Estándares Internacionales es ayudar a quienes toman decisiones a apoyar las intervenciones o políticas que han demostrado ser efectivas mediante la investigación rigurosa. Además, los estándares ofrecen una oportunidad para que quienes toman decisiones políticas y lideran la opinión, investigan en prevención y comprenden la importancia de la prevención efectiva, planifiquen una programación en prevención efectiva para su sociedad.

El grupo de revisión de la UNODC realizó una revisión sistemática de los artículos y estudios sobre el uso de sustancias, eligiendo los más relevantes para las intervenciones de prevención del uso de sustancias. Posteriormente, estos artículos y estudios fueron clasificados por los métodos que se utilizaron para evaluar los resultados de las intervenciones de prevención del uso de sustancias.

9. La segunda edición se publicó en el mes de marzo de 2018.

Se desarrolló una evaluación de la “calidad de la evidencia” y se usó para clasificar la evidencia como: “excelente” (cinco estrellas), “muy buena” (cuatro estrellas), “buena” (tres estrellas), “adecuada” (dos estrellas), o “limitada” (1 estrella).

Una vez que se completaron estos análisis, los artículos y estudios fueron clasificados utilizando tres dimensiones que describen las intervenciones y políticas de la prevención del uso de sustancias revisadas:

- Los períodos del desarrollo relacionados con la edad —lactancia y primera infancia, infancia intermedia, adolescencia, adolescencia tardía, y edad adulta.
- El entorno en el que se implementa la intervención o política —familia, escuela, lugar de trabajo, o comunidad.
- Población diana —universal, selectiva o indicada.

A continuación, se presenta una breve descripción de los hallazgos según cada período del desarrollo relacionado con la edad. Al utilizar un marco del desarrollo humano, los Estándares reconocen que las personas en las diversas etapas del desarrollo (lactancia y primera infancia, infancia intermedia, adolescencia, adolescencia tardía y edad adulta) tienen diferentes necesidades y responden a distintos tipos de estrategias educativas. Además, el documento reconoce que se pueden ejecutar las intervenciones y políticas en distintos contextos, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, o la comunidad; y se pueden dirigir o bien a aquellas personas que tienen una influencia en la vida de las personas a las que se dirigen

las intervenciones (padres y madres, profesorado y quienes supervisar el trabajo) o a las mismas personas. También reconoce que el estatus de riesgo de las diferentes poblaciones (universal, selectiva, e indicada) es importante para la implementación adecuada de las intervenciones.

Lactancia y primera infancia incluye a niñas y niños hasta los seis años.

Como se puede ver en la Tabla 3, se encontraron tres tipos de intervenciones que tuvieron algún efecto en este grupo de edad, aunque la calidad de la evidencia difiere entre ellas.

Las intervenciones para mujeres embarazadas con trastornos del uso de sustancias demostraron una evidencia de eficacia limitada. Los estudios con buenos resultados provenían de las intervenciones ejecutadas por profesionales de la salud que habían recibido formación. El contenido de las intervenciones efectivas incluía:

- Terapia farmacológica y/o psicosocial ajustada a las necesidades del o la paciente.
- Tratamiento de cualquier trastorno comórbido evidente de salud físico y/o psíquico.
- Proporcionar habilidades parentales para fomentar el apego cariñoso.
- Servicios proporcionados dentro de un entorno de tratamiento integral.

Las intervenciones que implicaban visitas sanitarias para las madres primerizas con problemas por uso de sustancias o relacionados, alcanzaron un nivel adecuado de evidencia de eficacia:

- Cuando eran impartidas por profesionales de la salud formados/os para impartir estos servicios dentro de la estructura recomendada - esto incluye visitas regulares a bebés de hasta los dos años, inicialmente, dando servicios y apoyo cada dos semanas y después cada mes.
 - Cuando proporcionan habilidades parentales básicas.
 - Cuando proporcionan apoyo para las madres relacionado con su salud física y psíquica, la vivienda, la comida, y el empleo cuando sea necesario.
- Estos son los tipos de intervención que se pueden integrar en otros programas existentes para madres primerizas o incluso programas de bienestar para recién nacidas/os o bebés.

TABLA 3 | Intervenciones preventivas basadas en la evidencia durante la lactancia y la primera infancia

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas con trastornos del uso de sustancias	Selectivo Grupos en riesgo	* Limitada
Visitas prenatales e infantiles	Selectivo Grupos en riesgo	** Adecuada
Educación en la primera infancia	Selectivo Grupos en riesgo	**** Muy buena
Intervención comunitaria multi-componente	No hay estudios/evidencia suficiente	

TABLA 4 | Intervenciones preventivas basadas en la evidencia durante la infancia intermedia

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Programas de habilidades parentales	Universal & selectivo Población general y grupos en riesgo	**** Muy buena
Educación en habilidades sociales y personales	Universal Población general	*** Buena
Programas de mejora del ambiente del aula	Universal Población general	*** Buena
Políticas para mantener a la población en edad escolar en la escuela	Selectivo Grupos en riesgo	** Adecuada
Intervención comunitaria multi-componente	No hay estudios/evidencia suficiente	

Las intervenciones selectivas de educación en la primera infancia que se centran en niñas/os entre dos y cinco años que viven en entornos desfavorecidos tienen buena evidencia de efectividad. Estas intervenciones no sólo impactan en el uso de cannabis en la adolescencia, sino que además previenen otros comportamientos de riesgo y apoyan el rendimiento académico, la inclusión social, y la salud mental. Existen diferentes aspectos clave de estas intervenciones.

- Se requiere formación para el profesorado u orientadores/as antes de que puedan ejecutar la intervención.
- Enfatizan las habilidades cognitivas, sociales y de lenguaje adecuadas para la niñez y les preparan para el contexto escolar y sus roles como estudiantes, además de para los retos académicos.
- Las intervenciones consisten en sesiones diarias durante largos períodos de tiempo.

La infancia intermedia incluye a niñas y niños de seis a diez años.

Para este grupo de edad, se encontró que las intervenciones mostradas en la Tabla 4 tenían evidencias de eficacia de “adecuadas” a “muy buenas”. Tres intervenciones se dirigían a grupos universales y una a grupos selectivos o en riesgo, aunque las estrategias para mantener a la infancia en la escuela se centraban principalmente en quienes estaban en riesgo.

Las intervenciones de habilidades parentales proporcionan apoyo a madres y padres y mejoran sus estilos y habilidades parentales. Se ha encontrado que son

efectivas para la infancia en general, así como para la población infantil en riesgo. Existía una fuerte evidencia sobre la importancia de las intervenciones que desarrollan las habilidades parentales para esta etapa del desarrollo. Se encontró que el contenido de estas intervenciones estaba asociado con resultados positivos en el fomento de lazos familiares y en proveer a las madres y padres/y personas cuidadoras de las habilidades para:

- Educar con cariño.
- Establecer reglas para un comportamiento aceptable.
- Supervisar el tiempo libre y los patrones de amistad.
- Reforzar la disciplina positiva y adecuada a cada etapa del desarrollo.
- Implicarse ellas/os mismos en el aprendizaje y la educación de la infancia.
- Convertirse en modelos a seguir.

Las intervenciones de habilidades parentales con resultados positivos incluyen múltiples sesiones interactivas que implicaron tanto a madres y padres como a hijas/os. De nuevo, las personas formadoras habían recibido una formación especializada.

Aquellas intervenciones de habilidades parentales que no tenían ningún impacto o tenían resultados negativos, fueron aquellas que se centraban únicamente en la población infantil o en las que la principal vía de implementación era mediante clases magistrales. También se encontró que las intervenciones en habilidades parentales que sólo daban información

a las madres y padres, o a las personas a su cuidado, sobre las drogas, o que desautorizaban la autoridad parental, conducían o bien a ningún resultado positivo, o bien a resultados negativos.

Las intervenciones para el desarrollo de habilidades personales y sociales, generalmente, se imparten dentro del contexto escolar. La evidencia de su efectividad es buena. Estas intervenciones ofrecen la oportunidad a la infancia de aprender las habilidades que les ayudarán a afrontar la diversidad de situaciones que surgen en sus vidas cotidianas. Sustentan el desarrollo de competencias sociales genéricas y abordan las creencias normativas y las actitudes hacia las sustancias y los comportamientos relacionados con el uso de las mismas.

En su mayoría son intervenciones que:

- Son impartidas por profesorado con formación, quienes utilizan métodos interactivos para impartir los contenidos.

- Se centran principalmente en el desarrollo de habilidades, específicamente, las habilidades de afrontamiento y las habilidades personales y sociales.
- Por lo general se enseñan en los primeros años de la escuela e implican activamente al alumnado.
- Consisten en una serie de sesiones.
- Refuerzan las competencias de gestión del aula del profesorado y apoyan la socialización de las niñas y niños, para que asuman con éxito su papel como estudiantes.

Son también importantes las estrategias que mejoran la experiencia escolar y refuerzan los sentimientos positivos sobre la escuela y la educación. Estas intervenciones mejoran el aprendizaje tanto académico como socioemocional. La prevención en el entorno escolar se tratará con mayor detalle más adelante en este currículum.

TABLA 5 | Intervenciones preventivas basadas en la evidencia durante la adolescencia

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Educación preventiva basada en habilidades sociales y personales e influencia social	Universal & selectiva	***
	Población general y grupos de riesgo	Buena
Cultura y política escolar	Universal	**
	Población general	Adecuada
Dirigidas a vulnerabilidades psicológicas individuales	Indicada	**
	Personas en riesgo	Adecuada

La adolescencia cubre las edades comprendidas entre los 11 y 18 años y es un período de muchos retos, ya que el cerebro sigue desarrollándose en el contexto de los procesos hormonales y otros procesos biológicos normales. Sin embargo, muchas funciones cerebrales continúan desarrollándose más allá de la adolescencia, lo cual destaca la importancia de las intervenciones después de los 18 años.

Hay muchos estudios de evaluación de las intervenciones que se dirigen a la adolescencia (Tabla 5). Se han tratado anteriormente las intervenciones de habilidades parentales y siguen siendo importantes para este grupo de edad, como lo son los currículos de habilidades personales y sociales y las políticas escolares positivas que se dirigen a las poblaciones universales. Para la población con mayor riesgo, las intervenciones que ofrecen una atención individualizada, como aquellas que se dirigen a las vulnerabilidades psicológicas y la asesoría, presentan evidencias adecuadas de efectividad.

Las intervenciones en habilidades parentales se centran en programas de habilidades parentales efectivos para la adolescencia e incluyen:

- Intervenciones que refuerzan los lazos afectivos familiares y las habilidades parentales, particularmente a la hora de poner reglas, supervisar el tiempo libre y los patrones de amistad, y su implicación en la experiencia educativa de cada niña o niño.
- Intervenciones que presentan materiales, situaciones y cuestiones que son relevantes para niñas y niños de mayor edad, incluyendo múltiples sesiones de grupo altamente interactivas.

Este tipo de intervenciones requieren instructoras e instructores con formación y deben ser organizadas para facilitar la plena participación.

Las intervenciones educativas en habilidades personales y sociales también son muy relevantes para este grupo de edad.

- Fomentan competencias de rechazo a las sustancias y a la presión grupal para contrarrestar las presiones sociales relacionadas con el uso de sustancias y para afrontar de forma saludable los desafíos de la vida.
- Los componentes adicionales abordan las percepciones del riesgo o daño asociadas con el uso de sustancias, centrándose en las consecuencias que son de particular relevancia para la adolescencia.
- Estas intervenciones abordan las ideas erróneas generalmente sostenidas por quienes son adolescentes en cuanto a la naturaleza normativa del uso de sustancias, con múltiples sobrestimaciones sobre el número de iguales que creen que fuman, beben o usan otras sustancias.
- Las intervenciones aportan información precisa para ayudar a las y los adolescentes a sopesar las consecuencias percibidas del uso de sustancias, en contraste con sus percepciones de las expectativas asociadas con el uso de sustancias.
- La implicación activa en las actividades de prevención requiere de profesorado con formación y entrenamiento para operar más como facilitadoras y facilitadores y personal entrenador que como profesorado.

Las políticas escolares ofrecen otras posibilidades para las intervenciones de prevención basadas en la evidencia en el contexto escolar, particularmente aquellas que están relacionadas con el uso de sustancias y que se centran en el manejo de las infracciones a estas políticas. Las políticas bien diseñadas también pueden crear un ambiente más positivo en el que el alumnado se sienta con mayor seguridad, comodidad y éxito. Se ha demostrado que estas políticas son efectivas, con evidencia suficiente de que producían un impacto positivo sobre el uso de sustancias entre todo el alumnado, así como entre la plantilla del centro escolar.

El asesoramiento psicológico individual o la intervención breve, son adecuados durante este período para los niños y niñas que tienen vulnerabilidades psicológicas, como la búsqueda de sensaciones, impulsividad, sensibilidad a la ansiedad, o desesperanza, las cuales se relacionan con el uso de sustancias si no se abordan. Las y los jóvenes en este grupo pueden tener problemas en la escuela, con su padre o madre, o con sus iguales. En general, aquellas personas

identificadas con estos problemas:

- Pasan por un cribado hecho por profesionales utilizando instrumentos validados.
- Reciben intervenciones que les aportan las habilidades para lidiar de forma positiva con sus emociones y vulnerabilidades psicológicas.
- Reciben intervenciones impartidas por profesionales con formación y que constan de entre dos y cinco sesiones cortas.

Los programas de asesoría/mentoría, particularmente para la juventud en riesgo de implicarse en comportamientos de riesgo, no ofrecen evidencias sólidas de efectividad. No obstante, la literatura científica indica que la implementación de un programa de actividades bien estructurado impartido por asesoras y asesores con formación puede comportar resultados positivos. En general, este tipo de programas emparejan a un/a joven con una persona adulta que se compromete a apoyarle de forma regular durante un período de tiempo prolongado.

TABLA 6 | Intervenciones de prevención basadas en la evidencia durante la adolescencia tardía y la edad adulta

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Educación preventiva basada en habilidades sociales y personales e influencia social	No hay estudios/evidencia suficiente	
Cultura y política escolar	No hay estudios/evidencia suficiente	
Dirigida a vulnerabilidades psicológicas individuales	No hay estudios/evidencia suficiente	
Asesoría	No hay estudios/evidencia suficiente	
Políticas sobre el alcohol y el tabaco	Universal Población general	***** Excelente

La adolescencia tardía y la edad adulta incluyen a la población adulta joven a partir de los 18 años.

Las políticas de alcohol y tabaco tienen una excelente base científica de efectividad (Tabla 6). Dado que el consumo de tabaco y alcohol es más prevalente que el consumo de drogas ilícitas y la morbilidad global asociada es mayor, retrasar el uso de estas sustancias entre la juventud puede tener un impacto social significativo.

- Las políticas sobre tabaco y alcohol basadas en la evidencia son aquellas que reducen el acceso para las personas menores y adolescentes y reducen la disponibilidad de los productos de tabaco y alcohol.
- Las políticas de éxito son aquellas que aumentan la edad mínima para la venta de estos productos y aumentan sus precios mediante los impuestos.

- Prohibir los anuncios de tabaco y restringir la publicidad de productos de alcohol dirigida a la juventud también se ha demostrado que reduce su uso.
- La aplicación activa y coherente de estas políticas, y la implicación de quienes son minoristas a través de programas educativos forman parte de las estrategias efectivas del uso de alcohol y tabaco.

LOS ESTÁNDARES EUROPEOS DE CALIDAD EN PREVENCIÓN DE DROGAS

Los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS) se diseñaron para mejorar el desarrollo y la implementación de las políticas e intervenciones preventivas, reducir la implementación de estrategias que han demostrado ser inefectivas y garantizar que las actividades preventivas son

TABLA 7 | Intervenciones preventivas basadas en la evidencia en diferentes contextos

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Iniciativas multi-componente comunitarias	Universal y selectiva Población general y grupos de riesgo	*** Buena
Campañas mediáticas	Universal Población general	* Limitada
Prevención en el lugar de trabajo	Universal, selectiva e indicada Todos los componentes	*** Buena
Intervención en lugares de entretenimiento	Universal Población general	* Limitada
Intervención breve	Indicada Personas en riesgo	***** Muy buena

implementadas por organizaciones y profesionales competentes y que están ajustadas a un contexto dado o un grupo diana. Estos estándares pretenden estimular un cambio en la cultura profesional de la prevención hacia un trabajo preventivo más sistemático y basado en la evidencia.

Los EDPQS describen un ciclo del proyecto con ocho etapas (ver Figura 11). Aunque el ciclo del proyecto sugiere una secuencia de actividades, en la práctica algunas etapas pueden completarse en un orden diferente, y no todas las etapas pueden ser relevantes para todos los tipos de actividades de prevención.

FIGURA 11 | El ciclo del proyecto de prevención del uso de sustancias



Además, los EDPQS proporcionan unas consideraciones transversales que deben considerarse en cada una de las etapas del proyecto. La siguiente descripción del ciclo del proyecto se basa en la guía rápida de los EDPQS (EMCDDA, 2013a).

Las consideraciones transversales son temas recurrentes que afectan a todo el ciclo del proyecto, no sólo a una única etapa. Los temas son cuatro y se describen a continuación: sostenibilidad y financiación, comunicación e implicación de las partes interesadas, desarrollo del personal y ética de la prevención del uso de sustancias.

A. SOSTENIBILIDAD Y FINANCIACIÓN

Las intervenciones se deben integrar en un marco más amplio de actividades de prevención del uso de sustancias. La viabilidad a largo plazo del trabajo de prevención debe garantizarse en la medida de lo posible. Idealmente, donde sea adecuado, las intervenciones deberían continuar más allá de su implementación inicial y/o después de acabar la financiación externa. Sin embargo, la sostenibilidad no sólo depende de la disponibilidad continuada de la financiación, sino también del compromiso duradero del personal y de las otras partes interesadas en la organización y/o en el campo de prevención del uso de sustancias. Mientras que algunas intervenciones individuales pueden tener una duración limitada, otras pueden ser parte de una estrategia de prevención a largo plazo donde una duración prolongada es importante.

B. COMUNICACIÓN E IMPLICACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

Las partes interesadas son personas, grupos y organizaciones que han adquirido un interés en las actividades y resultados de las intervenciones y/o se ven directa o indirectamente afectadas por ellas, como la población diana, la comunidad, las personas financiadoras y otras organizaciones que trabajan en el campo de la prevención del uso de sustancias. Deberían ser contactadas e involucradas en la planificación y el diseño de las intervenciones y/o las políticas para coordinar los esfuerzos, compartir las lecciones aprendidas y establecer de manera conjunta una planificación y un presupuesto.

C: DESARROLLO DEL PERSONAL

Este componente consta de tres pilares: la formación del personal, desarrollo continuo del personal y el apoyo profesional y emocional. Las necesidades de formación del personal deberían evaluarse antes de la implementación y quienes son miembros del personal deberían formarse para garantizar que la intervención/política se imparta con un alto nivel de calidad. El desarrollo continuo del personal es una vía para recompensar y retener a quienes son miembros del personal y para garantizar que sus conocimientos y habilidades estén al día. Durante la implementación de las intervenciones y/o políticas es importante dar a las y los miembros del personal la oportunidad de reflexionar y mejorar su trabajo.

La calidad del personal es un aspecto importante en la calidad de las intervenciones y está estrechamente

vinculada con la formación o educación recibida. Desafortunadamente, aún no existe ningún sistema unificado de formación para las personas que son profesionales en prevención en muchos países europeos. Charvat y colegas (2012) han propuesto un sistema de certificación para quienes son profesionales de la prevención en el sistema escolar (Figura 12) en un intento de estandarizar los diferentes niveles de formación y educación, que a su vez reflejan los conocimientos y habilidades específicos que se requieren del personal.

FIGURA 12 | Niveles de formación y educación



Fuente: Adaptado de Charvat *et al.*, 2012

Así, por ejemplo, a una maestra o maestro de escuela que implementa un programa de educación sencillo o una sesión de sensibilización sobre drogas se le pedirá que alcance solo el nivel básico de competencia, mientras que una persona especialista en educación responsable de seleccionar al alumnado e implementar un programa de prevención indicada tendrá que demostrar competencias avanzadas. El EUPC, y el proyecto UPC-Adapt en general, es otro intento de mejorar y estandarizar la formación en toda Europa.

D. ÉTICA DE LA PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS

Las actividades de prevención del uso de sustancias impactan en la vida de la gente y se dirigen habitualmente a la juventud y, en el caso de la prevención selectiva e indicada, esa juventud puede estar entre las personas más vulnerables de la sociedad. Las personas profesionales no deben dar por sentado que las actividades de prevención del uso de sustancias son, por definición, éticas y beneficiosas para quienes participan. Si bien puede no ser siempre posible cumplir con todos los principios de la prevención ética del uso de sustancias, un enfoque ético debe ser claramente evidente en cada etapa del proyecto. Por consiguiente, se deberían crear protocolos para proteger los derechos de las y los participantes, y se deberían evaluar y mitigar los riesgos potenciales.

Se revisará ahora a cada etapa del ciclo del proyecto.

Paso 1: Evaluación de las necesidades

Antes de poder planificar la intervención en detalle es importante explorar la naturaleza y el alcance de las necesidades relacionadas con el uso de sustancias, así como las posibles causas y los factores que contribuyen a esas necesidades. Esta evaluación asegura que la intervención es necesaria y que va a abordar las necesidades y la (s) población(es) diana correcta(s). Se distinguen cuatro tipos de necesidades: necesidades de políticas; necesidades comunitarias (generales); necesidades definidas por las lagunas en la provisión de la prevención; y las necesidades de la población (específica) diana.

- 1.1 Conocer las políticas y la legislación relacionadas con el uso de sustancias: las políticas y la legislación relacionadas con las sustancias deberían guiar todas las actividades de prevención del uso de sustancias. El equipo debe ser consciente de las políticas y la legislación relacionadas con las sustancias a nivel local, regional, nacional y/o internacional y trabajar en correspondencia con las mismas. En aquellos casos en los que las intervenciones aborden necesidades que no son las prioridades políticas actuales, aún así deberían apoyar la agenda más amplia de la prevención del uso de sustancias, tal y como viene definida en las estrategias nacionales o internacionales. Otras pautas, como los estándares y directrices vinculantes, también deberían considerarse donde correspondan.
- 1.2 Evaluar el uso de sustancias y las necesidades de la comunidad: el segundo componente en esta etapa del proyecto especifica el requerimiento de

evaluar la situación del uso de sustancias en la población en general o en subpoblaciones específicas. No es suficiente apoyarse en suposiciones o ideologías a la hora de planificar el trabajo de prevención. En lugar de ello, las intervenciones o políticas de prevención deben basarse en una evaluación empírica de las necesidades de las personas. Otras cuestiones relevantes, como las carencias y las desigualdades, también deberían ser evaluadas para tener en cuenta la relación entre el uso de sustancias y otras necesidades.

- 1.3 Describir la necesidad —justificar la intervención: los hallazgos de la evaluación de las necesidades en la comunidad se documentan y contextualizan para justificar la necesidad de la intervención. La justificación debe tener en cuenta las opiniones de la comunidad para asegurar que la intervención sea relevante para ella. Centrarse en las “necesidades” en lugar de los “problemas” puede ayudar a involucrar a las partes interesadas que de otra manera podrían sentirse estigmatizadas. También en este momento se analizan las intervenciones o políticas de prevención existentes para conseguir una comprensión de cómo la intervención puede complementar la actual estructura de provisión de servicios o intervenciones.
- 1.4 Comprender a la población diana: la evaluación de necesidades se lleva más lejos con la recopilación de datos detallados sobre la posible población diana, como información sobre los factores de riesgo y de protección, y la cultura y vida cotidiana de la población diana. Una buena comprensión de la población diana y sus

realidades es un prerrequisito para una prevención del uso de sustancias efectiva, con buena relación coste efectividad y ética. Donde corresponda, es posible que deba considerarse una población diana intermedia, que pudiera recibir la intervención, aunque no se encuentre en riesgo del uso de sustancias (p.ej. núcleos familiares, profesorado), además de la población diana (p.ej. la juventud en riesgo de uso de sustancias).

Paso 2: Evaluación de los recursos

Una intervención no sólo se define por las necesidades de la población diana, sino también por los recursos disponibles. Mientras que la evaluación de las necesidades (ver 1: Evaluación de las necesidades) indica lo que la intervención o la política debería aspirar a lograr, la evaluación de los recursos proporciona una información importante sobre si es posible lograr estos objetivos y cómo se pueden conseguir.

2.1 Evaluar la población diana y los recursos comunitarios: las intervenciones o políticas de prevención sólo pueden tener éxito si la población diana, la comunidad y las otras partes interesadas relevantes están “listas” para comprometerse (p.ej. si son capaces o están dispuestas a tomar parte o apoyar la implementación). También puede que cuenten con recursos que podrían utilizarse como parte de la intervención (p.ej. redes, habilidades). Los estándares en este componente describen el requisito de evaluar y considerar las potenciales fuentes de oposición y favorables a la intervención, así como los recursos disponibles de las partes interesadas relevantes.

2.2 Evaluar las capacidades internas: el análisis de los recursos y capacidades internas es importante, ya que la intervención sólo va a ser factible si está en línea con el personal disponible y los recursos financieros, entre otros. Este paso se lleva a cabo antes del diseño de la intervención o política para conseguir una comprensión de qué tipos de intervenciones y políticas pudieran ser factibles. Puesto que el propósito de la evaluación es conformar la planificación, no tiene por qué ser una evaluación “formal” llevada a cabo por una organización externa, sino que podría, por ejemplo, consistir en una discusión informal entre quienes son miembros del personal, para identificar las fortalezas y debilidades organizativas en términos de recursos.

Paso 3: Formulación del programa

La formulación de la intervención o política delinea los contenidos y la estructura, y aporta la base necesaria para permitir una planificación dirigida, detallada, coherente y realista. Basados en la evaluación de las necesidades de la población diana y los recursos disponibles, los elementos centrales de la intervención o política deberían definirse de forma clara.

3.1 Definir la población diana: una buena definición de la población diana garantiza que la intervención se dirija a las personas correctas. La población diana puede consistir en personas, grupos, núcleos familiares, organizaciones, comunidades, entornos, y/u otras unidades, siempre y cuando sean identificables y estén claramente definidas. La definición deberá ser específica y

adecuada para el alcance de las intervenciones o políticas. Por ejemplo, una consideración importante es si se puede o no alcanzar a la población diana con la estrategia prevista.

- 3.2 Utilizar un modelo teórico: como se ha discutido anteriormente, utilizar un modelo teórico que sea apropiado para el contexto particular de la intervención aumenta la probabilidad que la intervención logre sus objetivos con éxito. Ayuda a identificar los mediadores relevantes de los comportamientos relacionados con el uso de sustancias (como por ejemplo las intenciones y creencias que inciden en el uso de sustancias) y a determinar metas y objetivos factibles. Todas las intervenciones deben basarse en modelos teóricos sólidos, particularmente si son de nuevo desarrollo.
- 3.3 Definir los propósitos, las metas y los objetivos: sin propósitos, metas y objetivos claros existe un grave riesgo de llevar a cabo el trabajo de prevención por el hecho de hacerlo, en lugar de por el beneficio de la población diana. Los EDPQS utilizan una estructura de tres niveles de propósitos, metas y objetivos interconectados. Los propósitos describen la dirección a largo plazo, la idea, el propósito o la intención general. Pueden ser alcanzables o no dentro de la intervención específica, pero aportan una dirección estratégica de las actividades. Las metas son afirmaciones claras sobre el resultado de la intervención para las personas participantes (en términos de un cambio de comportamiento) al completar la intervención.

Los objetivos describen el cambio de comportamiento inmediato o intermedio de las personas participantes que será necesario para lograr la meta final. Finalmente, los objetivos operativos describen las actividades que se requieren para lograr las metas y objetivos.

- 3.4 Definir el contexto: el contexto es el entorno social y/o físico en el cual tiene lugar la intervención, como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, el entorno de ocio nocturno o la comunidad. La evaluación de las necesidades puede mostrar que uno o más contextos son relevantes; sin embargo, también se deben tener en cuenta las consideraciones prácticas (p.ej. facilidad de acceso, colaboraciones necesarias) a la hora de decidir el contexto. Una clara definición del contexto resulta imprescindible para que las demás personas puedan comprender dónde y cómo se ha llevado a cabo la intervención.
- 3.5 Hacer referencia a las evidencias de efectividad: cuando se está planificando un trabajo preventivo en el uso de sustancias es importante ser consciente de los conocimientos existentes sobre “lo que funciona” en prevención y utilizarlos. Se debe consultar qué existe sobre la prevención efectiva basada en la evidencia científica y seleccionar los hallazgos relevantes para la intervención o política planificada. Como se mencionó anteriormente, unas buenas referencias para intervenciones o políticas basadas en evidencia son los Estándares Internacionales de la UNODC y el Portal de Buenas Prácticas del EMCDDA ¹⁰.

10 http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_es

La evidencia científica debe ser integrada con la experiencia de las y los profesionales para diseñar una intervención que sea relevante para cada contexto específico de la intervención. Cuando no haya disponible ninguna evidencia científica de efectividad, se pueden consultar las experiencias profesionales y los conocimientos expertos de las partes interesadas. Sin embargo, habría que sopesar cuidadosamente las limitaciones de estas formas de conocimiento (p.ej. posiblemente la dificultad para generalizar este conocimiento) comparados con la evidencia robusta de la investigación científica.

- 3.6 Determinar la cronología: una cronología realista es imprescindible en la planificación e implementación de la intervención o política para que quienes son parte del personal puedan dirigir y coordinar sus esfuerzos. Representa el programa de las actividades y los plazos aplicables. La cronología puede actualizarse durante la implementación de la intervención para reflejar su desarrollo real.

Paso 4: El diseño de la intervención

Estos estándares ayudan en el desarrollo de una nueva intervención, así como en la selección y adaptación de una intervención existente, y también fomentan la consideración de los requisitos de evaluación como parte del diseño de la intervención.

- 4.1 El diseño para la calidad y efectividad: después de perfilar las piedras angulares de las intervenciones se especifican los detalles. Planificar actividades basadas en la evidencia que las

personas participantes encuentren atractivas, interesantes y significativas es un aspecto importante para lograr las metas y objetivos establecidos. Cuando sea posible, la intervención debería ser diseñada como una progresión lógica de actividades que refleje la evolución de las y los participantes a lo largo de la intervención. Consultar diversas fuentes sobre las intervenciones o políticas implementadas con anterioridad puede ayudar a evitar llevar a cabo actividades que ya han demostrado ser inefectivas o tener efectos iatrogénicos. Los Estándares Internacionales de la UNODC y el Portal de Buenas Prácticas del EMCDDA son buenas referencias para las intervenciones o políticas basadas en la evidencia.

- 4.2 Si se selecciona una intervención existente: antes de desarrollar una nueva intervención, se debe considerar si ya existe una intervención apropiada, bien en la práctica, bien manualizada. Habrá que considerar p.ej. si un programa existente es relevante para las circunstancias particulares de la intervención y (en el caso de programas no gratuitos) si tiene un precio asequible.
- 4.3 Confeccionar y adaptar la intervención a la población diana: independientemente de si se desarrolla una intervención nueva o se adapta una intervención existente, la intervención debe adaptarse a la población diana, en concordancia con los hallazgos de la evaluación de necesidades. Una competencia esencial del personal en este sentido es la sensibilidad cultural, es decir, la disposición y la habilidad de los miembros

del personal para comprender la importancia de la cultura (los diferentes tipos), para apreciar la diversidad cultural, para responder efectivamente a las necesidades definidas culturalmente, y para incorporar las consideraciones culturales en todos los aspectos del trabajo preventivo.

- 4.4 Si se planifican evaluaciones finales: se deberían planificar en esta etapa también la monitorización y las evaluaciones finales de proceso y resultados. La evaluación de resultados es un medio para evaluar si se han logrado las metas y objetivos, mientras que la evaluación del proceso es un medio para comprender cómo se han logrado, o por qué no se han logrado. El equipo de evaluación debe decidir sobre el tipo de evaluación apropiada para la intervención o política, y definir los indicadores de evaluación de acuerdo con las metas y los objetivos. Considerar la evaluación en esta etapa garantiza que los datos necesarios para la monitorización y las evaluaciones finales estén disponibles de forma satisfactoria cuando se necesiten.

Paso 5: Gestión y movilización de recursos

Una intervención o política de prevención consiste no sólo en la intervención en sí, sino que también requiere una buena gestión del proyecto y una planificación detallada para garantizar que sea factible. Los aspectos de gestión, de organización y prácticos necesitan considerarse conjuntamente con el diseño de la intervención. Para poner en marcha la implementación se deben activar los recursos disponibles y haber obtenido los nuevos recursos según sean necesarios.

- 5.1 Planificar el programa —redactar el plan del proyecto: un procedimiento riguroso garantiza que se lleve a cabo la planificación e implementación de manera sistemática. Un plan de proyecto escrito documenta todas las tareas y procedimientos que son necesarios para la implementación exitosa de la intervención. El plan del proyecto guía la implementación al ofrecer un marco común en el que puede trabajar todo el personal. En etapas posteriores del proyecto, el plan del proyecto deberá ser consultado para evaluar si se está implementando la intervención o política como se pretendía o es necesario realizar algunos ajustes.
- 5.2 Planificar los requisitos financieros: los requisitos (costos) y las capacidades (presupuesto) financieras de la intervención deben ser fijados para poner en contexto los recursos necesarios y disponibles. Si se requieren más recursos de los que hay disponibles, el plan financiero clarifica qué fondos adicionales podrían necesitarse o cómo sería necesario modificar el proyecto.
- 5.3 Configurar el equipo: el equipo consta de las personas que trabajan en la intervención (p.ej. gestionando, impartiendo, evaluando). Las personas miembros (incluido personal de voluntariado) deberían elegirse en correspondencia con los requisitos legales y las necesidades de la intervención. Los roles y las responsabilidades deberían distribuirse en consecuencia, garantizando que todas las tareas necesarias han sido asignadas y llevadas a cabo por las personas más adecuadas (es decir, aquellas que tengan la titulación y/o la experiencia adecuadas). Este componente

debería verse conjuntamente con la consideración transversal del desarrollo del personal.

- 5.4 Reclutar y mantener a participantes: el reclutamiento hace referencia al proceso de selección de personas elegibles de la población diana, informarles de la intervención, invitarlas a participar, inscribirlas y asegurarse de que empiecen la intervención (p.ej. asistir a la primera sesión). Las personas que participen deben ser reclutadas de la población diana definida de un modo metodológicamente correcto y ético. El “mantener” hace referencia al proceso de garantizar que quienes participan permanezcan en la intervención hasta que haya terminado y/o hasta que los objetivos se hayan logrado (lo que sea más apropiado). Esto es particularmente relevante en las intervenciones que necesitan involucrar a las y los participantes durante largos períodos de tiempo. Se deben identificar y suprimir los obstáculos a la participación para garantizar que quienes participan puedan tomar parte y finalizarla.
- 5.5 Preparar los materiales del programa: deben considerarse los materiales que se requieran para la implementación de una intervención manualizada, incluidos los materiales de la intervención (donde corresponda), los instrumentos para la monitorización y la evaluación, el equipo técnico y el entorno físico (p.ej. las instalaciones). Esto permite al equipo cerrar el plan financiero y pasar a la acción para obtener los materiales necesarios.
- 5.6 Proporcionar la descripción de la intervención o política: una descripción escrita aporta una clara visión global de la intervención o política.

Se crea para que las partes interesadas (p.ej. la población diana, personas financiadoras, otras/os profesionales con interés) puedan obtener información antes del inicio y/o mientras esté en curso. Si esta descripción se usa para el reclutamiento de las personas participantes, se debe poner particular énfasis en los posibles riesgos y beneficios para quienes participan. La descripción de la intervención o política es distinta del plan del proyecto (que es una herramienta interna para guiar la implementación de la intervención) y de la memoria final (que resume la intervención o política una vez que ha terminado).

Paso 6: Implementación y monitorización

En esta etapa, los planes desarrollados con anterioridad se ponen en práctica. Un aspecto importante en este momento es la necesidad de mantener un equilibrio entre la fidelidad (es decir, adherirse al plan del proyecto) y la flexibilidad (es decir, responder a los nuevos acontecimientos que emergen). Los elementos de esta etapa guían sobre cómo puede lograrse este equilibrio preguntándonos sobre la calidad y el progreso de la implementación, y haciendo modificaciones controladas para mejorar la intervención.

- 6.1 Si se lleva a cabo una intervención piloto: en ciertos casos, por ejemplo, si una intervención es de nuevo desarrollo o ha de escalarse de la implementación local a la nacional, se debe evaluar primero implementándola a menor escala. Esto ayuda a identificar cuestiones prácticas y otras debilidades que no surgieron durante la planificación y que podrían resultar muy costosas

si se abordan una vez que la implementación está en pleno funcionamiento. Una intervención piloto (o estudio piloto) es un ensayo a pequeña escala de la intervención antes de la implementación plena (p.ej. con menos participantes, y solo en una o dos ubicaciones). Durante la intervención piloto, se recogen los datos sobre el proceso y los resultados (limitados) y se utilizan para llevar a cabo una evaluación a pequeña escala. Utilizando los hallazgos del piloto, quienes diseñan la intervención pueden realizar ajustes finales y económicos a la intervención antes de la implementación real.

6.2 Implementar la intervención: una vez que hay suficiente evidencia para sugerir que la intervención de prevención de sustancias planeada será efectiva, factible, y ética, la intervención se implementa tal y como se perfiló en el plan del proyecto. Sin embargo, esto no significa que se deba acatar el plan del proyecto de forma estricta si existe una necesidad obvia de modificaciones. Para facilitar posteriores evaluaciones e informar sobre la intervención, la implementación se documenta detalladamente, incluidos los sucesos inesperados, las desviaciones o los fracasos.

6.3 Monitorizar la implementación: mientras se lleva a cabo la intervención, se recogen y se analizan periódicamente los datos de los resultados y del proceso, por ejemplo, en relación a la relevancia de la intervención para las personas participantes, la fidelidad al plan del proyecto, y la efectividad. La implementación real y otros aspectos se comparan con los detalles establecidos en el plan del proyecto. La monitorización,

es decir, incorporar revisiones periódicas del progreso, también ayuda a identificar si existe la necesidad de modificar el plan original.

6.4 Ajustar la implementación: la implementación necesita seguir siendo flexible para que pueda responder a los problemas emergentes, a un cambio de prioridades, etc. Cuando sea necesario y posible, se debería ajustar la implementación de la intervención de acuerdo con los hallazgos de la revisión de la monitorización. Sin embargo, las modificaciones deben estar bien justificadas y se debe considerar su potencial impacto negativo sobre la intervención o política. Por consiguiente, si se realizan ajustes, se deben documentar y evaluar para poder comprender qué efecto tuvieron en las personas participantes y en los resultados finales.

Paso 7: Evaluaciones finales

Después de completar la intervención, las evaluaciones finales evalúan los resultados y/o el proceso de la implementación de la intervención o política. En pocas palabras, las evaluaciones de los resultados se centran en el cambio de comportamiento de las personas participantes (p.ej. una reducción en el uso de sustancias), mientras que las evaluaciones del proceso se centran en los *inputs* y *outputs*, es decir, si la intervención se implementó o no como se había planeado (p.ej. el número de sesiones implementadas, el número de participantes a quienes se contactó y fue posible retener).

7.1 Si se lleva a cabo una evaluación de los resultados: como parte de la evaluación de los

resultados, los datos de los resultados se recogen y se analizan sistemáticamente para evaluar la efectividad de la intervención. Todos los resultados deberían citarse tal y como se han definido en la fase de planificación (es decir, de acuerdo con los indicadores de evaluación definidos). Según la escala de la intervención y el diseño de investigación utilizado, se deberían realizar análisis estadísticos para determinar la efectividad de la intervención en la consecución de las metas definidas. Si fuera posible, una declaración causal sobre la efectividad de la intervención deberá resumir los hallazgos de la evaluación de los resultados.

- 7.2 Si se lleva a cabo una evaluación del proceso: la evaluación del proceso documenta qué ha pasado durante la implementación de la intervención. Además, analiza la calidad y utilidad de la intervención al considerar su alcance y cobertura, la aceptación de la intervención por parte de las y los participantes, la fidelidad de la implementación y el uso de recursos. Los hallazgos de la evaluación del proceso ayudan a explicar los hallazgos de la evaluación de los resultados y subrayan cómo se puede mejorar la intervención en un futuro o por qué no ha estado a la altura de las expectativas.

Los hallazgos de la evaluación de los resultados y de la evaluación del proceso deben interpretarse conjuntamente para conseguir una comprensión rigurosa sobre el éxito de la intervención. Este conocimiento conformará la etapa final del proyecto (Paso 8).

Paso 8: Difusión y mejora

En la última etapa del proyecto, el futuro de la intervención o política es la mayor preocupación: ¿Debería continuar, y si es así, de qué manera? Difundir información sobre la intervención o política puede ayudar a fomentar su continuidad, pero también permite a las demás personas aprender de la experiencia de haber implementado la intervención o política.

- 8.1 Determinar si la intervención o política debe ser sostenida: en el mejor de los casos, una intervención o política de prevención de alta calidad puede prolongarse más allá de su implementación inicial y/o después de que la financiación externa se haya acabado. Haciendo uso de la evidencia empírica producida a través de la monitorización y las evaluaciones finales (según los datos que se encuentren disponibles), es posible decidir si el programa merece continuar. Si se determina que debe sostenerse la intervención, habrá que especificar y llevar a cabo los pasos y acciones de seguimiento adecuados.
- 8.2 Difundir información sobre el programa: la difusión puede beneficiar la intervención de muchas maneras, por ejemplo, consiguiendo apoyo de entidades inversoras relevantes para su continuidad o mejorando la intervención a través de la retroalimentación. También se suma a la base de evidencias para la prevención del uso de sustancias y, de esta manera, contribuye a futuras políticas, prácticas e investigaciones sobre el uso de sustancias. Con el fin de dar a otra/os profesionales la oportunidad de replicar la intervención, también se debe de poner a su

disposición los materiales de la intervención y demás información relevante (p.ej. información sobre los costes) tan detalladamente como sea posible (dependiendo de los requisitos de derechos de autoría, etc.).

- 8.3 Si se va a elaborar un informe final: el informe final es un ejemplo de un producto de difusión. Se puede crear como una memoria de la implementación, como parte de un acuerdo de financiación o, sencillamente, para informar a las demás partes sobre la intervención. El informe final a menudo resumirá la documentación elaborada durante las etapas anteriores del proyecto. Describe el alcance y las actividades de la intervención, y, si estuvieran disponibles, los hallazgos de las evaluaciones finales. Dado que no siempre hace falta un informe final y podrían ser más adecuados otros medios de difusión (p.ej. presentaciones orales), este componente sólo es relevante si se va a elaborar un informe final.

PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA PERSONALIZADOS

Como se ha mencionado anteriormente, los EDPQS se centran en el “cómo” del trabajo preventivo (es decir, la efectividad del procedimiento de implementación); mientras que los Estándares Internacionales de la UNODC se centran en el “qué” (es decir, los contenidos de las intervenciones o políticas de éxito). En Europa, a veces existe desconfianza hacia los programas “basados en la evidencia”, y las y los profesionales en prevención pueden mostrar recelo a implementarlos, creyendo que son demasiado normativos y que

minusvaloran la experiencia profesional. Pueden preferir trabajar “de abajo hacia arriba”, basándose en las necesidades de la población diana, en lugar de lo que consideran intervenciones “de arriba hacia abajo”.

Estos servicios o intervenciones producidos y desarrollados a nivel local se basan en una comprensión e implicación a nivel local de la situación, de los recursos, de quienes participan y de las mentalidades. Tienden a ser menos complejas que las intervenciones manualizadas, en el sentido de que tienden a confiar más en la transmisión de información, que en la formación de habilidades, o en la regulación, incentivación o limitación del comportamiento de forma directa. También requieren de un personal muy motivado y bien formado que sea consciente de que la prevención es algo más que sólo educar sobre los riesgos, informar de los peligros, dar consejos, utilizar tácticas de miedo u organizar días de sensibilización respecto a las sustancias o conferencias impartidas por agentes de policía y exconsumidores o ex consumidoras. En resumen, requieren de profesionales que sean capaces de utilizar algo más que las estrategias cognitivas para cambiar el comportamiento. Puede ser un reto resolver estas tensiones y es por esto que se necesita el EUPC.

Existen muchas razones para implementar una intervención o política basada en la evidencia, pero también pueden existir barreras ideológicas y contextuales que limiten su uso. Éstas se presentan en la Tabla 8.

De todas formas, ambos conceptos —las intervenciones manualizadas basadas en la evidencia y la experiencia localmente relevante— no son mutuamente excluyentes y pueden combinarse, como

demuestra la experiencia con Communities That Care (Comunidades que cuidan, CTC por sus siglas en inglés) en algunos países europeos¹¹. Este sistema permite a las comunidades que analicen primero objetivamente sus necesidades específicas y el perfil del problema y que luego elijan la(s) intervención(es) más apropiada(s) para abordar su situación particular.

En este currículum, abordamos tanto las estrategias de abajo hacia arriba como los programas ya existentes basados en la evidencia, porque creemos

firmeramente que estas dos estrategias no tienen por qué contradecir la una a la otra. La combinación de ambas estrategias puede dar lugar a un escenario en el que siempre se gana. Los EDPQS, que permiten una estrategia de abajo hacia arriba, garantizan que el proceso de implementación sea de alta calidad, mientras que los Estándares Internacionales (UNODC), en los que se enumeran las intervenciones basadas en la evidencia, ayudan a seleccionar una intervención de prevención de alta calidad para ser implementada.

TABLA 8 | Obstáculos y ventajas de implementar intervenciones basadas en la evidencia

OBSTÁCULOS PARA IMPLEMENTAR INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA	VENTAJAS DE IMPLEMENTAR INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA
A menudo parece que van contra la sabiduría convencional	Ofrecen a los grupos diana y a la población las mejores intervenciones, técnicas y políticas disponibles
Retan las creencias culturales y religiosas en relación a la parentalidad, la estructura familiar, los roles de género, etc.	Ofrecen la posibilidad de implementar los servicios de una manera más efectiva y eficiente
Requieren nuevas habilidades y formación especializada	Aportan una base más racional para tomar decisiones sobre las políticas
El reto de la administración para mantener la fidelidad de la implementación, a la vez que se adapta a las necesidades específicas del grupo diana y de la población	Aportan un lenguaje común
Disponibilidad limitada de recursos	Ofrecen la oportunidad de desarrollar un concepto común para la evaluación de la investigación científica
Requieren monitorización y evaluaciones	Conforman una nueva base para la educación y la formación, ofrecen la posibilidad de lograr una continuidad y una mayor uniformidad en la provisión del servicio, y aportan clarificación sobre defectos y ausencias en nuestro conocimiento científico actual

11. <http://www.ctc-network.eu/>

Equilibrio entre la adaptación y la fidelidad

A medida que construimos la intervención necesitamos considerar la adaptación de los mensajes de la intervención para ajustarse a las necesidades y características de quienes participan. Esta confección a medida aumenta la probabilidad

de que las personas participantes consideren la intervención como relevante, se comprometan con ella y así lograr los resultados deseados. Personalizar incluye abordar las creencias culturales, los valores, el lenguaje, el contexto social y la iconografía, pero no implica alterar la base teórica de la intervención.

TABLA 9 | Ejemplos de aspectos que pueden impactar negativamente en la adaptación de los programas preventivos

	CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	NUEVO GRUPO DIANA	CONSECUENCIAS
Idioma	Inglés	Otro	Incapacidad de entender el contenido del programa
Etnia	Blanco	Otro	Conflictos en las creencias, valores y/o normas
Urbano/rural	Urbano	Rural	Barreras logísticas y del entorno que inciden en la participación
Cantidad y gravedad de los factores de riesgo	Pocos factores y gravedad moderada	Bastantes factores y alta gravedad	Efecto insuficiente en múltiples o casi todos los factores de riesgo graves
Estabilidad familiar	Sistemas familiares estables	Sistemas familiares inestables	Cumplimiento limitado
Consultas a la comunidad	Consultas a la comunidad sobre el diseño y la administración del programa	No consultado	Sin apoyo comunitario, resistencias, bajas tasas de participación
Disponibilidad de la comunidad	Moderada	Baja	Ausencia de infraestructura y organizaciones para abordar los problemas por uso de sustancias y para implementar los programas

Dado que la mayoría de las intervenciones o políticas de prevención basadas en la evidencia han sido desarrolladas en países occidentales, puede que exista la necesidad de ajustar la intervención o política al contexto nacional, regional o local. Sin embargo, es importante recordar, particularmente para las intervenciones basadas en la evidencia, mantener la intención del programa manteniendo los principios centrales de la intervención. Esto representa un equilibrio entre la fidelidad —la administración de una intervención de prevención según lo prescrito o diseñado por quienes desarrollaron la intervención— y la adaptación— la modificación de los contenidos de la intervención para acomodar las necesidades de un grupo de consumo o diana específico.

¿Por qué es importante ocuparse del equilibrio entre la fidelidad y la adaptación? Algunas razones son obvias. Por ejemplo, si la intervención está en inglés y se imparte en inglés, pero el grupo diana no tiene ninguna persona hablante nativa de inglés, los contenidos no se van a entender. Otras razones no son tan obvias, como si el programa se evalúa en una población blanca u occidental y el grupo diana no es ni blanco ni occidental, puede que haya conflictos entre las creencias, los valores, y quizás las normas (Castro *et al.*, 2004; Castro *et al.*, 2010). En la Tabla 9 se ilustran los ejemplos de algunos de los aspectos que necesitan considerarse en la adaptación de programas.

El EMCDDA publicó un artículo temático que examinaba si los programas de prevención norteamericanos pueden implementarse en culturas y contextos europeos (EMCDDA, 2013b). Describe aspectos específicos para el Good Behaviour Game, el Strengthening Families Programme y el Communities That Care.

Algunos indicadores se incluyen en el toolkit 4 de los EDPQS (Brotherhood *et al.*, 2015) y se describen en el artículo de Peer Van Der Kreeft y colegas (2014).

Cambiar la capacidad antes de cambiar la intervención. Puede ser más fácil cambiar el programa, pero cambiar la capacidad local de impartirlo tal y como se ha diseñado es una opción más segura.

- Consultar con la persona que diseñó la intervención para determinar qué experiencia y/o consejos tiene en cuanto a la adaptación de la intervención a un contexto o circunstancia particular.
- Mantener los componentes centrales. Hay mayor probabilidad de efectividad cuando una intervención mantiene el (los) componente(s) central(es) de la intervención original. Los componentes centrales son las características de la intervención que se han identificado como las que provocan un mecanismo de cambio de comportamiento y, por lo tanto, son la razón por la que funciona una intervención. En el programa europeo para la prevención de la adicción a las drogas (EU-Dap) *Unplugged*¹²

12. El término “programa” se utiliza cuando hablamos de las intervenciones manualizadas específicas. El término “intervención” es más general.

un componente central del programa fue “reaccionar a la presión grupal”. Este componente central no se podría dejar fuera en el proceso de adaptación.

- Ser coherente con los principios basados en la evidencia. Existe mayor probabilidad de éxito si una adaptación no contraviene un principio establecido de prevención basado en la evidencia.
- Añadir, en lugar de restar. Es más seguro añadir elementos a una intervención que modificarla o extraerlos de ella.

Vuestro papel como profesionales en prevención es debatir sobre cómo adaptar una intervención basada en la evidencia sin que pierda su impacto (ver Tabla 10). El debate con las compañeras y los compañeros durante la formación o en vuestro lugar de trabajo, ayudará a clarificar cuál es la mejor manera de realizar las adaptaciones necesarias para vuestra sociedad.

TABLA 10 | Adaptación versus adaptación con fidelidad

ADAPTACIÓN	ADAPTACIÓN CON FIDELIDAD
Para ser aceptable para la población diana, las intervenciones basadas en la evidencia deben ser culturalmente apropiadas en relación al lenguaje, las costumbres, las expectativas y las normas	Los elementos centrales de la intervención basada en la evidencia deben mantenerse para asegurar la efectividad de la intervención, al mismo tiempo que abordan las necesidades de la comunidad



CAPÍTULO 4

MONITORIZACIÓN Y EVALUACIÓN

La evaluación es un tipo de investigación que aporta una forma sistemática de valorar los resultados de una intervención de prevención a corto y largo plazo y los factores que están relacionados con estos resultados. Las evaluaciones se pueden llevar a cabo en el transcurso de la intervención, desde las etapas de planificación y desarrollo inicial, hasta la implementación y el seguimiento después que se haya acabado la intervención. En realidad, todas las etapas de la intervención preventiva deberían evaluarse, porque se puede obtener una información valiosa para mejorar vuestro trabajo y ayudaros a decidir si continuar o no la intervención.

En este capítulo se aprenderá sobre los propósitos principales de una evaluación: medir el impacto y los resultados, ver qué población y segmentos de la población ha respondido y cuales no; comparar los costes con los beneficios y comparar la efectividad de una intervención frente a otra. La monitorización y la evaluación son pasos importantes en el ciclo del proyecto EDPQS, como se discutirá en este capítulo.

El objetivo de este capítulo no es proporcionar las habilidades necesarias para llevar a cabo su propia evaluación o proyecto de investigación, sino que le mostrará algunos de los conceptos clave relevantes. Esto mejorará vuestra comprensión de artículos e informes de investigación de prevención y así podréis empezar a pensar cómo sería posible abordar la evaluación de vuestro propio trabajo o qué tipo de cosas se deben tener en cuenta si decidís contactar con equipos de investigación externos para realizar una evaluación.

Hay varios diseños de investigación sólidos que se utilizan en las evaluaciones. Se revisarán las

definiciones, así como las ventajas y desventajas, de algunos de los planteamientos más populares: el ensayo controlado aleatorizado (RCT); el diseño de series temporales interrumpidas; y el diseño de grupo pre-test y post-test (ver “Ejemplos de diseños de evaluación comunes” abajo).

Vamos a echar un vistazo a otros componentes de la evaluación, p.ej. muestreo y mediciones de resultados, para ver cómo se define y se selecciona la población, y las medidas que se desarrollan para evaluar sus actitudes, creencias, intenciones y comportamientos relacionados con el uso de sustancias. Además, en cualquier evaluación es probable que se necesiten tanto medidas cuantitativas como cualitativas. Las medidas cuantitativas tratan principalmente con los números objetivos de cosas, como son los niveles de uso, mientras que las medidas cualitativas tratan los aspectos subjetivos y abordan el tipo de preguntas de: “¿por qué?” y “¿qué significa?”. Por último, vamos a observar los métodos de recogida y análisis de datos para permitir valorar mejor su importancia en los informes de evaluación.

Aunque no esperamos que las personas destinatarias de este currículum de formación realicen una evaluación, este capítulo también incluye una breve descripción de las evaluaciones ex ante, que considera qué resultados es probable que se logren antes de que comience un programa. Esto ayudará a las personas en formación a comprender mejor qué recursos se necesitan para implementar un programa de prevención y qué tipo de análisis se necesitan para generar la información para determinar si un programa ha tenido éxito o no.

Para las lectoras y los lectores que tengan especial interés, se recomienda una serie de recursos de evaluación adicionales. El EMCDDA ha publicado un *Kit de Recursos de Prevención y Evaluación (PERK)*¹³ y *Directrices para la evaluación de la prevención de drogas: manual para planificadores y evaluadores de programas*¹⁴. Además, la UNODC ha elaborado una guía para evaluar programas específicos de prevención de abuso de sustancias en la juventud¹⁵. Para una lectura más avanzada, la Society for Prevention Research ha publicado sus estándares de eficacia, efectividad y escalamiento en la ciencia de la prevención¹⁶. Finalmente, el marco RE-AIM (alcance, efectividad, adopción, implementación y mantenimiento) proporciona un enfoque para la evaluación que amplía la evaluación de las intervenciones más allá de la eficacia a múltiples criterios que pueden identificar mejor la extrapolación y el impacto de las intervenciones¹⁷. Sin embargo, esto solo se recomienda para estudiantes que tengan un alto nivel de familiaridad con la investigación de evaluación y con nexos con equipos de investigación.

EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

Los estudios sobre el comportamiento humano abarcan una gama de preguntas y enfoques de investigación que incluyen la investigación etiológica

que tiene en cuenta la genética y la neurociencia, así como las actitudes, creencias y comportamientos asociados que contribuyen a la enfermedad. La investigación se define como “una investigación sistemática... diseñada para desarrollar o contribuir a un conocimiento generalizable”. Como se comenta al principio de este capítulo, la evaluación es un tipo de investigación, que se define como un modo sistemático y estructurado de evaluar los resultados deseados a corto y largo plazo de una intervención de prevención, y los factores que están relacionados con estos resultados.

Existen diversas lógicas para llevar a cabo una evaluación. Estas incluyen la comprensión de lo siguiente.

- Impacto o resultados. ¿La intervención consiguió los resultados deseados y fueron significativamente mayores que si no se hubiera implementado ninguna intervención?
- Las consecuencias involuntarias de la intervención. Garantizar que las intervenciones de prevención no dañen a las personas receptoras es una prioridad ética clave.
- Alcance. ¿La intervención consiguió implicar a todas las personas que participaron o sólo a ciertos grupos? ¿La intervención produjo los mismos resultados para quienes han

13. http://www.emcdda.europa.eu/publications/perk_en

14. http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update_en

15. https://www.unodc.org/pdf/youthnet/action/planning/m&E_S.pdf

16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579256/>

17. <http://www.re-aim.org/>

participado o sólo para ciertos grupos? ¿Han sido los resultados parecidos entre las chicas y los chicos, por ejemplo?

- Costes. ¿Hasta qué punto, debido a la intervención, los beneficios acumulados han superado a los costes de la intervención?
- Comparación. ¿Esta intervención es más efectiva que otras en cuanto a los resultados, teniendo en cuenta los costes que ha supuesto?

Se pueden llevar a cabo las evaluaciones durante el desarrollo del ciclo de vida de la intervención, desde las etapas de planificación y primera fase del desarrollo, hasta la implementación, reflexión y la evaluación del impacto (Figura 13). Son técnicas útiles para entender mejor no sólo las nuevas intervenciones preventivas, sino también aquellas intervenciones con largas historias de implementación, como las implementadas por los servicios habituales, considerados estables y maduros. Las evaluaciones pueden ser valiosas incluso cuando la intervención ya no se

está implementando, porque se pueden evaluar algunos de los impactos a largo plazo de la intervención. Por lo tanto, idealmente, todas las etapas de la intervención preventiva deberían ser evaluadas.

Por ejemplo, la evaluación de una nueva intervención preventiva requeriría en primer lugar asegurarse que los componentes de la intervención —el contenido, la estructura y la ejecución— están asociados con el efecto deseado. Por ejemplo, ¿las sesiones sobre la toma de decisiones mejoran realmente las habilidades de toma de decisiones de quienes participan? ¿Es posible impartir una sesión sobre la toma de decisiones dentro de una clase escolar de 40 minutos? ¿Son los formatos de implementación, como las técnicas interactivas que se utilizan para impartir la sesión sobre la toma de decisiones, formatos efectivos o hay otras formas más adecuadas? Estos tipos de evaluaciones, llamadas evaluaciones de eficacia, estudios de la eficacia o ensayos de la eficacia, plantean la pregunta: ¿está consiguiendo la intervención sus objetivos bajo condiciones controladas?

FIGURA 13 | Momentos para la evaluación

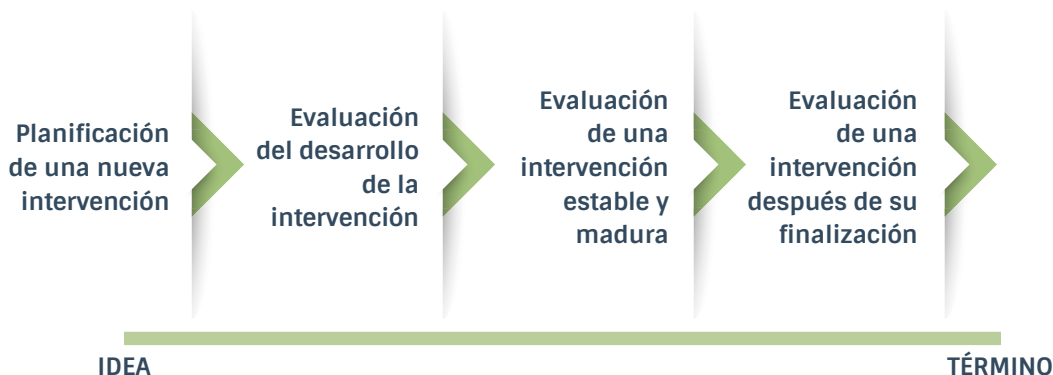


FIGURA 14 | Diferentes tipos de evaluación

Evaluar la intervención en esta etapa contribuirá a revisiones y mejoras que se podrán llevar a cabo para mejorar la intervención antes de la implementación a gran escala (Figura 14).

Una evaluación de una intervención preventiva estable y madura que se imparte en condiciones de “mundo real”, o cercanas a éste, se denomina una evaluación de la efectividad o ensayo de la efectividad. Los hallazgos de la evaluación de estos tipos de estudios pueden usarse para monitorizar la intervención y ofrecer retroalimentación sobre los resultados a corto plazo casi inmediatamente o en los meses posteriores al comienzo de la implementación. La evaluación puede ayudar a poner de relieve una ejecución exitosa y las áreas que necesitan mejoras. Los resultados a largo plazo también

pueden evaluarse con períodos de seguimiento de entre 6 meses hasta varios años después de la intervención. Para el uso de sustancias, por lo general, el seguimiento se extendería hasta entre los periodos de adolescencia media y tardía.

Al final de la intervención de prevención, la evaluación ayuda a considerar el valor de la intervención, así como a registrar las lecciones aprendidas para el futuro. En esta fase, una evaluación puede valorar la adopción y sostenibilidad de la intervención. Este es el momento en el que también pueden valorarse los resultados inesperados.

Para el equipo de profesionales en prevención, los estudios de la efectividad de las intervenciones en las condiciones “del mundo real” son de interés primordial. Aportan datos sobre los resultados de la

intervención y también abordan las preguntas: ¿para quién fue más efectiva la intervención y bajo qué condiciones de ejecución?

SISTEMA DE EVALUACIÓN Y DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN

La intención general de una evaluación no es sólo comprender qué se ha hecho en la intervención, sino además determinar si la intervención ha hecho lo que tenía que hacer. Estas evaluaciones abordan varias cuestiones:

- ¿Consiguió la intervención/política de prevención su resultado a corto plazo? Por ejemplo, ¿se están dirigiendo las percepciones de riesgo de la infancia en la dirección correcta?, ¿Están utilizando las madres/padres las habilidades de seguimiento adecuadas? ¿Son receptivas las madres /padres primerizas/primerizos a las necesidades de sus bebés?
- ¿Consiguió la intervención/política de prevención su(s) efecto(s) deseado(s) para la población diana que ha recibido la intervención? ¿Hubo respuestas diferenciadas según cada subgrupo —género, etnia, uso de sustancias o estatus socioeconómico?, ¿La intervención redujo o generó desigualdades en los resultados de algunos grupos comparados con otros?
- ¿Qué características de la intervención/política se asociaron con los resultados que se consiguieron? ¿Se debieron a un cambio de actitudes y creencias? ¿Fueron una combinación de un cambio de actitudes y competencias?
- ¿Hasta qué punto ha sido relacionada la fidelidad de la implementación con los resultados positivos/negativos?

Por tanto, antes de llevar a cabo una evaluación, es importante clarificar ciertos factores:

- ¿Cuáles son las preguntas de la investigación? ¿Cuál es el propósito de la evaluación? ¿Es para ver por qué un programa es efectivo? ¿Es para determinar si mantener o no la evaluación? ¿Es para satisfacer la parte financiadora?
- ¿Qué se va a evaluar? ¿Cuáles son los resultados?
- ¿A quién le interesarán los resultados de la evaluación y por qué? ¿Es algo que quisiera saber la administración local? ¿Hay interés en replicar el programa en el resto de la región o incluso en el país?
- ¿Cuál es el cronograma? ¿Es realista y se dispone de la financiación y otros recursos para conseguirlo? Si lo que interesa es el uso de sustancias como resultado de una intervención preventiva escolar administrada a población de doce años, pero también se sabe que la edad de iniciación para la mayoría de las y los participantes son los 16 años, una evaluación de una intervención tendría que seguirles durante 4 o 5 años para ver si se consigue el resultado esperado (prevenir o retrasar la iniciación). También se debería considerar si se puede rastrear fácilmente a las personas participantes durante un período de tiempo tan largo. Si su grupo participante ha abandonado el sistema escolar en el momento en que desea realizar un seguimiento, ¿cómo va a volver a contactarles para que realicen la evaluación?

- ¿Cómo se va a resumir e informar de los resultados? ¿Quién tendría acceso a estos resultados? ¿Qué tipo de información y qué nivel de detalle se enviará a quienes participen y otras partes interesadas? ¿Cómo se garantizará que los resultados de la evaluación no se utilizan para perjudicar a ninguna de las personas participantes?
- ¿Qué recursos hay disponibles para la evaluación? ¿Qué nivel de experiencia y conocimientos expertos hay disponibles? ¿Cuánto va a costar? ¿Cuánto tiempo llevará la evaluación?

Una evaluación debe ser vista como un sistema integrado que engloba dos componentes principales: la evaluación de proceso (monitorización) y la evaluación de resultados.

El propósito de una evaluación de proceso es caracterizar los procesos por los cuales se implementa una intervención o política. Se centra en los inputs y outputs de la intervención, cuantificando la dosis de la intervención, la fidelidad de la implementación y su capacidad para efectuar cambios. Cabe destacar que es una manera de monitorizar lo que está ocurriendo para asegurarnos de que se esté implementando como estaba previsto, no sólo de acuerdo a un manual o directrices, sino también según el plan estratégico de prevención. La estrategia de monitorización es una herramienta administrativa muy importante para ser utilizada por todas aquellas entidades que ofrecen un servicio.

Una evaluación de proceso o monitorización plantea las siguientes preguntas:

- ¿Qué hicimos?
- ¿Cuánto hicimos?
- ¿Quién participó?
- ¿Quién implementó los componentes de la intervención/política?
- ¿Se implementó la intervención/política como estaba previsto, y si fue así, por qué?

Como profesionales de la prevención, tendréis que jugar un papel importante en dejar bien claro la importancia de la evaluación. Es aconsejable colaborar con una institución de investigación para plantear y desarrollar el diseño de la evaluación, ya que pueden aconsejar sobre una buena configuración de la investigación y guiarnos a través de la estadística. Los principales componentes del diseño incluyen las preguntas de la investigación, el tipo de diseño de investigación necesario, la población diana, los criterios de selección de la población, las medidas relacionadas con las preguntas de evaluación, los métodos de recogida y análisis de datos.

El propósito de una evaluación de resultados es caracterizar hasta qué punto han cambiado los conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas (a menudo concebidos como los resultados a corto y medio plazo) para personas o entidades que recibieron la intervención o que fueron destinatarias de las políticas, comparados con aquellas que no recibieron la intervención o que no eran receptores de la política. Los resultados a largo plazo hacen referencia al producto final deseado de la intervención como, por ejemplo, la reducción o eliminación del uso de sustancias.

Un sistema completo de monitorización y evaluación debe incluir componentes tanto de la evaluación del proceso como de la evaluación de resultados para documentar tanto los inputs y outputs de la implementación o intervención, como los resultados a corto, medio y largo plazo. Cabe destacar que la evaluación de proceso o monitorización es muy importante, incluso cuando no está prevista una evaluación de resultados, ya que documenta la implementación de la intervención preventiva. Toda nueva intervención de prevención debería monitorizarse para determinar qué está sucediendo en la intervención, a quién está llegando y hasta qué punto se recibió la intervención preventiva.

COMPONENTES DEL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN O DE LA EVALUACIÓN

¿Qué queremos decir con el diseño de la investigación? En general, el diseño de la investigación es una hoja de ruta, una guía o un plan para investigar una pregunta o hipótesis de investigación. El diseño de un estudio se define por las preguntas o hipótesis de investigación que se están abordando. El tipo de estudio, la población estudiada, el muestreo, etc. todos dependen de preguntas o hipótesis de investigación muy claras.

- Preguntas de investigación. Probablemente el paso más importante a la hora de desarrollar el diseño de la investigación es plantear unas preguntas de investigación claras. Como profesionales de la prevención, puede que exista incertidumbre por saber y documentar si la intervención de prevención que está implementando

vuestra organización está realmente alcanzando el grupo diana y teniendo los efectos previstos. Además, puede que queráis determinar si la intervención se puede implementar con diferentes grupos diana y producir los mismos efectos. Las cuestiones del alcance y los efectos de los resultados guiarán la planificación de una evaluación.

- Tipo de estudio. Una vez que existe un acuerdo sobre las preguntas de investigación, el siguiente componente del diseño es decidir el tipo de estudio, por ejemplo, si va a ser descriptivo, experimental o cuasi-experimental o si va a ser transversal, longitudinal, o un estudio de caso.
- Población de estudio. ¿Quién va a incluirse en la población de estudio?, ¿qué grupos de edad van a ser incluidos?, ¿de qué sexo?, ¿van a ser personas que viven en hogares o serán personas sin vivienda estable o que están en un hospital o contexto seguro? Estas directrices se denominan criterios de inclusión. Pero también necesitamos considerar a quién no se le incluirá en el estudio. A veces el estudio se limita sólo a personas con altos niveles de alfabetización o a personas que pueden comprender las preguntas de investigación que se están planteando. Estas directrices se conocen como criterios de exclusión.
- Criterios de selección y muestreo. Una vez que se ha decidido la población de estudio, ¿cómo se va a seleccionar a las personas para el estudio? ¿se van a incluir en el estudio a todas las personas que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, o hará falta tomar un subconjunto más pequeño del grupo más amplio? El subconjunto se denomina muestra. Sin embargo, es

importante que esta muestra sea representativa del grupo más amplio. Existen varios métodos de muestreo que se han desarrollado para garantizar la representatividad.

- **Medidas.** Es importante traducir las preguntas de investigación en variables, constructos o palabras también denominadas “atributos” que se puedan medir. Como ejemplo de convertir los atributos en medidas, podemos descomponer el estado civil sencillamente en haber contraído matrimonio o no, también podemos preferir una clasificación más detallada. Cuestiones como la validez deben considerarse en el momento de decidir las medidas: ¿estas medidas representan realmente lo que queremos saber?
- **Recogida de datos.** Una vez determinadas las medidas, se ha de decidir cómo se van a recoger estas medidas o datos. A veces estas medidas o datos ya se han recopilado por escrito. Ejemplos de esto son los formularios que completamos para sacar el carnet de conducir o aquellos que hayan sido completados por otras personas como el personal sanitario en el departamento de urgencias, o integrantes de la policía. Existen varios métodos para recoger datos directamente de la población de estudio. Podemos preguntar de forma directa utilizando un formato estándar, como un cuestionario o encuesta. Estos formularios de recogida de datos pueden rellenarse en persona, por teléfono, a través del correo o internet y, cada vez más, a través de *apps* de *smartphones* y *tablets*. Se debe prestar especial atención al tema de la anonimidad y confidencialidad, así como a la veracidad y fiabilidad de las respuestas.

- **Análisis de datos.** Finalmente, el diseño de investigación incluye un plan para analizar los datos recogidos. ¿Cómo podemos reunir todos los datos para empezar a responder las preguntas de investigación originales?

TIPOS DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Existen muchos tipos de diseños de investigación recogidos en la literatura pero, con frecuencia, sólo unos pocos se utilizan en las evaluaciones de intervenciones preventivas. Ninguno es perfecto, ni siquiera el diseño experimental clásico de referencia Randomized Control Trial (RCT). Todos tienen sus ventajas y desventajas. Algunos son más pertinentes en ciertas situaciones que en otras.

ASPECTOS DE LA CALIDAD A CONSIDERAR CUANDO SE VALORAN LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Al considerar los resultados de una evaluación y qué conclusiones se pueden extraer de ellos, hay una serie de factores que deben considerarse, independientemente del diseño de la investigación. También deben considerarse al diseñar una evaluación.

Validez

En todas las evaluaciones, las principales preocupaciones están relacionadas con la validez de los resultados. ¿Qué significa validez? En el caso de una evaluación, la validez quiere decir que los efectos que se han encontrado han sido el resultado de la intervención. Pero hay dos tipos de validez a tener en cuenta.

- Validez interna: ¿los hallazgos son realmente el resultado de la participación o exposición a la intervención o son el resultado de alguna otra cosa?
- Validez externa: ¿los hallazgos de la evaluación de una intervención preventiva se pueden aplicar a otras situaciones y a otras poblaciones? En otras palabras, si la intervención de prevención demostró ser efectiva con la población infantil norteamericana, ¿se puede aplicar también a la población infantil europea?

Podéis ver lo importantes que son estas cuestiones. Puede ocurrir que se concluya que la intervención fue efectiva para la población adolescente de clase media, pero no quiere decir que vaya a ser efectiva para la que vive en la pobreza.

Validez interna

Hay una serie de amenazas a la validez interna de la evaluación de la investigación.

- Maduración: el impacto del transcurso del tiempo.
- Historia: otro aspecto del transcurso del tiempo, lo que ha sucedido antes o durante.
- Selección de la muestra: si la persona investigadora de la evaluación no puede impartir la intervención a todo el grupo, tiene que seleccionar un grupo más reducido o una muestra del estudio, que representa el grupo más amplio. Esto quiere decir que el grupo más pequeño tiene que representar las características del grupo más amplio para que los hallazgos puedan aplicarse al grupo del que se ha extraído dicha muestra.

- Deserción (o abandono): el término se refiere a las y los participantes del estudio que lo dejan o pueden perderse para el seguimiento.
- Instrumentos de medición: existen evidencias de que las personas pueden aprender por el mero hecho de haber contestado las preguntas de evaluación.

Validez externa

La validez externa significa que los hallazgos de la evaluación de una intervención preventiva pueden generalizarse (o aplicarse) a otras situaciones y poblaciones.

- Generalizabilidad: ¿son los resultados aplicables a la población más amplia de la cual se obtuvo la muestra para la evaluación?
- Transferibilidad: ¿se podrían replicar los resultados por otras personas que estén interesadas en implementar la intervención?
- Contexto de la intervención o implementación: pueden incluir las condiciones de la intervención, así como la hora del día o período del año, la ubicación, la iluminación, o el ruido relacionados con la intervención.
- Efectos pre-/post-test: hay un efecto de aprendizaje que ocurre sencillamente al experimentar el pre-test o post-test.
- Otra amenaza a la validez es lo que se denomina la “reactividad a la investigación” o la “reactividad a la intervención”. Ésta se produce cuando la conciencia de quienes están participando en una intervención o como parte de un estudio

de investigación afecta a la forma en la que responden a la intervención (p.ej., intentar deliberadamente “triunfar” o “fracasar”) o cómo responden a los instrumentos de investigación como los cuestionarios. Los términos relacionados incluyen el efecto placebo (cuando una intervención tiene un efecto positivo en los resultados solo porque las y los receptores creen que lo tiene); efectos de la novedad (cuando las personas tienden a responder mejor a la introducción inicial de una intervención porque es novedosa y diferente a lo que generalmente se implementa, no porque sea más efectiva); y los efectos de Hawthorne (cuando las personas modifican su comportamiento habitual porque saben que son parte de un estudio de investigación o que están siendo monitorizadas por el personal de intervención).

Grupo de control o comparación.

Lo que queremos ver en toda evaluación es que se encontró que la intervención tenía una fuerte asociación entre la participación en la intervención y el resultado de interés, en nuestro caso el uso de sustancias. Para garantizar que la intervención sea la “causa” del resultado, es importante asegurarse de que otros factores no hayan jugado un papel en el resultado. Estos factores incluyen aquellos que se han mencionado anteriormente como la madurez, la historia, etc. ¿Cómo lo conseguimos? Incluyendo a un grupo de personas similares a aquellas que han participado en la intervención, pero que no han recibido la intervención. Este grupo se llama el grupo de control o de comparación.

El grupo de control también se llama “trato habitual” o “condiciones habituales”. En otras palabras, el grupo de control representa lo que le pasaría al grupo de intervención si el grupo de intervención no recibiera la intervención. El “trato habitual” puede referirse a no recibir ninguna intervención o a la práctica habitual. Un ejemplo de esto es cuando un nuevo currículum de prevención escolar se compara con las sesiones generales sanitarias y sociales que el alumnado recibe habitualmente. Esta es la esencia de un diseño de investigación robusto.

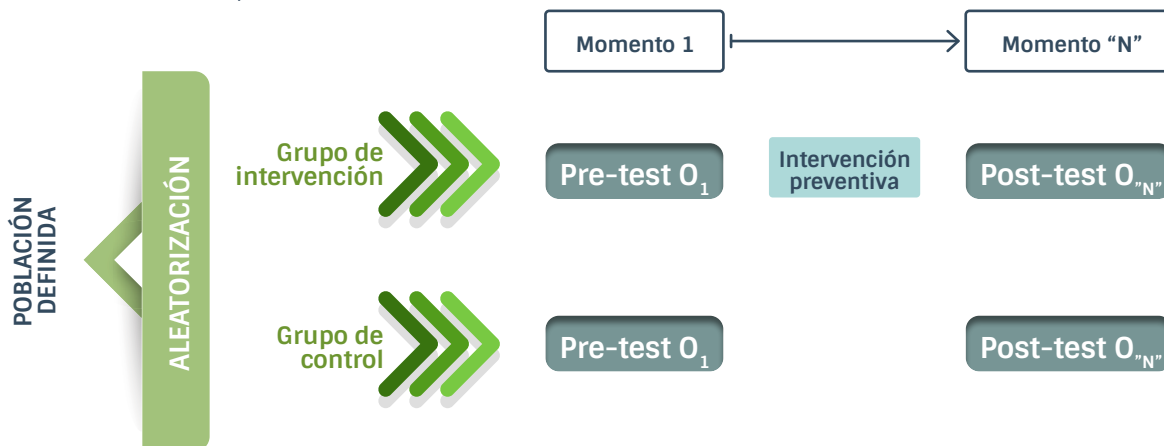
EJEMPLOS DE DISEÑOS DE EVALUACIÓN COMUNES

Hay una serie de diseños de investigación robustos que se utilizan para evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas. Cada uno tiene sus propias ventajas y desventajas.

El diseño experimental clásico es conocido habitualmente en inglés como RCT (*Randomized Control Trial*) (Figura 15). Éste está considerado como el más riguroso de los diseños de investigación y se utiliza frecuentemente en investigación clínica, así como en la investigación preventiva de alta calidad. Los elementos clave de este diseño son:

- Medidas apropiadas de resultados.
- Selección de un grupo de no-exposición/participación (grupo control) que tiene las mismas características que aquel que participa en la intervención.
- Asignación aleatoria de las personas participantes a los grupos de intervención y control.

FIGURA 15 | Diseño experimental clásico o RCT



- Recogida de datos antes de la participación en la intervención y en varios momentos después de la participación en la intervención para quienes reciben la intervención y en períodos de tiempo similares para las personas que no reciben la intervención.
- Clara comprensión de la exposición/participación en la intervención.
- Tiempo suficiente y adecuado después de la participación en la intervención para las medidas de los resultados (por ejemplo, para la iniciación en el uso de sustancias a los 16 años).

El RCT tiene algunas fortalezas y debilidades:

- Ayuda a demostrar las relaciones de causa y efecto entre la implementación de un programa de prevención y los resultados.

- El equipo de investigación puede asignar o determinar una intervención de manera precisa.
- Disminuye algunos tipos de sesgos mediante la asignación aleatoria de participantes a los grupos de intervención o control.
- A menudo requiere una gran muestra estudiada durante un largo período de tiempo, por lo que puede ser muy costosa y tardar mucho tiempo en generar resultados.
- Es posible que los resultados no imiten las condiciones de implementación del "mundo real" en la práctica habitual.
- Es posible que aún existan algunas diferencias ocultas entre los grupos estudiados que no se tienen en cuenta en el proceso de asignación aleatoria.

- No siempre responde a preguntas importantes como “¿qué funciona?”, “¿para quién?” y “¿en qué circunstancias?” Necesitará otros tipos de diseño de estudio (por ejemplo, estudios cualitativos) para obtener este tipo de conocimiento.

Diseño de series de tiempo interrumpidas

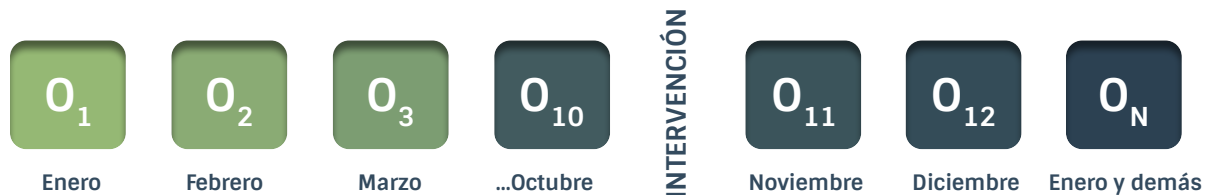
Un diseño alternativo que se utiliza cuando resulta difícil contar con un grupo de control o de comparación es el diseño de series de tiempo interrumpido (Figura 16). En este diseño, se toman hasta 100 medidas antes y después de la intervención para la población diana. Este tipo de diseño se ha usado con éxito para examinar la introducción de intervenciones de prevención ambiental. Por ejemplo, un gobierno podría decidir introducir un nuevo impuesto sobre el alcohol. En este caso no es posible asignar el grupo diana (es decir, a quienes son miembros de la sociedad) para recibir la intervención o no, como sería el caso con un diseño experimental RCT, ya que todos los productos de alcohol están afectados por el impuesto. Sin embargo, el diseño de series de tiempo interrumpido permite a la persona investigadora estudiar qué sucedió en las tendencias, en los

resultados de interés antes y después de la introducción del nuevo impuesto.

El diseño de series de tiempo interrumpido tiene fortalezas y debilidades.

- Son relativamente fáciles de llevar a cabo cuando los datos ya se recogen de forma habitual (por ejemplo, informes de delitos o ingresos en el hospital).
- Los buenos análisis pueden descartar las tendencias preexistentes y estacionales que existían antes de la introducción de la intervención (por ejemplo, un mayor consumo de alcohol durante las vacaciones escolares) o los cambios en la población en general (por ejemplo, una tendencia a largo plazo de disminución del consumo de alcohol en la población general).
- No puede dar cuenta de, pero tampoco descartar completamente, la posibilidad de que otros factores que ocurrieron al mismo tiempo que la intervención sean responsables de los hallazgos.
- Puede llevar mucho tiempo obtener datos suficientes para realizar el análisis.

FIGURA 16 | Diseño de series de tiempo interrumpidas



- Los resultados son a veces difíciles de interpretar cuando el resultado de interés ocurre raramente antes que se implemente una intervención.

Diseño pre-post test de un solo grupo

El diseño pre-post test de un solo grupo (a veces llamado “dentro del grupo”) es el más común de los diseños en la investigación de evaluación (Figura 17). Antes de la intervención preventiva, se recogen datos del grupo diana, este grupo recibe la intervención y luego se recogen datos similares a los recogidos antes de la intervención. La recogida de datos después de la intervención puede hacerse durante un período de tiempo que va desde inmediatamente después de la intervención hasta un año después de la intervención.

El diseño pre-post test de un solo grupo tiene fortalezas y debilidades.

- Son rápidos y fáciles de completar, son de bajo coste y pueden incorporarse a las actividades de monitorización de una organización preventiva.
- Se pueden usar herramientas sencillas como encuestas para recoger todos los datos.

- Se pueden usar para describir lo que le sucede a un grupo en particular cuando reciben una intervención.
- No se pueden utilizar para demostrar relaciones de causa y efecto.
- Solo se pueden demostrar cambios a corto plazo.
- No descartan explicaciones alternativas para cualquiera de los cambios observados.

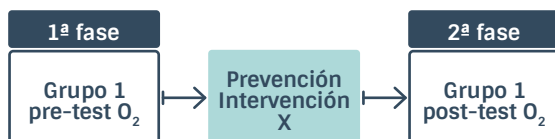
MUESTREO Y MEDICIÓN

El muestreo es un procedimiento común que se utiliza en investigación y ayuda a extrapolar la información recogida de un subgrupo más pequeño a la población más amplia de la que forma parte. El equipo de investigación adopta el método del muestreo cuando los recursos están restringidos en términos de tiempo, dinero o personal.

El proceso de muestreo incluye varios pasos.

- Definición y descripción de la población. ¿Cuáles son las características de la población? ¿Cuál es el desglose por género? ¿Cuántos son hombres?
- ¿Cuántas son mujeres? Quizás quisiéramos saber también si viven en ciudades, barrios residenciales o en zonas rurales.
- Acceso a la población. La realidad es que no se pueda alcanzar a toda la población; entonces la pregunta siguiente es: ¿a qué población puedo tener acceso? Generalmente, si se está llevando a cabo una encuesta a nivel nacional, puede que esté limitado a las personas que viven en hogares o que tienen ordenadores con acceso a internet.

FIGURA 17 | Pre-post test de un solo grupo



- Criterios de inclusión/exclusión. Definen quién va a estar en vuestro estudio y muestra, y a quién no se le incluirá en la muestra dentro de la misma población.

Cuando hablamos de medición, nos preocupa la fiabilidad y validez de la medición.

¿Hasta qué punto son estables las mediciones cuando se repiten en el tiempo? Esto representa la consistencia o fiabilidad. ¿Estamos midiendo lo que queremos medir?

Esto representa la validez. Afortunadamente, el campo de la prevención del uso de sustancias ha desarrollado instrumentos para valorar la efectividad de las intervenciones preventivas que se han utilizado en diferentes situaciones y para distintas poblaciones. El EMCDDA ha publicado muchos de estos instrumentos en su banco de evaluación de instrumentos¹⁸.

Como se ha mencionado anteriormente, existen dos tipos de datos que vais a querer recoger: cuantitativos y cualitativos. Existen muchas definiciones de estos tipos de datos. A continuación, se aportan algunos ejemplos.

Los datos cuantitativos generalmente:

- Proporcionan medidas de cantidad, p.ej., “¿Cuántas personas con edades entre los 12 y 17 años usaron cannabis/marihuana/hachís en los últimos treinta días?” O, para aquellas personas que han usado cannabis en los últimos treinta

días, “en promedio ¿cuántas veces en los últimos treinta días usaron cannabis?”.

- Miden los niveles de comportamiento y las tendencias a lo largo del tiempo.
- Son objetivos, estandarizados y se analizan a través de técnicas estadísticas especializadas y, dado que son estandarizados, se pueden recoger en todas las comunidades y grupos.

Las mediciones cualitativas generalmente:

- Son subjetivas y abordan las preguntas del tipo “¿por qué?” y “¿qué significa?”.
- Aportan comprensión del comportamiento, las tendencias y las percepciones.
- Son más explicativas y ayudan a interpretar los datos cuantitativos.

RECOGIDA DE DATOS, ANÁLISIS Y ESTADÍSTICAS

Una vez recogidas, las medidas necesitan transformarse en datos y en una forma que permita un mayor examen o análisis. El análisis de datos permite a quien evalúa describir sistemáticamente la población de estudio y empezar a contestar las preguntas de investigación que han conformado la base de la evaluación. Este proceso de descripción y de análisis adicional se ve facilitado por la utilización de métodos estadísticos.

18. <http://www.emcdda.europa.eu/eib>

La estadística descriptiva se utiliza para describir, mostrar y resumir los datos que habéis recogido de una manera significativa, como el promedio (media) de edad o la distribución por género. Los datos a menudo se presentan mediante una combinación de tablas, descripciones gráficas (por ejemplo, un gráfico de barras) y comentarios estadísticos (por ejemplo, una discusión de los resultados que explican lo que podrían significar). Las estadísticas descriptivas también se utilizan para resumir el uso de sustancias en poblaciones de interés. El informe ESPAD (Proyecto Europeo de Encuesta Escolar sobre el Alcohol y Otras Drogas) es un buen ejemplo de estadísticas descriptivas informativas y significativas¹⁹.

La estadística inferencial es más compleja que la estadística descriptiva y utiliza los datos reunidos de una muestra pequeña para sacar conclusiones de la población más amplia de la cual se extrajo la muestra. La estadística inferencial es valiosa cuando no es posible o práctico estudiar a todas y a todos los miembros de una población entera. Este tipo de estadística permite hacer operaciones como predecir la probabilidad de resultados observados o determinar si las diferencias encontradas dentro de una población y entre poblaciones ocurrieron por casualidad o no. Las estrategias de la estadística inferencial son muy importantes en cualquier estudio de evaluación de prevención. Sin embargo, debido a la complejidad del trabajo, aconsejaríamos trabajar conjuntamente con una institución de investigación, como una universidad, cuando se lleven a cabo estos análisis. A continuación, presentamos algunos consejos de cómo colaborar con ellas.

TRABAJAR CON UN EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN EVALUACIÓN —EL MODELO COLABORATIVO

En el planteamiento tradicional, quién evalúa de manera externa es independiente de la intervención (p.ej., un departamento universitario especializado) y toma decisiones con respecto a todos los aspectos de la evaluación, exceptuando aquellos aspectos relativos al personal de intervención. La interacción entre el personal de intervención y el equipo de evaluación generalmente se limita a lo esencial y es mínima para evitar sesgos.

Por el contrario, la evaluación colaborativa cuenta con la contribución del personal de intervención y la parte evaluadora trabaja con el personal de intervención a lo largo de la evaluación.

Una estrategia colaborativa supone que el personal de intervención y el personal de evaluación formen un equipo. Otras y otros miembros del equipo en el caso de tratarse de un modelo colaborativo pueden ser las partes involucradas que tienen interés en los resultados de la intervención preventiva. Sin embargo, es importante que los papeles, actividades, responsabilidades e interacciones del equipo estén bien definidas, o de lo contrario habrá expectativas que no se cumplan. Concretamente, es esencial establecer reuniones periódicas con las partes clave involucradas para revisar el avance y abordar los problemas a medida que van surgiendo, o si no el personal evaluador y de intervención se distanciarán. La Tabla 11 muestra cómo se

19. <http://www.espad.org>

pueden asumir los roles por ambas partes, utilizando sus conocimientos expertos al hacerlo.

La parte que evalúa de manera externa debe proporcionar servicios con buena relación calidad-precio y debe tener una experiencia relevante, así como las habilidades necesarias para llevar a cabo una

evaluación. Además, las personas evaluadoras deberían tener una comprensión de la implementación y las cuestiones organizativas, experiencia en evaluación de proyectos, intervenciones u organizaciones, buenos antecedentes con anterior clientela y un historial de publicaciones de resultados de evaluación.

TABLA 11 | Roles para el personal del programa y el equipo de evaluación externa

PASO DE LA EVALUACIÓN	PERSONAL DEL PROGRAMA	EQUIPO EVALUADOR EXTERNO
1. Implicar a las partes involucradas	Liderazgo Conocer bien a las partes involucradas y quién debería estar Implicada/o en la evaluación	Rol de apoyo Demostrar interés en implicar de manera efectiva a las partes involucradas
2. Describir la intervención preventiva	Rol compartido Compartir el conocimiento de la intervención preventiva	Rol compartido Implicar al personal del programa en la descripción de la intervención preventiva Liderazgo en la descripción de la intervención
3. Enfocar la evaluación	Rol compartido Identificar las preguntas de evaluación más importantes	Rol compartido Enfocar la evaluación y ayudar a desarrollar unas buenas preguntas de evaluación y desarrollar el diseño de evaluación
4. Reunir evidencia creíble	Rol de apoyo Ayudar a obtener acceso a datos existentes o en la solicitud de participación en nuevas actividades de recogida de datos	Liderazgo Tomar un rol de liderazgo en todas las actividades de recolección de datos, pero hacerlo conjuntamente con el personal del programa
5. Justificar las conclusiones	Rol compartido Ayudar a la parte evaluadora a interpretar la evidencia y desarrollar recomendaciones	Rol compartido Tomar un rol de liderazgo en todas las actividades de análisis de datos trabajando con el personal del programa
6. Garantizar el uso y compartir las lecciones aprendidas	Liderazgo Garantizar que los resultados se usen para informar sobre el programa	Rol de apoyo Presentar resultados de evaluación que promuevan el uso

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, 2010

El equipo de evaluación externa debería comprometerse con estándares elevados en investigación y aplicación práctica y saber trabajar con plazos estrictos. También necesitan comunicarse bien con el personal de la intervención y las partes involucradas, y adoptar los valores y estándares éticos de la organización implementadora.

USO DE REGISTROS DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

La mayoría de las veces no es necesario inventar un nuevo programa de prevención, sino que procuramos trabajar con programas efectivos existentes. Así que, ¿cómo encontrar intervenciones de prevención del uso de sustancias que funcionan? Afortunadamente, existe una serie de registros que han recogido intervenciones basadas en la evidencia en el campo de la prevención del uso de sustancias. Estos registros identifican las intervenciones que tienen una fuerte base empírica o de evidencias, y los mejores registros tienen una base de datos con motor de búsqueda donde podéis introducir términos clave relacionados tanto con las intervenciones como con el interés de la persona que busca.

Sin embargo, los registros tienen problemas, y por tanto se debe tener cuidado a la hora de cribar las

intervenciones que presentan. Los criterios utilizados para incluir una intervención en un registro pueden no cumplir con la calidad de los Estándares Internacionales de la UNODC. Los registros pueden confiar en la evidencia de efectividad presentada por la persona u organización que ha pedido la revisión. Por consiguiente, las evidencias revisadas pueden no incluir los resultados de evaluaciones que no han aportado ninguna evidencia de efectividad y las evaluaciones publicadas también pueden no aportar las nuevas evidencias que van surgiendo. Los registros también varían en cuanto a cómo presentan las evidencias. A pesar de esto, siguen siendo una gran fuente de información, enumerando muchas intervenciones de prevención evaluadas, con una descripción de los contenidos y de la ejecución.

Existen registros que es posible que queráis consultar en el proceso de búsqueda de la intervención preventiva adecuada para vuestra población diana y los problemas a los que se enfrenta en cuanto al uso de sustancias. Para Europa, estos incluyen Xchange ²⁰, la “Green list” en Alemania ²¹, el registro español ²² y el registro de Mentor UK ²³. Para los EE. UU. éstos incluyen Blueprints for Healthy Child Development ²⁴ y Preventing Drug Use among Children and Adolescents ²⁵.

20. <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange>

21. <http://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>

22. <http://prevencionbasadaenlaevidencia.net>

23. <http://cayt.mentor-adepris.org/cayt-database/>

24. <https://www.blueprintsprograms.org>

25. https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf

Xchange es un nuevo registro online europeo de programas de prevención basados en la evidencia. Todos los programas de prevención allí recogidos abordan los problemas relacionados con el uso de sustancias. El registro Xchange tiene en cuenta tanto los estudios europeos de evaluación que demuestran resultados beneficiosos relacionados con el uso de sustancias como la clasificación Blueprint (para los programas de origen estadounidense). Este registro proporciona información sobre la efectividad de los programas de prevención en Europa y más detalles sobre las adaptaciones locales en los idiomas nacionales. Toda esta información en conjunto contribuye a una toma de decisiones informada por parte de sus usuarias y usuarios.

Los criterios para que un programa se incluya en este registro son:

- El programa debe estar en activo (actualmente en uso en al menos un país de la Unión Europea).
- El programa debe ser considerado beneficioso en Europa por al menos un estudio de evaluación europeo.

Otra forma de consultar la investigación científica sobre el trabajo de prevención es consultar las revistas científicas, por ejemplo, Prevention Science²⁶. La publicación de investigaciones es un aspecto clave en la prevención moderna. Las revistas científicas pueden ayudar a encontrar publicaciones más recientes, ya que puede llevar algún tiempo a los sistemas de registro incorporar información de nuevos estudios.

EVALUACIONES EX ANTE

Al contrario que con las intervenciones basadas en la investigación, que tienen lugar durante y después de la implementación de una intervención preventiva, una evaluación ex ante es una herramienta de gestión de proyectos realizada antes de la implementación y diseñada para ayudar a la planificación del proyecto y la planificación de la evaluación. Los resultados de las evaluaciones ex ante se utilizan a menudo para optimizar el plan del proyecto y para determinar la relevancia de las acciones previstas para satisfacer las necesidades relacionadas con las sustancias en comparación con otras estrategias que pudieran adoptarse. La evaluación ex ante también proporciona información importante que sirve como base para la monitorización y la evaluación, y para ayudar a definir objetivos e identificar qué resultados son importantes, qué impacto podría esperarse de la ejecución del programa y el tipo de información que se necesita para valorar si el proyecto fue exitoso o no. Las personas responsables de tomar decisiones y las responsables de la financiación a veces utilizan los resultados de la evaluación ex ante para juzgar el valor de las propuestas que han recibido de entidades proveedoras externas en prevención.

El trabajo puede realizarse internamente o, al igual que con otros tipos de evaluación, se puede buscar experiencia adicional de una persona que evalúe de manera externa. La Comisión Europea proporciona principios generales y orientación útil para comprender y emprender este tipo de trabajo, aunque la

26. <http://www.preventionresearch.org/prevention-science-journal/>

orientación no se refiere directamente a la evaluación ex ante de los programas de prevención²⁷. Los

requisitos de información clave de este tipo de enfoque de evaluación se resumen en el cuadro siguiente.

REQUISITOS INFORMATIVOS ESENCIALES DE LAS EVALUACIONES EX ANTE

Análisis de problemas y evaluación de necesidades

- ¿Cual es el problema a resolver, cuáles son los principales factores y las partes interesadas implicadas?
- ¿Cual es el grupo diana y cuales son sus necesidades relacionadas con las sustancias?

Fijación de objetivos

- ¿Se han definido los objetivos generales, específicos y operativos de la intervención de prevención en relación a los resultados esperados?
- ¿Qué indicadores de evaluación se planifican para medir los inputs, los outputs, los resultados y los impactos?

Mecanismos de implementación alternativos y valoración de riesgos

- ¿Qué acciones preventivas alternativas se consideraron (incluyendo no hacer nada) y por qué se eligió la que se propone?
- ¿Qué riesgos (por ejemplo, costos de oportunidad, posibles resultados adversos) están involucrados en la implementación de la intervención y qué contramedidas se han tomado?

Valor añadido de la intervención

- ¿La intervención propuesta es complementaria y coherente con otras acciones asociadas?
- ¿Produce sinergias con ellos?
- Lecciones del pasado
- ¿Qué evidencia e información de evaluaciones anteriores, auditorías o resultados de estudios / experiencias de acciones similares están disponibles?
- ¿Cómo se pueden aplicar éstos para mejorar el diseño de la intervención?

Planificación futura de la monitorización y la evaluación

- ¿Son robustos los métodos propuestos para recoger, almacenar y analizar el sistema de monitoreo / evaluación de datos?
- ¿El sistema de monitorización / evaluación es completamente operativo desde el inicio de la implementación de la intervención?
- ¿Qué tipos de evaluaciones son necesarias, cuándo deben llevarse a cabo y quién debe hacerlo?

Ayudar a lograr rentabilidad

- ¿Cuáles son las diferentes implicaciones del coste de la opción de la intervención propuesta?
- ¿Se podrían lograr los mismos resultados con un coste menor o se podrían lograr mejores resultados con el mismo coste haciendo otra cosa?

27. http://ec.europa.eu/smart-regulation/evaluation/docs/ex_ante_guide_2001_en.pdf

PARTE II

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN DIFERENTES ESCENARIOS

- **CAPÍTULO 5**
Prevención Familiar
- **CAPÍTULO 6**
Prevención escolar y laboral
- **CAPÍTULO 7**
Prevención ambiental
- **CAPÍTULO 8**
Prevención mediática
- **CAPÍTULO 9**
Prevención comunitaria
- **CAPÍTULO 10**
La promoción y defensa de la prevención



CAPÍTULO 5

PREVENCIÓN FAMILIAR

La familia es sólo uno de los escenarios (a nivel micro) del trabajo en prevención. La atención aquí está puesta en los diferentes tipos de intervención basadas en la familia que existen, junto con los contenidos generales y específicos de estas intervenciones.

En este capítulo se presentan, como ejemplo, diversos programas basados en la evidencia para la prevención basada en la familia, tales como EFFEKT, el programa Functional Family Therapy y el Triple P- Programa de Parentalidad Positiva. Concluimos con una discusión sobre los desafíos que representa trabajar con las familias y cómo superarlos.

DEFINICIONES

“Familia” significa diferentes cosas para diferentes personas y, por tanto, se puede definir de diferentes formas. Distintos grupos académicos, como los de antropología, sociología, psicología y economía pueden definir y estudiar las familias de distintos modos. También personas de distintos países o culturas es posible que definan la familia de manera diferente. Por ejemplo, en los Estados Unidos, Canadá y muchos países europeos, la “familia” es comúnmente definida como la “familia nuclear”, lo que quiere decir una pareja e hijas/os, familias monoparentales o familias reconstituidas. En otras partes del mundo, la “familia” a menudo se define como la familia extensa que incluye a los las y los abuelos, tías/os, primas/os y otras/os parientes. Las altas tasas de divorcio y segundas nupcias en Europa en las últimas décadas han contribuido a aumentar el número de familias reconstituidas y familias monoparentales.

Familias como sistemas

Una manera en la que los grupos académicos piensan en las estructuras familiares es considerando éstas como sistemas, lo que significa que una familia es algo distinto de un mero grupo de personas que conviven juntas. Las familias son, en muchos sentidos, un grupo singular de personas y son distintas de los grupos de iguales u otros grupos sociales. A diferencia de la mayoría de los grupos sociales, las familias suelen componerse de personas con una relación sanguínea y lazos sociales fuertes. Debido a la cercanía de las relaciones y las tareas específicas de las familias, éstas crean distintos patrones de interacción que las definen.

Existen algunas formas comunes de interacción de la mayor parte de las familias, pero también hay muchas formas por las cuales las familias son diferentes unas de otras. Así como no hay dos personas exactamente iguales, no hay dos familias con la misma manera de relacionarse. Las familias desarrollarán su propia identidad, su propia forma de comportarse entre sus integrantes y con quienes no forman parte de la misma. Las y los miembros de la familia a menudo dirán y harán cosas de manera interna que jamás dirían o harían con personas de fuera de la familia.

Las familias pueden aportar apoyo social a sus integrantes y un sentido de pertenencia. El sentimiento de pertenencia es importante para nuestro desarrollo humano y nos ayuda a convertirnos en personas resilientes, con menor probabilidad de desarrollar problemas del comportamiento. Las formas en que las familias se estructuran —las actitudes, creencias y valores que apoyan— definirán su identidad e incidirán

en cómo interactúan con las demás personas y cómo esperan que las/los otras/os interactúen con ellas.

La socialización de la niña/o es una función familiar muy importante. La familia es generalmente el contexto en el que las y los niños aprenden las normas, valores, actitudes y comportamientos de su grupo. La familia generalmente aporta el contexto principal para la socialización, lo cual significa que es dentro de la familia que las niñas y niños aprenden cosas importantes como cómo hablar, las formas adecuadas de interactuar con las demás personas, y cómo compartir y gestionar las frustraciones. Las madres y padres inculcan estas reglas mediante varias formas de enseñanza, educación y disciplina.

TIPOS DE INTERVENCIONES BASADAS EN LA FAMILIA

Las intervenciones basadas en la familia, al igual que otras intervenciones preventivas, pueden definirse como universales, selectivas e indicadas.

Las intervenciones preventivas familiares también pueden caracterizarse en base a quién recibe la intervención dentro de la familia y a qué partes de la familia pretende cambiar la intervención.

Las intervenciones parentales se centran únicamente en cambiar prácticas parentales específicas, como la disciplina y la comunicación efectiva y pueden implicar solo a las madres y los padres. Las niñas y niños de la familia pueden asistir o no a la intervención.

Las intervenciones de habilidades familiares son generalmente de mayor alcance y suponen la formación de la madre y el padre para mejorar y fortalecer

las habilidades parentales y formar a las/os niñas/os en las habilidades personales o sociales; también implican la formación directa y la práctica de habilidades para la familia en su conjunto. El énfasis aquí va más allá de la parentalidad y abarca cómo madres, padres, hijos e hijas de la familia se influyen mutuamente y funcionan como una familia.

Las intervenciones en habilidades familiares se implementan algunas veces combinadas con otras intervenciones (por ejemplo, una intervención escolar en la misma comunidad) como parte de una estrategia de prevención más amplia y completa. Esta estrategia es a menudo implementada a nivel social debido a los múltiples y diversos factores (macro y micro) que influyen sobre el uso de sustancias por parte de la juventud. Algunas evidencias sugieren que la combinación de estrategias puede ser efectiva en la reducción del uso de sustancias en la población.

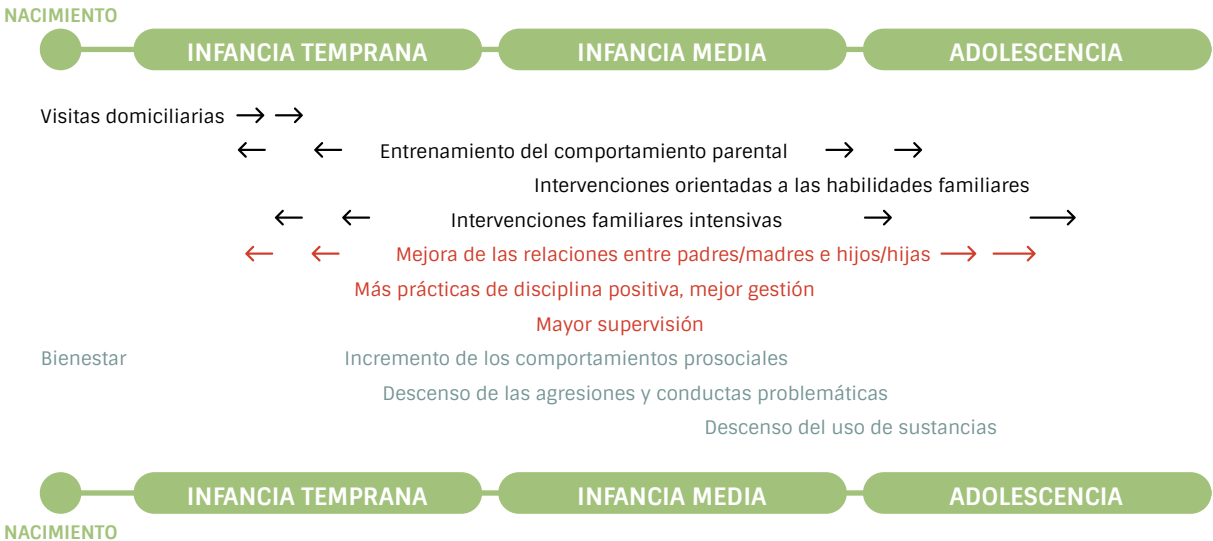
Algunas intervenciones se diseñan para ser intervenciones intensivas de terapia familiar que cambiarán los comportamientos problemáticos tempranos con el fin de que éstos no deriven en el uso de sustancias y comportamientos problemáticos más graves. Pueden existir diversas señales de que una familia podría beneficiarse de la intervención. A veces, éstas se reflejan en aspectos de la vida familiar, como la violencia, otras veces se reflejan en el comportamiento de las y los jóvenes fuera de los contextos familiares, como en la escuela o la comunidad. Las intervenciones familiares intensivas, como las intervenciones de terapia familiar para las personas jóvenes que ya empiezan a mostrar signos de algunos problemas, también pueden tener efectos importantes en la niñez y en la adolescencia.

Las estrategias parentales y las pautas de interacciones familiares serán diferentes conforme las niñas y los niños de la familia alcancen diferentes edades. Por tanto, las intervenciones para las familias con niñas y niños de diferentes edades tienen que incluir formación sobre los distintos procesos familiares y parentales. Los resultados de los programas familiares también están relacionados con la etapa del desarrollo. Los resultados en la primera infancia estarán relacionados con la salud, el bienestar y los comportamientos pro-sociales. En la segunda infancia y la adolescencia, los efectos adicionales incluyen la reducción o prevención de conductas problemáticas, como el uso de sustancias. La figura 18 muestra

las diversas estrategias (negro), metas de cambio (rojo) y resultados positivos (azul) para las intervenciones implementadas desde el nacimiento hasta la adolescencia.

La teoría que fundamenta las intervenciones familiares establece que, influyendo en los procesos familiares como la parentalidad, las intervenciones promoverán el comportamiento saludable en la juventud y prevendrán el desarrollo de un comportamiento problemático. La familia es una de las influencias más importantes a nivel micro sobre las características personales de una persona que pueden, en última instancia, llevar al uso de sustancias. La familia es un contexto importante para el desarrollo

FIGURA 18 | Intervenciones de prevención familiar según la etapa del desarrollo



y, si ésta no funciona adecuadamente, es más probable que las/los niñas/os tengan problemas. Sin embargo, cuando las familias funcionan bien puede descender la probabilidad de problemas. Las estrategias de intervención familiares pueden empezar antes del nacimiento, por ejemplo, los programas de visitas domiciliarias a mujeres embarazadas primizas y con dificultades socioeconómicas. Este tipo de intervenciones se centran en cambiar los comportamientos parentales, mejorando el bienestar de las madres, mejorando la relación madre-hija/o, y mejorando los resultados de desarrollo a largo plazo para las personas jóvenes.

Algunos de los factores familiares que más influyen sobre el desarrollo infantil y juvenil son los siguientes.

- Buenas relaciones parento-filiales. La calidad de las relaciones parento-filiales empieza en la primera infancia cuando las personas cuidadoras y las/los bebés crean un fuerte vínculo de apego, el cual seguirá siendo una influencia importante en el desarrollo durante toda la adolescencia. Aunque algunos aspectos de la relación cambian con el tiempo, si ésta se caracteriza por el cariño y el apoyo emocional positivo, tenderá a proteger a la persona joven de los comportamientos problemáticos. Los padres o madres que comparten su tiempo y están implicados de manera activa y positiva en la vida de su hija/o ayudan a construir este tipo de relaciones. Las intervenciones formativas dirigidas a madres y padres para gestionar el comportamiento favorecen mejores prácticas parentales, relaciones más sanas entre ellas/ellos y sus hijas e hijos, un comportamiento
- más positivo y menos negativo de las niñas y niños y de la juventud, y resultados a más largo plazo como la disminución del uso de sustancias en la adolescencia y la adultez temprana.
- Estrategias efectivas para la gestión del comportamiento. Socializar el comportamiento juvenil positivo y responder de forma apropiada a los comportamientos juveniles de riesgo son partes importantes del trabajo de madres y padres. El propósito de utilizar estrategias efectivas es para que madres y padres ayuden a la juventud a seguir y a interiorizar los estándares adecuados de comportamiento. Existen múltiples estrategias parentales que se utilizan para ayudar en este proceso, pero utilizar la disciplina efectiva —una disciplina que es clara y firme pero no severa (un enfoque “autoritativo” pero no “autoritario” o severo)— comunicando reglas y expectativas claras, y utilizando técnicas para supervisar dónde y con quién pasa el niño o la niña su tiempo también puede protegerle de las influencias negativas a nivel macro.
- Comunicar valores pro-familiares. Las familias que tienen valores profamiliares y procuran comunicarlos claramente a sus hijas/os ayudan a fomentar los comportamientos positivos y a reducir los de riesgo. Esto puede contrarrestar los fuertes valores negativos que pueden ser evidentes en algunos contextos sociales.
- Implicación en la vida del hijo o de la hija. Los padres y madres con implicación activa en la vida de sus hijos/hijas, compartiendo tiempo en actividades divertidas y positivas, ayudan a construir una relación parento-filial positiva. Estos tipos de

actividades comunican a la hija/o que la madre o padre se preocupa por su bienestar social, emocional y personal, y que la relación no consiste únicamente en la gestión del comportamiento, como por ejemplo seguir las reglas.

- Madres/padres que ofrecen apoyo emocional, cognitivo y material aportan una multitud de recursos para el desarrollo infantil saludable.

Si podemos fortalecer algunos de estos factores familiares críticos, implementando una intervención, entonces quizás podamos reducir los comportamientos como el uso de sustancias.

Uno de los desafíos que encontramos en algunas intervenciones centradas en la familia es que se llevan a cabo cuando muy pocas familias están haciendo el tipo de cosas que la intervención trata de prevenir. Es decir, puede ser que una intervención pretenda cambiar las aptitudes parentales a corto plazo, pero prevenir el consumo de drogas a largo plazo. Una vez más, la lógica es que cambiar los procesos familiares y parentales va a cambiar el desarrollo juvenil.

La cuestión que se plantea es “¿cuáles son las características centrales de una intervención que funciona?” Un estudio identificó varias características importantes de las intervenciones parentales efectivas para padres/madres de niños/niñas con edades comprendidas entre los 0 y 7 años que estaban relacionadas con mejores resultados. Hallaron que las intervenciones tuvieron mejores resultados cuando:

- Se centraban en interacciones parento-filiales positivas —cuando enseñaban cómo compartir

tiempo en situaciones no disciplinarias, como el juego, demostrando a padres y madres cómo mostrar entusiasmo y dar una atención positiva, y centrarse en actividades que son creativas y que fluyen libremente.

- Enseñaban a padres y madres sobre las emociones y a comunicarse en relación a las mismas, por ejemplo, cómo usar las habilidades de la escucha activa para reflejar lo que su hija/o está diciendo; para ayudar a padres y madres a reconocer, poner nombre y expresar las emociones de manera adecuada; y enseñar a los padres y madres a reducir la comunicación negativa como el sarcasmo.
- Enseñaban la disciplina efectiva en la forma de usar los *time out* (descansos o tiempos para tomarse un respiro) y a responder con coherencia.
- Estaban estructuradas para que padres y madres practicasen estas habilidades con sus hijas/hijos, en las sesiones y en el hogar. No eran juegos de rol, sino interacciones reales entre ellas/os y sus hijos/as.

CONTENIDOS GENERALES DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES

Las intervenciones familiares implican más de lo que se ha descrito anteriormente. Veremos en profundidad cómo se puede moldear el contenido de vuestra intervención específicamente para las madres y los padres, sus hijos e hijas y la familia en general.

CONTENIDO PARENTAL

Diversas intervenciones de habilidades familiares tienen diferentes tipos de actividades, pero el panel de revisión de la UNODC halló que las intervenciones de habilidades familiares más efectivas incluyen una serie de aspectos específicos.

Las intervenciones efectivas enseñan a padres y madres a mostrar receptividad y cómo responder adecuadamente a las necesidades y peticiones de sus hijos e hijas.

Se debería enseñar a madres y padres a mostrar afecto y empatía entre la pareja, a sus hijos/as y a otras personas. Deberían:

- Usar la atención positiva y hacerles saber a sus hijas/hijos cuando se comportan bien —no sólo cuando rompen las reglas.
- Hablar sobre sus propias emociones y las emociones de sus hijos/hijas para ayudarles a reconocer y expresar las emociones.
- Enseñarles la importancia de modelar el comportamiento adecuado —si padres o madres no quieren que sus hijos/hijas y adolescentes usen drogas entonces deben modelar este comportamiento.
- Aprender nuevas habilidades de afrontamiento y de gestión de la ira para afrontar la inevitabilidad del estrés y del cambio en la familia y en el contexto social más amplio.
- Aprender a actuar con sensibilidad —es decir, permitir a sus hijos/hijas tener algo de control y dirigir la situación, mientras que madres y padres siguen el juego.
- Tener expectativas adecuadas para la edad y momento del desarrollo de sus hijos/hijas (ver Anexo 2).

Actividades y contenidos adicionales deberían enseñar a los padres y a las madres a proporcionar una estructura. La estructura engloba muchas cosas, pero podría abarcar:

- Enseñar a padres y madres a utilizar estrategias de disciplina adecuadas para cada edad, especialmente ayudarlos a enseñar a las niñas y niños sobre las consecuencias de su comportamiento.
- Establecer y comunicar reglas claras para el hogar, y ayudar a niños y niñas a comprender las reglas y los valores de la sociedad.
- Reconocer cómo proteger a la niñez de posibles situaciones problemáticas en la familia y en la sociedad (podría ser en el barrio o en los medios de comunicación).
- Intentar alcanzar un acuerdo sobre las cuestiones centrales de cómo educar a hijos e hijas en las familias donde hay más de un padre/madre y ponerlo en práctica.
- Padres y madres que sepan supervisar efectivamente dónde están sus hijos/hijas, con quién están, y qué están haciendo.
- Gestionar los conflictos, resolver discusiones, y practicar el perdón —esto creará una atmósfera emocional cálida y abierta para la familia, y ayudará a mantener a hijos e hijas lejos de las discusiones de pareja.

- Rutinas específicas, como compartir la hora de la comida y rutinas para acostarse, que pueden ser divertidas y crear oportunidades para hablar con las hijas e hijos sobre temas importantes que valoras—sin entrar en sermones.

Las buenas intervenciones también pueden enseñar a madres y padres a implicarse en la vida escolar. Después de la familia, la escuela es una de las estructuras de socialización más importantes para la niña/o. Algunas madres o padres se muestran reticentes a interactuar con la escuela, pero la investigación revela que, cuando se ayuda a niñas y niños a formar vínculos fuertes en la escuela, tienen mejores experiencias escolares. Las vías para alcanzar esto incluyen:

- Madres y padres que supervisan y ayudan a sus hijas/hijos con el trabajo de la escuela cuando es posible.
- Madres y padres que se conectan con la escuela y saben lo que sucede en la escuela.

CONTENIDO PARA NIÑAS Y NIÑOS

Existen muchas habilidades importantes para la vida que las niñas y niños y la juventud, necesitan aprender, y se puede formar a madres y padres para enseñar estas habilidades a sus hijas e hijos.

Un conjunto de habilidades que las intervenciones pueden ayudar a desarrollar en niñas y niños son las capacidades emocionales. Las intervenciones también ayudan a madres y padres a reforzar estas habilidades mediante:

- El reconocimiento de sus propias emociones y las de las demás personas.
- La expresión de sus emociones de forma adecuada.
- La gestión de las emociones difíciles.
- El sentimiento y la muestra de empatía hacia otras personas cuando están sufriendo.
- Ser capaces de recibir la retroalimentación sobre su persona sin ponerse a la defensiva —éste es un buen modo para aprender sobre sí misma/o y sus relaciones.

Otra habilidad útil para el desarrollo de la juventud es la orientación hacia el futuro. Las niñas y niños, y especialmente la población adolescente que es capaz de pensar en el futuro, tienen una visión positiva de éste, pueden establecer metas realistas y entender cómo algunos tipos de comportamiento —como el uso de sustancias— pueden impedir que alcancen sus metas.

La población infantil y la juvenil pueden desarrollar habilidades efectivas para resolver problemas que les ayudarán cuando se encuentren en situaciones sociales difíciles con sus iguales y necesiten encontrar la mejor solución al problema.

También pueden aprender a cuidar de su persona de una manera saludable —incluyendo la alimentación, la salud física, cómo el uso de sustancias afectará a su cerebro, el desarrollo físico, el comportamiento, las emociones, el desarrollo cognitivo, la vida social con amistades y familia, el rendimiento escolar y las oportunidades futuras.

Las intervenciones efectivas deberían enseñar a la juventud a interactuar de forma positiva con otras personas, como hacer turnos y trabajar en equipo. Esto les puede ayudar a empezar a entender cómo encajan en un mundo más amplio, cómo las relaciones pueden ser positivas para ellas/ellos y como alejarse de las malas relaciones.

Las intervenciones también pueden reforzar valores como el respeto-respeto hacia las diferencias individuales y respeto hacia grupos que son importantes en una sociedad, como las personas mayores y la autoridad.

Las personas jóvenes pueden aprender a comunicarse efectivamente a través de la escucha activa y la expresión clara de sus necesidades. Utilizar estas habilidades de forma efectiva puede ayudar a calmar situaciones de conflicto.

Muchas intervenciones efectivas se centran en enseñar a la juventud habilidades de resistencia a la presión de grupo, para que puedan desviar las propuestas de quienes en su grupo de iguales intenten influir en sus decisiones e implicarles en el uso de sustancias.

CONTENIDO PARA LA FAMILIA

En las intervenciones de habilidades familiares, es importante que las familias puedan practicar las habilidades al mismo tiempo, ya que les ayudará a aprender a responder, a prestarse atención y a animarse mutuamente de manera positiva y con sensibilidad, utilizando elogios y recompensas.

Para comunicar de manera efectiva, las familias pueden aprender a escuchar detenidamente, a comunicar

claramente sobre los roles y responsabilidades y a discutir con calma los temas que a menudo resultan difíciles de abordar para las madres, padres e hijas/hijos, como por ejemplo el uso de sustancias y la sexualidad.

Las familias también pueden organizar y estructurar su vida familiar conjuntamente, empleando la claridad, la coherencia y la justicia respecto a la disciplina, resolviendo de manera coordinada los conflictos inevitables de la vida familiar mediante la discusión abierta y otros métodos recomendados por la intervención.

PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Se ha encontrado que las siguientes intervenciones tienen resultados prometedores, según diversas evaluaciones en diferentes países europeos. La selección de estos programas se basa en las clasificaciones en el registro Xchange del EMCDDA. Las incluimos como ejemplos que pueden guiar vuestra búsqueda de una intervención adecuada en vuestro contexto. Aquí tratamos EFFEKT, *Functional Family Therapy* y el programa Triple P.

EFFEKT es una intervención que ha sido calificada como “beneficiosa” en el registro de Xchange. Es una intervención de prevención universal para jóvenes con edades comprendidas entre los 13 y 16 años, que procura prevenir el uso de sustancias en adolescentes mediante el cambio de las actitudes de sus madres/padres. A madres y padres se les anima a comunicar a sus hijas/hijos políticas de cero-tolerancia en cuanto al consumo de alcohol. La información se divulga a las madres y padres en reuniones en

la escuela al principio de cada trimestre y a través de cartas enviadas a intervalos regulares a su casa durante el año escolar. A las madres y padres también se les envían catálogos detallando actividades organizadas que tienen lugar en la comunidad para que sus hijas/os tengan una manera constructiva de usar su tiempo.

El programa *Functional Family Therapy* [Terapia Familiar Funcional] es una intervención de prevención indicada para jóvenes en riesgo con edades comprendidas entre los 11 y 18 años. Está clasificado como con “potencialmente beneficioso” en el registro Xchange. El programa persigue que se reduzca la implicación en delitos y en la delincuencia, prevenir el uso de sustancias y que mantengan buenas relaciones con los padres y las madres. Las habilidades parentales, el cumplimiento por parte de las y los jóvenes y la gama completa de habilidades cognitivas, emocionales y de comportamiento son el objetivo del cambio basado en el perfil específico de los factores de riesgo y de protección de cada familia.

El Programa de Parentalidad Positiva Triple P²⁰ es una estrategia de apoyo familiar y parental dirigida a la prevención que ha sido diseñada para prevenir problemas graves de comportamiento, emocionales y evolutivos en niñas y niños, fomentando los conocimientos, habilidades, y confianza de las madres y los padres (Figura 19). Triple P no está incluido todavía en Xchange, pero otro registro, Blueprints, lo clasifica como “prometedor”. Aunque existen múltiples versiones del programa,

son cinco los principios centrales de la parentalidad positiva que forman la base del programa y abordan los factores específicos de riesgo y de protección conocidos como predictores de resultados positivos respecto a un desarrollo y una salud mental saludable en la infancia. Estos principios centrales consisten en (1) garantizar un entorno seguro y atractivo, (2) crear un entorno de aprendizaje positivo, (3) utilizar la disciplina asertiva, (4) tener expectativas realistas y (5) cuidarse como madre o padre.

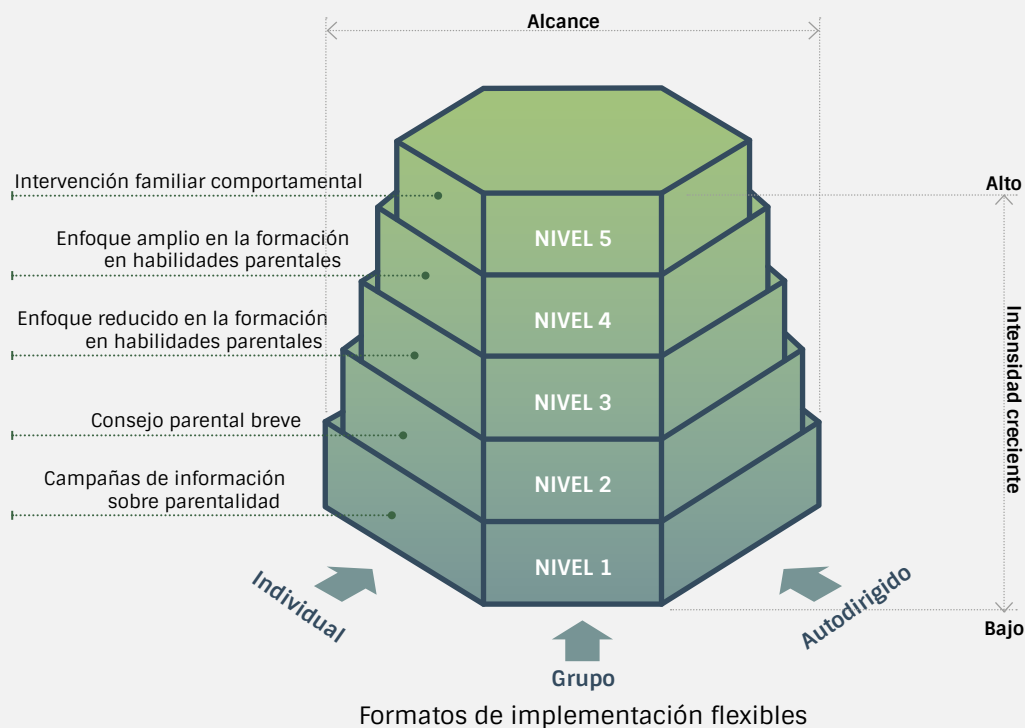
Otro programa de uso común es el Strengthening Families Program 10-14. Este programa goza de muy buenas evidencias científicas de efectividad en los Estados Unidos con una clasificación de “prometedor” por parte de Blueprints, sin embargo, ya que aún no cuenta con una buena evidencia científica de su implementación en Europa, Xchange no lo ha catalogado como un programa efectivo.

RETOS

Existen muchos retos y obstáculos para que las organizaciones y familias adopten estos tipos de intervenciones. Algunos de estos retos residen sencillamente en implementar la intervención, pero muchos de los retos tienen que ver con implementarla de forma suficientemente amplia para que tenga un efecto significativo. Vamos a describir algunos de los retos y dar consejos en cuanto a cómo superarlos.

28. Más información en <https://www.triplep.net/glo-es/home/>

FIGURA 19 | Programa Triple P



Los mayores obstáculos a la implementación efectiva de las intervenciones de prevención centradas en la familia, especialmente las intervenciones familiares universales y selectivas, son el reclutamiento y la retención de las familias. La investigación demuestra que las intervenciones basadas en la familia suelen tener bajas tasas de participación. Cuando se está reclutando para intervenciones

universales las tasas suelen estar entre el 10% y el 30% de las familias elegibles. Cuando las intervenciones son dirigidas, como con las intervenciones indicadas para las familias de jóvenes que ya muestran algunos comportamientos problemáticos, las tasas pueden ser más altas: entre el 40% y el 60%. Sin embargo, también sabemos que las tasas de participación pueden ser más bajas entre las

familias desfavorecidas. Unas tasas bajas pueden significar que la intervención no tiene el alcance suficiente para poder incidir en la salud pública.

La investigación ha identificado algunos de los obstáculos más comunes para participar en las típicas intervenciones familiares de formato de grupo.

- Las madres y padres no conocen la intervención. Puede ser que la información sobre la intervención no esté llegando a las familias que quizás necesiten esta intervención.
- La manera en que las familias piensan y sienten respecto del programa también influirá si acuden o no a la intervención.
- Las familias están muy ocupadas y tienen poco tiempo. Poder acudir a una intervención que puede durar 2 o 3 horas una tarde a la semana puede resultar difícil de conseguir para algunas familias debido a una apretada agenda.
- A veces las intervenciones se imparten en ubicaciones que dificultan que las familias lleguen a la intervención. Puede que no tengan transporte o tengan que recorrer un largo camino.

Se pueden desarrollar estrategias para superar estos retos (ver Figuras 20-22).

Las estrategias serán diferentes para cada comunidad debido a los recursos que tienen disponibles, pero, por lo general, hay buenas maneras de comunicar la información sobre la intervención.

Un modo muy bueno es implicando los medios de comunicación. Cuando sea posible, las organizaciones pueden trabajar para conseguir que se publiquen

FIGURA 20 | Obstáculos para las familias 1

Obstáculos:
Desconocimiento
del programa



Posibles soluciones:

Publicitar el programa de forma más eficaz

- Medios de comunicación
- Relaciones personales y profesionales
- “Boca a boca”

historias sobre la intervención en el periódico o en la radio. Las redes sociales también han resultado eficaces para la difusión en algunas comunidades. Triple P ha utilizado este medio de manera muy eficaz para aumentar el conocimiento de que se está implementando el programa. Un estudio halló que, cuando se utilizaron este tipo de estrategias, hasta el 80% de las madres y padres en la comunidad habían oído hablar de la intervención.

Utilizar vuestra propia red profesional para ayudar a difundir también es una gran estrategia. Basaros en vuestras conexiones con otras organizaciones que trabajan con gente joven y familias para ayudar a informar a las familias también resulta útil. Las familias se sienten más cómodas si reciben la información de una fuente en la que confían.

FIGURA 21 | Obstáculos para las familias 2

Obstáculos:
Normas parentales,
actitudes, creencias



Posibles soluciones:

- “Normalizar” el programa
- Utilizar un lenguaje positivo
- Personalizar el programa -centrarse en las necesidades familiares

FIGURA 22 | Obstáculos para las familias 3

Obstáculo:
Logísticos: Demanda de tiempo
conflictiva y el acceso al programa



Posibles soluciones:

- Ser flexible en la programación
- Encontrar el momento más conveniente
- Espacios convenientes y facilidades de transporte
- Incentivos: comidas, guardería, financieros...

A veces las madres y padres comparten la opinión de que la intervención es sólo para los “malos” padres o “malas” madres, tienen la percepción que su familia no se beneficiará de la intervención porque no la necesitan o puede ser que hayan tenido experiencias anteriores negativas con servicios sociales/familiares, lo que hace que sea menos probable que quieran acudir a otra intervención. Es importante asegurarse de utilizar un lenguaje positivo y “normalizar” lo que hace la intervención en vuestra comunicación con las familias. La manera en que se describe la intervención en los folletos y en los medios de comunicación puede ayudar a conformar las opiniones de las familias sobre si la intervención será apropiada para su familia o no.

A veces puede ser que las madres o padres no vean la necesidad de una intervención y piensen que no les

será muy beneficiosa. Poder comunicar a las familias cómo la intervención aborda sus necesidades específicas puede aumentar la aceptabilidad de la intervención. A veces se consigue mediante anuncios bien escritos que destaquen algunos puntos específicos de la intervención. Pero otras veces puede resultar más útil tratar la intervención directamente con las familias, bien visitándolas en sus hogares o proporcionando formatos de grupo donde pueden aprender más sobre qué aporta la intervención.

Algunos de los obstáculos más comunes expresados por las familias son sencillamente los retos logísticos de encajar una sesión de intervención familiar de 2 horas dentro de una apretada agenda familiar. Programar las sesiones para adaptarse al mayor número de familias posible ayudará a mantener la

asistencia. Es importante ser flexible a la hora de programar cuándo hacer las sesiones para que madres y padres puedan encontrar el tiempo en su agenda familiar. Utilizar horas de reunión naturales, como en torno a eventos escolares como la tarde de padres y madres, como se hace en el programa EFFEKT descrito antes, puede ayudar a dar cabida a las agendas apretadas. Pero es importante mostrar respeto con el tiempo familiar positivo que es, después de todo, una de los aspectos que estas intervenciones pretenden fomentar.

Encontrar una ubicación conveniente y ayudar con el transporte facilitará una mejor asistencia. Seleccionar un sitio estratégico que la gente ya visita con frecuencia puede ser ideal. A ser posible, cerca de los hogares, pero en las grandes ciudades o zonas más rurales, quizás no sea posible y el transporte puede ser un problema. Algunas intervenciones incluyen una ayuda para pagar el transporte a la intervención.

Incentivos para la participación pueden resultar de ayuda para motivar a las familias a venir y también pueden ayudar a superar otros obstáculos logísticos. Por ejemplo, ofrecer una cena y servicio de guardería a las familias puede hacer que sea más fácil para las familias organizarse y llegar a las sesiones que se hacen por la noche. Es útil consultar con las personas expertas locales para averiguar qué clase de incentivos podrían ser más útiles.

Reclutar familias no es la simple tarea de anunciar la intervención y luego esperar a que vengan las familias. Pensar detenidamente sobre cómo son las familias, qué necesitan y cómo están conectadas las unas con las otras y con los demás contextos

sociales como las escuelas, barrios y servicios puede ayudar a crear un plan claro para reclutar y retener a las familias. Por ejemplo, si las familias son de bajo nivel socioeconómico, entonces quizás los incentivos financieros sean útiles. Crear relaciones fuertes y respetuosas con las familias que tengan interés en la intervención, mantener el contacto con las familias, aunque al principio no asistan, y mantener las promesas realizadas puede ayudar a establecer lazos de confianza con las familias y mejorar la reputación de la intervención dentro de la sociedad para reclutar familias. Utilizar diversas estrategias, más que depender de una sola, también será más efectivo. Utilizar mensajes múltiples, distribuidos de múltiples maneras en múltiples momentos. Las intervenciones a menudo recomiendan transmitir el mensaje a las familias en al menos tres maneras distintas, porque pueden hacer falta muchos intentos para captar su atención.



CAPÍTULO 6

PREVENCIÓN ESCOLAR Y LABORAL

Otros contextos para el trabajo de la prevención son la escuela y el lugar de trabajo, ambos contextos de nivel micro. Empezamos revisando las características de las intervenciones de prevención escolar y sus objetivos, y también cómo aplicar la teoría a la práctica. Para la prevención escolar, enfatizamos el uso de los datos del alumnado cuando trabajamos en una intervención. Unplugged, the Good Behaviour Game y KiVa son programas basados en la evidencia que se muestran aquí como intervenciones efectivas para la prevención en el contexto escolar.

Desafortunadamente, no existen muchas intervenciones de prevención en el contexto laboral de trabajo en Europa, e incluso menos que estén basadas en la evidencia. Esperamos que este capítulo pueda ofrecer alguna inspiración para que la gente se implique en la prevención laboral. Describimos las características del trabajo de la prevención laboral y se revisan los obstáculos que se pueden encontrar.

LA PREVENCIÓN ESCOLAR

Para la infancia y adolescencia los dos mejores espacios para la prevención del uso de sustancias son la familia y la escuela. De hecho, es probable que muchas niñas/niños pasen más tiempo en la escuela que con sus madres y padres, o al menos con una o uno. Una ventaja de las escuelas (Tabla 12) es que las intervenciones se pueden implementar con toda la población escolar (universal) y no sólo con quienes están en un grupo de alto riesgo (selectiva) o aquellas personas que son vulnerables (indicada). Toda la población infantil se puede beneficiar potencialmente de las intervenciones universales en las

escuelas, puesto que todas las niñas y los niños se enfrentan a cierto grado de riesgo. Además, los mensajes transmitidos a toda la población infantil en las escuelas pueden transmitirse sin estigmatizar a las personas receptoras, porque la intervención no consiste en identificar y aislar a los grupos de jóvenes que ya han empezado a usar alguna sustancia. De hecho, se ha demostrado que juntar a jóvenes de alto riesgo en un solo grupo aumenta su comportamiento de riesgo (Poulin and Dishion, 2001).

Existen escuelas de todas las formas, tamaños y configuraciones pero, en casi todos los países, las escuelas preparan a los grupos de jóvenes para convertirse en miembros de pleno derecho en sus familias, lugares de trabajo y la sociedad en general. Sin embargo, las escuelas y la educación logran mucho más que esto. Un informe de políticas del Banco Mundial de 2007 (Hanushek y Wößmann, 2007) mediante los análisis de los datos educativos y economías nacionales mostró que “existen fuertes evidencias de que las habilidades cognitivas de la población —más que el mero rendimiento escolar— están fuertemente relacionadas con los ingresos individuales, con la distribución de la renta, y con el crecimiento económico”. Las habilidades cognitivas abordan la habilidad del alumnado de:

- Pensar por sí mismas/os y afrontar problemas de una manera razonada y cuidadosamente considerada, tanto por sí solas/solos como en colaboración con otras/otros.
- Razonar, conceptualizar y resolver problemas usando una información poco familiar o nuevos procedimientos.

TABLA 12 | Tipos y eficacia de las intervenciones preventivas escolares

INTERVENCIÓN	NIVEL DE RIESGO	INDICADOR DE EFICACIA
Educación preventiva basada en habilidades sociales y personales e influencia social	Universal y selectivo Población general y grupos de riesgo	*** Buena
Cultura y política escolar	Universal Población general	** Adecuada
Dirigidas a las vulnerabilidades psicológicas individuales	Indicada Personas en riesgo	** Adecuada

- Sacar conclusiones y dar con soluciones analizando las relaciones entre ciertos problemas, cuestiones, o condiciones.

La escuela, como la familia, es uno de los entornos a nivel micro que sirve como institución clave a la hora de moldear el desarrollo de la infancia y sus actitudes y comportamiento pro-sociales. Existen muchas interacciones complejas entre las características biológicas, personales, sociales y ambientales que afectan al comportamiento humano. Estas interacciones moldean los valores, creencias, actitudes y comportamientos de la infancia y la juventud, y son de particular importancia para el desarrollo físico, emocional y social desde la infancia a la adolescencia, y de la adolescencia a la edad adulta. La escuela puede incidir en cómo la población infantil y joven percibe lo aceptable o no aceptable que sean varios comportamientos positivos y negativos. Por lo tanto, las intervenciones en la escuela pueden afectar a la vulnerabilidad y al riesgo de comportamientos específicos de una persona, y al uso de sustancias en particular.

La prevención escolar puede ser de interés para la universidad u otro entorno de educación superior. Su alumnado a menudo está especialmente en riesgo del uso de sustancias. Esto se debe a que se han mudado del hogar familiar a un entorno donde tienen mayor independencia y se espera que tengan control sobre una variedad de comportamientos sociales y relacionados con la salud. Además, en el entorno escolar, ciertas sustancias pueden estar disponibles para su uso, y puede existir una cierta cultura de uso de sustancias en las organizaciones y los eventos estudiantiles.

Es especialmente importante crear y mantener un clima escolar positivo, pero las escuelas tienen también un rol importante en la prevención del uso de sustancias en al menos tres áreas clave adicionales:

- Estrategias comportamentales —prevenir o al menos retrasar el uso de sustancias por parte de la gente joven intentando inculcar valores, normas, creencias y actitudes contrarias al uso de

sustancias, y proporcionándoles las habilidades para hacer frente de manera efectiva a sus iguales que quizá les inviten al uso de sustancias.

- Prevención ambiental —desarrollar políticas razonables, claras y coherentes, dirigidas al consumo y venta de todas las sustancias, incluidas el alcohol y el tabaco, en la escuela y en sus proximidades, y en todos los actos patrocinados por la escuela.
- Reducir las consecuencias adversas asociadas con el consumo —tratando al alumnado que consume con sensibilidad y respeto, derivándoles hacia los servicios de asesoramiento y apoyo adecuados (incluyendo el tratamiento si es necesario), y ayudándoles a reducir o a abandonar el uso de sustancias.

La ciencia de la prevención, en la investigación sobre las intervenciones de prevención escolar, ha demostrado que este tipo de prevención tiene éxito, aumentando el rendimiento académico y previniendo el abandono escolar (Gasper, 2011), dos importantes metas académicas. Por tanto, el equipo coordinador de la prevención tiene que poder argumentar que encontrar tiempo para la prevención del uso de sustancias beneficia tanto a la escuela como a sus alumnos.

LA DISPOSICIÓN DE LA ESCUELA

Para empezar, se debe evaluar la disposición de la escuela para adoptar e implementar programas y estrategias de prevención del uso de sustancias (Greenberg *et al.*, 2005). Aquí hay algunas cuestiones clave a considerar. Todos estos factores se deberían

valorar antes de seleccionar una estrategia preventiva.

- ¿Existe apoyo administrativo para encontrar tiempo para la programación de la prevención del uso de sustancias durante el horario escolar?
- ¿Hay capital humano con las habilidades requeridas disponible para implementar los programas?
- ¿Hay recursos para pagar los materiales relacionados con la programación, la formación de profesorado, profesorado de sustitución para cubrir las aulas durante la formación, y la asistencia técnica del seguimiento?
- ¿Existe asistencia técnica y formación de alta calidad disponible para guiar al personal de la escuela en la implementación exitosa de los programas de prevención y para responder a los desafíos a medida que vayan surgiendo?

Es importante que la administración de la escuela y de las autoridades educativas correspondientes proporcionen tanto el apoyo a un programa en particular como el liderazgo necesario para garantizar su adopción e implementación efectiva (Sloboda *et al.*, 2014; Wandersman *et al.*, 2008).

Sin embargo, también son necesarios muchos otros factores. La escuela debería haber articulado una visión de qué clase de entorno busca para respaldar el desarrollo educativo y social de sus estudiantes. Esta visión debería ir acompañada de unos objetivos vinculados, uno de los cuales debería ser garantizar que el entorno escolar esté libre de alcohol, tabaco y otras sustancias.

Se necesitan planes para clarificar los roles y las responsabilidades para implementar las políticas e

intervenciones de prevención, cómo se va a evaluar el funcionamiento de las intervenciones y cómo la evaluación se va a vincular al desarrollo profesional. El plan debería incluir una valoración de la capacidad de la escuela para implementar la intervención.

OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN ESCOLAR

Las estrategias efectivas de prevención del uso de sustancias se han diseñado para abordar las diferentes etapas del desarrollo de la infancia, la adolescencia y otros grupos de estudiantes (Ginsburg, 1982; UNODC, 2013). Como se describe en los Estándares Internacionales de UNODC, no todas las actividades y programas de prevención escolar serán efectivos para toda la población en edad escolar, por lo que las intervenciones solo deben implementarse con aquellos grupos de edad para los cuales existe evidencia de efectividad.

Por ejemplo, para niñas y niños en la infancia intermedia, las estrategias de prevención del uso de sustancias deberían ser relativamente sencillas y centrarse en impartir instrucciones simples y sencillas —p.ej. el personal médico te administra medicina cuando padeces alguna enfermedad para que te pongas bien; la medicina puede ser mala para ti si la tomas sin consejo médico; administrar medicina a las demás personas es peligroso, aunque te lo pidan. El profesorado puede implementar estrategias diseñadas para recompensar el comportamiento pro-social y sancionar el comportamiento impulsivo o inapropiado.

Con orientación, la población en la primera etapa de la adolescencia puede desarrollar valores y actitudes positivos que están en contra del uso de sustancias,

y sobre los que se pueden basar sus decisiones de si consumirlas o no. El alumnado puede familiarizarse con las políticas de su escuela con respecto a las sustancias psicoactivas y con las consecuencias de las infracciones. Pueden entender cómo la publicidad intenta influenciarles para tomar alcohol y otras sustancias; y pueden aprender sobre las consecuencias adversas del alcohol, del tabaco, y del consumo de otras sustancias sobre los sentimientos, las percepciones, sobre el comportamiento saludable y sobre su cerebro en desarrollo. También deberían seguir desarrollando y practicando una gama de habilidades personales y sociales relacionadas con la edad.

Para la población adolescente más mayor, el alumnado debería ser capaz de utilizar sus valores, habilidades de toma de decisiones, y diversas habilidades para la vida — particularmente sus habilidades de asertividad o “resistencia”—en situaciones en las que se toman sustancias o donde se les podría invitar a tomar sustancias. También deberían aprender sobre las sanciones sociales relacionadas con el uso de sustancias ilícitas. Finalmente, se les puede enseñar una serie de estrategias para reducir los efectos adversos del uso de sustancias (Marlatt *et al.*, 2011). Como se ha visto, estas pueden acentuar los peligros de beber y conducir o de ir en un coche conducido por una persona que ha estado bebiendo.

Claramente, las intervenciones de prevención basadas en la evidencia deben ser cuidadosamente emparejadas con la etapa de desarrollo de la población a la que se dirigen para ser efectivas. La ciencia de la prevención por tanto se construye sobre el desarrollo de la infancia y cómo llegar mejor a esta población en cada etapa de desarrollo.

FIGURA 23 | El informe ESPAD 2015



Fuente: <http://www.espad.org/>

DATOS SOBRE EL USO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES

Los datos sobre el uso de sustancias en estudiantes son útiles para comprender el alcance del uso y su naturaleza, incluyendo qué tipos de sustancias

psicoactivas consumen. Capítulos anteriores en este currículum han abordado el tema de llevar a cabo evaluaciones de necesidades, que impliquen recoger y/o analizar los datos existentes para describir el problema del uso de sustancias. Las evaluaciones de

necesidades para describir el uso de sustancias entre estudiantes incluyen datos sobre los tipos de sustancias que toman, la frecuencia, y la vía de administración; las procedencias de las sustancias que se consumen; las características de quienes las consumen, incluido el género, la edad, la etnia, el barrio, el absentismo escolar, y la salud física y emocional; y la edad del primer uso, así como la primera sustancia que se tomó.

Las encuestas entre estudiantes llevadas a cabo en el contexto escolar se consideran generalmente el mejor método global para recoger datos sobre el uso de sustancias en estudiantes. Estos datos forman el núcleo de los esfuerzos de recogida de datos que pueden incluir otros tipos de datos cualitativos y cuantitativos. Aunque realizar encuestas con estudiantes es relativamente económico y proporciona la mejor información sobre los patrones actuales del uso de sustancias y las percepciones relacionadas, estas encuestas pueden ser difíciles de desarrollar, administrar y puntuar, y los datos pueden ser difíciles de analizar e interpretar.

Es posible que las escuelas también elijan usar los resultados de encuestas que han llevado a cabo otras organizaciones. En este sentido, recomendamos en particular el ESPAD²⁹ (proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas) (ver figura 23) y la encuesta internacional colaborativa de la OMS sobre comportamiento saludable de la población en edad escolar³⁰. Algunos países pueden confiar en las encuestas nacionales también. Aunque algunas de

estas encuestas (y por tanto sus resultados) pueden ser anticuadas, aún pueden dar puntos de referencia útiles frente a los cuales comparar los resultados de una encuesta realizada a nivel local. También se pueden usar, con cautela, como aproximación a la propia encuesta de la escuela, particularmente si los hallazgos se dividen por región o (tal vez) densidad de población (es decir, urbano frente a zona residencial frente a rural). Sin embargo, para quienes diseñan políticas y para las personas responsables de tomar decisiones a nivel local, los datos a locales casi siempre son más útiles que los datos de las encuestas regionales o nacionales. Para la gente es muy sencillo descartar los resultados problemáticos de una encuesta sobre el uso de sustancias realizada en un país o región diciendo que no representan a la población infantil de “nuestra” comunidad.

APLICAR LA TEORÍA

Las teorías de cognición y aprendizaje y la Teoría del Comportamiento Planificado pueden aplicarse a las intervenciones preventivas escolares del uso de sustancias. La escuela no es sólo un lugar de aprendizaje; incluye a personas —estudiantes y al personal de la escuela— que interactúan durante la mayor parte del día. Por tanto, como en el hogar, donde existe una interacción parento-filial en las intervenciones de prevención en la familia, en el contexto escolar, el personal interactúa con el alumnado para impartir intervenciones de prevención del uso de sustancias

29. <http://www.espad.org/>

30. <http://www.hbsc.org/>

efectivas. Estas intervenciones incluyen currículos de aula, políticas escolares y el clima escolar. Se ha demostrado que los currículos escolares son los más efectivos a la hora de producir resultados de prevención a largo plazo y se comentan en este capítulo. Las políticas escolares y el contexto escolar se discuten en el Capítulo 7.

Un currículum de prevención del uso de sustancias se refiere a una intervención basada en el aula con un conjunto de actividades manualizadas para cubrir unos objetivos de aprendizaje específicos. Las políticas escolares en la prevención del uso de sustancias hacen referencia a un conjunto escrito de reglas o normas en relación al uso de sustancias en la escuela y en el espacio escolar. Estas reglas incluyen la definición de cualquier infracción (qué sucede cuando alguien se salta las reglas) y las consecuencias de las infracciones. Finalmente, el clima escolar se define como la calidad y el carácter de la vida escolar. El clima escolar se basa en los patrones de la experiencia de la vida escolar que tiene el alumnado, los padres, las madres y el personal de la escuela, y refleja las normas, los objetivos, los valores, las relaciones interpersonales, las prácticas de enseñanza y aprendizaje, y las estructuras organizativas.

Dos décadas de investigación y evaluación en las escuelas demuestran qué intervenciones funcionan y cuáles no están respaldadas por las evidencias (Tabla 13).

Además, muchas intervenciones de prevención demuestran efectos positivos inmediatamente después de su conclusión, mientras que algunas demuestran efectos, si se evalúan, en seguimientos a

más largo plazo, como al cabo de un año. ¿Hasta qué punto es esto un problema? Claramente, es deseable que los efectos duren años, más que meses (o incluso semanas) y, en igualdad de condiciones, siempre es mejor seleccionar las intervenciones que han demostrado tener efectos a largo plazo. Sin embargo, incluso las intervenciones que se limitan a los efectos a corto plazo, pueden considerarse de éxito si retrasan la iniciación en las sustancias en momentos del desarrollo clave. Los grupos diana también pueden beneficiarse de la exposición repetida a diferentes tipos de actividades de prevención en diferentes etapas del desarrollo.

Además, también se sostiene que puede resultar inapropiado esperar que los programas de prevención tengan efectos duraderos, cuando el alumnado está constantemente expuesto a la incitación del uso de sustancias en sus entornos sociales (p.ej., en las representaciones en la cultura popular, publicidad y otras prácticas de marketing) y ven a la población adulta consumiendo y disfrutando de sustancias como el alcohol y los productos del tabaco, sin ningún efecto adverso obvio. Por tanto, puede ser poco razonable esperar que una única intervención contra el uso de sustancias será suficiente. Los equipos que promueven y defienden la prevención deberían argumentar que, de acuerdo con el EDPQS (Capítulo 3), las actividades de prevención deberían ser parte de una estrategia a más largo plazo y es probable que tengan más éxito donde las políticas de prevención ambiental también se han implementado (ver Capítulo 7) para promover un contexto de comportamiento más saludable.

Las intervenciones de prevención del uso de sustancias apropiadas para determinadas edades y etapas

TABLA 13 | Lo que funciona y lo que no funciona en la prevención escolar

QUÉ ES LO QUE FUNCIONA	QUÉ ES LO QUE NO FUNCIONA
APLICACIÓN Y ESTRUCTURA	
• Métodos interactivos • Sesiones muy estructuradas y trabajo de grupo • Seguir un currículum	• Didácticas como impartir clase • Debates no estructurados o espontáneos • Excesivo peso en el juicio y la intuición del profesorado
• Implementado por un formador/profesor formado	• La evidencia para usar la programación de prevención dirigida por pares frente a la de personas adultas es débil
• Implementarlo en sesiones de 10 a 15 semanas	• Actividades individuales o pocas actividades
• Programas multicomponentes	• La evidencia del uso de sesiones de refresco en los años siguientes es débil
	• Posters y panfletos
CONTENIDO	
• Habilidades de toma de decisiones, comunicación y resolución de problemas	• Aumentar el conocimiento del alumnado proporcionando información sobre drogas específicas, esto puede convertir al alumnado en personas consumidoras más informadas
• Habilidades sociales y personales, y relaciones con las iguales	• Los testimonios de personas exdrogadictas pueden acabar sensacionalizando el consumo de drogas y hacerlo más atractivo.
• Auto-eficacia y asertividad	• Centrarse únicamente en la construcción de la autoestima
• Habilidades de resistencia a las drogas y de refuerzo del compromiso personal contra el consumo de drogas	• Prueba aleatoria de drogas
• Refuerzo de actitudes y normas antidroga	• Tácticas de miedo e historias aterradoras que exageran y falsean los peligros del consumo de drogas e incluso contradicen las propias experiencias del alumnado y aquellas de sus iguales
• Apoyo para el éxito académico y el fomento de hábitos de estudio	

del desarrollo necesitan integrarse en el conjunto del contexto escolar, desde infantil hasta el final del instituto, tanto dentro como fuera del aula.

PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Las siguientes intervenciones han demostrado tener resultados prometedores según varias evaluaciones en diferentes países europeos. La selección de estos programas se basa en las clasificaciones del registro Xchange del EMCDDA. Las incluimos como inspiración para vuestra propia búsqueda de una intervención adecuada para vuestro contexto.

Unplugged es un programa basado en la escuela que incorpora componentes que se centran en el pensamiento crítico, la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento creativo, la comunicación efectiva, las habilidades de relaciones interpersonales, el auto conocimiento, la empatía, la gestión emocional y el estrés, las creencias normativas y los conocimientos sobre los efectos perjudiciales de las sustancias para la salud. El currículum consta de doce temas de una hora impartidos una vez a la semana por el profesorado de la escuela que anteriormente haya asistido a un curso de formación de dos días y medio. El registro Xchange clasifica Unplugged como “beneficioso”, lo que significa que es probable que sea eficaz en diferentes contextos.

El Good Behavior Game (GBG) es una estrategia de gestión del comportamiento basada en el aula para escuelas de primaria que utiliza el profesorado conjuntamente con el currículum educativo estándar de la escuela. GBG está calificado como “probable que sea beneficioso” en Xchange, lo que significa que aunque la

investigación ha encontrado que es efectiva, se necesita más trabajo en Europa para asegurarse de ello. El GBG utiliza un formato de juego a nivel de aula con equipos y recompensas para socializar al alumnado en el papel de estudiante y reducir el comportamiento agresivo y disruptivo en el aula, que es un factor de riesgo para el uso de sustancias en adolescentes y personas adultas, para el trastorno antisocial de la personalidad y para el comportamiento violento y delictivo. En las aulas que utilizan el GBG, el profesorado divide a toda la clase en diferentes equipos, que son equilibrados en términos de género, y de comportamiento agresivo y disruptivo frente a comportamiento tímido y socialmente aislado. Las reglas básicas de comportamiento del alumnado en el aula se publicitan y se revisan. Cuando se juega el GBG, cada equipo recibe una recompensa si quienes forman parte del equipo cometen un total de cuatro o menos infracciones de las reglas del aula durante los periodos del juego.

Durante las primeras semanas de la intervención, se juega el GBG tres veces a la semana, durante diez minutos cada vez, en periodos del día cuando el ambiente de clase es menos estructurado y el alumnado se encuentra trabajando de forma independiente. Los periodos de juego se van aumentando en duración y frecuencia a intervalos regulares; a mediados del curso puede que se juegue cada día. Al principio, el profesorado anuncia el comienzo del periodo de juego y reparte recompensas cuando concluye el juego. Más adelante, el profesorado retrasa las recompensas hasta el final del día o de la semana escolar. Con el tiempo, el GBG se juega en diferentes momentos del día, durante distintas actividades y en diversos lugares, así que el juego evoluciona y pasa

de ser altamente predecible en términos de cuándo y dónde tiene lugar, a ser impredecible, siendo retrasada la recompensa, para que el alumnado aprenda que se espera un buen comportamiento en todo momento y en todos los lugares.

KiVa es un programa anti-acoso, con revisiones prometedoras en Finlandia y que se ha adoptado también en Estonia. Este programa se dirige a escolares con edades comprendidas entre los cinco y once años y utiliza estrategias indicadas y universales. Pretende promover el comportamiento prosocial y el bienestar emocional. KiVa aún no está en el registro de Xchange, pero está clasificado como “prometedor” en el registro de Blueprints, lo que significa que una investigación de alta calidad ha encontrado que es eficaz.

LUGAR DE TRABAJO Y PREVENCIÓN

En la sociedad, el “lugar de trabajo” o el entorno laboral es la ubicación física donde la gente trabaja; es decir, los hogares, granjas, escuelas, organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales, plantas de manufactura y fábricas, tiendas y grandes almacenes, organizaciones de atención sanitaria, fuerzas militares, grandes empresas, etc. Para algunas personas, como las que trabajan en industrias del comercio o transporte, entre otros, no existe un único lugar físico de trabajo. En la experiencia de muchos países “industrializados”, el lugar de trabajo es una de las instituciones clave en la sociedad, ya que un porcentaje significativo de personas adultas están empleadas y participan en algún tipo de entorno laboral. Además, el trabajo y los entornos laborales son los motores de la economía e impulsan el crecimiento económico.

La problemática del uso de sustancias es muy relevante en industrias donde existen temas relacionados con la seguridad o donde el bajo rendimiento individual puede tener un impacto significativo. Esto incluye, pero no de forma exclusiva, a la construcción, agricultura, transporte, energía, información y sectores de tecnología de la comunicación y servicios financieros (EMCDDA, 2017b, p.143)

Los entornos laborales también pueden aportar formación y educación adicional a las personas trabajadoras, siguiendo en la vida adulta lo que las familias y las escuelas ofrecen a la infancia y a la juventud. Además, los entornos laborales proporcionan un espacio para nuevas experiencias, nuevas normas y nuevos comportamientos que pueden ser distintos de los que se han aprendido en la familia o en la escuela.

Dado que el lugar de trabajo es donde la población adulta suele pasar una cantidad significativa de su tiempo, el grado hasta el cual la experiencia laboral resulta gratificante y satisfactoria en vez de estresante o debilitante puede tener un impacto tremendo en la salud y bienestar de la persona y, a su vez, en susceptibilidad a tener problemas con el uso de sustancias.

Frone (2013) también hace una distinción para el uso de sustancias y la incapacidad entre el lugar de trabajo y el personal.

- Uso de sustancias en el lugar de trabajo y daño o menoscabo hace referencia al uso de sustancias y el daño o menoscabo que ocurre en el trabajo o durante la jornada laboral. Puede significar consumir sustancias en el entorno laboral o justo antes del trabajo, cuando el daño o menoscabo tiene lugar durante la jornada laboral, y/o cuando

el/la trabajador/a está en el trabajo, aunque no esté en el contexto laboral.

- Uso de sustancias por parte del personal y el menoscabo o daño se refiere al uso de sustancias y el menoscabo o daño que tiene lugar fuera del entorno laboral y fuera de la jornada laboral.

Los factores del lugar de trabajo pueden promover un clima que apoye el uso de sustancias en el trabajo. Estos incluyen tres factores principales:

- La disponibilidad (percibida) de sustancias en el trabajo, incluida la fácil disponibilidad (por ejemplo, el alcohol disponible en el bar del trabajo, el alcohol proporcionado regularmente como parte de las celebraciones en el lugar de trabajo, personal que facilita el acceso a sustancias ilegales).
- Normas descriptivas (percepción de lo que en realidad se hace), que indican que una elevada proporción de las personas con las que se relaciona alguien en el entorno laboral consumen sustancias o trabajan bajo sus efectos.
- Normas inductivas (percepción de lo que se debería hacer) o aprobación /desaprobación normativa por parte de las personas con las que se relaciona alguien en el entorno laboral y con respecto al uso de sustancias y a estar bajo sus efectos en el lugar de trabajo.

Este último factor también incluye las culturas en el lugar de trabajo que promueven el uso de sustancias para mejorar el rendimiento, gestionar una gran carga de trabajo y horarios apretados, o cuando las sustancias se consideran parte integral de la creación de relaciones con colegas y clientela (potencial).

Además de los factores de riesgo generales para el uso de sustancias que afectan a toda la población, los factores estresantes relacionados con el empleo, como un alto nivel de demanda de trabajo, la falta de control del trabajo y la inseguridad laboral también pueden aumentar la probabilidad de que alguien en la plantilla consuma alguna sustancia. De acuerdo con esta perspectiva, las sustancias se utilizan como técnicas de reducción de la tensión y el estrés para ayudar a la persona a enfrentar su situación laboral. La mayor frecuencia de exposición y anticipación a los estresores laborales, se piensa que lleva a un uso de sustancias más elevado en cantidad y frecuencia, con frecuencia justo antes, durante o inmediatamente después de la jornada laboral. Sin embargo, la mayoría de los problemas de uso de sustancias están relacionados con el uso por parte de la plantilla, lo que supone que la mayoría del consumo tiene lugar fuera del trabajo, aunque tal comportamiento también puede afectar negativamente el rendimiento laboral. Los efectos negativos del uso de sustancias por parte de la plantilla pueden incluir absentismo, retraso, pérdida de empleo, enfermedad y costes médicos más altos. El uso de sustancias en el lugar de trabajo también puede llevar a niveles más bajos de seguridad percibida en el lugar de trabajo, un alto estrés relacionado con el trabajo y un bajo estado anímico entre el personal que no usa ninguna sustancia en el trabajo.

No hay estimaciones a nivel de la UE sobre el impacto del uso de sustancias en el personal y tampoco hay estimaciones a nivel de país que utilicen metodologías consistentes. Además, el EMCDDA no recoge datos sobre el alcance de la prevención

basada en el lugar de trabajo en la UE. De todas formas, resultan útiles algunos estudios ilustrativos de los estados miembros. Por ejemplo, en el Reino Unido, se ha estimado que el consumo de alcohol comporta entre 11 y 17 millones de días laborales perdidos, con un costo anual de 1.800 millones de libras (Plant Work, 2006).

El uso de sustancias por parte del personal tiene especial relevancia en los aspectos relacionados con la seguridad en aquellos casos en los que la planta tiene responsabilidades que afectan a la salud y el bienestar de otras personas (por ejemplo, las/los pilotos, personal médico, equipo técnico de seguridad) y donde las incapacidades causadas por las sustancias o por otras razones pueden tener graves consecuencias. En Francia, entre el 15-20% de los accidentes laborales en el sistema ferroviario francés se han vinculado directamente al uso perjudicial de alcohol u otras drogas (Ricordel y Wenzek, 2008)

DISPOSICIÓN ORGANIZATIVA

Un elemento en la evaluación de las necesidades es comprender dónde se ubica el puesto de trabajo con respecto a su camino hacia el cambio organizativo o la buena disposición para adoptar una práctica concreta de promoción de la salud —en este caso, la prevención del uso de sustancias. Existen una serie de teorías que se han desarrollado para comprender el cambio organizativo. Por ejemplo, la teoría de las etapas señala que es importante saber en qué punto se encuentra una organización en el camino hacia el cambio organizativo antes de implementar políticas e intervenciones de prevención.

La teoría de las etapas (Kaluzny y Hernández, 1988) describe cuatro etapas que atraviesan las organizaciones antes de adoptar e institucionalizar un cambio o innovación.

1. La primera etapa es tomar conciencia de que existe un problema y de que existen posibles soluciones para abordar el problema. Claramente, la meta de las actividades en esta etapa es hacer que la organización sea consciente de que existe un problema que afrontar.
2. La segunda etapa es la adopción, en la que una organización comienza a planificar y adoptar políticas e intervenciones diseñadas para abordar el problema identificado en la etapa 1. Puede implicar la identificación de recursos y las adaptaciones a las intervenciones que puedan implementarse.
3. La tercera etapa es la implementación, que engloba todos los aspectos prácticos de la ejecución de la política e intervención.
4. Finalmente, la cuarta etapa es la institucionalización, durante la cual una nueva política o práctica se convierte en parte estándar de las actividades del lugar de trabajo.

CARACTERÍSTICAS DE LA PREVENCIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO EN RELACIÓN CON LAS FORMAS DE PREVENCIÓN

Existen cuatro aspectos a considerar en relación a la prevención basada en el lugar de trabajo (Figura 24), que se explicarán en detalle a continuación.

FIGURA 24 | Tipos de prevención basada en el lugar de trabajo



Prevención universal

- Políticas del lugar de trabajo. Las políticas del lugar de trabajo son una estrategia de prevención universal porque generalmente abordan cuestiones relacionadas con el uso de sustancias para todo el personal.
- Educación en prevención del uso de sustancias. Se ofrece educación en prevención del uso de sustancias a toda la plantilla, personal de gerencia incluido. El contenido debería incluir información sobre las sustancias psicoactivas y cómo su consumo puede incidir negativamente en la salud y bienestar del personal.

- Refuerzo del apoyo social. Fomentando la cohesión del grupo de trabajo y el apoyo entre la plantilla podéis mejorar las normas sociales del lugar de trabajo contra el uso de sustancias.

Prevención selectiva

- Detección confidencial. La detección confidencial suele incluir la detección de aquellas personas que están en riesgo por uso de sustancias y que posiblemente manifiesten comportamientos problemáticos en el lugar de trabajo.
- Programas de ayuda al personal. Los programas de ayuda para la plantilla están diseñados para ayudar a identificar y resolver los problemas de productividad que afecten a aquellas personas afectadas por cuestiones personales.

Prevención indicada

- Valoraciones confidenciales del uso de sustancias. La meta es identificar a aquellas personas que requieran ser derivadas para intervenciones breves o para tratamiento de más larga duración. Estas valoraciones se realizan por personal especialista con formación en salud mental o en adicciones.
- Intervenciones breves. Las intervenciones breves son procesos sistemáticos y enfocados que pretenden investigar potenciales problemas por el uso de sustancias y motivar a las personas a cambiar su comportamiento.

Es importante cuando se habla de la prevención en el lugar de trabajo incluir políticas e intervenciones que

FIGURA 25 | Prevención integral en el lugar de trabajo

se centren en aquellas personas de la plantilla que necesitan tratamiento, completar el tratamiento, volver al trabajo y reincorporarse a la plantilla. Aunque no corresponde a la prevención técnicamente hablando, este currículum incluye el tratamiento/vuelta al trabajo/y la prevención de recaídas como parte clave de un abordaje integral del uso de sustancias en el lugar de trabajo. La meta es no actuar punitivamente, sino prevenir el inicio y aumento del uso de sustancias y, si es necesario, identificar a aquellas personas de la plantilla que estén usando sustancias y ofrecer un camino claro hacia el tratamiento y la reincorporación a la plantilla. Una vez que se hayan reincorporado a sus lugares de trabajo, estas personas requerirán un apoyo continuo para prevenir la recaída en el uso de sustancias. El portal de buenas prácticas del EMCDDA incluye una sección sobre prevención en el

lugar de trabajo, que proporciona una visión general de los abordajes recomendados³¹. El EMCDDA también ha publicado una guía sobre los abordajes de reintegración social para mejorar los resultados de empleo en las personas que reciben tratamiento por drogas, que incluye secciones sobre actividades en el lugar de trabajo³². Aunque se ha desarrollado en respuesta a la legislación nacional, los EE. UU. han publicado un kit de herramientas para un lugar de trabajo libre de drogas, que incluye orientación sobre el desarrollo de políticas en el lugar de trabajo, educación para el personal, formación para el personal directivo, programas de asistencia a las personas de la plantilla que experimentan problemas más graves y pruebas de drogas (consulte la sección de “prueba de drogas” a continuación para conocer el debate suscitado de la UE sobre este tema)³³.

31. http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/briefings/workplace_es

32. http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/social-reintegration_en

33. <https://www.samhsa.gov/workplace/toolkit>

Las políticas integrales de prevención en el lugar de trabajo se suelen centrar en tres metas principales: (1) el entorno del lugar de trabajo, (2) la interacción social y el apoyo entre iguales, y (3) el uso individual de sustancias (Figura 25). Es decir, las políticas e intervenciones en el lugar de trabajo pueden centrarse en cambiar los factores personales, sociales, y ambientales que inciden en la probabilidad del uso de sustancias. Los componentes de un abordaje integral de prevención deberían abordar las tres metas mencionadas a continuación.

El entorno del lugar de trabajo:

- Establecer políticas escritas sobre el uso de sustancias en el lugar de trabajo.
- Cambiar el entorno de trabajo para abordar la calidad de la vida laboral y el acceso al alcohol y otras sustancias.
- Implementar formación para equipos de supervisión y personal directivo.
- Dirigirse a todo el entorno del lugar de trabajo.
- Ser coherente con la cultura organizativa.

Interacciones sociales /apoyo entre iguales:

- Desarrollar programas de apoyo entre iguales.
- Crear políticas claras de control social en cuanto al consumo en el trabajo y establecer normas en relación al consumo de alcohol en el lugar de trabajo.

Consumo individual de sustancias:

- Ofrecer programas de ayuda al personal.

- Abordar el uso de sustancias como una cuestión de salud y de riesgos laborales.
- Incorporar el uso de sustancias como aspecto que afecta el bienestar general.
- Llevar a cabo una detección confidencial e identificación de las personas que consumen sustancias, que también ofrezca derivaciones a tratamiento y reincorporación en la plantilla.
- Incluir pruebas confidenciales de detección de drogas únicamente como parte de una intervención multicomponente e integral.

OBSTÁCULOS

A pesar de las convincentes razones para que en los lugares de trabajo se implementen políticas e intervenciones de prevención del uso de sustancias, muchas organizaciones siguen siendo reacias a implementarlas. Si bien la prevención de otras cuestiones de riesgos laborales se acoge activamente, el uso de sustancias sigue siendo ignorado. La principal razón de esta reticencia y el obstáculo número uno a la implementación es el estigma asociado con el tema.

Los lugares de trabajo suelen mostrarse igual de reacios a considerar la necesidad de investigar el alcance del uso de sustancias entre su plantilla y a instituir intervenciones para abordar o prevenir el problema. En muchas culturas, el alcohol y el uso de sustancias se consideran deficiencias morales o sencillamente cuestiones legales y no riesgos laborales o de salud.

Otros obstáculos a la implementación incluyen:

- Una tolerancia no declarada entre los equipos de supervisión y otros miembros de la plantilla en lo referente a comportamientos relacionados con el uso de sustancias
- Los costes asociados con la implementación de una intervención preventiva
- El hecho que el uso de sustancias se considera a menudo una cuestión más bien personal que relacionada con el trabajo y que, en el ámbito laboral, se suele ser reacio a decirle al personal qué pueden y no pueden hacer en su vida personal.

PRUEBAS DE DROGAS

Si bien las pruebas de drogas llevan décadas realizándose, aún se consideran polémicas en muchos lugares. En Europa, a menudo se adopta una respuesta proporcionada, por lo que se apoyan las pruebas de detección de drogas en lugares de trabajo críticos para la seguridad (ver más arriba), pero no donde los estándares físicos o mentales que las pruebas de drogas suponen (es decir, estar libres de drogas) no son relevantes.

Para muchas organizaciones, e incluso para muchos países, una cuestión primordial es intentar equilibrar la seguridad del personal con la privacidad y los problemas de discriminación. Otra cuestión significativa es que dado que los metabolitos de las sustancias pueden permanecer en una muestra biológica mucho tiempo después de consumir la droga (de hecho, en el caso del pelo, la droga puede permanecer en la

muestra durante meses), las pruebas de drogas en realidad dan poca evidencia de afectación laboral. Antes de decidir implementar un programa de pruebas de drogas, las organizaciones deberían considerar la legislación nacional relevante, que varía entre los distintos países.

Independientemente del enfoque adoptado por la empresa, las pruebas de drogas por sí solas no son prevención. Aunque la investigación ha demostrado algunos efectos positivos de las pruebas de drogas en el consumo de la plantilla, no son de por sí una intervención de prevención ya que no aborda la etiología del comportamiento y las necesidades adicionales relacionadas con el uso de sustancias. Las pruebas de drogas sólo deberían implementarse como parte de una política y abordaje integral de prevención de sustancias.



CAPÍTULO 7

PREVENCIÓN AMBIENTAL

Este capítulo ofrece una definición de prevención ambiental, describe los principales abordajes y presenta unas directrices sobre cómo redactar políticas de prevención ambiental para contextos escolares y laborales. Se debate sobre las evidencias y las características relacionadas con las políticas tanto de tabaco como de alcohol para explorar las mejores prácticas en el diseño de políticas. La vida nocturna es un entorno importante para llevar a cabo acciones preventivas, aunque a menudo se pasa por alto. Las intervenciones preventivas en la vida nocturna y sus características también se discuten en este capítulo.

El EMCDDA ha publicado un informe sobre los abordajes de prevención ambiental que se puede encontrar en su página web³⁴.

EL ENTORNO Y SUS INFLUENCIAS

¿Qué influencia tiene el entorno social sobre las creencias, actitudes y comportamientos individuales? El entorno social da forma a las normas sociales e influye en las creencias en cuanto a los riesgos y las consecuencias de los comportamientos como el uso de sustancias y cómo afrontar situaciones estresantes. El comportamiento observado, como el uso de sustancias entre iguales y/u otras cohortes influyentes, se percibe como una norma. Además, la forma en que una comunidad aplica las leyes o regulaciones tiene un impacto en cómo sus residentes valoran la tolerancia o aprobación de comportamientos como el uso de sustancias.

Las intervenciones de prevención ambiental tienen como objetivo limitar la exposición a posibles comportamientos no saludables y de riesgo, y promover la disponibilidad de opciones más saludables. Esto es particularmente importante en aquellos entornos en los que existen factores desencadenantes de comportamientos de riesgo. Simplemente, esto se logra modificando el contexto donde el comportamiento, como el uso de sustancias, tiene lugar en la sociedad o en lugares específicos, como tiendas de bebidas alcohólicas, espacios públicos o espacios de entretenimiento. A diferencia de los abordajes que tienen como objetivo desarrollar habilidades y cogniciones en personas o grupos, las intervenciones ambientales se enfocan en hábitos y conductas familiares para que no tengamos que depender de que los grupos diana tomen decisiones responsables (más saludables). El objetivo es conseguir que la opción saludable sea la más fácil de elegir. Por ejemplo, una sociedad puede subir los impuestos sobre el tabaco para hacer que sea más caro comprar cigarrillos, impedir que los grupos de jóvenes menores de edad compren sustancias mediante leyes y requisitos de verificación de la identidad, disminuir los precios de las bebidas no alcohólicas en los locales nocturnos o simplemente impedir que se ubiquen tiendas que venden alcohol cerca de las escuelas.

Estos tipos de intervención utilizan el entorno para dirigirse a una población específica de forma indirecta. No tienen un contacto directo con esta población, como sería el caso de un currículum

34. http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/environmental-substance-use-prevention-interventions-in-europe_en

escolar o en las intervenciones familiares. La ventaja de las intervenciones ambientales es que, si se implementan de forma correcta, pueden tener mayor alcance que las intervenciones comportamentales por sí solas. Sin embargo, para tener el mayor efecto a la hora de abordar el uso de sustancias en una sociedad se deberían implementar tanto intervenciones comportamentales como ambientales de un modo coordinado y complementario. El examen de los ejemplos proporcionados en la sección de definiciones a continuación sugiere que se necesita un abordaje “conjunto” para la implementación exitosa de las intervenciones de prevención ambiental. Se debe persuadir a las personas profesionales de diferentes sectores, que pueden no considerar que la prevención del uso de sustancias esté dentro de su ámbito de competencia, para que desempeñen un papel importante en la prevención y para que las decisiones que tomen puedan cambiar el entorno de manera positiva y saludable.

DEFINICIONES

Las intervenciones ambientales se pueden dividir en tres categorías principales - regulatorias, físicas y económicas- aunque existe una estrecha relación entre ellas (EMCDDA, 2018b).

Los abordajes regulatorios se refieren a cambios en el entorno legal que define qué comportamientos están permitidos. Estos pueden incluir leyes que controlan el acceso a las sustancias, tales como restricciones de edad, regulaciones de medicamentos y controles de drogas ilegales, y acciones que controlan el comportamiento después del consumo de sustancias, como

las relativas a conducir bajo los efectos del alcohol o la prohibición de servir alcohol a personas visiblemente intoxicadas. Los abordajes regulatorios también abarcan prácticas como la fabricación y venta al por menor de productos potencialmente dañinos o la comercialización de productos para que las personas consumidoras (vulnerables) no estén expuestas a publicidad engañosa o pro-consumo. Las restricciones de edad, las horas autorizadas, el empaquetado sencillo estandarizado de los productos de tabaco y la prohibición del patrocinio del alcohol en los deportes son buenos ejemplos de esto. En algunos países se establece el requisito de proporcionar agua gratuita como condición para otorgar una licencia de ocio o de venta de alcohol. Sin embargo, no existe una regulación de la elaboración, distribución o venta de la mayoría de las sustancias ilegales. El único control es a través de aquellas leyes que apuntan a impedir la disponibilidad y duros mensajes que subrayan las normas sociales en contra de su uso. Como la elaboración de estas sustancias no está controlada, estas sustancias también pueden mezclarse con otras sustancias peligrosas que son en sí mismas de riesgo para la salud. Los productos naturales que forman la base de algunas de estas sustancias, como el cannabis, la amapola de opio y las plantas de coca, pueden erradicarse cuando se encuentran o se puede indemnizar a las granjas que “cultivan” estos productos para no cultivarlos (políticas de sustitución de cultivos).

Los abordajes físicos apuntan a cambiar el entorno físico en el que se toman decisiones y se producen comportamientos. Esto puede incluir tanto el microentorno, como el diseño de bares y clubes nocturnos (por ejemplo, para desalentar el consumo

excesivo y rápido de alcohol), y el macroentorno, como la planificación de la ciudad y el diseño del paisaje (por ejemplo, la provisión de transporte gratuito durante la noche, una política de transporte público integral, la renovación de barrios desfavorecidos). Las intervenciones físicas también pueden ser relevantes para elementos y estructuras dentro del entorno. Actualmente hay mucho interés, por ejemplo, en cómo se pueden diseñar vasos para bebidas para que las personas consuman menos alcohol del que creen (por ejemplo, haciéndolos altos y delgados, pero de menor volumen total).

Los abordajes económicos se centran tanto en las personas consumidoras como en las potenciales consumidoras a través de impuestos, políticas de precios y subsidios para fomentar elecciones saludables. Por ejemplo, la mayoría de los países europeos han introducido grandes impuestos sobre los productos del tabaco y algunos han introducido un precio unitario mínimo de alcohol para reducir la asequibilidad de los productos nocivos. Igualmente, se pueden incentivar las opciones más saludables reduciendo el precio de las bebidas no alcohólicas, incluida el agua en lugares recreativos como pubs y bares.

Uno de los documentos de referencia de “Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de drogas: una guía europea” (EMCDDA 2017b) ofrece una descripción general de los conocimientos sobre el comportamiento³⁵ que son la base de la prevención ambiental.

LA SOCIALIZACIÓN Y LAS INTERVENCIONES AMBIENTALES

Quienes se dedican profesionalmente a la prevención fomentan la socialización positiva de la infancia en la sociedad. Primero modelado y reforzado en las familias, el proceso de socialización continua en las escuelas y luego en otros entornos para ayudar a orientar hacia comportamientos adecuados mediante normas, leyes y regulaciones, que se aplican para fomentar el cumplimiento. Estas intervenciones de comportamiento combinan un abordaje de socialización y prevención, y se diseñan para ayudar a las personas a interpretar la información o señales dentro de su contexto social y emocional sobre lo que se espera de ellas/ellos y lo que es apropiado. Les ayudan a tomar decisiones sobre los resultados o consecuencias de su comportamiento dentro de estos entornos, y a aprender y practicar nuevas habilidades o comportamientos, como las habilidades parentales de apoyo o las habilidades de resistencia.

Así pues, ¿cómo funciona esto para las intervenciones ambientales? La naturaleza de las intervenciones ambientales de prevención es identificar las amenazas y oportunidades en el entorno y abordarlas con intervenciones que son susceptibles de incidir en todas aquellas personas que estén expuestas a estas amenazas. Los entornos saludables son lugares positivos que maximizan los puntos fuertes de la sociedad y minimizan las influencias negativas que puedan existir. Estas intervenciones están diseñadas

35. http://www.emcdda.europa.eu/document-library/applying-behavioural-insights-drug-policy-and-practice-opportunities-and-challenges_en

para cambiar el contexto en el que las personas toman decisiones:

- Entorno físico —limitar el acceso y disponibilidad del alcohol, los productos de tabaco y otras sustancias.
- Entorno social —reforzar las normas y actitudes hacia el no uso.

Más allá de algunas restricciones físicas, existen leyes y políticas que se han diseñado para controlar el acceso al alcohol. Internacionalmente, la mayoría de países limitan la edad mínima para comprar alcohol a los 18-19 años. Algunos países no tienen ninguna edad límite y en algunos comprar alcohol está prohibido, principalmente por razones religiosas.

Desde luego, las personas pueden buscar alcohol fuera los entornos regulados y un pequeño número puede fabricar bebidas alcohólicas por sí mismas. Por esta razón, es importante implementar intervenciones preventivas comportamentales en relación al uso de sustancias para que las personas tengan más probabilidades de controlar su consumo.

Para incidir en el comportamiento en el entorno social es necesario fomentar iniciativas políticas, campañas y otros esfuerzos que se centren en reforzar las normas del no uso de sustancias. Estas campañas e iniciativas de políticas se diseñan para incidir en la conciencia y las actitudes públicas en cuanto al uso de sustancias y a promover acciones y leyes que prevengan el consumo o las consecuencias del consumo. A menudo estos esfuerzos resultan en un cambio en las normas de comportamiento para los grupos afectados. Por ejemplo, las campañas de prevención que promueven

la supervisión parental crean una “nueva norma” para el público diana de la campaña. Los esfuerzos de salud pública sobre el consumo de tabaco pasivo (humo de segunda mano), que a menudo se implementaban junto con las regulaciones, también se hacían cumplir con las nuevas normas sociales que reforzaban el mensaje “no se puede fumar aquí”.

ABORDAJES DE PREVENCIÓN AMBIENTAL EN ESCUELAS Y LUGARES DE TRABAJO

En esta sección, vamos a mirar las intervenciones ambientales que implican políticas en entornos a nivel micro —principalmente en las escuelas y el lugar de trabajo— para ver cómo ayudan a garantizar entornos seguros, saludables y productivos para el aprendizaje y el trabajo. Siendo entornos a nivel micro, resulta más fácil medir el impacto de las políticas y, por tanto, hay más estudios de investigación que sustentan sus abordajes para la prevención del uso de sustancias de los que suelen estar disponibles para el nivel de la sociedad y de los macroentornos.

Como se vio anteriormente, estos dos niveles ambientales no son independientes el uno del otro, sino que interactúan para influenciar los valores, creencias, actitudes y comportamientos, incluido el uso de sustancias. Por último, las intervenciones ambientales ofrecen la oportunidad de diseñar políticas coherentes en todos los entornos, de manera que las políticas contra el uso de sustancias se encuentren presentes en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo y en la sociedad, reforzando así una norma social contra el uso de sustancias entre la juventud.

POLÍTICAS ESCOLARES

Las políticas escolares relacionadas con el uso de sustancias son parte imprescindible del abordaje integral de las intervenciones de prevención del uso de sustancias en la escuela. Desafortunadamente, con demasiada frecuencia se desarrollan de modo informal y no sistemático, vistos como un ejercicio de “cumplir el trámite” y después se quedan enterradas en el manual de políticas de la escuela. Por tanto, las políticas escolares deberían incluir acciones que puedan implementarse en toda la escuela con relativa facilidad y que demuestren una respuesta coordinada e integral al uso de sustancias en el contexto de la promoción de la salud y el bienestar.

Las políticas integrales son importantes por varias razones y deberían incluir acciones y prioridades clave que no solo se centren en el uso de sustancias, sino que también abarquen abordajes que sirvan para crear un entorno escolar saludable y de apoyo.

- Las políticas que restringen el uso de sustancias ayudan a establecer normas sociales según las cuales no se va a tolerar el uso de sustancias. Si el alumnado ve que no se tolera fumar o beber en la escuela o en eventos patrocinados por la escuela, su exposición a posibles modelos que exhiban este comportamiento se reducirá. Sus creencias normativas de que el uso de sustancias es inapropiado deberían verse reforzadas como consecuencia.
- Las acciones políticas también pueden proporcionar restricciones ambientales, en la medida en que pueden reducir el acceso a las sustancias.

- En el contexto más amplio, se deben desarrollar políticas que promuevan las percepciones del alumnado de que la escuela se preocupa por su bienestar, y que se adopta un abordaje de toda la escuela para apoyar el desarrollo emocional y el desarrollo social positivo con sus iguales y la población adulta de la escuela. Las políticas también pueden incluir acciones que faciliten la aportación del alumnado a la organización y el funcionamiento de la escuela, ayudando a fomentar un sentido de comunidad y mayor conexión entre el personal y el alumnado.
- La censura y los castigos relacionados con los incidentes del uso de sustancias pueden tener un papel en las políticas escolares sobre este tema, pero deben ser proporcionales e implementadas de manera coherente y no deberían predominar sobre otros aspectos. Los incidentes relativos al uso de sustancias brindan la oportunidad de dar apoyo individualizado al alumnado o de introducir o reforzar los esfuerzos de prevención en el aula.

La estructura de las políticas escolares sobre el uso de sustancias suele incluir una declaración de propósito, que puede incluir un lenguaje que hace referencia a la necesidad de establecer y mantener un entorno seguro, saludable y libre del uso de sustancias para sustentar el desarrollo saludable de quienes estudian ahí y para garantizar que alcancen su potencial académico. Muchas políticas también comprometen a la escuela a implementar intervenciones y políticas que contengan principios de efectividad y, siempre que sea posible, estén apoyadas por la evidencia científica. Uno de los objetivos más importantes en las políticas

escolares es garantizar que se comunique la política a todas aquellas personas de la comunidad educativa a quienes les afecta. ¿A quienes abarcan las políticas —estudiantes, personal, visitantes? ¿Sólo es aplicable a la vida en el campus? ¿Qué hay de las actividades sancionadas por la escuela? Todo esto debe ser considerado y comunicado de forma generalizada a todas las partes implicadas.

Las políticas también deben especificar la gama y tipos de sustancias que incluyen. Por ejemplo, ¿cómo va a responder la escuela a la creciente popularidad de los cigarrillos electrónicos? También deberían abarcar el consumo y la posesión de sustancias no sólo en la escuela sino también en los eventos patrocinados por la escuela. Además, las políticas deben incluir el uso de sustancias en las dependencias de la escuela y en eventos escolares con el profesorado, así como con el alumnado.

Las políticas también deberían clarificar qué tipos de incidentes relacionados con las sustancias se van a sancionar —por ejemplo, la posesión o venta de varios tipos de sustancias, o una sospecha razonable de que un o una estudiante ha asistido bajo sus efectos a la escuela, y cómo se responderá a estas situaciones de forma constructiva.

Las políticas también deben explicitar a quién —familias y autoridades policiales—, y en qué punto del proceso, se va a notificar en relación a un episodio vinculado con el consumo, la posesión o la venta. Estas políticas también deberían especificar de manera clara las consecuencias de las infracciones para el alumnado, que se van a aplicar de forma sistemática. Las políticas no deberían ser de naturaleza punitiva, sino

tener el propósito de mantener a sus estudiantes en la escuela, incluso si consumen alguna sustancia.

El alumnado puede precisar de asesoramiento o tratamiento. Si un o una estudiante se implica en comportamientos de riesgo, se puede necesitar la detección precoz y una breve intervención. La mayoría de las escuelas no tienen el conocimiento experto para dirigir este tipo de actividades, por lo que agentes externas/os de alta calidad, que trabajan de manera basada en la evidencia y comparten los valores de la escuela, pueden posicionarse mejor para implementar este trabajo. En términos generales, las y los alumnos que consumen deberían poder tener la oportunidad de dejar de hacerlo, pero siempre en un entorno en el que puedan ser apoyados y en el que su comportamiento (asistencia sistemática a la escuela, realización de sus deberes y vigilancia de su rendimiento académico) pudieran ser motorizados estrechamente.

Un documento de política escolar podría incluir (pero no necesariamente debe limitarse a) el siguiente contenido:

- Declaración de propósito. La típica estructura de la política escolar establece los objetivos y los elementos. Muchas veces comienzan con una declaración de propósito, a menudo relacionado con la necesidad de un entorno seguro, saludable y libre del uso de sustancias.
- A quiénes se aplica. Las políticas especifican el grupo o grupos diana que se verá(n) afectado(s) por las políticas.
- Apoyo para los abordajes de prevención basados en la evidencia. Muchas políticas también

comprometen a la escuela a implementar programas y políticas basadas en la evidencia. Esto es claramente coherente con el enfoque de este currículum, que tiene en cuenta los Estándares Internacionales como referencia.

- Qué sustancias se incluyen. Las políticas también deben especificar el alcance y los tipos de sustancias que engloban; y las circunstancias especiales, como por ejemplo eventos deportivos, excursiones escolares, y comportamientos del personal.
- Sanciones especificadas. Las políticas también deberían especificar qué tipos de incidentes relacionados con las sustancias se sancionarán y bajo qué circunstancias.
- Comunicaciones. La política se debe comunicar a todas las personas afectadas.

Comunicarse con padres y madres, informándoles que su hijo/a está involucrado/a con sustancias, puede resultar especialmente difícil. Una forma de ayudar a reducir un posible malentendido y respuesta negativa por parte de las familias es señalar una política que establece con precisión qué pasos, y en qué orden, tomará la escuela como respuesta.

Estas políticas relativas a las infracciones son imprescindibles para preservar una cultura escolar donde el alumnado se sienta seguro y a salvo, y que cuando necesiten ayuda reciban el apoyo necesario.

POLÍTICAS PARA EL LUGAR DE TRABAJO

Hay muchas similitudes entre las políticas en los entornos del lugar de trabajo y el contexto escolar.

El propósito de estas políticas es el mismo -crear un entorno saludable, sano y libre del uso de sustancias- pero el público diana es la población adulta, ni escolares ni personas que trabajen con la infancia.

Primero, como se señaló anteriormente, las intervenciones de prevención ambiental son universales en el sentido de que se centran en el público más amplio posible, que engloba una mezcla de personas que usan sustancias y personas que no, aunque la mayoría van a ser de este último grupo. Por consiguiente, las políticas para el lugar de trabajo abordan el uso de sustancias para toda la plantilla. Estas políticas deben ser integrales y abordar la educación y prevención, así como la identificación, el tratamiento, la rehabilitación y la reincorporación del personal que tienen problemas con el uso de sustancias. Además, el desarrollo de políticas debe involucrar a todas las partes interesadas clave dentro de la organización.

Como el propio término indica, las intervenciones que tienen como objetivo el lugar de trabajo pueden centrarse en las características específicas de este espacio que sean susceptibles de afectar a la probabilidad de que el personal se involucre en el uso de sustancias. Las características del lugar de trabajo incluyen la disponibilidad y acceso al alcohol u otras sustancias en el trabajo; unas malas condiciones laborales; y una cultura laboral que refuerce el uso de sustancias.

Las intervenciones efectivas en el lugar de trabajo abordan el uso de sustancias como una cuestión de salud y de riesgos laborales. De este modo, se puede fomentar la disponibilidad de servicios de intervención individual y familiar mientras que se promueve

un entorno seguro y productivo. También reduce el estigma asociado con la búsqueda de ayuda.

Un abordaje integral de la prevención del uso de sustancias en un entorno laboral empieza con la redacción de una política de prevención del uso de sustancias. Esta política es la descripción escrita de la postura que tiene la empresa sobre el uso de sustancias. No se diseña para ser punitiva, sino para reconocer que el uso de sustancias es un problema de salud que a menudo requiere tratamiento para ayudar a quienes consumen a recuperarse y para prevenir consecuencias negativas adicionales. Las políticas se deberían dirigir a toda la plantilla independientemente de su posición en la empresa.

Como ocurre en todos los entornos, es imprescindible que la política se difunda ampliamente a todo el personal y a otras partes interesadas. Es igualmente importante que haya una comunicación clara respecto de las sanciones por infracciones de la política. Un componente importante de la estrategia de difusión es hacer hincapié en cómo la nueva política va a fomentar la salud general y la seguridad de toda la plantilla.

LAS POLÍTICAS DE TABACO Y ALCOHOL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL ENTORNO

Los Estándares Internacionales analizaron la investigación sobre las políticas de tabaco y alcohol y determinaron que había diversos tipos de iniciativas que resultaban efectivas para reducir la iniciación y el uso de sustancias, principalmente entre la juventud. Éstas se centraban en prevenir el acceso a las sustancias a la población joven y otros esfuerzos

para desalentar la iniciación y prevenir el avance hacia el consumo habitual. Con estas directrices, comenzamos a identificar los componentes que pueden utilizarse para crear intervenciones ambientales que funcionen.

Según los Estándares Internacionales, subir el precio del alcohol y tabaco reduce su consumo en la población en general. Por tanto, aumentar el precio del tabaco y del alcohol mediante los impuestos es una importante intervención basada en la evidencia para el uso de sustancias. Otras estrategias que demuestran que reducen su uso incluyen el aumento de la edad mínima legal para la compra de productos de tabaco y alcohol y hacer cumplir esta medida. Restringir y prohibir la publicidad sobre el tabaco y el alcohol dirigida a la juventud también ha demostrado ser efectivo.

Al igual que con muchas intervenciones de prevención, una combinación de intervenciones ambientales puede tener mayor impacto que intervenciones aisladas. Por consiguiente, las intervenciones de prevención integrales para evitar que la población menor de edad compre tabaco y alcohol implican:

- La aplicación activa y constante de la ley.
- La educación de minoristas a través de una variedad de estrategias (el contacto personal, los medios de comunicación y los materiales informativos).
- Intervenciones de prevención mediáticas y escolares para reforzar estos mensajes.

Concretamente, la revisión de la investigación científica sobre las intervenciones ambientales para el uso de sustancias, llevada a cabo a durante el desarrollo

de los Estándares Internacionales, mostró que aumentar el precio del alcohol comportaba varios resultados positivos. Tenía un impacto tanto sobre quienes bebían moderadamente como sobre quienes bebían de forma intensiva, incluyendo el consumo excesivo entre la juventud en edad universitaria. Además, se encontró que un aumento en el precio del alcohol de sólo un 10% estaba relacionado con un descenso del 7,7% del consumo de alcohol en la población en general y que el aumento de los precios del alcohol iba asociado a una disminución de la violencia.

Por último, la evidencia demostró la efectividad de las intervenciones multi-componentes cuando las intervenciones incluían estrategias múltiples como:

- Restringir la distribución de productos del tabaco.
- Regular los mecanismos de venta.
- Aplicar la ley de restricción para menores.
- La educación y formación de minoristas llevada a cabo conjuntamente con la movilización comunitaria.

Un análisis de las actitudes hacia las políticas de alcohol realizado en Noruega y Finlandia llevó a comprender mejor lo que realmente hay que poner en la práctica para garantizar el apoyo para las intervenciones ambientales diseñadas para reducir el consumo de alcohol y los daños resultantes. En el primer estudio, un equipo de investigación examinó los resultados de una serie de encuestas nacionales que se llevaron a cabo en Noruega y Finlandia durante el período 2005-2009.

El equipo de investigación halló que, a lo largo de los cuatro años, aumentó el apoyo en Noruega y

Finlandia para las medidas políticas restrictivas con el alcohol. Compararon sus hallazgos con encuestas similares durante este mismo período de tiempo en Estados Unidos y Australia. Sin embargo, encontraron una situación distinta: el apoyo para tales medidas disminuyó. El equipo de investigación se propuso entender qué factores estaban relacionados con el mayor apoyo para estas políticas en Noruega y Finlandia (Stovall *et al.*, 2014).

Hallaron que el mayor apoyo para las políticas restrictivas se veía mediado en parte por los cambios en creencias tanto sobre la efectividad de estas medidas como sobre los daños causados por el alcohol. En otras palabras, lo que encontraron fue que el aumento de la percepción de la efectividad de las medidas políticas más restrictivas con el alcohol iba asociada a un aumento de la creencia en la relación entre beber alcohol y los resultados perjudiciales. Por consiguiente, el equipo de investigación sugirió que fortalecer la creencia de la gente de la efectividad de las medidas restrictivas y de los daños causados por el alcohol puede aumentar el apoyo público para las medidas restrictivas. Esto podría ser una parte clave en la configuración de los planes necesarios para construir el apoyo hacia medidas efectivas.

Otro ejemplo de diseño exitoso de políticas es la prohibición de fumar en Francia. La prohibición se implementó en Francia en febrero de 2007 para los lugares de trabajo, los centros comerciales, los aeropuertos, las estaciones de tren, los hospitales y las escuelas. En enero de 2008, se amplió a los lugares de reunión (bares, restaurantes, hoteles, casinos, clubes nocturnos). Se hizo un seguimiento a una cohorte de 1.500 personas fumadoras y 500 no

fumadoras justo antes de la implementación de la prohibición —diciembre 2006 a febrero 2007— y dos después de implementarse la prohibición en 2008 y 2012. Las tasas de consumo de tabaco en estos entornos (bares, restaurantes, y lugares de trabajo) disminuyeron considerablemente entre la primera y la tercera fase:

- Restaurantes —del 64,7% (fase 1) al 2,3% (fase 2) al 1,4% (fase 3).
- Lugares de trabajo —del 42,6% (fase 1) al 19,3% (fase 2) al 12,8% (fase 3).
- Bares —del 95,9% (fase 1) al 3,7% (fase 2) al 6,6% (fase 3).

Los hallazgos demuestran que las políticas libres de tabaco pueden llevar a reducciones sustanciales y sostenidas en el acto de fumar en los lugares públicos mientras también llevan a altos niveles de apoyo por parte de la sociedad (Fong *et al.*, 2013). Cinco años más tarde de entrar en vigor la ley, el 88 por ciento de personas no fumadoras y el 78 por ciento de personas fumadoras estaban a favor de la prohibición.

ESTRATEGIAS EN ESPACIOS DE OCIO

La ciencia ha estudiado la prevención del uso de sustancias que tiene como objetivo los espacios de ocio, como los bares, clubes, y restaurantes, así como los entornos exteriores o especiales donde se celebran eventos a gran escala. Aunque estos lugares ofrecen

oportunidades para reuniones sociales y apoyar la economía local, también proporcionan oportunidades para implicarse en comportamientos de alto riesgo como el uso nocivo del alcohol, el uso de sustancias, conducir bajo sus efectos y la violencia. Para más información y recursos sobre aspectos de la vida nocturna, ver la guía de respuestas del EMCDDA (2017b, p.136).

Existen cuatro principios clave para realizar acciones efectivas en el ámbito local: conocimientos sólidos sobre los temas de la vida nocturna local, un compromiso de crear un entorno de ocio nocturno seguro y saludable, una alianza entre las agencias locales clave y respuestas basadas en la evidencia. Si las intervenciones específicas basadas en la evidencia en entornos de ocio nocturno no os resultan familiares, siempre se puede consultar Healthy Nightlife Toolbox (Caja de Herramientas de Vida Nocturna Saludable) (Figura 26)³⁶. Este recurso ofrece tres bases de datos: una para las intervenciones, otra para la literatura sobre estas intervenciones y una última para la literatura general sobre la prevención en el entorno de ocio nocturno.

En general, la mayoría de las intervenciones de prevención en estos entornos utilizan múltiples componentes, incluida la formación del personal³⁷ y la gestión de la clientela que se haya intoxicado, además de cambios en las leyes y políticas relacionadas con servir alcohol a menores o a personas intoxicadas, o respecto de beber y conducir, etc.

36. <http://www.hntinfo.eu/>

37. Ver, por ejemplo, Mendes y Mendes (2011)

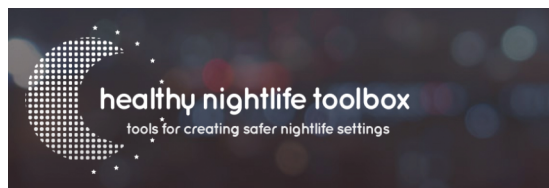
Miller *et al.* (2009) han propuesto una estrategia ambiental para abordar el uso de sustancias en los eventos de música electrónica (donde los niveles de consumo suelen ser más altos que en otros tipos de eventos). Estos eventos atraen a población adulta joven y a menudo se asocian al consumo de alcohol y otras sustancias. El abordaje propone tres componentes y está basada en intervenciones similares prevención del alcohol en bares:

- Movilización.
- Estrategias para el espacio exterior.
- Estrategias para el espacio interior.

La movilización de las partes interesadas clave —motivando la participación y acción entre los diversos sectores de la comunidad, como las propias dueñas/dueños y personal de gerencia de los clubes, la policía, las autoridades competentes en licencias de alcohol, quienes representan a la salud pública, líderes y líderes de política— es importante, aunque a menudo es un reto. Sin embargo, existen algunas motivaciones compartidas para ayudar a promover un sentido de propósito compartido en el conjunto de la comunidad:

- Mantener un ambiente seguro y legal para los clubes y para la clientela no consumidora de sustancias.
- Mantener unas buenas prácticas del negocio y un buen cumplimiento de las leyes de concesión de licencias de alcohol.
- Recordar que el uso de sustancias reduce las ganancias en comida y bebidas no alcohólicas.

FIGURA 26 | Healthy Nightlife Toolbox



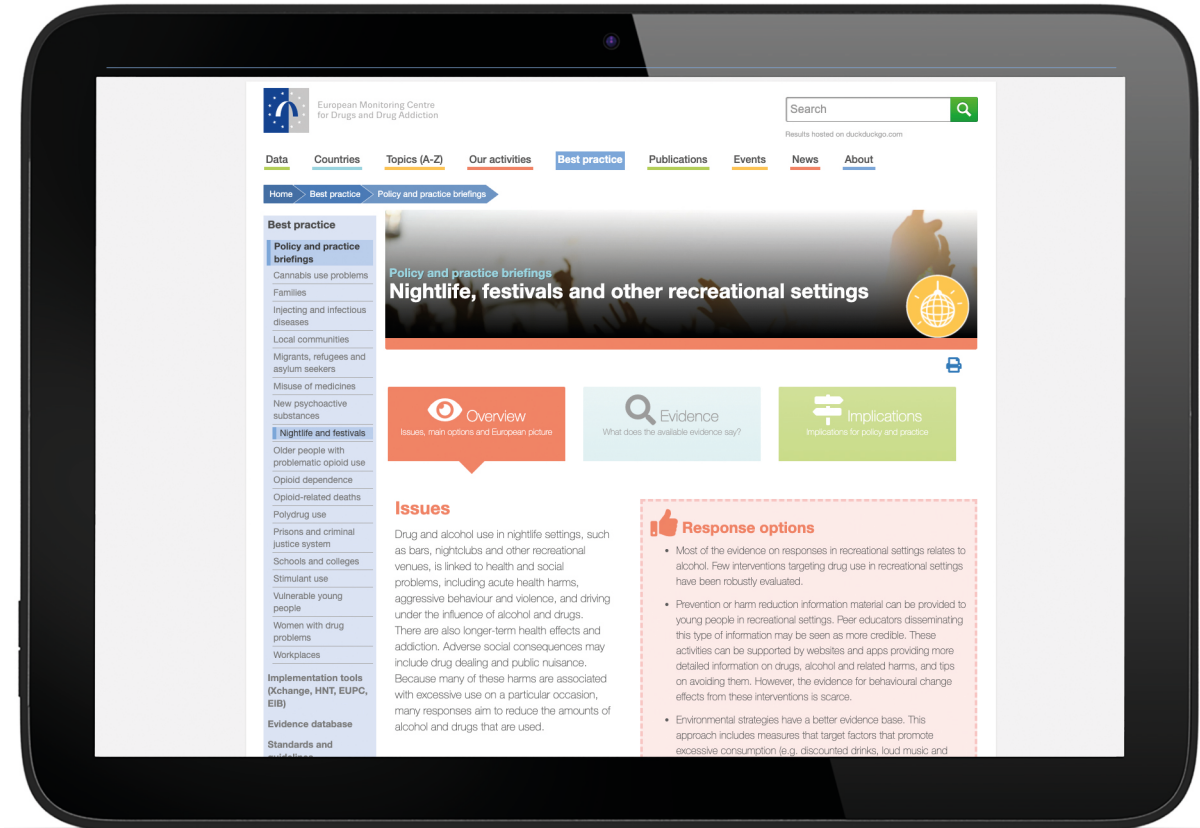
Fuente: <http://www.hntinfo.eu/>

El segundo componente, dirigido al entorno físico exterior del club nocturno, incluida la iluminación y el aparcamiento, se refiere a las características de seguridad y protección. Las intervenciones en el exterior del club incluyen estos aspectos:

- Seguridad o personal de entrada para supervisar el espacio exterior alrededor del club nocturno como por ejemplo el aparcamiento, para garantizar el cumplimiento de la legalidad.
- Seguridad en la entrada para inspeccionar a la clientela mientras van entrando.
- Identificación de personas que se hallen bajo los efectos de las drogas o el alcohol.
- Tener políticas escritas del club en las que se establezcan las limitaciones de acceso.

Estrategias para el espacio interior —el tercer componente— también se refiere a las características de seguridad y protección. Este aspecto de la intervención sigue muy de cerca los patrones de las intervenciones de prevención de alcohol. La formación para el servicio de bebidas responsable tiene

FIGURA 27 | Vida nocturna, festivales y otros contextos recreativos



Fuente: Portal de buenas prácticas, EMCDDA

como objetivo ofrecer a quienes sirven las bebidas diversas habilidades para ayudar a reducir los daños relacionados con el alcohol, incluyendo:

- Verificar las identificaciones para garantizar el cumplimiento de las restricciones de edad de alcohol y otras regulaciones.
- Promover prácticas de un servicio que reduzca la probabilidad de consumo excesivo.

- Identificar y responder a los signos tempranos de consumo excesivo entre la clientela (por ejemplo, consumo rápido).
- Identificar a la clientela intoxicada y negarles el servicio.
- Intervenir para evitar que quienes han bebido en exceso conduzcan.

Otras acciones necesarias son:

- Políticas escritas del club. Los clubes se deberían promocionar como un entorno divertido y seguro al mismo tiempo que se establece una política de tolerancia cero respecto al uso y venta de drogas ilícitas. Este abordaje debería expresarse mediante políticas internas escritas que apoyen las acciones del personal para detectar problemas e intervenir.
- Supervisión del espacio físico interior. Deberían evitarse los cuellos de botella y la existencia de áreas escondidas, así como el calor excesivo. Mejorar las condiciones físicas mejora las condiciones sanitarias, tanto de la clientela como del personal.
- Acción por parte de la dirección y del personal. Tanto el personal como el cuerpo directivo deberían ser capaces de emprender acciones en apoyo de las políticas del club. Esto incluye la formación del personal tanto en los aspectos relacionados con la identificación de drogas como en estrategias de intervención adecuadas en el entorno exterior, por lo que tanto el personal de puerta como el que trabaja dentro del establecimiento deberían recibir esta formación.

Un conjunto de estándares ha sido desarrollado por el Club Health para los locales con licencia, equipos de gerencia y de promoción, y también como instrumento de referencia para las agencias responsables de conceder los permisos y de vigilar los locales nocturnos. Identifican prioridades clave de la economía nocturna para poner fin a la promoción y comercialización irresponsable de alcohol, asegurar la seguridad tanto de la clientela como del personal y reducir la cantidad de molestias causadas a las comunidades.

A pesar de la base científica que sustenta la efectividad de las intervenciones ambientales (Figura 27), sigue habiendo obstáculos a su implementación; aunque también hay factores que convierten en atractiva la implementación de intervenciones ambientales (Tabla 14).

TABLA 14 | Obstáculos y facilitadores para la implementación de estrategias de prevención para la vida nocturna

OBSTÁCULOS	FACILITADORES
Intereses económicos y de la industria militan contra las políticas de prevención —por ejemplo, plantaciones de tabaco, la industria de servicios, las compañías farmacéuticas	Utiliza los datos y la investigación para construir tu “caso de prevención”
Quienes promueven y defienden la prevención a menudo ignoran las intervenciones basadas en la evidencia, por ejemplo, la regulación del tabaco se ha considerado infrautilizada por parte de la OMS	Utiliza intervenciones basadas en la evidencia y/o adapta modelos de éxito que provengan de la prevención del tabaco o alcohol para aplicar a tus problemas de uso
La implementación de leyes y políticas requiere manejo y conocimiento del entorno político y también habilidad para involucrar otros grupos que garanticen apoyo, lo que resulta ser un auténtico desafío.	Construye apoyo para la prevención basada en la evidencia a través de: • incrementar las creencias en la eficacia de la estrategia propuesta; • documentar los costes y daños a otras personas por el uso de sustancias (por ejemplo, personas fumadoras pasivas).
La industria enfoca el tema del consumo desde una perspectiva del comportamiento individual —si una persona quiere beber, tiene el derecho de hacerlo.	Enmarca el tema como un problema de salud pública y de toda la población, lo que significa que el uso de sustancias afecta a mucha más gente que a quien las usa



CAPÍTULO 8

PREVENCIÓN MEDIÁTICA

Implementar una campaña mediática es a menudo lo primero en que piensan las personas cuando se enfrentan a una crisis nueva y retadora del uso de sustancias. Suele ser así porque las campañas se perciben como soluciones inmediatas y, a diferencia de los esfuerzos de prevención en las escuelas, la familia, o el lugar de trabajo, son altamente visibles y comunican el mensaje de que “se está haciendo algo” a las diferentes partes interesadas. Sin embargo, como se ha aprendido en este currículum, quienes se dedican a la prevención saben que la implementación de campañas efectivas es una tarea ardua y difícil, y que el desarrollo de abordajes preventivos requiere tiempo y dedicación.

En este capítulo, vamos a ver lo que se ha aprendido de la investigación científica que se puede aplicar a la planificación efectiva de una campaña: las características de los medios de comunicación que pueden favorecer la prevención del uso de sustancias; la evidencia útil derivada de estrategias eficaces sobre qué hacer y qué no hacer; las teorías de las investigaciones sobre las comunicaciones que guían el desarrollo de la elaboración del mensaje; y cómo aplicar algunos de estos principios en la programación de la prevención. Finalmente, profundizamos en la alfabetización mediática, que puede aportar mucho a las y los profesionales de la prevención y también a los grupos beneficiarios sobre las habilidades necesarias para acceder, analizar desde un punto de vista crítico, evaluar y crear medios de comunicación. También ofrecemos algunos consejos sobre cómo incorporar a los medios de comunicación como agentes de prevención, de manera que apoyen el trabajo preventivo que se realice en la comunidad y colaboren en la promoción y difusión de la cultura de

la prevención basada en la evidencia al resto de posibles interlocutores.”

¿POR QUÉ USAR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL USO DE SUSTANCIAS?

Los medios de comunicación cumplen muchas funciones. Pueden ayudar a establecer la agenda social y política —p.ej., por qué es importante la prevención basada en la evidencia científica, la necesidad de invertir en servicios de prevención, y las advertencias sobre los peligros para la seguridad y la salud pública. También pueden servir para coordinar los esfuerzos en la prevención del uso de sustancias que operan en múltiples entornos a nivel micro y macro en toda la comunidad. Estos esfuerzos multicomponente pueden ser más poderosos que las intervenciones de prevención monocomponentes.

Los medios de comunicación de masas tienen muchas características que los hacen atractivos para la prevención:

- **Economía y alcance:** una buena campaña mediática puede llegar a una audiencia masiva con un gasto mínimo —el costo por persona alcanzada en una campaña suele ser extremadamente bajo comparado con un abordaje comunitario o escolar.
- **Capacidad de focalizar:** se puede planificar y emitir una campaña para que se alcance con mayor efectividad al grupo que tenga más necesidad del material de prevención (p.ej., adolescentes jóvenes, estudiantes de universidad, clientela de la vida nocturna).

- Respuesta rápida: un mensaje de prevención se puede crear rápidamente para responder a una necesidad emergente —por ejemplo, una nueva droga que está causando daños en la sociedad.
- Entretener: si se hace bien, los medios pueden entretener a la vez que transmiten su mensaje de prevención.
- Influir a quienes lideran la opinión: los medios pueden alimentar el debate político y público y jugar un papel para educar e influenciar a los líderes y a las lideresas de opinión sobre las respuestas más efectivas y ajustadas al uso de sustancias.
- Influir en la agenda de prevención: los medios de comunicación pueden ayudar a enmarcar positivamente los aspectos relacionados con las sustancias para modelar indirectamente las actitudes individuales y comunitarias. Esto podría llevarse a cabo para promover el apoyo comunitario en la inversión en prevención basada en la evidencia. Los medios pueden ayudar a reducir las actitudes negativas hacia quienes usan sustancias de manera que se les vea como personas que requieren ayuda y apoyo tanto como otros grupos de riesgo. Esto tendrá el efecto de promover que quienes usen sustancias se impliquen en servicios de prevención o tratamiento, y de promover a las y los profesionales a entrar en el ámbito de la prevención.
- Función de coordinación: los medios son más efectivos cuando se combinan con otros abordajes orientados a la prevención, como los que ya se han aprendido en este currículum, y se

utilizan para coordinar diferentes grupos (por ejemplo, escuelas, empresas, líderes y lideresas) en el marco de una estrategia de campaña coordinada. Es entonces cuando las campañas de prevención mediáticas pueden tener sus mayores impactos.

- Relación coste-beneficio: utilizar los medios de comunicación en las campañas para la prevención del uso de sustancias no tiene por qué ser extremadamente caro. A veces, cuando se implementa en el marco de una estrategia más amplia, unos carteles sencillos colocados en lugares públicos pueden poner en marcha conversaciones preventivas útiles y ayudar en el esfuerzo preventivo.

TEORÍAS DE CÓMO LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN AFECTAN AL PÚBLICO

Las campañas exitosas y otras intervenciones en la escuela, por ejemplo, dependen de las teorías que guían las actitudes, intenciones y comportamientos individuales, específicamente en cuanto al uso de sustancias. Estas teorías preparan el terreno para la intervención con mensajes persuasivos que pueden servir para reforzar el no uso, desalentar el uso continuado para quienes ya han empezado, o animar y guiar a las personas usuarias hacia los servicios de tratamiento.

La teoría del comportamiento planificado (Fishbein, 2011) y otras de la literatura sobre la comunicación y persuasión sugieren que todas las actitudes se aprenden. Por lo tanto, para cambiar una actitud, quienes diseñen la campaña necesitan aportar información

para reemplazar los conocimientos sobre los cuales se basa la actitud antigua. Esta “teoría del aprendizaje a través de mensajes” detalla los factores que han de estar presentes si una comunicación tiene la intención de persuadir y cómo estos factores, operando juntos, comportan un cambio de actitud.

La teoría de la persuasión del aprendizaje a través de mensajes de Carl Hovland, al igual que la teoría del comportamiento planificado, ha contribuido enormemente a la comprensión del desarrollo de mensajes. Ya que una de las teorías establece que las personas aprenden sus actitudes—no nacen con ellas—ésta sugiere que, para cambiar las actitudes de las personas, éstas necesitan aprender una creencia alternativa para ocupar el lugar de la que está siendo cambiada (Hovland y Weiss, 1951, Hovland *et al.*, 1953).

El principio de refuerzo es sencillo y ha sido una característica importante de la psicología casi desde su inicio. La teoría del refuerzo sugiere que, si un objeto neutral llega a asociarse con un humor, sensación o resultado agradable, los sentimientos hacia ese objeto neutral se convertirán en una manera para reforzar el comportamiento. Es decir, el objeto anteriormente neutral se convertirá en una fuente de placer, incluso en ausencia del instrumento de refuerzo.

En relación al uso de sustancias psicoactivas, en la mayoría de los casos, puede que el “público” esté familiarizado con el “producto”. Conocen la sustancia y parecería que el modelo de refuerzo pronosticaría un fracaso en este caso. Sin embargo, antes de aceptar esta interpretación, debemos analizarla en profundidad. A menudo, entre el público joven, el uso de sustancias está relacionado con un resultado

altamente deseado (popularidad) o grupo (las personas líderes o miembros más populares de la clase). Si quienes lideran usan alguna sustancia, y son valorados/as positivamente, entonces es probable que la sustancia “absorba” parte de este sentimiento positivo. La asociación entre quienes ejercen el liderazgo y el producto (en este caso, una sustancia como el cannabis, la cocaína o el alcohol) tendrá lugar.

Aplicar la teoría a la práctica suele ser un desafío. Sin embargo, quienes trabajan en prevención tienen la tarea de utilizar las prácticas basadas en la evidencia en su trabajo de prevención en las comunidades y estas prácticas pueden incluir las intervenciones mediáticas. La mayoría de las intervenciones mediáticas basadas en la evidencia conllevan la aplicación de la teoría de la persuasión y siguen una serie de directrices y componentes que han demostrado ser importantes en investigaciones empíricas anteriores sobre la persuasión.

La “fórmula” clásica para la persuasión (Lasswell, 1949) especifica todos los componentes a tener en consideración a la hora de crear o juzgar la calidad de una comunicación persuasiva.

- “QUIÉN” hace referencia a la fuente de la comunicación (es decir, quién emite el mensaje persuasivo). Hay algunos rasgos críticos de la fuente del mensaje que realzan la persuasión—principalmente, la credibilidad de la fuente, que consiste en, al menos, sus conocimientos expertos y la confianza que otorga. Los conocimientos expertos de la fuente tienen que ver con la percepción de que la parte emisora posee información válida y es capaz de hacer afirmaciones válidas.

- “QUÉ” hace referencia al contenido del comunicado, incluida la utilización de ciertas palabras e imágenes que se usan para transmitir el mensaje. La calidad de la información es importante. ¿Se basa en la evidencia? ¿es relevante para el tema en cuestión (es decir, el uso de sustancias) y para la población receptora objetivo del mensaje? ¿es el lenguaje comprensible para el público diana?
- “A QUIÉN” hace referencia al público. Quienes desarrollan la campaña deben ser conscientes de las variaciones del público y qué partes del público son de particular interés. Por supuesto, en algunos casos quienes las desarrollan quieren dirigirse a todas las personas que están expuestas al mensaje; en otros momentos, sin embargo, el objetivo son subgrupos específicos de un público más amplio, como por ejemplo jóvenes adolescentes, mujeres embarazadas, personas mayores, etc.
- “CÓMO” tiene que ver con la elaboración del mensaje, el contexto y las variaciones sutiles en el contenido del mensaje usado para dirigirse al público y el medio en particular por el cual se va a transmitir el mensaje. Por medio nos referimos a la forma por la que el mensaje se hace llegar a la población diana. Mientras que algunas audiencias pueden interactuar mejor con plataformas en línea como las redes sociales (por ejemplo, sitios de redes sociales como Facebook; videos en línea como YouTube), otras no y pueden ser más adecuados medios más tradicionales como la radio, la televisión, los periódicos, los carteles y las vallas publicitarias.

- “EFECTO” se refiere a cómo medir el éxito o fracaso de los mensajes de prevención del uso de sustancias. Sin una buena estimación del efecto, no habrá una clara idea del éxito o fracaso de estos esfuerzos de persuasión.

El modelo de flujo de comunicación en dos pasos propone las maneras en que los medios de comunicación ejercen su influencia (Figura 28). Este modelo especifica cómo funcionan los medios y también cómo deben evaluarse los efectos mediáticos. En el caso del uso adolescente de sustancias, el modelo sugiere que las madres y padres pueden transmitir efectivamente la información suministrada por los medios de comunicación sobre la prevención del uso de sustancias. Los medios, en otras palabras, operan a través de padres y madres, quienes interpretan y transmiten la información a sus hijas e hijos.

FIGURA 28 | Modelo de flujo de comunicación en dos pasos



Las personas pueden tener a menudo expectativas poco realistas de lo que la prevención mediática del uso de sustancias puede conseguir. Es importante entender qué es capaz de hacer para prevenir el uso de sustancias y qué no. El modelo de flujo en dos pasos ofrece esta comprensión.

La teoría desarrollada por Paul Lazarsfeld *et al.* (1944) sugiere que los medios de comunicación de masas no son particularmente eficaces persuadiendo a las personas de forma individual. Sin embargo, cara a cara, la comunicación interpersonal es mucho más efectiva. Entonces, ¿cómo persuaden los medios de comunicación? Persuadiendo a quienes lideran la opinión, a aquellas personas que son escuchadas por mucha gente. Estos líderes y lideresas de opinión, a su vez, transmiten el mensaje de los medios de comunicación a aquellas personas que les son receptivas. La investigación científica sugiere que la comunicación cara a cara a menudo puede ser más efectiva que los medios de comunicación tradicionales (TV, radio) y esto puede ser especialmente cierto para la población adolescente.

Los padres y las madres (o las/los iguales) pueden ejercer ese liderazgo perfectamente para sus hijas/os. Sin embargo, es aconsejable que tengan algún conocimiento sobre las sustancias y el uso de las mismas, y que tengan la suficiente confianza como para entablar una conversación con sus hijas/hijos sobre estas cuestiones. Los medios de comunicación por tanto deben motivar e informar a madres y padres para que transmitan la información a sus hijos e hijas. Este es un contexto ideal para la persuasión, suponiendo que los mensajes de los medios

son claros e informativos y que también motiven a la madre o al padre a asumir esta difícil tarea.

Existe una evidencia considerable que sugiere que los padres/madres pueden colaborar perfectamente con nuestros esfuerzos de prevención del uso de sustancias. Algunas personas podrían pensar que la población adolescente crece lejos de sus figuras parentales y confía más en sus iguales; sin embargo, la influencia parental continúa hasta bien entrada la adultez temprana (Elkins *et al.*, 2014; Scull *et al.*, 2014; Wang *et al.*, 2013).

EVIDENCIA

¿Cuál es la evidencia disponible a favor de las campañas mediáticas? Quienes desarrollaron los Estándares Internacionales de la UNODC encontraron varias revisiones de la literatura científica sobre la efectividad de las campañas mediáticas. Los hallazgos más sólidos provenían de aquellos estudios que examinaban el consumo de tabaco; sin embargo, no hubo hallazgos parecidos para el alcohol u otras sustancias.

Las razones para esta carencia de evidencia se basan, en su mayoría, en la dificultad de llevar a cabo evaluaciones rigurosas de las campañas mediáticas. Un hecho importante a tener en cuenta es que la investigación científica sobre la persuasión y sobre cómo se relaciona con influenciar diversos tipos de comportamientos lleva en marcha desde hace 50 años. Existe un conocimiento con base empírica sobre las mejores maneras de persuadir y cómo construir mensajes persuasivos que sean capaces de incidir efectivamente en las actitudes y conductas.

Pero, lamentablemente, muchas campañas mediáticas no utilizan esta información sobre los métodos persuasivos efectivos. En cambio, confían en ideas que intuitivamente parecen una buena idea, pero que no tienen ninguna base ni teórica ni empírica.

Los Estándares Internacionales ofrecen el siguiente listado de características de las campañas con resultados positivos.

- Identifican con precisión el grupo diana de la campaña. La investigación sobre la comunicación ha concluido que “no hay ninguna solución de talla única”.
- Las campañas mediáticas deben basarse en una sólida base teórica.
- Los mensajes deben diseñarse sobre la base de una sólida investigación de la creación. Esto quiere decir probar los mensajes, los materiales y las plataformas mediáticas antes de lanzar la campaña.
- Si es posible, las campañas mediáticas deben conectar con otras intervenciones de prevención del uso de sustancias en el hogar, la escuela, y la sociedad. Los esfuerzos de prevención multi-componente pueden resultar más efectivos.
- Se debe conseguir una exposición adecuada del grupo diana durante un período de tiempo apropiado.
- Las campañas mediáticas de éxito se evalúan de forma sistemática.
- Las campañas de prevención dirigidas a la infancia deben tener a las madres y a los padres como objetivo.

- Las campañas persiguen cambiar las normas culturales sobre el uso de sustancias, y/o educar a su público sobre las consecuencias del uso de sustancias, y/o sugerir estrategias para resistir el uso.

También hay investigaciones y evidencia sobre por qué fracasan algunas campañas mediáticas.

- Campañas que no se centran en los determinantes más relevantes del comportamiento. Decir a la gente “sencillamente di no” o intentar asustar a la gente no funciona. Aunque el uso de sustancias es un comportamiento de riesgo y todas las personas que las usan tienen la posibilidad de tener algún daño, resultados extremos como la muerte, la discapacidad y la sobredosis son muy raras. Si alguien del público conoce a personas que han consumido una sustancia psicoactiva sin los efectos catastróficos prometidos representados en las campañas mediáticas, la credibilidad del anuncio se pierde y es menos probable que el próximo intento de persuasión tenga éxito.
- Son “exagerados”. La mayoría de los grupos de jóvenes no creen las espeluznantes imágenes de personas con serios trastornos de consumo, dado que estos resultados son raros. Tales representaciones suelen resultar demasiado extremas y podrían hacer más daño que bien. Estos mensajes generalmente se centran en lo negativo sin dar ningún consejo sobre cómo debería comportarse alguien para evitar las consecuencias negativas. Ello puede llevar a que el público diana ignore recomendaciones más útiles y relevantes. Intentar asustar a la gente es una técnica que debe utilizarse con precaución.

- Los hallazgos de la investigación en comunicación nos dicen que los mensajes que causan demasiado miedo en los grupos diana los llevan a priorizar la gestión de sus sentimientos de miedo en lugar del comportamiento sobre el que se les advierte. Esto puede hacer que las personas destinatarias ignoren el mensaje y se involucren en el comportamiento sobre el que se les advierte, para demostrarse (y a quien emite el mensaje) que tienen el “control” sobre el comportamiento y que no sufrirán daño. De todas formas, es útil tratar de aumentar los sentimientos de temor y susceptibilidad al daño en los grupos objetivo, pero solo a un nivel que los motive a cambiar su comportamiento o buscar más apoyo. La investigación nos dice que las campañas de mensajes exitosos incluyen “mensajes de eficacia” que proporcionan información práctica y relevante que ayuda a mejorar la autoeficacia (la creencia de que se puede hacer una acción recomendada) y la eficacia de la respuesta (la creencia de que una acción recomendada tendrá un efecto deseado).

Si estas estrategias de campañas inefectivas tienen alguna influencia, es habitualmente un efecto a corto plazo en el público diana que ya estaba claramente determinado a no consumir sustancias. Sin embargo, incluso estas personas pueden reaccionar a los mensajes de un modo no previsto, por lo que no hacer la campaña sería mejor que “hacer algo”. (Barden y Tormala, 2014; Clarkson *et al.*, 2008; Clarkson *et al.*, 2013; Green y Witte, 2006). Por esto, el diseño de la campaña y el mensaje son tan importantes en las campañas de prevención mediática y

por esto es crucial hacer un pre-test de los mensajes con representantes del grupo diana más grande, para garantizar que tendrán el efecto deseado.

El aumento de las redes sociales y de la televisión y películas a la carta ha cambiado la forma en que las personas consumen los medios. Las audiencias ya no son agentes pasivos en una relación unilateral y la “responsabilidad y las dimensiones éticas de elección se desplazan a la ciudadanía individual o consumidora, respaldada por la alfabetización mediática” (O'Neill, 2008, p.13). Bergsma y Carney (2008) añaden que “La educación en alfabetización mediática ha surgido en los últimos 20 años como una alternativa prometedora a la censura (p.ej. regular la programación “no saludable”) u otros métodos para limitar el uso de los medios de comunicación” (p. 523). Dentro del debate sobre la influencia de los medios en las actitudes y comportamientos, casi todas las fuentes parecen estar de acuerdo en la necesidad de la alfabetización mediática o la educación mediática. Las únicas diferencias de opinión significativas se encuentran en la forma y el contenido de la educación mediática.

Bergsma y Carney (2008) definen la alfabetización mediática como “la capacidad de acceder, analizar, evaluar y crear medios de comunicación en una variedad de formas” (p. 523). En los EE. UU., la Asociación Nacional para la Alfabetización Mediática (NAMLE por sus siglas en inglés, 2010) ofrece unos principios básicos de la educación en alfabetización mediática.

- La educación en alfabetización mediática requiere la indagación activa y el pensamiento crítico en cuanto a los mensajes que recibimos y creamos.

- La educación en alfabetización mediática expande el concepto de la alfabetización (es decir, leer y escribir) para incluir todas las formas mediáticas.
- La educación en alfabetización mediática construye y refuerza las habilidades para estudiantes de todas las edades. Como la alfabetización impresa, estas habilidades exigen la práctica integrada, interactiva y repetida.
- La educación en alfabetización mediática produce participantes con información, capacidad reflexiva y compromiso, que son esenciales para una sociedad democrática.
- La educación en alfabetización mediática reconoce que los medios forman parte de la cultura y funcionan como agentes de socialización.
- La educación en alfabetización mediática afirma que las personas utilizan sus propias habilidades, creencias y experiencias particulares para construir sus propios significados de los mensajes mediáticos.

Se han identificado buenas prácticas con respecto a los contenidos, conceptos y habilidades que se enseñan. En los Estados Unidos, NAMLE ofrece los conceptos y habilidades más utilizados en el desarrollo de intervenciones y educación sobre alfabetización mediática, que también son relevantes en Europa y otras áreas geográficas.

- Todos los mensajes mediáticos se "construyen". Las intervenciones enseñan al público cómo los medios de comunicación difieren de la realidad, evaluando lo que se muestra comparado con las

experiencias de la vida real, o valorando los orígenes de quien produce/ de la producción de los mensajes mediáticos.

- Los mensajes mediáticos se crean utilizando un lenguaje creativo que tiene sus propias reglas. Las intervenciones enseñan al público cómo reconocer las técnicas de publicidad/producción o creación/producción de los mensajes mediáticos.
- Diferentes personas experimentan el mismo mensaje de forma distinta. Las intervenciones han explorado cómo los medios de comunicación afectan a las personas, lo que las personas pueden hacer para evitar los efectos negativos de los medios de comunicación, y/o cómo las personas pueden tomar medidas para cambiar los medios de comunicación.
- Los medios de comunicación tienen valores y puntos de vista incorporados. Las intervenciones enseñan al público a identificar los estereotipos, mitos, sesgos, valores, estilos de vida y/o puntos de vista representados u omitidos en los mensajes mediáticos.
- La mayoría de los mensajes mediáticos se construyen para obtener ganancias y/o poder. Las intervenciones enseñan sobre el propósito de la publicidad o las estrategias de comercialización y promueven el escepticismo hacia la publicidad o la creación de la contra-publicidad.

Como hemos visto con los otros abordajes preventivos discutidos en este currículum, la educación en alfabetización mediática es relevante para todos los grupos de edad y en diferentes contextos de

implementación. Por ejemplo, la población joven a menudo sabe más sobre las tecnologías de medios en línea que las generaciones anteriores, pero no necesariamente ha desarrollado habilidades de alfabetización en medios para que les ayuden a navegar, valorar y comprender la representación de las sustancias con las que se encuentran. De manera similar, las generaciones mayores pueden hacer contribuciones importantes para ayudar a mantener a la juventud más segura en línea, pero tienen sensación de exclusión respecto a las tecnologías y plataformas orientadas a la juventud. Ayudar a desarrollar conexiones digitales entre generaciones podría ser un medio para compartir esta experiencia.

CÓMO UTILIZAR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN PREVENCIÓN

Cuando se utilizan los medios en el trabajo preventivo, se deben tener en mente unos principios imprescindibles. Un ejemplo de esto son las pautas para los medios de comunicación en la vida nocturna para las personas que trabajan en salud pública por la red Club Health³⁸. Describen cuestiones importantes a considerar cuando se hace uso de los medios de comunicación de masas y proporcionan consejos sobre cómo dirigirse a la clientela diana en entornos de ocio nocturno. Las pautas también ofrecen interesantes ejemplos y referencias para ayudarte a profundizar en cómo usar los

medios de comunicación en la prevención, y pueden servir de fuente de inspiración para tratar con los medios de comunicación en general.

En lo relativo a los medios de comunicación de masas, Club Health tiene una serie de sugerencias para los equipos profesionales en prevención.

- Establecer objetivos prioritarios claros, distinguiendo entre las acciones mediáticas in situ y el debate público más amplio y la publicidad.
- Anticiparse, o incluso incluir otros puntos de vista en las comunicaciones. Estas perspectivas son importantes para el establecimiento o rechazo de una política.
- Tener en cuenta que las consideraciones legales y de seguridad en la vida nocturna son importantes, pero que la perspectiva de la salud pública debería estar presente y promoverse.
- Elaborar un buen comunicado de prensa que sea fácil de resumir:
 - Redactar un comunicado de prensa breve (una página), sintético y que contenga un único mensaje clave. Si hace falta, emitir más de un comunicado de prensa.
 - Hacer un comunicado de prensa sencillo —nada de uso excesivo de adjetivos, jerga, o términos técnicos especializados. Ceñirse a un diseño sencillo.

38. http://newip.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Media_influence_guidelines.pdf

Para más información, visitar la web Club Health: <http://www.club-health.eu>

- Contestar al menos tres de las preguntas básicas del periodismo (quién, qué, cuándo, dónde y por qué) en el titular.
- Si es posible, utilizar citas y estadísticas.
- Aportar la información esencial sobre la organización emisora y añadir información de contacto.
- Incluir enlaces para herramientas y recursos adicionales.
- Tener a mano una reseña de vuestra experiencia y quizás una breve biografía.
- Promocionar la publicación en la red y hacer un seguimiento. Los medios de comunicación tradicionales obtienen cada vez más las noticias en la red y las reproducen a mayor escala.
- Nombrar un o una portavoz para la institución, que sea creíble a los ojos de la clientela joven nocturna, y accesible para quienes lo recibirán a través los medios a nivel local y nacional.
- Hacer breves y comprensibles los textos distribuidos por internet.
- Mantenerse actualizada/o con las tendencias de la vida nocturna para que los mensajes sean actuales y no parezcan trasnochados.
- Anticiparse a las y los periodistas que buscan una historia para hacer sensacionalismo a partir de cualquier información que publiques, lo que podría impactar negativamente al sector del ocio nocturno.
- Respetar la integridad periodística, pero si es posible, preguntar si puede revisar el artículo que resulte de su actividad en los medios antes de su publicación. Querrás asegurarte de no haber sido mal citado o que tus palabras o comunicado de prensa no estén fuera de contexto.

Teniendo en cuenta estos consejos, quizás seáis capaces de incidir efectivamente en el debate público y/o opinión sobre la prevención o el uso de sustancias. En este caso, tenéis una incidencia considerable sin tener que diseñar una campaña mediática en toda regla sobre la prevención del uso de sustancias.



CAPÍTULO 9

PREVENCIÓN COMUNITARIA

Para llegar al público en general y lograr un impacto en la salud pública, las intervenciones deberían implementarse con una parte significativa de la población y, además, deberían dirigirse a aquellas subpoblaciones difíciles de alcanzar y a menudo vulnerables. Ese abordaje garantiza la implementación de múltiples intervenciones preventivas.

Sin embargo, tanto si se implementa una intervención preventiva o varias, se necesita disponer de un sistema de implementación o una infraestructura para obtener el apoyo de la población, y mantener el esfuerzo de prevención y la calidad de la implementación a lo largo del tiempo, para lograr un impacto óptimo en el conjunto de la población.

Tener impacto también requiere que las partes interesadas clave, aquellas que están comprometidas con la comunidad, valoren los enfoques basados en la evidencia. Aumentar la probabilidad de que las intervenciones de prevención basadas en la evidencia puedan beneficiar a la población diana constituye una razón fundamental para tener sistemas efectivos de implementación en la comunidad. Otra razón es que estas partes interesadas permiten establecer la prevención múltiple, integral, e integrada, e incluso poner a disposición servicios de tratamiento temprano para una serie de poblaciones, grupos vulnerables y personas.

Este capítulo define los conceptos básicos que son clave para comprender cómo construir sistemas de prevención con intervenciones y políticas basadas en la evidencia implicando a varios actores, partes interesadas y recursos disponibles. Como ejemplo se presentan algunas intervenciones basadas

en la evidencia como el proyecto Estocolmo contra las drogas (STAD), Project Northland, PROSPER (Promoción de la colaboración escuela-comunidad-universidad para el fomento de la resiliencia) y Communities That Care [Comunidades que cuidan].

DEFINICIONES

En este currículum, consideramos la “comunidad” como un lugar donde se pueden desarrollar e implementar sistemas de prevención efectivos. La mayoría de los equipos profesionales en prevención trabajan en varios niveles de la comunidad. Esto puede abarcar la población general, que engloba el entorno a nivel macro - por ejemplo, las intervenciones selectivas a nivel regional dirigidas a personas de origen migratorio-, así como muchos entornos a nivel micro, como organizaciones juveniles y clubes deportivos.

Small y Supple (1998) diferencian entre el barrio y la comunidad. Consideran el barrio un lugar físico, que a menudo se define por los límites socialmente compartidos. Estos límites pueden estar relacionados con el estatus socioeconómico o la proximidad física. La comunidad, por el contrario, no se define tanto por los límites físicos, sino más bien se basa en un sentido de conexión, identidad y confianza.

Las iniciativas multi-componentes combinan varias intervenciones y políticas basadas en la evidencia para incidir en las poblaciones a nivel de la comunidad (Figura 29). Algunos de los componentes podrían incluir intervenciones y políticas de prevención que se implementan en la escuela y en los entornos de ocio nocturno, y aquellas que abordan las necesidades de madres, padres y familias. También podrían incluir

FIGURA 29 | Iniciativas multi-componentes para una comunidad

los medios de comunicación, que se pueden usar de manera eficaz para emitir mensajes de prevención o para reforzar la implementación preventiva en una comunidad. Lo importante en este contexto es que estas intervenciones y políticas hayan demostrado ser efectivas. Cuando se combinan para dirigirlas a varias poblaciones en contextos múltiples, constituyen una potente herramienta para la prevención.

Como indica nuestro abordaje, cuando los equipos de profesionales de la prevención planifican intervenciones, necesitan dirigirse a las personas a través de todos sus entornos a nivel micro y macro. En la mayoría de las situaciones, sólo se implementan

una o dos intervenciones o políticas de prevención, o a nivel micro o a nivel macro. El poder de estas intervenciones y políticas múltiples, dirigidas a las influencias familiares, escolares, laborales y sociales, podría tener un gran impacto en el número de adolescentes y personas adultas que podrían iniciar el uso de sustancias o involucrarse en otros comportamientos que afecten su salud física y social. En general, es más probable que sean efectivas las intervenciones o estrategias que abordan múltiples dominios de los factores de riesgo y de protección (la persona y sus iguales, la familia, la escuela y la comunidad).

Por ejemplo, el programa Unplugged, una intervención de prevención escolar del uso de sustancias, se diseñó para reducir el uso de sustancias en adolescentes con edades comprendidas entre los once y catorce años. Es probable que tenga un impacto positivo cuando se imparte con fidelidad a las y los jóvenes en un período vital en el cual puede ocurrir la iniciación a las sustancias. Esta intervención basada en la evidencia se imparte en la escuela, así que aborda dos influencias a nivel micro —la escuela y el grupo de iguales. Si se combina de manera sincronizada con una intervención centrada en la familia que tiene por objetivo el mismo grupo de edad, como EFECT, los resultados positivos podrían verse aumentados ya que, en conjunto, los dos programas abordan una gama más amplia de influencias y agentes de socialización (el grupo de iguales y la familia) a nivel micro y en unos momentos del desarrollo adecuados.

Los dos podrían mejorarse aún más mediante la implementación de cambios en las políticas y estrategias ambientales a nivel de la comunidad (ver Capítulo 7). A través de la implementación simultánea

de estas intervenciones, tanto a nivel micro como macro, un equipo podría reforzar los efectos del otro sobre los resultados perseguidos por ambos. Por ejemplo, los efectos de las intervenciones basadas en la evidencia centradas en la influencia del grupo de iguales podrían verse mejorados mediante estrategias ambientales, como políticas escolares o estrategias municipales locales que aumenten las normas contrarias al uso de sustancias o cambien las creencias y disminuyan las intenciones de las personas jóvenes de usar alguna sustancia.

PROGRAMAS BASADOS EN LA EVIDENCIA

Las siguientes intervenciones son intervenciones que se ha hallado que tienen resultados prometedores según varias evaluaciones en Estados Unidos y en diferentes países europeos. Incluimos éstos como fuente de inspiración para vuestras propias búsquedas de una intervención apropiada en vuestro contexto. Vamos a tratar el Project Northland, STAD, Communities That Care y PROSPER.

Project Northland es un programa de prevención universal para jóvenes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Se dirige a múltiples escenarios y ha sido adaptado y evaluado en Croacia. Puesto que interviene en múltiples niveles, Project Northland trabaja para enseñar al alumnado habilidades para evitar de manera efectiva las influencias sociales para beber alcohol, mientras que a la vez modifica

directamente el entorno social de las y los jóvenes (es decir, sus iguales, los padres y las madres, la escuela, y la comunidad). Los componentes principales de la intervención incluyen el currículum de clase, el liderazgo de iguales, actividades extracurriculares impulsadas por la juventud, programas de participación de los padres y madres, y el activismo comunitario. El proyecto Northland ha sido calificado como “probablemente es parcialmente beneficioso” en Xchange, lo que significa que, aunque hay evidencia de su efectividad en los EE. UU., se recomienda cierta precaución, ya que se necesita más investigación para demostrar que también es efectivo en contextos europeos.

STAD es un enfoque multi-componente basado en la comunidad para los entornos de ocio nocturno. Implementado y evaluado originalmente en Suecia, ahora se está adaptando para otros seis países europeos ³⁹ con sus diferentes condiciones de ocio nocturno, como los grandes festivales, a menudo en el Sur de Europa.

La versión original de STAD consta de tres acciones estratégicas clave, que se detallan a continuación.

- **Movilización comunitaria:** creación de un comité para concienciar y aumentar los conocimientos con respecto a los daños relacionados con el alcohol en la comunidad. El comité se compone de las partes interesadas importantes de la comunidad, como la policía local, el ayuntamiento, el órgano que concede las licencias, las personas propietarias de locales con licencia,

39. <http://stadineurope.eu/for-who/european-level/>

las autoridades sanitarias, y los sindicatos para los locales nocturnos y su personal. Este comité actúa como grupo consultivo, reuniéndose con regularidad para discutir temas relacionados con el alcohol y para dedicarse a mejorar y desarrollar políticas.

- Formación en RBS: implementación de programas de servicio responsable de bebidas alcohólicas (RBS por sus siglas en inglés)
- Aplicación de la ley: colaboración conjunta entre el órgano que concede las licencias y la policía local para juntarse y discutir métodos para regular mejor y garantizar la aplicación de las leyes en vigor y la formación en RBS. Como parte del proyecto STAD, la agencia que concede las licencias envía cartas a los establecimientos informándoles de todas las incidencias constatadas (principalmente con registro policial) fruto de haber dispensado un exceso de alcohol a la clientela dentro de su establecimiento.

Otro abordaje para crear sistemas completos de prevención en una comunidad es Communities That Care (Comunidades que cuidan, CTC por sus siglas en inglés), un paquete de prevención basado en la comunidad local. Si bien se aportan algunos detalles generales, se puede encontrar más información en su página web⁴⁰, ya que la implementación será diferente en cada sociedad, región o país.

CTC es un marco de trabajo basado en datos que utiliza la encuesta local y datos de archivo para ayudar a las comunidades a identificar y priorizar las necesidades según los factores de riesgo y de protección. Una vez se han priorizado las necesidades y se ha elegido la población diana, la coalición comunitaria elige e implementa las intervenciones basadas en la evidencia que han demostrado ser eficaces para abordar sus necesidades particulares. CTC aún no está incluido en Xchange, pero el registro de Blueprints lo califica como "prometedor", lo que significa que tiene buena evidencia de efectividad.

La iniciativa consta de cinco componentes centrales (Figura 30):

- Ponerse en marcha —llevar a cabo una valoración de la disposición de la comunidad.
- Organizarse —involucrar a las principales partes interesadas y formar una coalición comunitaria para supervisar las actividades de la CTC.
- Desarrollar un perfil de la comunidad —usando los datos epidemiológicos para identificar los factores de riesgo y de protección.
- Crear un plan —utilizando los datos para revisar las intervenciones basadas en la evidencia diseñadas para reducir los factores de riesgo que se han identificado en la comunidad, para fomentar los factores de protección, y seleccionar la mejor opción de una serie de intervenciones efectivas para las personas, sus familias, las escuelas y las comunidades.

40. <http://www.communitiesthatcare.net/>

- Implementar intervenciones con alta fidelidad y evaluar la implementación con regularidad —utilizando los datos para realizar mejoras.

La investigación puso de manifiesto que, cuando las comunidades en los Estados Unidos pasaron por estos componentes, a estos esfuerzos le siguieron cambios positivos en los resultados entre la juventud, incluyendo reducciones significativas en la iniciación en el consumo de alcohol y tabaco, la delincuencia y la violencia, y una mejora significativa en los correspondientes factores de protección para las y los jóvenes en las comunidades CTC comparadas con las comunidades de control. En el estudio original, estas reducciones se sostuvieron durante cuatro años y la diferencia significativa en el inicio del comportamiento delictivo persistió hasta los 19 años de edad.

Este modelo sugiere que, con una formación sólida y asistencia técnica, las coaliciones CTC desarrollan y construyen la capacidad para la planificación de la ciencia de la prevención. Esto conduce a una transformación del sistema.

Por regla general, las comunidades tardan entre un año y 18 meses para desarrollar su plan. Cuando la planificación se ha completado, las comunidades son capaces de implementar programas y políticas de prevención efectivos para abordar los factores de riesgo y de protección priorizados. Esto resulta en una reducción cuantificable de los factores de riesgo y en el aumento de los factores de protección entre dos a cuatro años.

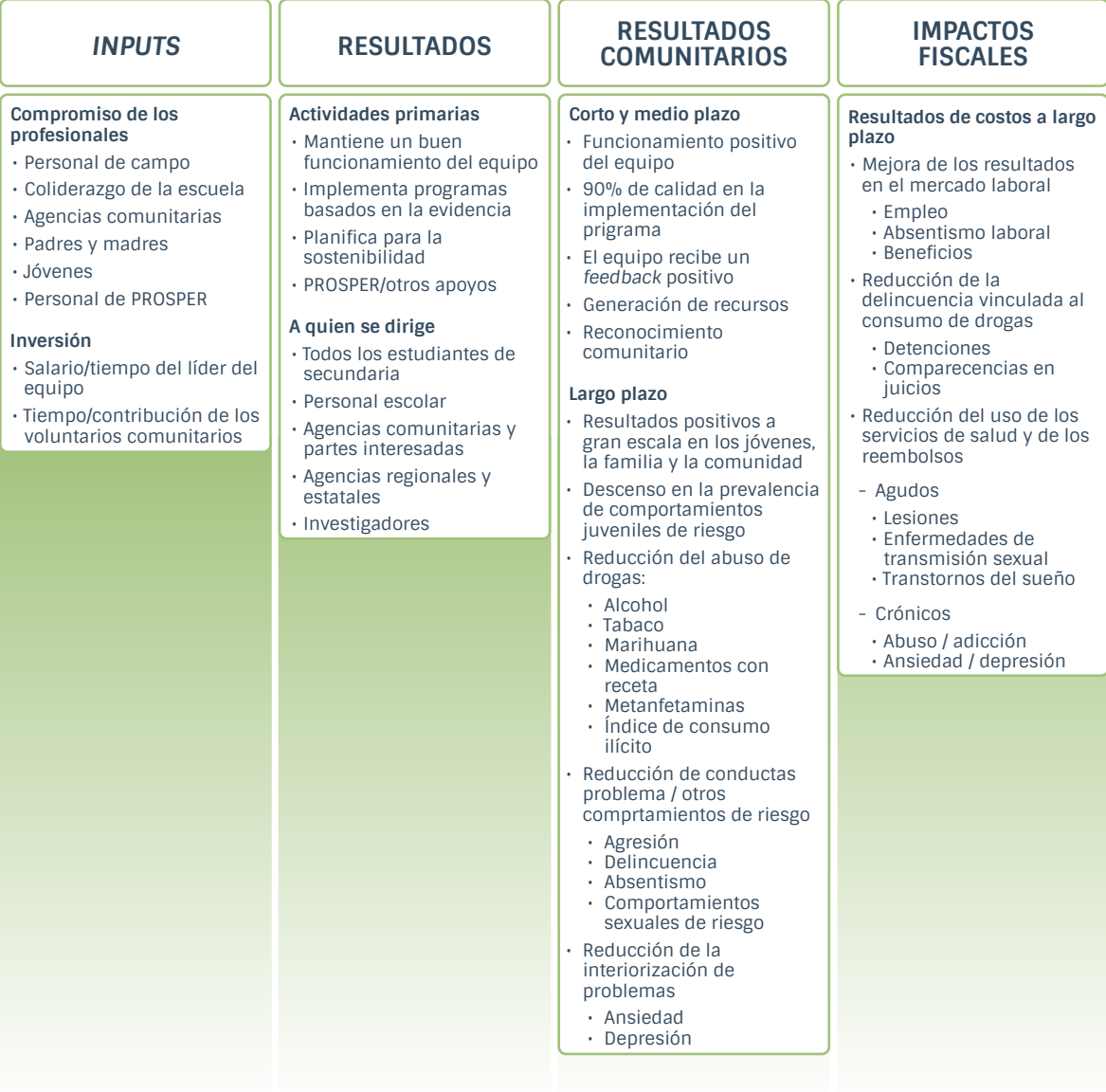
Por último, PROSPER es otra intervención basada en la comunidad que ha sido calificada como “prometedora” por Blueprints. La tarea principal del equipo es

FIGURA 30 | Communities That Care



la implementación sostenida y de calidad de las intervenciones basadas en la evidencia en torno a la familia y la escuela seleccionadas de una serie de programas que han sido sometidos a investigación por el equipo científico de PROSPER. Este equipo presta sus conocimientos expertos para acotar la selección de las intervenciones basadas en la evidencia para comunidades y recomendar sólo los programas de mayor calidad. Los equipos científicos también están continuamente revisando la literatura para garantizar que la posterior investigación siga apoyando estos programas como las mejores opciones para las poblaciones diana. El modelo lógico proporciona un ejemplo de cómo se puede planificar e implementar el programa PROSPER, así como el impacto que una comunidad puede esperar. (Figura 31).

FIGURA 31 | Modelo lógico de PROSPER



Se diseñó un modelo de sostenibilidad con ocho estrategias para lograr las metas del equipo y cumplir los objetivos relacionados con las metas. A continuación, se presenta una descripción general de las ocho estrategias:

- Generar recursos para los programas: el objetivo de esta estrategia es generar apoyo financiero, en especie, y de voluntariado para mantener tanto los programas basados en la familia como en la escuela, y para aumentar lo que ofrecen los programas conforme pase el tiempo.
- Posicionamiento de la comunidad/escuela: esta estrategia garantiza que el equipo y los programas de PROSPER se vean de forma positiva en la comunidad y que la escuela y la comunidad en conjunto reconozcan de qué manera el equipo contribuye al progreso de las y los jóvenes y las familias.
- Gestión de la calidad del programa/planificación: esta estrategia engloba todos los pasos necesarios para monitorizar los programas para la implementación de calidad, incluido conseguir a personas que monitoricen, calendarizar las observaciones, recoger datos, proporcionar la retroalimentación, etc.
- Consolidación de alianzas con escuelas/otras organizaciones: esta estrategia incluye actividades de equipo que crean una relación de interdependencia entre el equipo, la escuela y los grupos comunitarios mediante la cual las actividades y programas de PROSPER sirven para cubrir necesidades y alcanzar metas que son beneficiosas para varios.
- Planificación de la comunicación estratégica: esta estrategia se centra en el desarrollo de planes de comunicación con la participación de los medios de comunicación y otros esfuerzos de sensibilización para generar una conciencia mejorada de las actividades de PROSPER, apoyo financiero para los programas y participación en el programa familiar.
- Planificación para el reconocimiento y las recompensas: esta es una estrategia importante para mantener el interés y apoyo para las actividades del equipo y los programas PROSPER. Las recompensas y reconocimientos pueden incluir a quienes forman parte del equipo, participantes en el programa, y simpatizantes de la escuela y la comunidad.
- Estructura, roles y participación del equipo de monitorización: para garantizar que el equipo siga rindiendo eficazmente y quienes componen el equipo mantengan su entusiasmo por los esfuerzos de PROSPER, quienes lideran y coordinan el equipo de prevención piensan en maneras para mejorar el funcionamiento del equipo. Junto con el equipo, estas personas desarrollan un plan de mejora continua que tiene en cuenta todas las estrategias en el modelo de sostenibilidad según sea apropiado.
- Llevar a cabo reuniones efectivas y periódicas: un equipo que funcione bien es una parte integral de la sostenibilidad de los programas. PROSPER fomenta reuniones programadas regularmente. La efectividad de estas reuniones se discute como parte de un plan de mejora continua.

CONSTRUIR UN EQUIPO COMUNITARIO EFECTIVO

Este capítulo ha demostrado el valor de utilizar los equipos comunitarios para dar apoyo a los esfuerzos de la prevención. Los equipos comunitarios efectivos ayudan a asegurar el éxito al reunir a muchas personas y sus habilidades, experiencia y redes personales y profesionales para centrarse en el esfuerzo. Los equipos comunitarios efectivos también garantizan la sostenibilidad porque el esfuerzo ya no “depende de una sola persona” sino que tiene el apoyo de muchos.

El concepto de trabajo en equipo no es nada nuevo. Sin embargo, desarrollar un equipo efectivo y asegurarse de que sus miembros se comprometan y trabajen bien en conjunto es más fácil de decir que de hacer. Hay varios factores que pueden obstaculizar el éxito del equipo comunitario, incluida la carencia de metas/misión o la falta de claridad, expectativas poco claras, liderazgo pobre, reuniones irregulares con poca o ninguna retroalimentación sobre el éxito o fracaso de los esfuerzos del equipo, sub-representación de poblaciones diana en el equipo y conflictos entre quienes componen el equipo en relación con la posible existencia de intereses opuestos.

Además de los obstáculos a nivel local o de equipo, los entornos comunitarios, las políticas y otros factores crean obstáculos a los esfuerzos para la programación de intervenciones efectivas basadas en la evidencia. Los grupos nacionales e internacionales y las organizaciones gubernamentales pueden apoyar el uso de intervenciones basadas en la evidencia; no obstante, su uso no está muy extendido. Algunas de las razones por las que no se han utilizado estas intervenciones en

las comunidades tienen que ver con los retos a los que se enfrentan las personas que diseñan políticas y los entornos dentro de las comunidades en sí. Las políticas y decisiones de financiación pueden verse limitadas por el tiempo (desencadenadas por un evento trágico, como una muerte en la comunidad con un perfil de relación con las drogas) y ser de corto plazo.

Los equipos comunitarios bien intencionados también pueden verse desafiados por la falta de alguna infraestructura o apoyo del sistema. Las prioridades pueden cambiar antes de que se establezcan las intervenciones, o los recursos pueden ser a corto plazo o erráticos. Además, sostener la intervención a largo plazo requiere publicidad, promoción y construcción de una cartera diversificada de recursos (económicos o no-económicos) que continúen de año en año. La mayoría de las intervenciones basadas en la evidencia no tienen este tipo de información incorporada en su formación y quienes las implementan pueden no tener aún las habilidades requeridas.

Los equipos efectivos pueden mitigar o superar tales obstáculos si abordan los componentes clave como son los roles, las responsabilidades y las cualidades de quienes ejercen el liderazgo y forman parte del equipo, la estructura del equipo y el compromiso del equipo a largo plazo.

A la hora de formar un equipo, es importante pensar en el grupo de manera colectiva. Las organizaciones clave dentro de la comunidad deberían estar representadas, especialmente si estos grupos tienen acceso a la mayor parte de la gente joven y de las familias en la comunidad, quienes son participantes potenciales en la intervención. También resulta útil identificar a aquellas

personas que pueden representar a la población a la que el equipo pretende llegar para que las necesidades de la comunidad sean bien entendidas. Los equipos efectivos incluyen a miembros con un diverso conjunto de habilidades, conocimientos y experiencias para que cada persona sea capaz y necesaria para contribuir al esfuerzo. El grupo debería tener un conjunto de redes sociales y profesionales que se basa en y representa diferentes perspectivas en la comunidad. Además, teniendo en cuenta que este grupo es un equipo de trabajo, un equipo que sea representativo de la comunidad debe ser lo suficientemente pequeño para que quienes lo integran puedan implicarse activamente.

Los equipos efectivos tienen papeles claramente identificados para cada persona, lo que les permite utilizar sus puntos fuertes y sus habilidades personales.

MOVILIZAR RECURSOS Y AUMENTAR LA CAPACIDAD

Los EDPQS ayudan a identificar los puntos fuertes y los recursos en la comunidad. Una vez identificados, llevará un tiempo formar conexiones locales con personas y grupos en la comunidad. Los tipos de conexiones que se harán dependerán de la meta. ¿La conexión pretende conectar con los planes existentes para fomentar los esfuerzos en la intervención local? ¿O reclutar participantes para el programa? ¿O quizás la meta sea aumentar la conciencia local de la necesidad de las intervenciones basadas en la evidencia? ¿La intención de la conexión es construir una alianza o movilizar a la gente con habilidades y talentos para llevar a cabo un esfuerzo de captación de recursos?

La intención o meta de la colaboración ayudará a determinar el tipo de conexión a realizar. De todas formas, estas conexiones se deben ver como algo positivo para mantener la reputación favorable del equipo y de sus esfuerzos. Para formar conexiones locales positivas con personas y grupos, el esfuerzo del equipo comunitario debe conseguir los siguientes objetivos:

- Identificar los “nichos” de la comunidad. Los nichos son aquellos lugares en la comunidad donde la gente se reúne de forma natural, como un centro comunitario o las oficinas de una organización preventiva que estén en un lugar accesible.
- Usar la creatividad en lo que respecta a las maneras de involucrar a la gente. Ofrecer una variedad de oportunidades para que las personas se impliquen. Estas oportunidades deberían ser cómodas para la gente y tener en cuenta sus intereses y habilidades.
- Apoyar a las personas que son los “motores” del trabajo comunitario. En toda comunidad, hay personas que lideran a la hora de incorporar adeptos a una determinada causa o proyecto, mientras que otros son los verdaderos “motores” de la causa o proyecto a realizar.
- Ofrecer oportunidades a corto plazo o tareas específicas. Algunas personas no podrán o no estarán dispuestas a comprometerse con un esfuerzo preventivo de largo plazo. Estas personas podrían estar limitadas por su disponibilidad, horarios de trabajo en conflicto y/o compromisos personales. En lugar de arriesgarse a perder estos posibles recursos, es

importante considerar qué oportunidades puede haber para estas personas, que sean muy específicas y que puedan completarse dentro del marco de tiempo señalado.

Cuando los recursos son limitados, es importante considerar cómo se pueden utilizar de la manera más efectiva y eficiente. En primer lugar, un equipo comunitario puede vincular su esfuerzo a un esfuerzo ya existente. Todo órgano comunitario, escuela, grupo gubernamental o cívico tiene planes que dirigen su trabajo. Debe valorarse de qué manera estos planes pueden conectar con el esfuerzo del equipo comunitario e identificar las oportunidades de beneficio mutuo para trabajar conjuntamente.

En segundo lugar, pueden surgir oportunidades que reflejen las preocupaciones o cuestiones locales, como la expansión del turismo local, o el replanteamiento de la economía de ocio nocturno, o la prevención de la delincuencia en la comunidad. Estas cuestiones, a veces urgentes, pueden ser un vehículo para motivar a las personas, y pueden constituir una oportunidad para potenciar el uso de las habilidades y de los recursos comunitarios en aras de obtener un mayor beneficio.



CAPÍTULO 10

LA PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LA PREVENCIÓN

No resulta sencillo incidir en la formulación de políticas para priorizar la prevención ni conseguir que la gente apoye la implementación de vuestra intervención. En general, hace falta mucho trabajo previo de coordinación y esto se conoce como “promoción y defensa” (*advocacy* en inglés). El Grupo de Investigación Triangle (Silvestre *et al.*, 2014), un consorcio de investigación sobre las políticas de alcohol en Eslovenia, describe la promoción como “un proceso político realizado por una persona o grupo, que tiene por objetivo incidir en la política pública y las decisiones de asignación de recursos dentro de los sistemas sociales y políticos e institutos” (p. 14). El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, 2014) identifica la promoción como una “estrategia clave para la promoción de la sanidad y la salud pública” (p.1).

Los esfuerzos para la promoción de la prevención, realizados a través de la información basada en la evidencia, deben formar parte de cualquier intervención. Mientras que muchas veces los esfuerzos se dedican a persuadir a las instituciones para introducir nuevas políticas, leyes y regulaciones para la promoción de la salud, la promoción y defensa de la prevención que sigue siendo necesaria para mantener el apoyo a estas acciones después de ser implementadas. En términos generales, se puede presentar un caso que documente los daños ocasionados por el uso de sustancias (a una persona, a las demás personas y a la sociedad) y que analice cómo estas políticas y programas preventivos pueden reducir algunas de las consecuencias (Tabla 15). Estos esfuerzos pueden contribuir a que se produzcan cambios en las creencias, actitudes y normas

sobre el uso de sustancias y ayudar a quienes son responsables de tomar decisiones a comprender mejor las respuestas efectivas.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (2014) describe cómo la promoción puede ocurrir en diversos niveles (regional, local, nacional) de forma simultánea, mientras que VeneKlasen y Miller (2002) añaden una perspectiva multidimensional en la que se utilizan diferentes estrategias para lograr las mismas metas. Las estrategias de promoción pueden tener lugar en colaboración con quienes representan los grupos afectados, responsables de políticas y otras partes interesadas (Peloza, 2014). Las acciones relevantes pueden ser diversas y pueden incluir actividades como la persuasión, manifestaciones, o litigación (como un caso judicial bien publicitado), pero también la educación pública y la utilización de los medios de comunicación pueden servir para influir en la opinión pública

TABLA 15 | Cómo presentar un caso

CÓMO PRESENTAR UN CASO
1. Plantear el problema
2. Subrayar el impacto sobre la persona consumidora
3. Subrayar el impacto sobre el resto de público o personas no-consumidoras, especialmente gente joven
4. Incluir intervenciones y políticas disponibles basadas en la evidencia que han demostrado efectividad

(ver también Capítulo 8). La promoción puede ser una intervención por sí misma, pero también puede ser uno de los componentes de una intervención preventiva compleja (ECDC, 2014).

Para los esfuerzos de una promoción efectiva, Mercer *et al.* (2010) sugieren la importancia de:

- Destacar las relaciones entre los problemas de salud, las intervenciones y los resultados;
- Evaluar y sintetizar la evidencia de forma sistemática;
- Utilizar un grupo creíble y un proceso riguroso para evaluar las evidencias;
- Involucrar a personas asociadas clave y a las partes interesadas durante toda la producción y difusión de las evidencias y las recomendaciones;
- Empezar una difusión personalizada, focalizada y convincente de las evidencias y recomendaciones;
- Implicar a múltiples partes interesadas en fomentar la aceptación y adherencia a las recomendaciones de las políticas;
- Abordar la sostenibilidad.

Sin embargo, los hallazgos de los estudios de las políticas sugieren que no siempre existe una relación clara entre los tipos de actividades descritas por Mercer y los cambios en las políticas o la priorización de los programas de prevención. Es importante ser realistas acerca de lo que podría lograrse a través de la promoción y extraer lecciones de los conocimientos sobre el proceso de diseño de políticas. Cairney (2016), por ejemplo, describe cómo el proceso de diseño de

políticas puede parecer irracional y complejo para quienes están fuera. Al tomar decisiones, las personas responsables del diseño de políticas tienen, con frecuencia, una visión diferente de lo que constituye evidencia relevante y útil. Si bien los equipos profesionales de la prevención y quienes defienden la prevención basada en la evidencia pueden ver la evidencia de los ensayos de investigación rigurosos y la síntesis de la evidencia como una base racional para la toma de decisiones, quienes elaboran las políticas lo considerarán junto con otras fuentes de “evidencia” y consideraciones tales como la retroalimentación de la consulta pública, opinión y valores públicos, consejos de colegas de confianza, manifiestos y compromisos políticos, y sus propias historias y experiencias profesionales. Mientras que quienes toman decisiones pueden tener una buena comprensión de la prevención y la necesidad de responder al uso de sustancias de un modo basado en la evidencia, es inusual que figuras relevantes más importantes tengan el mismo nivel de conciencia o incluso interés en tales asuntos. Las figuras responsables del diseño de políticas también tienen que actuar por consenso y, a menudo, esto significa equilibrar las demandas y expectativas de múltiples intereses en competencia, en particular en áreas de actividad que pueden ser controvertidas, como las respuestas al uso de sustancias. Este consenso también se extiende al equilibrio que se debe hacer dentro de los órganos de gobierno, donde podría haber cierta lucha por recursos limitados, o prominencia y poder en las estrategias nacionales.

El debate sobre estos desafíos no pretende desalentar las actividades de promoción, pero al comprender las realidades del proceso de toma de decisiones, es

posible optimizar los resultados, identificar los puntos clave de enfoque y reducir la frustración que supone que quienes toman decisiones “simplemente no están escuchando”. Por ejemplo, Cairney sugiere que, en lugar de presentar soluciones a los problemas de la sociedad, como la implementación de programas de prevención, quienes promueven y defienden la prevención deben trabajar para aumentar la conciencia sobre estos problemas y presentar razones para que quienes elaboran políticas los prioricen. Quienes promueven la prevención también deberían poder presentar respuestas confeccionadas y basadas en la evidencia a estos problemas una vez que se capta la atención, y estas respuestas deben ser tanto específicas, como técnica y políticamente factibles. Una vez que se ha llamado la atención y quienes diseñan políticas tienen un motivo para actuar, quienes promueven la prevención deben actuar con rapidez, ya que las oportunidades en un entorno político favorable suelen ser poco frecuentes y de corta duración. Por ejemplo, si el gobierno local se mueve para actuar debido a una muerte que puede relacionarse con el uso de sustancias, quienes defienden la prevención también deben prepararse para actuar rápidamente para promover el uso de programas basados en la evidencia como parte de una estrategia a largo plazo, antes de que la ventana de oportunidad se cierre o de que se prioricen otros enfoques no basados en evidencia. Las críticas a las políticas a menudo se centran en las debilidades de las nuevas propuestas, especialmente si las sugerencias alteran el statu quo, por lo que quienes ejercen la defensa deben hacer una autoevaluación crítica para anticiparse a los problemas que podrían surgir.

Los enfoques de promoción exitosos tienden a combinar evidencia científica relevante con recursos emocionales que ponen un “rostro humano” a una historia y explotan inteligentemente las oportunidades emergentes, al enmarcar las respuestas sugeridas para que sean consistentes con las creencias políticas y personales de quienes deciden, y lo que ya se conoce sobre lo que les importa. Es poco probable que tenga éxito si se bombardea a las partes interesadas con evidencia científica, y se espera que cambien de opinión y apoyen su causa. Se debe influir en cómo entienden un problema de política pública y proporcionar, de manera concisa, aquella evidencia que sea más relevante para facilitar esta comprensión. Además, debe tenerse en cuenta que, si bien los equipos profesionales de la prevención u otras personas expertas pueden poseer un excelente conocimiento técnico sobre cómo reducir los impactos sociales o de salud del uso de sustancias en la sociedad, eso no significa necesariamente que posean las habilidades necesarias para persuadir a quienes elaboran las políticas para que apoyen una respuesta particular. Esta es la razón por la cual los grupos de defensa más efectivos desarrollan un amplio conjunto de habilidades en una coalición de diferentes partes interesadas y organizaciones.

Una importante consideración es la evaluación de nuestros esfuerzos de promoción y defensa. El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, 2014) recomienda utilizar el enfoque de la teoría del cambio para ayudar en este proceso, porque explica cómo y por qué se espera que algunas actividades conduzcan a los resultados deseados.

Los principios generales de la evaluación de las intervenciones/políticas de prevención se pueden aplicar a la promoción. Estas evaluaciones se basan en los datos, son sistemáticas y utilizan métodos conocidos como las entrevistas o encuestas. Al igual que la evaluación de proceso o la evaluación de los resultados, también se pueden evaluar los esfuerzos de promoción para conformar nuestras estrategias, analizar resultados, o construir la capacidad de nuestros equipos encargados de la promoción. La dificultad a la hora de evaluar los esfuerzos de la promoción se debe a los rápidos cambios en las actividades y resultados de una estrategia de promoción. Esto también se ve influido por factores contextuales no previstos. Coffman (2007), por tanto, aconseja informar con más regularidad, en “tiempo real”, después de toda acción o evento significativo.

- 
- REFLEXIONES FINALES
 - REFERENCIAS

REFLEXIONES FINALES

Este currículum supone una introducción a lo que significa la ciencia de la prevención y el trabajo de prevención basado en la evidencia y por qué es importante. Se ha explicado la epidemiología del uso de sustancias en Europa para comprender el alcance de nuestro trabajo, con lo cual se ha ofrecido una introducción a las teorías de la prevención y a las técnicas para cambiar el comportamiento para poder comprender los mecanismos del cambio de comportamiento.

Se han presentado los EDPQS y los Estándares Internacionales (UNODC, 2013) como las herramientas principales para guiar nuestro trabajo de prevención y seleccionar e implementar las mejores intervenciones y/o políticas basadas en la evidencia que hay disponibles en la actualidad. También hemos aprendido cómo evaluar nuestras intervenciones y políticas.

Se han revisado diversos entornos como la familia, la escuela, el lugar de trabajo, la comunidad, los medios de comunicación y el entorno más amplio, según los aspectos concretos en el trabajo de prevención. Esto nos debería ayudar a crear o seleccionar

intervenciones y/o políticas de prevención efectivas con respecto a nuestra población diana, y considerar los retos y obstáculos que presentan.

Es nuestra esperanza y objetivo que, con estos conocimientos y formación, puedan ser una fuerza valiosa para reforzar el trabajo de prevención en vuestra región y contexto, contribuyendo a una fuerza profesional europea sólida en prevención.

Este grupo de profesionales es clave para afrontar los retos futuros y la tarea de trasladar y diseminar la evidencia disponible en el día a día de las prácticas de prevención en Europa. La guía de respuesta del EMCDDA (EMCDDA, 2017b) y la estrategia de apoyo a la práctica del EMCDDA tienen, por lo tanto, el objetivo de proporcionar a quienes elaboran las políticas y a los profesionales de la prevención los instrumentos, recursos y estrategias para garantizar las implementaciones de prevención basadas en la evidencia en Europa. Esta focalización en la implementación ofrece a quienes elaboran las políticas alternativas viables que son más efectivas que otros abordajes más populares y conllevan menor daño potencial.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211.
- Ayllón, S., & Ferreira-Batista, N. N. (2018). Unemployment, drugs and attitudes among European youth. *Journal of Health Economics*, 57, 236–248.
<https://doi.org/10.1016/J.JHEALECO.2017.08.005>
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. General Learning Press, New York.
- Barden, J., & Tormala, Z. L. (2014). Elaboration and attitude strength: The new metacognitive perspective. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(1), 17-29.
- Bartholomew, L.K., & Mullen, P.D. (2011). Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behaviour change interventions. *Journal of public health dentistry*, 71(1), 20-33.
- Bergsma, L. J., & Carney, M. E. (2008). Effectiveness of health-promoting media literacy education: a systematic review. [Review]. *Health Education Research*, 23(3), 522-542.
- Biglan, A. & Hinds, E. (2009). Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 169-196.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brotherhood, A., Sumnall, H.R., & the European Prevention Standards Partnership (2015). *EDPQS Toolkit 4: Promoting quality standards in different contexts ("Adaptation and Dissemination Toolkit")*. Step 3: Undertaking the adaptation. Liverpool: Centre for Public Health.
- Cairney, P. (2016) *The politics of evidence-based policy making*. Springer Berlin: New York, NY.
- Castro, F.G., Barrera, Jr. M., and Martinez, Jr., C.R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5, 41-45.
- Castro, F. G., Kellison, J. G., Boyd, S., & Kopak, A. (2010). A methodology for conducting integrative mixed-methods research and data analyses. *Journal of Mixed Methods Research*, 4, 342–360
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan J. A. M., Lonczak, H. S., & Hawkins, J. D. (1999). *Positive youth development in the United States: Research findings on evaluations of positive youth development programs*. Washington, DC: U. S. DHHS, NICHD.
- Center for Disease Control and Prevention (2010). *Learning and growing through evaluation: state asthma program evaluation guide*. Atlanta, GA: Centers for disease control and prevention, National center for environmental health, division of environmental hazards and health effects, air pollution and respiratory health branch.
- Charvat, M., Jurystova, L., & Miovsy, M. (2012). Four-level model qualifications for the practitioners of the primary prevention of risk behaviour in the school system. *Adiktologie*, 12(3), 190-211.

- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., & Rucker, D. D. (2008). A new look at the consequences of attitude certainty: The amplification hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(4), 810-825.
- Clarkson, J. J., Tormala, Z. L., Rucker, D. D., & Dugan, R. G. (2013). The malleable influence of social consensus on attitude certainty. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(6), 1019-1022.
- Coffman, J. (2007). What's different about evaluating advocacy and policy change? In J. Coffman (Red.), *The evaluation exchange 13: A periodical on emerging strategies in evaluation* (p. 2-4). Harvard: Harvard Family research project.
- Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., Freedman, G. and Burstein, R. (2013), Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010, *Lancet* 382, 1564-1574.
- Elkins, S. R., Fite, P. J., Moore, T. M., Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2014). Bidirectional effects of parenting and youth substance use during the transition to middle and high school. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 475-486.
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2014). A rapid evidence review of health advocacy for communicable diseases. ECDC, Stockholm.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2011). European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals. EMCDDA Manuals. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- EMCDDA (2013a). European drug prevention quality standards: a quick guide. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2013b). North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts? Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2015). New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early warning System. EMCDDA Rapid Communication. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2017a). European Drug Report 2017: Trends and Developments. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2017b). Health and social responses to drug problems: a European guide. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018a). European Drug Report 2018: Trends and Developments. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- EMCDDA (2018b). Environmental substance use prevention interventions in Europe. Technical Report. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Commission (2015). Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Evidence Based Practice Institute (2012). <https://www.ebp.institute/>

- Federal Office of Public Health (2006). Lessons learned – vulnerable young people and prevention, Federal Office of Public Health. Bern (available at [https:// www.infodrog.ch/files/content/ refbases/ 03.00-049_ vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf](https://www.infodrog.ch/files/content/refbases/03.00-049_vulnerabilitaet_xen_bag_2006.pdf)).
- Fishbein, M. (2011). Predicting and changing behavior: a reasoned action approach. In: Prediction and change of health behavior: applying the reasoned action approach. Psychology Press, pp. 3-21.
- Flay, B.R. & Petraitis, J. (2003). Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. In Z. Sloboda & W.J. Bukoski (eds.). Handbook on Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice (pp. 289-306). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Fong, G.T., Graig, L.V., Guignard, R., Nagelhout, G.E., Tait, M.K., Driezen, P., Kennedy, R.D., Boudreau, C., Wilquin, J.L., De smoking utsch, A., & Beck, F. (2013). Evaluation of the ban in public places in France one year and five years after its implementation: Findings from the ITC France survey. Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Paris France), 20, 217-223.
- Frone, MR. (2013). Alcohol and Illicit Drug Use in the Workforce and Workplace.
- Washington, DC: American Psychological Association.
- Gabrhelik, R., Foxcroft, D., Mifsud, J., Dimech, A.M., Pischke, C., Steenbock, B., Bulotaité, L., Mulligan, K. (2015). Quality plan for prevention science education and training in Europe. Oxford: Science for prevention academic network – SPAN.
- Gasper, J. (2011). Revisiting the relationship between adolescent substance use and high school dropout. Journal of substance Use Issues, 41(4), 587-618.
- Ginsburg, I. (1982). Jean Piaget and Rudolf Steiner: Stages of child development and implications for pedagogy. The Teachers College Record, 84(2), 327-337.
- Glantz, M. D. & Pickens, R. W. (1992). Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), Vulnerability to drug abuse (pp. 1-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, E. C., & Witte, K. (2006). Can fear arousal in public health campaigns contribute to the decline of HIV prevalence? Journal of Health Communication, 11, 245-259.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. E., Graczyk, P. A., & Zins, J. E. (2005). The study of implementation in school-based preventive interventions: Theory, research, and practice. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, US Department of Health and Human Services, Washington, DC, 60.
- Hanushek, E.A. & Wößmann, L. (2007). The Role of Education Quality in Economic Growth. World Bank Policy Research Working Paper 4122. Disponible en: [https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122. pdf?sequence=1](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7154/wps4122.pdf?sequence=1)
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112, 64-105.
- Hovland, C. I., & Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. Public Opinion Quarterly, 15, 635-650.

- Hovland, C.I., Janis, I., & Kelley, H.H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Kaluzny, AP, & Hernandez, SR (1988). Organizational change and innovation. In S. Shortell and A. Kaluzny (Eds.), pp 379-417, *Health care management: A text in organizational theory and behavior*. 2nd Edition. New York, NY: John Wiley.
- Lasswell, H. D. (1949). The structure and function of communication in society. In L. Bryson (Ed.), *The communication of ideas*. (pp. 37-51). Oxford, England: Harper.
- Lazarsfeld, P. F., Berelson, B., Gaudet, H. (1944). *The People's Choice: How the voter makes up his mind in a Presidential campaign*. New York: Columbia University Press.
- Marlatt, G.A. et al., eds. (2011). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high- risk behaviors*. Guilford Press.
- Mendes, F. J. F. and Mendes, M. R. (2011). *Healthy and safer nightlife of youth project: staff training for nightlife premises, Club Health*. Available at https://www.club-health.eu/docs/EN/Club_Health_training_of_staff_manual_EN.pdf.
- Mercer, S.L., Sleet, D.A., Elder, R.W., Cole, K.H., Shults, R.A., & Nichols, J.L. (2010). Translating evidence into policy: Lessons learned from the case of lowering the legal blood alcohol limit for drivers. *Annals of epidemiology*, 20, 412-420.
- Michie, S., Van Stralen, M.M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6 (42). doi:10.1186%2F1748-5908-6-42.
- Miller, B. A., Holder, H. D., & Voas, R. B. (2009). Environmental strategies for prevention of drug use and risks in clubs. *Journal of Substance Use*, 14(1), 19–38.
- Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press: Washington D.C.
- NAMLE. (National Association for Media Literacy Education) (2010), *The Core Principles of Media Literacy Education*, from <http://namle.net/publications/core-principles/>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2018). *Global status report on alcohol and health*. WHO, Geneva.
- OMS (n.d.), *Substance abuse* https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ (consultado 5 de Octubre 2020).
- O'Neill, B. (2008). *Media Literacy and the Public Sphere: contexts for public media literacy promotion in Ireland*. Paper presented at the Media@Ise Fifth Anniversary Conference, London (disponible en [http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill\(LSEROverseer\).PDF](http://eprints.lse.ac.uk/21578/1/LSE_Paper_ONeill(LSEROverseer).PDF)
- Pelozo, J. (2014). *Triangle: How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy*. Ljubljana: Infokart.

- Piazza, P.V., Deroche-Gamonet, V. (2013). A multistep general theory of transition to addiction. *Psychopharmacology*, 229(3), 387-413.
- Plant Work. (2006). Coming Clean: Drug and Alcohol Testing in the Workplace. *World of Work: The Magazine of the ILO*, 57, 33-36. Switzerland: ILO Turin.
- Poulin, F. and Dishion, T. (2001). 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied developmental science*, 5(4), 214-224.
- Ricordel, I., and Wenzek, M. (2008). Cannabis and safety of work. Evolution of its detection within the controls of narcotics since 2004 to the SNCF. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 66, 255-60.
- Scull, T. M., Kupersmidt, J. B., & Erausquin, J. T. (2014). The impact of media-related cognitions on children's substance use outcomes in the context of parental and peer substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(5), 717-728.
- Silvestre S., Liutkutė V., Pelozo J., Talić S., Kokole D., Ribeiro S., Galkus L., Stankevičiūtė S., Košir, M. & Štelemėkas M. (2014). Triangle. How youth organizations can build and sustain a national coalition that works on alcohol policy. Alcohol Policy Youth Network (APYN) & No Excuse Slovenia. Ljubljana. April 2014.
- Sloboda, Z., et al. (2014). Implementation Science and the Effective Delivery of Evidence- Based Prevention. In Sloboda, Z., & Petras, H. (eds.), *Advances in Prevention Science: Defining Prevention Science* (pp. 293-314). New York: Springer Publishing.
- Small, S. & Supple, A. (1998). Communities as systems: Is a community more than the sum of its parts? Presented at the national forum on A community effects on children, adolescents and families. Pen State University, State college, P.A.
- Stovall, E.E., Rossow, I., and Rise, J. (2014). Changes in attitudes towards restrictive alcohol policy measures: the mediating role of changes in beliefs. *Journal of Substance Use*, 19, 38-43.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *International Standard on Drug Use Prevention*. Vienna, Austria: UNODC. Available at: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
- Van der Kreeft, P., Jongbloet, J. & Van Havere, T. (2014). Factors affecting implementation: Cultural adaptation and training. In Sloboda, Z. & Petras, H. (eds.), *Advances in Prevention Science: Defining prevention science* (p. 315 – 334). New York: Springer Publishing.
- VeneKlasen, L. and Miller, V. (2002, rev 2007). Planning moment #5: Mapping advocacy strategies, in *A new weave of power, people & politics: the action guide for advocacy and citizen participation*, Practical Action Publishing, pp. 185-208.
- Wandersman, A., A., Duffy, J., Flaspohler, P., Noonan, R., Lubell, K., Stillman, L. and Saul, J. (2008). Bridging the gap between prevention research and practice: The interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 171-181.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveau, L., & Kaljee, L. (2013). The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: A three-year longitudinal examination. *Social Science & Medicine*, 97, 161-169.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill Book Co.

ANEXOS

- **ANEXO 1**

Resumen de la metodología

- **ANEXO 2**

Etapas del desarrollo desde los 3 a los 16 años

- **ANEXO 3**

Glosario

- **ANEXO 4**

Hoja de información



ANEXO 1

RESUMEN DE LA METODOLOGÍA

Nuestra metodología se basó en las directrices de la European Prevention Standards Partnership para la adaptación y difusión de estándares de calidad en diferentes contextos (kit de herramientas 4 de EDPQS)⁴¹. Describe cómo proceder con una adaptación y qué considerar durante este proceso.

El equipo de HoGent, con sede en el Departamento de Investigación de la Prevención en el Colegio Universitario de Gante, fue designado como el grupo de trabajo. El “núcleo central” estaba formado por el grupo de trabajo y Zili Sloboda (APSI), Michal Miovsky (Charles University de Praga), Gregor Burkhart (EMCDDA) y Jeff Lee (ISSUP), quienes son expertos/as en el campo de la prevención del uso de sustancias. El principal objetivo del grupo nuclear era evitar, cuando fuera posible, cambios en los componentes principales del UPC original, al tiempo que se realizaban importantes adaptaciones superficiales al contexto europeo. Un grupo final del proyecto, el “grupo de referencia” estuvo formado por las once instituciones asociadas implicadas en el proyecto UPC-Adapt. Éstas incluían representantes de Bélgica, Croacia, Italia, Estonia, Alemania, Eslovenia, España y Polonia.

El proceso de adaptación comenzó con la lectura detallada del manual de formación de UPC desarrollado por APSI. Después que el grupo de trabajo leyera el currículum 1, es decir, el currículum introductorio general de la EUPC, se creó un documento de trabajo que describía el producto adaptado y la categorización preliminar de posibles adaptaciones. Esta categorización generó distinciones entre

adaptaciones “profundas” o “superficiales”, junto con la justificación de los cambios sugeridos. Las adaptaciones superficiales son, por ejemplo, adaptaciones a lugares, ejemplos, datos y expresiones. Las adaptaciones profundas son adaptaciones contextuales (como la organización social y política), cultura (normas y valores), aspectos técnicos (gráficos o ilustraciones) y contenido (cambios o añadidos sin afectar los elementos centrales) Este trabajo preliminar fue discutido primero por el grupo de trabajo. Después de llegar a un consenso, esta categorización preliminar y el documento de trabajo fueron revisados por el grupo nuclear.

Se siguió un proceso similar en el proceso de adaptación de los otros currículums: farmacología y fisiología (currículum 2), monitorización y evaluación (currículum 3), prevención familiar (currículum 4), prevención escolar (currículum 5), prevención laboral (currículum 6), prevención ambiental (currículum 7), prevención mediática (currículum 8) y prevención comunitaria (currículum 9). Primero, se llegó a un consenso en el grupo de trabajo y luego se discutieron las adaptaciones propuestas con el grupo central. Se llevaron a cabo consultas regulares en el seno del grupo central por videoconferencia y correo electrónico.

Un borrador preliminar del currículum se completó en junio de 2017, y se alcanzó un consenso entre los grupos de referencia y central sobre el primer borrador en octubre de 2017.

41. <http://www.emcdda.europa.eu/drugs-library/edpqs-toolkit-4-adaptation-and-dissemination>



EUPC

ANEXO 2

**ETAPAS DEL DESARROLLO
DESDE LOS TRES A LOS DIECISEIS AÑOS**

	3 A 4 AÑOS	5 A 7 AÑOS	8 A 12 AÑOS	13 A 16 AÑOS
Social	Comparte, juega bien con sus iguales, juega de forma individual, utiliza la cuchara y tenedor para comer, higiene personal	Comparte, aplica la imaginación al juego, se viste y desviste sin ayuda	Es independiente de sus padres y madres, sentido de lo correcto y lo incorrecto, sentido del futuro	Pasa más tiempo con sus iguales, construye su identidad, pone a prueba los límites, sigue los modelos adultos
Lenguaje	Recita números, pero sólo cuenta hasta 3, mantiene conversaciones, recita ritmos y canciones, tiene historias favoritas	Disfruta con las historias y las aplica a sus juegos, entiende el doble significado de las palabras	Puede leer y escribir, mayor articulación, capaz de mantener una conversación, puede debatir y narrar acontecimientos	Claridad de pensamiento, expresión de las propias creencias y opiniones
Físico	Enhebra cuentas, utiliza tijeras, camina de puntillas, pedalea y se estira, se balancea, tiene noción del espacio	Juguetes de construcción, juegos de colorear, juegos de pelota, baila, salta	Transformaciones en la apariencia física más notables, pubertad temprana en las chicas, mejora la coordinación entre ojo y mano	La pubertad, crecimiento rápido de músculos y esqueleto, mayor resistencia
Intelectual	Es capaz de construir una torre, pintar, dibujar la cabeza de una persona y sostener un lápiz de forma adecuada	Puede copiar letras, cuenta con los dedos, añade detalles a los dibujos, es consciente del tiempo	Habla sobre sus ideas y sentimientos, piensa de forma más lógica, desarrolla habilidades en matemáticas y lectura	Mayor preocupación por las otras personas y por la comunidad. Cuestiona y desafía las normas, explora ideas nuevas
Emocional	Puede esperar para satisfacer sus necesidades, tiene sentido del humor, entiende los conceptos de presente y pasado	Cuida a sus amistades y a bebés, tiene mejor control sobre la conducta y el comportamiento	Aprende por observación y hablando, proporciona soporte en situaciones estresantes, es capaz de empatizar	Experimenta cambios hormonales, se prepara para la independencia de la familia, mal comportamiento
Comportamental	Habilidad para negociar pero sin razonar, utiliza la imaginación, miedo de la oscuridad y al abandono, disfruta del humor	Expresa enfado y frustración, menos con la acción y más a través del lenguaje; es más independiente	Se asocia en clubs o grupos de iguales, busca la aceptación de sus iguales	Incrementa el deseo de privacidad, pasa más tiempo con sus iguales



EUPC

ANEXO 3

GLOSARIO

Adaptación	La modificación de los contenidos de un programa para adaptarse a las necesidades de un grupo específico de personas consumidoras.
Alcance	En los medios de comunicación, el número de personas expuestas a un comunicado.
Buena relación coste- efectividad	Vale la pena en términos económicos.
Buenas prácticas	La mejor aplicación de la evidencia disponible para actividades actuales en el campo de las drogas
Campaña, medios de comunicación	Una serie de actividades planificadas o una combinación de actividades diseñadas para persuadir a las personas de forma individual y grupal.
Comunicación	El mensaje transmitido por los medios de comunicación; puede contener sólo palabras, sólo imágenes, o una combinación de ambos. Si se desarrolla como es debido, el comunicado emitido y el mensaje recibido por el público son el mismo.
Comunidad	Una entidad definida geográficamente, donde se pueden desarrollar e implementar sistemas de prevención efectivos. La mayoría de quienes coordinan las intervenciones en prevención trabajan en diversos niveles de la comunidad que pueden englobar el entorno a nivel macro y también incluye muchos entornos a nivel micro.
Contenidos de la intervención	Los objetivos de la intervención y la información, habilidades y estrategias que se utilizan para lograr los objetivos deseados. Por ejemplo, puede incluir tanto las habilidades de rechazo al grupo de iguales como el desarrollo de las normas sociales, o la formación en comunicación familiar.
Eficacia	La eficacia es la medida en que una intervención (tecnología, tratamiento, procedimiento, servicio o programa) es más positiva que negativa cuando se ejecuta bajo condiciones óptimas.
Ejecución de la intervención	Cómo ha de implementarse la intervención o política y cómo se espera que sea recibida la intervención o política por el público objetivo, por ejemplo, utilizando estrategias de educación interactivas para adolescentes y personas adultas; ofrecer programas de habilidades parentales en horarios que vayan bien para las familias, monitorización de la implementación de una intervención o política para mejorar la fidelidad a los elementos centrales de la intervención.

Elaboración del mensaje	El proceso mediante el cual se desarrolla la comunicación persuasiva; se trata de los componentes persuasivos incorporados en los comunicados para influenciar las creencias y acciones de las personas.
Empírico	Basado en la observación y el experimento.
Enfermedades no transmisibles	Una enfermedad que no puede pasar de una persona a otra.
Ensayos de efectividad	Prueban si las intervenciones son efectivas bajo condiciones del “mundo real” o en entornos “naturales”. Los ensayos de efectividad también pueden establecer para quién y bajo qué condiciones de implementación es efectiva la intervención.
Entornos a nivel macro	Ejemplos son los entornos sociales y físicos/el barrio, la economía, el entorno político, los desastres sociales y naturales.
Entornos a nivel micro	Ejemplos son la familia, los grupos de iguales, personal de la administración escolar, personas de liderazgo religioso, personal administrativo laboral y colegas profesionales.
Epidemiología	El estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos relacionados con la salud (incluida la enfermedad), la aparición del estado/evento/enfermedad relacionado con la salud (incidencia), los casos ya existentes del estado/evento/enfermedad relacionado con la salud (prevalencia), y la aplicación de este estudio al control de enfermedades y otros problemas de salud.
Escuela	Un lugar donde se educa a la infancia.
Estigma	Un conjunto de creencias negativas y frecuentemente injustas que tiene una sociedad o grupo de personas sobre algo; la desaprobación de algunas características o creencias personales que están en contra de las normas culturales. El estigma a menudo conduce a la pérdida de estatus, la discriminación y la exclusión de la participación significativa en la sociedad.

Estructura de la intervención	Cómo la intervención o política de prevención ha sido organizada y construida, por ejemplo, el número necesario de sesiones o refuerzos; la organización de las sesiones.
Evaluación	Una evaluación rigurosa e independiente de actividades ya completadas o en curso.
Evaluación comunitaria	Medidas que reflejan las creencias, actitudes o valores generales o medios en un gran grupo (p.ej., una comunidad, escuela, nación), en contraste con las evaluaciones a nivel individual.
Evaluación colaborativa	Un enfoque colaborativo que involucra al personal del programa y al personal de evaluación, convirtiéndose en un equipo. Las otras personas del equipo en un modelo colaborativo pueden incluir a las partes interesadas que tienen un interés en los resultados de la intervención de prevención. Sin embargo, es importante que los roles dentro del equipo, las actividades, las responsabilidades y las interacciones estén bien definidos. También se requiere una clara diferenciación de roles.
Evaluación de los resultados	Un proceso para caracterizar hasta qué medida los conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas han cambiado para aquellas personas o entidades que recibieron la intervención o que han sido objetivo de la política, comparado con las no receptoras (a menudo se consideran resultados a corto y medio plazo). Los resultados a largo plazo están relacionados con el producto final deseado de la intervención, en nuestro caso la reducción o eliminación del consumo de drogas. A menudo, las evaluaciones acaban con los resultados a largo plazo.
Exposición	Se refiere al alcance de los medios de comunicación —la medida en que el comunicado llega al público destinatario deseado.
Factores de protección	Características que reducen la probabilidad del uso de sustancias.
Factores de riesgo	Características que interactúan con las vulnerabilidades personales para aumentar la probabilidad del uso de sustancias.

Familia	La familia se puede definir en términos simples según su estructura, es decir, quién se considera parte de la familia; y según su función, es decir, cuál es el propósito de la familia y qué hace una familia. La definición de qué es una familia puede ser diferente entre países. En los Estados Unidos, Canadá y muchos Países Europeos, por ejemplo, la “familia” se define más comúnmente como la familia nuclear, a saber, la madre, el padre e hijos/as. En otros países, la familia puede incluir a abuelas/os, tías y tíos y primos/as. Sin embargo, la composición de las familias cada vez es más diversa pudiendo ser monoparentales (solo una madre o un padre) o con dos madres o dos padres.
Fiabilidad de una medida	¿En qué medida son estables las medidas cuando se repiten en el tiempo? También denominado “consistencia”.
Fidelidad de la intervención	La medida de comparación entre la ejecución de una intervención y cómo se planificó en primer lugar. La calidad de la implementación a menudo se cuantifica con medidas de fidelidad, dosis, calidad de la ejecución y los elementos añadidos al protocolo de la intervención.
Fuente	La persona o entidad que emite el mensaje persuasivo.
Grupo diana	El grupo de personas a quienes se espera influenciar mediante las intervenciones preventivas o a quienes van dirigidos los intentos persuasivos.
Habilidades cognitivas	La capacidad de las personas de pensar por sí mismas y de abordar los problemas de forma razonada, de conceptualizar y resolver problemas, y sacar conclusiones y encontrar soluciones mediante el análisis.
Implementación	La ejecución real de una intervención o política de prevención, o preferiblemente, de múltiples intervenciones y políticas que la investigación científica ha demostrado que pueden tener un mayor impacto en las poblaciones.
Infraestructura	Las estructuras e instalaciones físicas y organizativas básicas que se consideran necesarias para el funcionamiento de una sociedad. En este currículum, la infraestructura incluye los equipos comunitarios, la formación y ayuda técnica, y los recursos financieros y humanos necesarios para implementar las intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia.

Iniciativas multicomponentes basadas en la comunidad	Éstas generalmente engloban una amplia gama de intervenciones basadas en la evidencia y políticas que pueden impactar en diversos grupos de edad y en diversos entornos. Ejemplos de ello serían los apoyos en el cumplimiento de las leyes sobre alcohol y tabaco, y las intervenciones y políticas en las escuelas y en las familias.
Intervención	Una acción que se centra en alterar las trayectorias de uso de sustancias mediante la promoción de resultados positivos de desarrollo y la reducción de comportamientos y resultados de riesgo.
Intervenciones ambientales	Las intervenciones ambientales engloban las políticas, regulaciones y leyes que controlan el acceso y la disponibilidad de las sustancias, especialmente para la juventud. También afectan las normas sobre el uso de sustancias como consecuencia de las mismas leyes y su aplicación. La mayor parte de la investigación científica está relacionada con esfuerzos para controlar el alcohol y tabaco. Las intervenciones ambientales habitualmente abordan el contexto donde tiene lugar el comportamiento —el uso de sustancias— bien sea en la comunidad o en lugares específicos como las tiendas de bebidas alcohólicas, parques, o lugares de ocio.
Intervenciones breves	Procesos sistemáticos y focalizados que pretenden valorar el potencial uso de sustancias y motivar a las personas a cambiar su comportamiento. La meta es reducir el uso de sustancias antes de que la persona se haga daño o desarrolle comportamientos de uso arriesgados o trastornos asociados.
Intervenciones de comportamiento	Estas intervenciones se dirigen a las personas directamente, con intención de modificar sus actitudes y comportamientos en cuanto al uso de sustancias; o mediante terceras partes, como los padres y las madres, el profesorado y las empresas. Contrasta con las intervenciones ambientales que, principalmente, se dirigen al contexto donde se obtienen o se consumen las sustancias.
Intervenciones y políticas de prevención basadas en la evidencia	Intervenciones y políticas de prevención que han demostrado, a través de la investigación, ser efectivas para prevenir el inicio del uso de sustancias.
Investigación	Investigación sistemática, que incluye el desarrollo, pruebas y evaluación, y que está diseñada para desarrollar o contribuir al conocimiento generalizable.

Investigación empíricamente validada	Investigación científica basada en la observación y el experimento, y que ha sido confirmada y corroborada de forma sistemática.
Lucha cognitiva	La contra-argumentación; una reacción mental de resistencia a un mensaje persuasivo que es contrario a las creencias personales establecidas.
Mediadores de la intervención	Los factores que la intervención pretende manipular y que están directamente vinculados a los resultados deseados.
Medidas a nivel individual	Medidas que se toman sobre las personas encuestadas de manera individual, más que de forma transversal sobre grupos enteros.
Medios de comunicación	Cualquier forma de comunicación de masas. Esto puede englobar la televisión, radio, revistas, webs, periódicos, carteles, vallas publicitarias, redes sociales como Facebook, Twitter y YouTube, etc.
Medios de comunicación de masas	La categoría general de las comunicaciones incluida la televisión, radio, radiodifusión, periódicos, que llegan a un amplio grupo de personas.
Mejores prácticas	La mejor aplicación de la evidencia disponible para las actividades actuales en el campo de las drogas.
Modelo etiológico	Este modelo incluye los entornos a nivel micro y macro que influyen a las personas a medida que van pasando desde la infancia a la etapa adulta. Estos entornos interactúan con las características individuales que hacen que estén en mayor o menor riesgo del uso de sustancias y otros comportamientos problemáticos. Estos entornos operan a dos niveles, a saber: el nivel macro implica el entorno más amplio como el barrio, la comunidad, el estado, o el país; y el nivel micro implica los entornos más cercanos a la persona, la familia, los grupos de iguales, la escuela, las organizaciones religiosas y el lugar de trabajo.
Monitorización (evaluación del proceso)	El proceso continuo mediante el cual las partes interesadas obtienen información periódica sobre el progreso que se está realizando hacia la consecución de sus metas y objetivos.
Parte interesada	Una persona, grupo u organización que tiene un interés o inquietud en una organización afectada por una línea de actuación.

Parte persuasora	La persona o entidad que trata de cambiar las opiniones, actitudes, creencias o comportamientos de las demás personas.
Persuasión	El acto de influenciar a las personas para que adopten una creencia, conjunto de creencias o posturas, o para cambiar un(os) comportamiento(s).
Práctica Basada en la Evidencia	Procesos sistemáticos de toma de decisiones o prestaciones de servicios que han demostrado, mediante evidencia científica disponible, ser capaces de mejorar los resultados medibles en la población diana. En lugar de la tradición, la reacción visceral o las observaciones únicas como base de la toma de decisiones, la práctica basada en la evidencia se basa en los datos recogidos a través de la investigación experimental y tiene en cuenta las características particulares de cada cliente o cliente y los conocimientos expertos. (Evidence Based Practice Institute, 2012).
Prevención	El acto de impedir que ocurra algo o impedir que alguien haga algo.
Prevención mediática	La utilización de los medios de comunicación de masas, normalmente a través de campañas coordinadas, para prevenir la iniciación en el uso de sustancias, o para animar a las personas a dejar de consumir una determinada sustancia.
Programa	Una intervención específica identificada y manualizada.
Promoción y defensa	Un proceso político iniciado por parte de una persona o grupo, que pretende influenciar las políticas públicas y las decisiones de asignación de recursos dentro de sistemas e institutos políticos y sociales (Peloza, 2014)
Pruebas de detección de drogas	Análisis químico de muestras biológicas (incluida sangre, orina, pelo y sudor) para detectar la presencia de drogas o de sus metabolitos (esto es diferente del análisis de drogas, que consiste en analizar drogas químicamente).
Público	Las personas destinatarias de un comunicado; a quién va dirigido un mensaje.
Quienes diseñan políticas	Quien decide las nuevas políticas para un gobierno, partido político, etc.
Receptor	Persona o grupo a quienes van dirigidos los comunicados.

Reducción de la demanda	Prevenir o al menos retrasar el uso de sustancias en la población diana intentando promover valores, normas, creencias y actitudes en contra del uso de sustancias y mejorando las habilidades de resistencia.
Reducción de la oferta	Desarrollar políticas claras y razonables que se aplican coherentemente y se dirigen a limitar la posesión, el consumo y la venta de todas las sustancias, incluido el alcohol y el tabaco, en y alrededor de la escuela, y en todos los eventos patrocinados por la escuela.
Refuerzo	En la persuasión, un aliciente para aceptar la información que se está impartiendo.
Seguimiento parental	Los padres y las madres saben dónde están sus hijas e hijos y qué hacen.
Sistemas de implementación	Diversos componentes de las intervenciones que están conectados para lograr un resultado específico; suelen implicar una secuenciación específica de los componentes para ser efectivos.
Socialización	Un proceso a lo largo de la vida por el cual las actitudes, normas, creencias y comportamientos que son culturalmente apropiados y aceptables se transmiten e interiorizan.
Sostenibilidad	La implementación de calidad y a largo plazo de las intervenciones basadas en la evidencia y los sistemas de implementación que sustentan su continuación.
Sustancias psicoactivas	Sustancias que, cuando se ingieren o son administradas en el propio sistema, actúan en el sistema nervioso central afectando a los procesos mentales, p.ej. la cognición o el afecto. Este término y su equivalente, droga psicotrópica, son el término más neutral y descriptivo para referirse a todo el grupo de sustancias, lícitas e ilícitas, que son de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, sin embargo, en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, como en las expresiones “consumo de drogas” o “uso de sustancias” (OMS, s.f.).

Trastornos por uso de sustancias	Los trastornos por uso de sustancias abarcan una amplia variedad de problemas que surgen del uso de sustancias. Estos incluyen la dependencia y el daño físico, pero también consecuencias sociales adversas, como el fracaso en el cumplimiento de las obligaciones laborales, educativas, familiares y sociales. Lo que es más importante, la persona continuará consumiendo las sustancias a pesar de haber experimentado daños físicos y psicológicos recurrentes. Las descripciones más conocidas del trastorno por uso de sustancias se pueden encontrar en el DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Americana y en el CIE-11 de la OMS.
UPC-Adapt	El nombre del proyecto que ha realizado la adaptación del Currículum de Prevención Universal. Este proyecto fue financiado por la Comisión Europea. Once entidades de 9 países europeos cooperaron en este proyecto.
Uso de sustancias	Las sustancias se pueden definir como derivados del tabaco, alcohol, inhalantes y otras sustancias como la heroína, la cocaína, el cannabis y los medicamentos psicoactivos (utilizados con fines no médicos).
Validez externa	La medida en que los resultados de una intervención de prevención pueden trasladarse a otra población o condición.
Validez interna	La medida en que los resultados de una intervención de prevención pueden atribuirse a la intervención en sí.
Vulnerabilidad	Una predisposición individual, determinada por factores genéticos, psicológicos y sociales, que hace que sea más probable el desarrollo de comportamientos de riesgo y trastornos mentales. Lo contrario se conoce como resiliencia (Federal Office of Public Health, 2006).



ANEXO 4

HOJA DE INFORMACIÓN

DIRECTRICES

- EMCDDA —Estándares de Calidad
- Los Estándares Europeos de Calidad en Prevención de Drogas (EDPQS) aportan un conjunto de principios para ayudar a desarrollar y evaluar la calidad de la prevención de drogas. Ofrecen un recurso integral que resume todos los elementos de las actividades de la prevención de drogas. Los EDPQS fueron desarrollados por la Consorcio Europeo para los Estándares de Prevención a partir de un proyecto de investigación cofinanciado por la Unión Europea. El consorcio emprendió la revisión y síntesis de los estándares nacionales e internacionales ya existentes, así como consultas con más de 400 profesionales en seis países europeos para identificar qué estándares de calidad deben aplicarse en las actividades de prevención de drogas⁴².
- Consejo de la Unión Europea (2015), Conclusiones del Consejo sobre la implementación del plan de acción de la UE contra las drogas 2013-2016 en relación a los estándares mínimos de calidad en la reducción de la demanda de drogas en la Unión Europea
- UNODC/OMS —Estándares Internacionales en la prevención del consumo de drogas (segunda edición actualizada)
- Estos Estándares Internacionales globales resumen la evidencia científica que se encuentra disponible en la actualidad, al describir las intervenciones y políticas que se ha demostrado que arrojan resultados de prevención positivos y sus características. Paralelamente, los Estándares Internacionales globales identifican los principales componentes y rasgos de un sistema nacional efectivo de prevención de drogas⁴³.
- Portal de buenas prácticas —estándares y orientaciones:
https://www.emcdda.europa.eu/best-practice_es
- Respuestas sanitarias y sociales a los problemas de las drogas: una guía europea:
<https://www.emcdda.europa.eu/responses-guide>

42. <http://www.emcdda.europa.eu/keywords/edpqs>

43. http://www.unodc.org/documents/prevention/standards_180412.pdf

REGISTROS

NOMBRE	PAÍS/REGIÓN	PÁGINA WEB
Xchange	Europa	http://www.emcdda.europa.eu
Portal de Buenas Prácticas	Europa	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice_es
Green List	Alemania	https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information
Prevención basada en la evidencia	España	http://prevencionbasadaenlaevidencia.net
Portal de Buenas Prácticas	España	http://www.buenaspracticasadicciones.es
Base de datos del Centro para el análisis de las transiciones juveniles (CAYT)	Reino Unido	http://cayt.mentor-adepis.org/cayt-database/
Blueprints	Estados Unidos	https://www.blueprintsprograms.org
Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (NREPP)	Estados Unidos	https://www.samhsa.gov/nrepp
Prevención del uso de sustancias en la población infantil y adolescente	Estados Unidos	https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/prev-entingdruguse_2.pdf

