



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

Lineamiento de prevención del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas

**Ministerio de Salud y Protección Social
Ministerio de Justicia y del Derecho**

2018



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA
Coordinadora Convivencia Social y Ciudadanía



ENRIQUE GIL BOTERO
Ministro de Justicia y del Derecho

CARLOS MEDINA RAMÍREZ
**Viceministro de Política Criminal y
Justicia Restaurativa**

RENZO RODRÍGUEZ PADILLA
**Director de Política de Drogas y
Actividades Relacionadas**

MARTHA PAREDES ROSERO
**Subdirectora de Estrategia y
Análisis Coordinadora del
Observatorio de Drogas de
Colombia**

ELABORACIÓN

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA

Coordinadora Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

DIANA CASTAÑEDA OREJUELA

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

OSCAR ALEJANDRO MARIN QUINTERO

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

CAMILA PATIÑO

Dirección de Política de Drogas Ministerio de Justicia y del Derecho

GONZALO SOSA GUTIERREZ

Dirección de Política de Drogas Ministerio de Justicia y del Derecho

COLABORADORES

SANDRA LUCIA ARDILA

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

RICARDO ANGEL URQUIJO

Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social

JUAN CAMILO CARO DAZA

Ministerio de Educación Nacional

COLABORADORES ACADEMICOS E INSTITUCIONALES

JENNY CONSTANZA FAGUA DUARTE

Dirección de Política de Drogas Ministerio de Justicia y del Derecho

MIGUEL COTÉ

Universidad Nacional de Colombia

MARIA CECILIA MALDONADO
Oficina de Promoción Social
Ministerio de Salud y Protección Social

AUGUSTO PEREZ GOMEZ
Corporación Nuevos Rumbos

JULIANA MEJIA TRUJILLO
Corporación Nuevos Rumbos

SILVERIO ESPINAL BEDOYA
Corporación Surgir

LINA ZAPATA VELEZ
Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito

LUZ MARIA SALAZAR
Organización Panamericana de la Salud

LUZ ADRIANA RIVERA GONZALEZ
Secretaria Departamental de Salud de Risaralda

SUSLAY SANCHEZ ORTIZ
Secretaria de Integración Social de Bogotá

ALINA RESTREPO
Secretaria Departamental de Salud de Antioquia

DIANA LUCIA CELIS
Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses

FRANKY ALEXY ORTIZ PEÑA
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

FACULTAD DE ENFERMERIA
Pontificia Universidad Javeriana

MARCELA CALLE LOPEZ

CAROLINA PINEDA

Tabla de contenido

Introducción	8
Justificación	9
1. Objetivos del lineamiento	11
1.1 Objetivo general.....	11
1.2 Objetivos específicos.....	11
2. Marco de política internacional y nacional	11
3. Análisis de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.....	15
4. Enfoque para el abordaje de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol.....	17
5. Marco conceptual de la prevención	20
5.1 Definición de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.....	20
5.2 Prevención basada en la evidencia	22
6. Proceso de gestión para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.....	24
Bibliografía	41
Anexos.....	44

Tabla de anexos

Anexo 1. Marco Normativo

Anexo 2. Lista de chequeo de criterios de planeación

Anexo 3. Teorías del cambio

Anexo 4. Lista de chequeo criterios básicos de prevención COPOLAD

Anexo 5. Cuadro resumen estándares internacionales de prevención UNODC

Anexo 6. Glosario

Introducción

En el contexto nacional e internacional se reconoce que el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas implica el reconocimiento de las realidades personales, familiares y sociales, desde un enfoque de garantía de los derechos humanos y la atención integral a las particularidades de las personas y las comunidades lo que implica por ende transitar de una visión represiva y prohibicionista centrada en la sustancias psicoactiva, hacia la visión de generación de capacidades para la transformación individual y colectiva propia de la perspectiva del desarrollo humano. Para alcanzar este propósito, se debe garantizar procesos que se sustenten en la mejor evidencia científica disponible respecto a las políticas de prevención del consumo, así como a las atenciones y servicios de tratamiento a personas con consumos de dependencia y con necesidades de intervención en reducción de daños y riesgos.

La evidencia señala que las intervenciones que tienen los mayores efectos en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas comparten dos características: a) se concentran en la intervención temprana en el entorno social más cercano, ya sea escolar o familiar y b) abordan además, problemas distintos del uso de estas sustancias tales como el desarrollo social y del comportamiento; sin embargo, las acciones de los países no han sido consecuentes con esta realidad, y por tanto las sociedades tienden a hacer una inversión pequeña para la implementación de procesos en prevención, obteniendo en general, beneficios pequeños, lo que se suma a una deficiente elección de los programa, limitando los beneficios obtenidos con las intervenciones. (Babor & otros, 2010, pág. 122).

En Colombia, la situación no ha sido diferente a esta realidad descrita en los asuntos de prevención. La inversión y con ello la sostenibilidad de las acciones y programas preventivos no han sido efectivas para lograr los objetivos que esta se propone, entre ellos, aumentar la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas y disminuir la prevalencia de consumo en escolares y universitarios, es por tanto un imperativo acorde con lo establecido en el Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021 y las metas del Plan Decenal de Salud Pública, orientar a las entidades del gobierno nacional, territorial, organizaciones de la sociedad civil y comunidad en general, en la construcción participativa e implementación de respuestas integrales en prevención del consumo de sustancias psicoactivas basada en la evidencia, a través de un lineamiento técnico y operativo.

El presente lineamiento, en cumplimiento del propósito antes mencionado, expone el marco de política nacional e internacional respecto a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y desde la perspectiva de desarrollo humano describe los enfoques de derechos y salud pública para el abordaje de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, presenta el marco conceptual de la prevención del consumo, ordena la evidencia disponible de acuerdo con el momento en el curso de vida y propone un proceso de gestión que ordena la planeación, implementación y evaluación de las acciones de prevención en el orden nacional y territorial.

Justificación

En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas ilegales ha venido en aumento en los últimos años, lo cual se evidencia en los resultados de los estudios nacionales en población escolar, universitaria y en población general. Esta situación se ha venido dando a la par de la disminución de la edad en que las personas tienen contacto con las sustancias, lo cual conlleva al aumento de las consecuencias adversas en el desarrollo humano, biológico y social; consecuencias que pueden sostenerse y cronificarse a largo plazo, afectando el proyecto de vida individual y colectivo de las personas y las comunidades. Al respecto, en Colombia los estudios muestran que los niños que empiezan a consumir alcohol a los catorce años o antes, tienen cuatro veces más probabilidad de tener un consumo de riesgo o perjudicial cuando son adultos (Pérez Gómez, Scoppetta Díaz Granados, & Flórez Alarcón, 2011).

Esta situación es crítica, si se tiene en cuenta que, durante la adolescencia estas estructuras experimentan grandes cambios en el desarrollo de tareas cognitivas básicas tales como la toma de decisiones, la planeación, el buen juicio, y el control de impulsos; la consolidación de la memoria y el aprendizaje; la coordinación de los movimientos de los músculos y el sentido del equilibrio; y, el procesamiento de las emociones. Por tanto, en la medida que el consumo inicie de manera más temprana, mayores y más irreversibles serán los efectos sobre estas estructuras vitales para el desarrollo de la persona, por lo que se hace necesario que desde las posibilidades de la política pública se hagan todos los esfuerzos necesarios para retrasar este contacto.

Asimismo, las sustancias psicoactivas varían en sus consecuencias tóxicas para el organismo, en la posibilidad de dependencia y letalidad y en las consecuencias sociales y familiares asociadas al consumo. Por ejemplo, existe una alta asociación de muertes por sobredosis, infección por VIH e infecciones al hígado, con el consumo de sustancias tales como la heroína y el alcohol. En las enfermedades del corazón existe una asociación de las mismas con el consumo de tabaco y alcohol; en los problemas respiratorios, el tabaco y la marihuana, y en el caso de los problemas de salud mental, alteraciones del estado de ánimo, ansiedad y trastornos de la personalidad, se ha encontrado en diversos estudios una relación estrecha del consumo de diversas sustancias y estos problemas. (Babor & otros, 2010).

Específicamente por grupo poblacional, en el caso del consumo en mujeres, se reconoce que teniendo en cuenta aspectos como las motivaciones para consumir diferentes tipos de sustancias y las diferencias en los efectos de las mismas, las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a consecuencias derivadas del consumo de drogas, entre las que se cuenta estar en mayor riesgo de dependencia, mayor susceptibilidad a la recaída, ser objeto de mayor discriminación y estar expuestas a procesos gestacionales con mayor riesgo de presencia de síndromes de abstinencia fetal y neonatal y síndrome de alcoholismo fetal.

A nivel familiar, las afectaciones por consumo de sustancias psicoactivas se relacionan con disminución en la frecuencia y la calidad del vínculo entre los miembros de la familia, aumento de conflictos y agresiones, descuido de las responsabilidades familiares, pérdidas económicas entre otros aspectos. En este sentido la familia y las relaciones que allí se establecen son determinantes en el consumo / no consumo de sustancias psicoactivas, las cuales deben ser tenidas en cuenta dado que esta se constituye en un determinante en la construcción de la personalidad, la autonomía y la toma de decisiones, aspectos fundamentales frente a la exposición del consumo y la disponibilidad de sustancias psicoactivas y las bebidas alcohólicas. De acuerdo con las dinámicas relacionales, la familia es un factor de protección o de riesgo frente al consumo. Por ejemplo, el consumo nocivo de alcohol trae consecuencias a la salud de la persona que consume, principalmente asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, lo cual

contribuye a la carga de enfermedad del país, pero también daños y consecuencias emocionales, económicas y sociales devastadoras en las familias (Organización de los Estados Americanos, 2012).

En lo social, los efectos del consumo se evidencian en diferentes campos, por ejemplo, en la conexión entre el consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes y jóvenes y el delito, dado que “los consumidores de sustancias psicoactivas se ven mayormente involucrados en problemas con familiares y amigos que en otro tipo de problemas” (Adriana Camacho, Alejandro Gaviria y Catherine Rodríguez., 2010.) De igual manera estas consecuencias se pueden relacionar con pérdida de bienes materiales, fracaso escolar, desempleo, estigma y discriminación (Organización de los Estados Americanos, 2012).

En lo comunitario, se pueden presentar situaciones relacionadas con años de vida potencialmente perdidos asociados a discapacidad, pérdida de la actividad laboral, problemas de tipo legal bajo la influencia de las sustancias psicoactivas, problemas de convivencia social y ciudadana, baja calidad y frecuencia en la vinculación con actividades a nivel comunitario con lo cual se debilita el tejido social, entre otras, y en el campo laboral el consumo de sustancias psicoactivas está asociado a accidentes en el lugar de trabajo, ausentismo, deserción, entre otros.

Es así como el consumo de sustancias psicoactivas genera diversas y permanentes consecuencias en múltiples aspectos de la vida de las personas y las comunidades, lo cual se ve potenciado por una política de prevención deficiente y con inversiones pequeñas que limitan los resultados de lo que se realiza. Esta realidad, implica que la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas debe colocar en el centro de análisis y de la acción a las personas que consumen, sus expectativas de vida, sus necesidades y los contextos en los cuales viven y se desarrollan, complejizando de esta manera el abordaje para afrontar el fenómeno, dado que requiere de un trabajo planeado, sistemático y permanente, en cuanto a la construcción de las respuestas que permitan modificar estas situaciones.

Es entonces necesario identificar y actuar sobre los determinantes estructurales e intermedios que pueden estar asociados al inicio y mantenimiento del consumo, desde intervenciones que modifiquen estas condiciones en los entornos y con el reconocimiento de las particularidades individuales respecto a los factores de protección y de riesgo que están asociados a la toma de decisiones individuales frente al consumir o no unas sustancias psicoactivas.

Si bien la evidencia sobre los efectos de los programas de prevención no es definitiva y en algunos casos es limitada en cuanto a lo que se logra con un programa de prevención, los avances en los últimos años han permitido establecer qué es lo que funciona mejor, así como definir qué un aspecto central es la importancia de tener respuestas estructuradas y basadas en evidencias científicas para potenciar los efectos de las acciones desarrolladas. (Babor & otros, 2010).

Por tanto, y en el marco de lo establecido por el Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas, el gobierno nacional de Colombia, elabora estos lineamientos con el fin de gestionar la prevención del consumo desde la perspectiva de desarrollo humano de las personas, con base en la evidencia y respondiendo a las dinámicas y necesidades de las personas, las comunidades y los territorios.

1. Objetivos del lineamiento

1.1 Objetivo general

Orientar al gobierno nacional y territorial, organizaciones de la sociedad civil y comunidad en general sobre la construcción participativa e implementación de respuestas integrales en prevención del consumo de sustancias psicoactivas basada en la evidencia.

1.2 Objetivos específicos

- Contextualizar el marco de política de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y los enfoques de derechos humanos y de la salud pública para su abordaje.
- Definir los estándares, criterios y niveles de evidencia para la implementación territorial de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas basados en la evidencia.
- Establecer un proceso de planeación territorial participativa para la gestión de los programas y acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

2. Marco de política internacional y nacional

Como ya se mencionó, la política de drogas a nivel internacional y nacional reconoce que en el centro de las mismas se encuentran las personas y su bienestar, reconociendo el papel transformador que tiene abordar el problema de las drogas desde el desarrollo humano. En este sentido, esta transición implica que las intervenciones en materia de reducción del consumo sean coherentes con los principios del marco normativo del Derecho Internacional Humanitario, asegurando la participación social y la inclusión de poblaciones vulnerables o en condiciones especiales.

En el marco del Sistema de Naciones Unidas, se han establecido convenciones referidas al problema mundial de las drogas cuyo objetivo principal ha sido la orientación de la política global, teniendo en cuenta que la problemática trasciende las fronteras nacionales y requiere de una acción conjunta a nivel transnacional. En este contexto, la Convención Única de Naciones Unidas de 1961 y la Convención de Viena de 1988 establecen un régimen internacional que prohíbe la producción y distribución de sustancias psicoactivas para fines que no sean médicos o científicos. Con relación al consumo, estas convenciones otorgan mayor libertad a los Estados, en consideración de los principios constitucionales y los conceptos fundamentales de su ordenamiento jurídico. (Colombia, Comisión asesora para la política de drogas en, 2013, p. 9).

La Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas (2009), integra los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos como parte estructurante de la estrategia de fiscalización de drogas adoptada por los Estados. En materia de prevención recomienda fortalecer las

En materia de prevención la Asamblea General de las Naciones Unidas recomienda fortalecer las políticas al respecto, así como iniciar respuestas programáticas integrales basadas en la evidencia, diferenciadas por momento de vida y entornos

políticas al respecto, así como iniciar respuestas programáticas integrales basadas en la evidencia, diferenciadas por momento de vida y entornos (Unidas, Asamblea General de las Naciones, 1998).

En la última década, a nivel mundial y específicamente en la región de las Américas, expertos han estado de acuerdo en definir como fracaso las políticas de drogas basadas en la

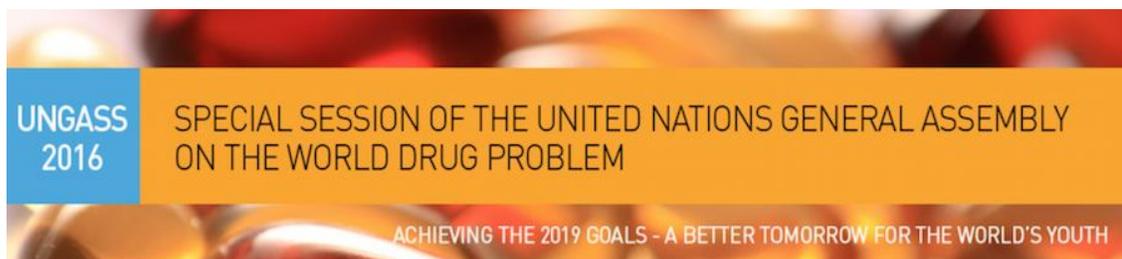
prohibición, la represión de la producción y la distribución, así como la criminalización del consumo. Estos

expertos, invitan a la apertura de un amplio debate público sobre la gravedad del problema y a la búsqueda de las políticas más adecuadas a la historia y la cultura de cada país, entendiendo que el consumo de sustancias psicoactivas debe ser abordado como un asunto de salud pública, reduciendo el consumo a partir de la utilización de acciones de información y prevención basadas en lenguaje claro y argumentos consistentes, y focalizando la represión sobre el crimen organizado (Democracia, Comisión Latinoamericana sobre Droga y, 2009).

Siguiendo esta línea de política, la Organización de Estados Americanos - OEA, en la Estrategia y el Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011 – 2015 presenta la guía para generar políticas, programas y proyectos coherentes, basados en la evidencia, integrales, que informen acerca de los riesgos asociados al consumo, con gestión interdisciplinaria e intersectorial y con resultados locales más concretos al respecto al consumo de sustancias psicoactivas (Organización de Estados Americanos, 2011). Así mismo, plantea a los países en “Escenarios para el problema de las drogas en las Américas 2013 – 2025”, la necesidad de transformar las actuales políticas con innovaciones en la regulación de las sustancias ilegales, inversión en programas de prevención construidos desde y con la comunidad sustentados en la evidencia a fin de responder al problema de las drogas mediante la consolidación de la resiliencia comunitaria (Organización de Estados Iberoamericanos, 2012).

En el año 2015, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó los diecisiete Objetivos de Desarrollo Sostenible. Particularmente el tercer objetivo, definió el imperativo para los Estados de garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, incorporando en este marco, el fortalecimiento de la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol, poner fin a la epidemia de SIDA, luchar contra las hepatitis víricas, promoción a la salud mental y asegurar el acceso a universal a los medicamentos que se requieran (Asamblea General de Naciones Unidas, 2015).

Como hito más reciente, la Asamblea General sobre el problema mundial de las drogas – UNGASS 2016, amplió los tres pilares¹ de la Declaración Política y el Plan de Acción de 2009 a siete ejes², centrando la discusión de las políticas relacionadas con las sustancias psicoactivas en el respeto de los derechos humanos y el enfoque de salud pública. En materia de prevención reitera el compromiso de los países a promover la salud y el bienestar de la sociedad en su conjunto, con especial énfasis de los niños, adolescentes, jóvenes y mujeres, mediante estrategias de prevención eficaces basadas en datos científicos, adaptadas, diferenciadas por entornos y centradas en sus necesidades, las familias y las comunidades (Unidas, Asamblea General de las Naciones, 2016).



¹ Reducción de la oferta, reducción de la demanda y la cooperación internacional.

² Reducción de la demanda y medidas conexas; asegurar la disponibilidad de sustancias sometidas a fiscalización; reducción de la oferta y medidas conexas; las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, los niños, las mujeres y las comunidades; realidad cambiante; cooperación internacional basada en el principio de responsabilidad común y compartida; y, desarrollo alternativo.

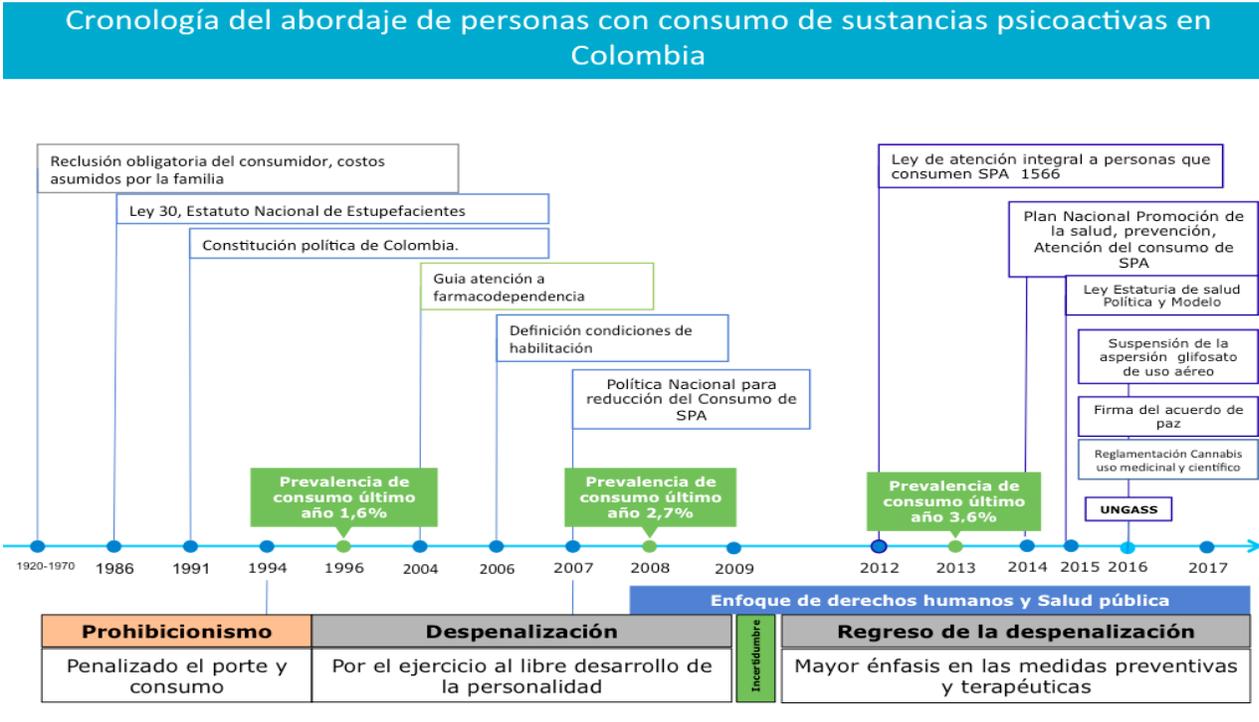
En este sentido, las recomendaciones de UNGASS ratifican la necesidad de abordar los asuntos del consumo de sustancias psicoactivas, desde los enfoques de derechos humanos y salud pública, con lo cual los acuerdos globales suponen un diálogo abierto e incluyente que permita centrar la política en las personas, sus familias y comunidades y no en las sustancias per sé, contribuyendo al desarrollo humano y de las naciones.

En el contexto nacional, la comisión asesora para la política de drogas en Colombia identificó cuatro fases históricas en la regulación constitucional y legal del tema de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en los últimos veinte años (Comisión Asesora de la Política de Drogas en Colombia., 2015).

- **Fase prohibicionista** (Ley 30 de 1986, Ley 599 de 2000 – Código penal de Colombia), el porte y el consumo estaba penalizado.
- **Despenalización**, la Corte Constitucional establece el porte de sustancias ilícitas para uso personal (C-221 de 1994).
- **Incertidumbre**, reforma del artículo 49 de la Constitución que prohíbe el consumo de sustancias psicoactivas.
- **Regreso a la despenalización** (Ley 1566 de 2012), cuyo énfasis son las medidas preventivas y terapéuticas (Comisión asesora para la política de drogas en Colombia, 2013)pp. 10,11,12). Acompaña esta fase, en el año 2013, la Ley de Salud Mental (Ley 1616) y en el año 2015 la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751) que reconoce la salud como un derecho fundamental.

A la par, se ha construido un plexo normativo y jurisprudencial que profundiza y prioriza la autonomía personal, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana (Sentencias C-176 y C-221 de 1994, T-814 de 2008, C 438 de 2009, C-574 y C-882 de 2011, C-491 y T 497 de 2012 y T-043 de 2015 de la Corte Constitucional, Radicación 41760 de 2016 SP2940-2016), a partir de lo definido por la constitución política de Colombia de 1991, siendo un punto de partida desde el cual se reclaman escenarios de análisis crítico de la política de drogas, en la cual el centro empieza a orientarse hacia el desarrollo de las personas, como sujetos de derechos y no en las sustancias.

Así mismo, la Corte Constitucional a través de las Sentencias 1116 de 2008, ST 497 de 2012, ST 518 de 2013, ST10 de 2016, entre otras, enfatiza la obligación del Estado de realizar acciones de prevención, atención y rehabilitación con un enfoque de atención integral en salud pública, en el entendido que quien sufre de farmacodependencia es un sujeto de especial protección estatal, toda vez que por efecto de las sustancias psicoactivas, la persona pierde autonomía y autodeterminación, poniendo en riesgo su integridad personal y perturba la convivencia familiar, laboral y social. A continuación, se muestra gráficamente, la evolución de las políticas de drogas a nivel nacional.



En materia de prevención, estas fases históricas han marcado la forma como se han asumido las acciones del componente, por ejemplo, en la fase prohibicionista las actividades se centraron en reducir y evitar la dependencia y realizar campañas de prevención contra el consumo del alcohol y del tabaco. Actualmente, los avances jurisprudenciales y los debates nacionales se orientan a una política de sustancias psicoactivas basada en el enfoque de salud pública y de los derechos humanos, que buscan, por una parte, resultados y transformaciones en el desarrollo, y por otra, reducir el estigma y la discriminación, alejándose de posturas ideológicas preconcebidas que carezcan de sustento empírico. (Para conocer el marco normativo de prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas y alcohol según línea de tiempo, ver Anexo 1. Marco normativo).

De otro lado, el punto cuatro de los acuerdos de paz de La Habana, relacionado con la solución al problema de las sustancias ilícitas, definió tres ejes de acción, enfocados en la producción, tráfico y consumo de sustancias ilícitas. Para abordar el consumo, el Acuerdo dispone la creación del Programa nacional de intervención integral frente al consumo de sustancias ilícitas, basado en los principios de salud pública, derechos humanos, y enfoque diferencial y de género. También dispone el Acuerdo, la creación de un sistema nacional de atención a las personas consumidoras, la revisión y ajuste participativo de la política pública frente al consumo, la elaboración de planes de acción participativos con enfoque territorial y poblacional, la generación de conocimiento y la evaluación y seguimiento de las acciones que se adelanten en materia de consumo (Colombia A. , 2016, pp. 104 - 107).

Colombia en cumplimiento del marco de política y el reconocimiento de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol y su multicausalidad, ha diseñado instrumentos de política, planes operativos e instancias de coordinación y articulación para gestionar la prevención del consumo.

La Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, construida en el año 2007, asumió “la prevención en el marco de la protección social, como una estrategia para manejar o gestionar más efectivamente el riesgo social, (...) buscan reducir la probabilidad de que un choque adverso afecte la salud, la calidad de vida y el bienestar de las personas, los hogares y las comunidades (Ministerio de Protección Social, 2007)

El Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas desarrollado en el año 2014, definió como una línea de acción la prevención del consumo, orientada a reducir la vulnerabilidad del consumo, interviniendo de manera integral los factores más predictivos del mismo, mediante la creación y fortalecimiento de las condiciones de estilos de vida y conductas saludables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Este plan, retoma las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 encaminadas a sostener por debajo de 5.5% la prevalencia del consumo de marihuana en escolares, aumentar la edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilegales de 13,1 a 15,5 años, posponer la edad de inicio de consumo de alcohol por encima de los catorce años, y aumentar a 50% el involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados (...). El plan decenal propone "(...) la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, (...) orientados a contribuir con el bienestar y el desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Desde el sector salud, se cuenta con la política y el modelo integral de atención en salud, que implementan lo establecido en la Ley 1751 de 2016 o Ley Estatutaria en Salud. Uno de los diez componentes del modelo es la regulación de rutas integrales de atención en salud, que precisa por momento de vida y entornos, las atenciones de promoción de la salud, prevención, atención y de gestión de la salud pública para promover y mantener la salud en general y la ruta integral de atención para personas con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, en particular.

La gestión de la salud pública para la prevención del consumo está ordenada en el Plan de Intervenciones Colectivas a través procesos sectoriales e intersectoriales como acciones relacionadas con rehabilitación basada en la comunidad, conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, implementación de zonas de orientaciones escolar y centros de escucha, proveer información relacionado con los riesgos del consumo, educación y comunicación para la salud, caracterización sociales y ambiental y tamizajes. (Ministerio de Salud, Resolución 518 de 2015)

3. Análisis de la situación de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol

Las causas e impactos que el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas producen en las personas son múltiples, dependiendo de la interrelación de factores biológicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales, de orden individual, familiar y comunitario. Desde la concepción biológica, el consumo de sustancias psicoactivas en la infancia y adolescencia afecta determinadamente el desarrollo cerebral encargado del procesamiento de las emociones, la consolidación de la memoria y el aprendizaje, la toma de decisiones, la coordinación de los movimientos de los músculos y el sentido del equilibrio, lo cual se refleja el comportamiento y la forma como se asume muchas de las actividades vitales durante la vida. Sin generalizar, el consumo de sustancias psicoactivas inicia con consumos experimentales, sociales, habituales o regulares, de acuerdo con la exposición de cada persona a los factores de riesgo y protección que inducen el consumo/no consumo, lo cual en ocasiones transita a consumos de riesgo o perjudiciales para la salud física y mental del consumidor y su familia, desencadenando o no problemáticas sociales asociadas a la convivencia y a la vida en comunidad.

El uso de sustancias psicoactivas es un factor riesgo importante para la salud, lo cual se refleja principalmente en la pérdida de días vividos sin salud asociados al consumo, en la mortalidad asociada a eventos como la violencia, enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis B y C), cirrosis, afecciones cardiovasculares, cáncer, enfermedades mentales, entre otras (Organización de los Estados Americanos,

2012), con efectos desproporcionados en poblaciones específicas como habitantes de calle, personas privadas de la libertad, personas que se inyectan drogas y gestantes.

A nivel social, en algunos casos el consumo de sustancias psicoactivas ejerce una influencia recíproca sobre comportamientos delictivos, es decir, que se consume para cometer algunos delitos y se cometen algunos delitos para consumir, encontrándose un patrón consistente de consumo de diferentes sustancias en los menores infractores y con conductas antisociales (Crespo, Perles y San Martín, 2006; Llorens, Palmer y Perelló del Río, 2005; Olivan, 2002; San Juan, Ocariz y Germán, 2008)., Así mismo, estas consecuencias del consumo a nivel social están asociadas con la disminución de la red social de apoyo, la pérdida de años a nivel escolar, las dificultades en el establecimiento de relaciones sociales armónicas, pérdidas de trabajo estable, entre otros.



Fuente: Ungerleider (1980)

La transición de los consumos experimentales a consumos de riesgo, perjudiciales o de dependencia, acorde con lo descrito por la gráfica 1, está configurada según los determinantes sociales de la salud, y de acuerdo con los entornos donde las personas que consumen sustancias psicoactivas se desarrollan. Estos consumos también pueden transitar a la generación de dependencia a las sustancias psicoactivas, lo cual se considera como una enfermedad que requiere atención integral, acompañamiento a las familias, apoyo afectivo y desarrollo de acciones que promuevan y/o potencien el involucramiento

parental, el desarrollo de capacidades comunitarias para la inclusión social que reduzcan el estigma y discriminación por el consumo y la activación de éstas para la sostenibilidad de los procesos de tratamiento.

Por momento de vida, la edad promedio de inicio de consumo en cigarrillo y alcohol se encuentra el rango de los 12,4 años y para sustancias psicoactivas ilegales en 13,1 años, aspecto que está asociado a mayor riesgo de dependencia y otros problemas; los niveles de mortalidad y discapacidad; el consumo como factor de riesgo asociado a enfermedades y lesiones por accidentes o violencia. (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2013)

De acuerdo con la posición socioeconómica, la mayor prevalencia de consumo de alcohol se da entre las personas que viven en estratos 4, 5 y 6, los patrones de consumo de riesgo y perjudicial de alcohol son mayores entre las personas que viven en estratos 1, 2 y 3. Estas características evidencian la necesidad de implementar acciones de prevención diferenciada, pues los resultados sugieren que las personas en condiciones de pobreza son más susceptibles a desarrollar problemas por el uso de la sustancia. (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2013). El consumo nocivo de alcohol trae consecuencias a la salud de la persona que consume, asociados a enfermedades no transmisibles como el cáncer, lo cual contribuye a la carga de enfermedad del país, pero también daños y consecuencias sociales devastadoras en familias y comunidades, principalmente asociadas a pérdidas económicas, violencia intrafamiliar y otros tipos de violencia como lesiones personales, riñas y homicidios y siniestralidad vial por conducción bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas.

Respecto al consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, si bien la mayoría de la población no ha lo ha iniciado, este se ha incrementado en el país, más personas lo hacen y el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso. Se estima que alrededor de tres millones de personas han consumido

sustancias psicoactivas ilícitas alguna vez en su vida. Esta misma tendencia se confirma en los estudios realizados en otras poblaciones.

Por otra parte, existen patrones emergentes de consumo de drogas sintéticas, se han detectado alrededor de 24 nuevas sustancias, que en su mayoría corresponden a drogas de origen sintético. Análisis realizados a muestras de LSD dan cuenta de la presencia de NBOMe y en pastillas comercializadas como éxtasis se camuflan otras sustancias de reciente aparición (Ministerio de Justicia y del Derecho, 2015).

4. Enfoque para el abordaje de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol

Desde la perspectiva del desarrollo humano, no solo referido a la medición económica de desarrollo sino a los aspectos sociales donde se evidencian las capacidades humanas, implica que el abordaje de la prevención se sustente en la intención de obtener el mejor estado de salud posible, tal como lo establece el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

De acuerdo con Sen (1998), el desarrollo humano hace referencia al proceso de ampliación de las opciones de las personas y mejora de las capacidades humanas, es decir, la diversidad de cosas que las personas pueden hacer o ser en la vida, y las libertades para que las personas puedan vivir una vida larga y saludable, tener acceso a la educación, a una vida digna, y a participar en la vida de su comunidad y en las decisiones que los afecten.

En este sentido, la política de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, deberá estar orientada a ampliar la *libertad de bienestar y de agencia*. Esta libertad se alcanza mediante el desarrollo de capacidades individuales y colectivas que permitan a los sujetos tomar decisiones informadas conforme a los retos y desafíos de la vida (oportunidades) y mediante los procedimientos que garantizan formalmente la existencia de la propia libertad (funcionamientos). De esta forma las personas pueden vivir una vida significativa, alcanzar un bienestar físico, emocional, mental, y social, así como realizar efectivamente sus derechos (agencia).

Aplicar medidas prácticas apropiadas para cada edad, adaptadas a las necesidades específicas de los niños, los jóvenes que incluyan medidas que les ofrezcan la oportunidad de llevar una vida saludable y autónoma (UNGASS, 2016)

Así entonces, la garantía de los derechos humanos respecto a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, está orientada a la garantía de las libertades y la igualdad, el libre desarrollo de la personalidad, la conciencia y la toma de decisiones de cada persona sobre su vida mientras esta no interfiera con la autonomía de otras. (C-221 de 1994).

El sujeto en sus diferentes niveles de desarrollo, de acuerdo al momento de curso de vida en el que se encuentra y de acuerdo a sus particularidades culturales y territoriales, goza de oportunidades para ampliar su libertad, de los funcionamientos o procedimientos que se lo permiten y de la agencia necesaria para participar, gestionar y transformar activamente las condiciones estructurales e intermedias que pueden afectar el bienestar físico, emocional, mental y social propio y de su familia y comunidad.

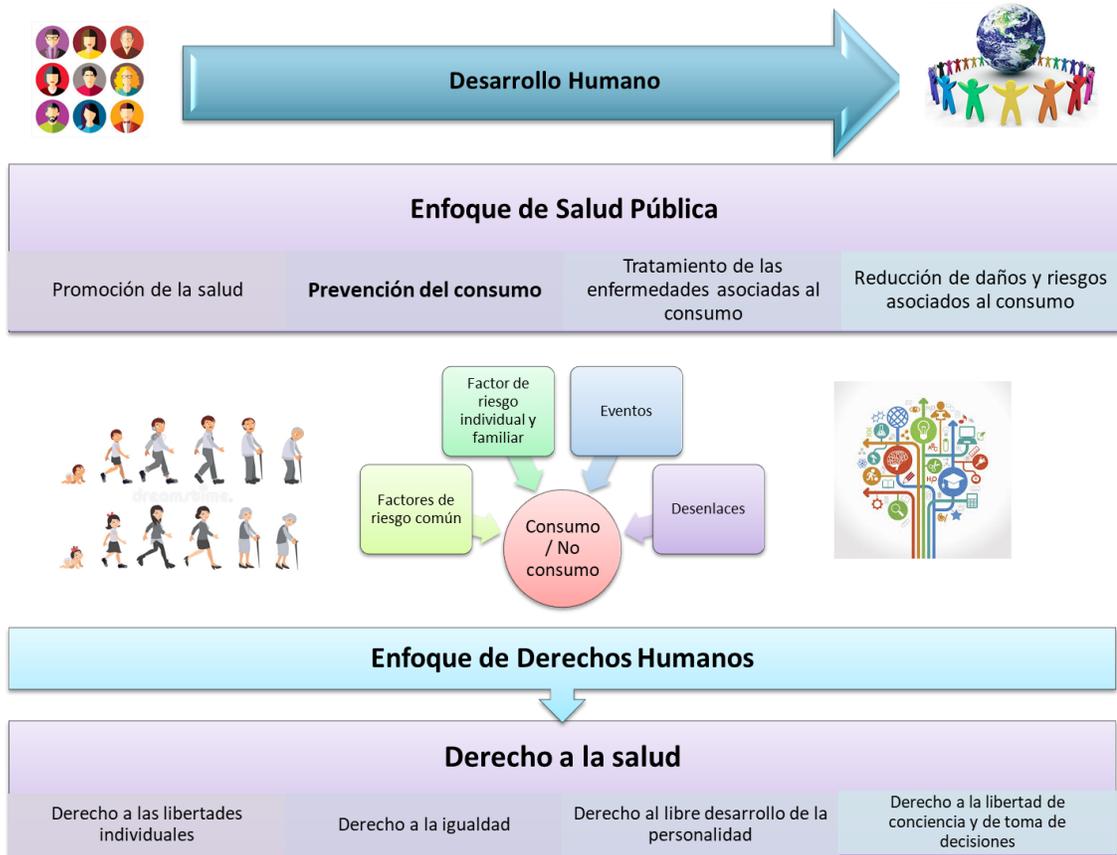
A partir del enfoque de desarrollo se determinan los elementos de análisis diferenciales para potenciarlo, en especial en la primera infancia y la adolescencia, desde lo biológico, psicológico, cultural y social, siendo esta una etapa decisiva para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social, los cuales aportan al desarrollo humano.

Desarrollar acciones de prevención en el continuo de la educación en salud y de la atención frente al riesgo de consumo través del desarrollo de capacidades individuales y colectivas

Específicamente el derecho a la salud en el ejercicio de los derechos humanos para el desarrollo humano, concebido como derecho fundamental con la expedición de la Ley Estatutaria, donde se establecen los mecanismos de protección como derecho fundamental, comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la

salud, mediante la adopción de políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Así como la adopción de políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida, principalmente al logro de la equidad en salud, en el campo de los procesos participativos de prevención y atención por consumo de sustancias psicoactivas.



De esta manera, el abordaje para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el enfoque de derechos humanos y principalmente del derecho a la salud debe promover políticas de promoción de la salud que fomenten estilos de vida saludables; comprender las estructuras que determinan los

resultados en salud, su interacción compleja y orientar la gestión pública en promoción y mantenimiento de la salud.

A su vez, el derecho a la salud desde la salud pública permite comprender el fenómeno de las sustancias psicoactivas como un asunto complejo, interrelacionado e interdependiente, que vincula a lo largo del curso de vida de las personas los efectos acumulativos de las diferentes experiencias que éstas viven, el significado psicológico que se le atribuye a las mismas, los adultos y contextos con los que convive frente al consumo/no consumo de sustancias psicoactivas y bebidas alcohólicas

Esto implica acorde con los determinantes sociales de la salud, que cada persona según su proceso de desarrollo individual está expuesto de manera constante y dinámica a factores psicosociales de riesgo o protección frente al consumo de sustancias psicoactivas. A nivel individual y familiar se requiere identificar, entre otros, el momento del curso de vida por el cual transitan las personas y sus características, tener en cuenta si la primera infancia tuvo entornos protectores y de expresión positiva de afecto y acceso a oportunidades a nivel social y comunitario.

A nivel familiar, se requiere reconocer aspectos como la tolerancia ante el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la familia o pares significativos, experiencias de violencia en la familia y/o la escuela, enfermedad mental en la familia que no haya sido objeto de tratamiento y falta de programas de apoyo a nivel psicosocial.

A nivel social y comunitario, la relación de la persona con la inseguridad en los barrios, disponibilidad de las sustancias, y escasez de programas de prevención y tratamiento para el consumo de sustancias psicoactivas, profundizar en los niveles de pobreza e inequidad, falta de alternativas para la educación y el empleo para los jóvenes, estructuras de crimen organizado y tráfico de sustancias psicoactivas (Organización de los Estados Americanos, 2012).

Así mismo, se requiere identificar factores de protección y de riesgo conforme a las características del género, lo cual permite establecer diferencias en las relaciones entre hombres y mujeres y la forma como éstas se materializan en los efectos de las sustancias psicoactivas. Esto implica un análisis político, conceptual y metodológico para visibilizar inequidades, desigualdades, discriminaciones y violencias debido al género. La aplicación del enfoque permite reconocer que las mujeres afectadas por la drogodependencia y el VIH son más vulnerables y sufren mayor estigmatización que los hombres. Son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos. Las mujeres delincuentes y las reclusas, especialmente las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles porque, en muchos casos, los sistemas de justicia penal aún no están en condiciones de atender las necesidades especiales de la mujer. (UNODC, 2016).

Identificar las necesidades de salud de una población y los determinantes que la condicionan, así como la organización de la respuesta en servicios integrales con una base definida de población. (Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances: What We Can Do About Alcohol, Tobacco, and Other Drugs, 2011)

5. Marco conceptual de la prevención

5.1 Definición de prevención del consumo de sustancias psicoactivas

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas puede entenderse en su sentido más amplio como el conjunto de acciones y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto la evitación del inicio al uso de drogas como la progresión a un uso más frecuente o regular entre poblaciones en situación de riesgo (Carlos Alonso Sanz, 2004). Así mismo, Martín, 1995, citado por Iglesias, 2002, define la prevención como un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de las personas, el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de sustancias psicoactivas.

La mirada acerca del campo de acción de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas se amplía y centra su objetivo en la forma como a través de la misma se potencia el desarrollo de capacidades de las personas para adaptarse, o para auto-agenciar los desafíos físicos, mentales o sociales que se les presenten en la vida (Jadad, 2000).

En el marco de las acciones propias de la salud pública, la prevención hace énfasis en los procesos que permiten desarrollar y/o fortalecer estilos de vida saludables, los cuales incidan positivamente en la salud física y mental de las personas y las comunidades, con el fin de potenciar los factores de protección individuales y colectivos y/o la disminución de los factores de riesgo. Es así como los factores de riesgo pueden definirse como un atributo y/o característica individual, condición

situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Los factores de protección un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas. (Becoña, 2002)

A partir de las diferentes definiciones de lo que se considera es la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se pueden identificar genéricamente 6 objetivos que se persiguen a la hora de plantear programas o acciones preventivas (Becoña, 2002):

- Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas.
- Limitar el número y el tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición del uso de sustancias hacia el abuso y dependencia.
- Disminuir las consecuencias del consumo entre quienes consumen o quienes ya tienen problemas de abuso o dependencia.
- Potenciar los factores de protección.
- disminuir los factores de riesgo para el consumo de drogas.
- modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Teniendo en cuenta lo anterior, se entiende que la prevención no se puede desarrollar de manera similar para todas las poblaciones, dado las características e intensidad tanto de los factores de riesgo y de protección, así como las necesidades y capacidades a desarrollar son distintas y dependen de la población con la cual se esté abordando la acción preventiva, por tanto, se requieren de intervenciones orientadas a generar y/o fortalecer las herramientas necesarias para que las personas y las comunidades afronten

dichos riesgos, potencien sus capacidades y puedan afrontar de manera más autónoma sus necesidades. Es así como se plantea la siguiente clasificación de los diferentes tipos de prevención, lo cual facilita la definición del tipo de acciones de acuerdo con las personas hacia las cuales va dirigida su acción y las necesidades de éstas: (Gordon, 1987)

- **Prevención universal:** dirigida a toda la población independientemente del nivel de riesgo en que se encuentre. Se abordan factores de riesgo y de protección de forma general. Toda la comunidad se beneficia de los programas encaminados a prevenir y retrasar el consumo de sustancias psicoactivas y el propósito fundamental se centra retardar la aparición del consumo de sustancias psicoactivas. A partir de estas acciones, se promueve la participación de la sociedad en general, incluyendo acciones que impliquen el mejoramiento del ambiente social y familiar. En este contexto, se plantean acciones tales como la desmitificación de ideas y creencias entorno a las drogas, el incremento de las habilidades sociales o estilos de afrontamiento en niños o niñas, aumentar la capacidad de la crítica frente a las diversas presiones que promueven el consumo, aumento de la percepción de riesgo del uso y abuso de determinada sustancia (Becoña, 2002).
- **Prevención selectiva:** se dirige a grupos ya definidos, a grupos de riesgo, que por ciertas características como lo pueden ser la edad, el género, la comunidad y el modelo familiar, entre otras, se encuentran sometidos a mayores niveles de riesgo. Su objetivo principal se centra en evitar el inicio del consumo centrandose su atención en los factores de protección y la disminución de la exposición a los factores de riesgo del grupo a abordar.
- **Prevención indicada:** dirigida a un subgrupo de la población que ya consume pero que todavía no ha generado dependencia o que se encuentran en situación de alto riesgo. En este nivel la atención se centra en las personas y sus factores de riesgo individuales. Su objetivo principal se centra en reducir el impacto del consumo y/o el riesgo de un consumo de tipo patológico.

Recientemente, autores como (Burkhart, 2012) han empezado a referirse a un cuarto tipo de prevención denominado la prevención ambiental definida como el conjunto de estrategias que intentan modificar el contexto o ambientes inmediatos, como pueden ser los de ámbito cultural, social, físico o económico, contextos donde las personas toman decisiones en cuanto al consumo del alcohol y otras drogas.

Las acciones en este tipo de prevención implicaran procesos relacionados con: a) aspectos macro sociales y económicos, b) aspectos físico y social: centros educativos, comunidad, espacios de recreación y c) aspectos contextuales inmediatos: familia (Burkhart, 2012). Es importante mencionar que el desarrollo de este tipo de prevención es reciente, pero con un amplio potencial teniendo en cuenta que se busca desde el mismo, tener una mirada mas amplia y contextual de los factores tanto de protección como de riesgo que estan asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

La prevención del consumo de sustancias psicoactivas debe ser una de las principales prioridades en salud pública, especialmente en niños, niñas, jóvenes y mujeres, buscando la consolidación de programas nacionales, territoriales y locales basados en teorías de la prevención que permitan predecir los cambios, con una estructura definida (integrales, intersectoriales, con atención multidisciplinaria diferenciada por entorno) eficaces, continuos y sostenibles, sometidos a evaluación y actualizados periódicamente, considerando los cambios de la sociedad y de las tecnologías contemporáneas (Gaviria, 2016).

De acuerdo con el perfil de la población, es decir según la edad, tipología, patrón de consumo y entorno, es necesario determinar el tipo de prevención, sus objetivos y alcance. La acción preventiva se adapta a la persona.

5.2 Prevención basada en la evidencia

A nivel global, en las últimas décadas se ha realizado un esfuerzo importante por recoger, sistematizar y analizar la información existente en torno a los programas de prevención, sus características y efectos, con el fin de guiar el desarrollo e implementación de las intervenciones preventivas y potencializar los efectos que estas tienen de acuerdo con la evidencia que arroja las evaluaciones realizadas.

En este sentido, Colombia a través de este lineamiento, define una postura ética y política para gestionar procesos preventivos basados en evidencia, puesto que en el país solo algunos programas por entorno están sustentados en la misma, siendo escasa los programas y acciones de prevención centradas en las personas y basadas en datos sobre su efectividad e impacto.

Es así como se encuentra que muchos de los procesos preventivos se basan en creencias personales y no en una planeación estratégica y participativa sobre lo que requieren las personas y sus familias, y qué es lo que se debe hacer para afrontar los riesgos ante el consumo. Por tanto, se debe garantizar que las personas participen activamente en la gestión integral de la prevención, de acuerdo con sus necesidades personales, sociales y comunitarias. A su vez, conocer los avances en este campo es fundamental para poder articular los resultados de la investigación con las diferentes prácticas que se llevan a cabo en el país, potenciando de esta manera, los alcances de las intervenciones actuales y futuras, garantizando efectos más estables en las personas y comunidades y robusteciendo así el campo de la ciencia de la prevención, ya que la mejora de las intervenciones de prevención depende mucho de la interacción entre profesionales e investigadores (Society for prevention research - SPR, 2011).

Según el Evidence-Based Practice Institute de la Universidad de Washington (Instituto de Práctica Basada en la Evidencia de la Universidad de Washington), la práctica basada en la evidencia (PBE) se puede definir como el uso de procesos sistemáticos para la toma de decisiones y prestación de servicios que han demostrado, a través de evidencia científica disponible, el mejoramiento continuo y medible de resultados en los beneficiarios. En lugar de la tradición, acciones instintivas y/u observaciones simples como la base para tomar decisiones, la PBE se apoya en información recolectada a través de la investigación experimental y da cuenta de las características individuales del cliente y la experiencia clínica³ (Evidence Based Practice Institute, 2012)

De acuerdo con lo planteado en el Currículo Universal para la prevención del uso de sustancias - UPC, la ciencia de la prevención aporta al desarrollo e implementación de las intervenciones preventivas basadas en evidencia, a partir de sus tres pilares: la epidemiología para evaluar el problema; las intervenciones para prevenirla de manera efectiva; y la investigación, para evaluar lo que sucede cuando se interviene, de modo que puedan hacerse los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos.

Al respecto el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos, publicó el documento “Cómo prevenir el abuso de drogas en los niños, y adolescentes, una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad” en la cual definió, a partir de la recopilación de investigaciones de diversos autores en la materia, una serie de principios respecto a las características que deberían tener los programas de prevención basados en evidencia, con el objetivo de ayudar en la planificación e implementación de programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, con una estructura organizada y orientada a la consecución de objetivos claros relacionados con las metas que la prevención persigue. (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos de América – NIDA , 2004). Estos principios se exponen a continuación:

³Traducción no oficial.

- **Principio 1** Los programas de prevención deben intensificar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.
- **Principio 2** Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo por menores de edad de drogas legales (por ejemplo, el tabaco o el alcohol); el uso de drogas ilegales (como la marihuana o la heroína); y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (por ejemplo, los inhalantes) o de medicamentos, sean con o sin prescripción médica.
- **Principio 3** Los programas de prevención deben estar dirigidos al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, enfatizando los factores de riesgo que se pueden modificar y fortaleciendo los factores de protección que se conocen.
- **Principio 4** Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar los riesgos específicos de la población, según las características de esa población, como la edad, el sexo y la cultura, para aumentar así la eficacia del programa.
- **Principio 5** Los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir capacitación en las habilidades necesarias para la buena crianza de los hijos; ejercicios prácticos para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; además de entrega de información y educación sobre las drogas.
- **Principio 6** Los programas de prevención se pueden diseñar para realizar una intervención tan temprana como desde la infancia para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, la conducta social negativa y las dificultades académicas.
- **Principio 7** Los programas de prevención para los niños de la primaria se deben dirigir a mejorar el aprendizaje académico y socioemocional para tratar los factores de riesgo para el abuso de drogas, como la agresión temprana, el fracaso académico y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes aptitudes: autocontrol, conciencia emocional, comunicación, solución de los problemas sociales, y apoyo académico, especialmente en la lectura.
- **Principio 8** Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria, deben aumentar el desempeño académico y social con las siguientes aptitudes: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, técnicas para resistir las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.
- **Principio 9** Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en periodos críticos de transición, como el ingreso a la escuela media, pueden producir efectos beneficiosos aun entre las familias y los niños que tienen un alto riesgo. Este tipo de intervención no se dirige específicamente a las poblaciones en riesgo, por lo que reduce el estigma y promueve las relaciones beneficiosas con la escuela y con la comunidad.
- **Principio 10** Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficaces que un solo programa individual.
- **Principio 11** Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios entornos —por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas y los medios de comunicación— son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes dirigidos a la comunidad entera en cada uno de estos entornos.
- **Principio 12** Cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, a sus normas comunitarias, o a sus requerimientos culturales específicos, deben mantener los elementos básicos de la intervención original con base científica, Estos incluyen: la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa), el contenido (la información, las habilidades y las estrategias del programa) y la introducción del programa (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).

- **Principio 13** Los programas de prevención deben ser implementados a largo plazo y con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención. Por ejemplo, las investigaciones demuestran que los beneficios de los programas de prevención en la escuela media disminuyen si no hay programas de seguimiento en la secundaria.
- **Principio 14** Los programas de prevención deben incluir capacitación para los profesores en el buen manejo de la clase e información sobre cómo recompensar al estudiante por su buena conducta. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica y la formación de lazos fuertes con la escuela.
- **Principio 15** Los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y juegos donde los muchachos desempeñan el papel de los padres, lo que permite una participación en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de las habilidades.
- **Principio 16**—Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. Al igual que las investigaciones anteriores, la investigación reciente muestra que, por cada dólar invertido en la prevención, se puede obtener un ahorro hasta de \$10 en los tratamientos para el abuso del alcohol o de otras sustancias.

6. Proceso de gestión para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Teniendo en cuenta lo hasta acá mencionado, los programas y/o acciones de prevención del consumo de sustancias psicoactivas deberán estar acordes con las características poblacionales, las necesidades y las capacidades que se requieran desarrollar en las personas y las comunidades. Para esto, se debe asumir un ejercicio de pensamiento estratégico que permita planear acorde lo que se va a realizar, así como la evaluación y la toma de decisiones frente a la acción. Es necesario aclarar que la implementación de este proceso será progresiva a nivel nacional, de tal manera que, en los diferentes contextos y territorios, se pueda hacer una evaluación inicial de las capacidades y necesidades locales, que permita la adaptación de las condiciones actuales, a la aplicación de lo definido en los lineamientos a partir de las siguientes etapas:

- **Momento 1.** Evaluación y análisis de necesidades
- **Momento 2.** Análisis internos y externos para la implementación
- **Momento 3.** Implementación del programa preventivo
- **Momento 4.** Seguimiento del programa o acción planteada
- **Momento 5.** Ajuste del programa o acción implementada.

A continuación la descripción metodológica de cada momento:

Momento 1. Evaluación y análisis de necesidades		
Actividad 1. Caracterización de la situación del consumo de sustancias psicoactivas.		
Objetivo: Obtener información sobre las características de la población y su relación con las sustancias psicoactivas.		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones

		metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la magnitud del problema: comprende el desarrollo de los siguientes procesos de análisis de contexto: (i) descripción cuantitativa de la situación, con base en el análisis de prevalencias de consumo y problemáticas asociadas; (ii) descripción cualitativa de la situación: implica la identificación y comprensión de las características y condiciones que están generando y manteniendo la situación que se busca intervenir; (iii) identificar localmente las necesidades específicas, los grupos poblacionales y los recursos con los que cuentan para hacer frente al problema. • Caracterizar los grupos meta poblacional e institucional con quienes se va a desarrollar la intervención: En relación con el grupo poblacional, es importante asumir que las personas, familias y comunidades, deben ser percibidas como un todo, expertos en su situación, con quien se construye la intervención y no como un receptor pasivo de la prevención. <p>Se debe indagar por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes hacen parte de los grupos de mayor vulnerabilidad? • ¿Con qué actores (poblacionales e institucionales) es posible trabajar? • ¿Cuáles son las instituciones y sectores involucrados?, ¿Cuáles son sus competencias?, ¿Cuál es su capacidad de respuesta institucional en la asunción de compromisos requeridos para el logro de los objetivos y resultados que se identifiquen en desarrollo del proceso de prevención?, ¿Cuál será su rol y nivel de participación en todo el proceso de planeación? • ¿Cuáles son sus metas en torno a la prevención a corto (seis meses), mediano (un año) y largo plazo (más de un año y hasta la fecha en que se prevé la duración del proceso)? Al respecto recuerde que trabajar desde el inicio con la comunidad contribuirá a lograr un mayor nivel 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud.</p> <p>Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, Representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño y validación de encuestas e instrumentos que respondan a las variables de análisis prioritizadas y permitan el recaudo y procesamiento de la información obtenida directamente de la fuente primaria, a través de visitas domiciliarias, entrevistas estructuradas o semi estructuradas. • Diagnósticos participativos • Cartografía social • Grupos focales • Mapeo y análisis de Actores. • Elaboración de RAE o Resúmenes Analíticos Educativos • Métodos estadísticos no paramétricos.

<p>de participación en los programas, aumentar la adherencia a los mismos y generar condiciones para su sostenibilidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar los entornos (hogar, comunitario, educativo, institucional, laboral) en los cuáles se va a realizar las acciones 		
<p>Actividad 2. Caracterización de los factores de protección y de riesgos individuales, familiares y sociales frente al consumo.</p>		
<p>Objetivo: Identificar en los contextos y grupos poblacionales priorizados, los factores de protección y de riesgo que están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.</p>		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> • A partir de la caracterización poblacional y de contexto realizada en la etapa anterior, y con base en los principios y planteamientos de: determinantes Sociales de la salud, enfoques de derechos, género, desarrollo humano y salud pública, indague por: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo percibe la comunidad el uso de sustancias psicoactivas? ➤ ¿Cómo perciben las personas el uso de sustancias psicoactivas? (indague de manera diferencial según género y edad) ➤ ¿Cómo perciben las familias el uso de sustancias psicoactivas? ➤ ¿Cómo se manifiesta el problema o los problemas identificados, en la comunidad? ➤ ¿Cómo se manifiesta el problema o los problemas identificados en cada uno de los entornos priorizados? ➤ Las personas, familias y comunidades, ¿Identifican factores protectores en sus entornos que los previene del consumo de sustancias psicoactivas? ➤ ¿Qué otras situaciones asociadas generan preocupación entre los integrantes de la comunidad? ➤ ¿Qué estrategias o acciones han 	<ul style="list-style-type: none"> • Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud. 	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas estructuradas o semi estructuradas. (diseño de cuestionario de preguntas) • Conversatorios • Construcción y Análisis árbol de problemas acompañado de espacio de análisis colaborativo de las causas identificadas • Análisis DOFA • Cartografía social • Grupos focales

<p>implementado para hacerle frente?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ De las estrategias o acciones implementadas: ¿Cuáles han funcionado y cuáles no?, ¿Por qué? ➤ ¿Las estrategias o acciones implementadas se pueden relacionar con alguno de los tipos de prevención? ¿A cuál? (al respecto ver ítem 5.1. del presente documento) <ul style="list-style-type: none"> • Después de obtener la anterior información, analice a la luz de los enfoques orientadores de las acciones de prevención y en particular identifique: <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cuáles son los factores de riesgo que se deben abordar con las acciones de prevención? ➤ ¿Cómo se relacionan estos factores de riesgo entre sí? ➤ ¿Cómo se manifiestan o impactan en la salud integral de la población priorizada? ➤ ¿Cómo y en qué entornos existen estos factores de riesgo? ➤ ¿Cuáles son los factores de protección que se deben considerar en el diseño – adaptado o construido- de las acciones de prevención? ➤ ¿Cómo se relacionan estos factores de protección entre sí? ➤ ¿Cómo se manifiestan o impactan, estos factores de protección en la salud integral de la población priorizada? ➤ ¿Cómo y en qué entornos existen estos factores de protección? • Priorizar los factores de riesgo y problemas sujeto de las acciones o estrategias de prevención a realizar 		
--	--	--

Actividad 3. Caracterización de las transformaciones que se buscan en la población a participar en el programa o acción preventiva.

Objetivo: Determinar las acciones de prevención a desarrollar en el territorio según grupo poblacional y entornos priorizados		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>Con base en la información obtenida en la etapa anterior en cuanto a: priorización de factores de riesgo a mitigar, factores protectores a fortalecer y problemas que deben ser abordados para prevenir en consumo de sustancias psicoactivas, cada líder del proceso de manera participativa con todos los actores poblacionales e institucionales involucrados en el proceso realizará las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la existencia de prácticas de prevención basadas en la evidencia que permitan orientar el abordaje de las situaciones priorizadas. • En caso de encontrar información basada en evidencia, generar un espacio formativo, de análisis, o de construcción deliberativa con los demás actores poblacionales e institucionales que participan del proceso, en el cual se socialice esta información encontrada en cuanto a: (i) ¿Qué dice la evidencia frente a lo que funciona en este tipo de contextos?, (ii) ¿Cuáles son las estrategias o programas más efectivos?, ¿Qué variables se deben considerar al momento de definir acciones o estrategias para el abordaje de este tipo de situaciones?, ¿Cuál es la relación entre dichas variables? (Ver anexo 2. Lista de chequeo de criterios de planeación) • Definir el tipo de prevención que se abordará y las metas que se esperan lograr. Al respecto considere: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Que las intervenciones de prevención se articulen intersectorialmente o sean subsidiarias de otras que se desarrollen en el territorio. ➤ Lo expresado en el ítem 5.2. del presente documento en cuanto a que la ciencia de la prevención busca que las intervenciones preventivas estén 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, Representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales • Conversatorios • Metaplan • Visualización de ideas a partir de uso tarjetas o fichas de cartulina

<p>basadas en la evidencia, a partir de sus tres pilares: (i) la epidemiología para evaluar el problema; (ii) las intervenciones para prevenirla de manera efectiva; y (iii) la investigación, para evaluar lo que sucede cuando se interviene, de modo que puedan hacerse los ajustes necesarios para alcanzar los objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantizar que las intervenciones tengan sustento teórico, a partir de teorías relacionadas con: (i) la conducta objetivo, (ii) la población y (iii) las creencias sobre causalidad o la etiología identificada en las etapas anteriores. • Definir la o las intervenciones que se realizarán, desde la teoría de cambio, enfoque que le permitirá: (i) reconocer los factores hacia los cuales se va a dirigir la acción, (ii) definir si las estrategias que se van a utilizar son las más adecuadas, y (iii) contribuir al diseño lógico de las intervenciones (Organización Panamericana de la Salud. , 2008). <p>A continuación, se presentan las teorías para el cambio de la conducta que han sido trabajadas desde la Organización Panamericana de la Salud, a través de Brien Bauer. C y Maddaleno, M. en la publicación sobre Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes (Organización Panamericana de la Salud. , 2008). Al respecto se requiere tener en cuenta que acorde con la acción o programa a realizar, podrán identificarse una o varias teorías de cambio según corresponda (Ver Anexo 3. Teorías del cambio)</p>		
<p>Actividad 4. Identificación de Actores.</p>		
<p>Objetivo: identificar las partes interesantes en el desarrollo del programa y/o acción de prevención del consumo de sustancias psicoactivas</p>		
<p>Pasos a seguir</p>	<p>Responsable</p>	<p>Consideraciones metodológicas</p>

<p>Identificación de las partes interesadas, se debe realizar a partir de la identificación y caracterizaciones realizadas en los pasos anteriores, esta se debe centrar en el reconocimiento de los actores o grupo sociales que se requieren involucrar para el desarrollo del programa o acción preventiva y debe contemplar entre otros a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población objetivo, en caso de que esta involucre a instituciones educativas, universidades empresas etc., se deben llegar a acuerdos claros para la participación de esta en el programa o acción preventiva. • Representantes de organización nacionales y de cooperación internacional interesada en la participación del programa. • Líderes comunitarios • Líderes juveniles • Medios de comunicación • Establecimiento de alianzas, acuerdos, convenios para la implementación del programa o acción preventiva. 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas.</p>	
--	--	--

Momento 2. Análisis internos y externos para la implementación

Actividad 1. Identificación y análisis de los recursos internos y externos para la implementación.

Objetivo: Establecer las condiciones técnicas, financieras, logísticas y demás condiciones con las que cuenta la entidad para la implementación de las acciones de prevención identificadas.

Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>Una vez se caracteriza la población y el entorno en el cual se realizará la intervención, se reconocen los factores de riesgo y de protección que pueden estar relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y las relaciones de estos en diferente entornos y se ha definido una teoría de cambio, es necesario recolectar información sobre los recursos internos y externos para el desarrollo de la implementación, entendidos éstos como los distintos tipos y niveles de fuentes que la</p>	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitas a terreno • Visitas domiciliarias • Reuniones equipo

<p>organización tiene a disposición para implementar la demanda específica de la intervención (Substance Abuse and Mental Health Services Administration U.S Department of Health and Human Services, 2002).</p> <p>En esta etapa se debe identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos Financieros: <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cuál o cuáles son las fuentes de financiación de las acciones o estrategias a desarrollar? Al respecto considere entre otras fuentes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recursos propios de la entidad que va a realizar las acciones o estrategias. ➤ Sistema general de participación. ➤ Regalías. ➤ Plan de inversiones colectivas ➤ Cajas de compensación familiar. ➤ Proyectos de cooperación internacional. ➤ Otras fuentes. ○ El análisis de recursos financieros debe ser coherente y suficiente en cuanto a los requerimientos de las acciones o estrategias definidas y la evaluación de los resultados e impactos identificados en su implementación. • Recursos Humanos y Técnicos <p>La calidad en la atención en promoción y prevención debe basarse en la humanización de los servicios. De acuerdo con el Plan Nacional de mejoramiento de la calidad en salud, la humanización es el fundamento esencial del Sistema de Salud. Esto implica, centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general.</p> <p>Al respecto considere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Definir el equipo técnico y humano para su implementación 		<p>técnico de la entidad responsable de la implementación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observación participante
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantizar que el personal cuente con capacidades para el trabajo comunitario, trabajo en equipo y escucha activa. ➤ Garantizar que los facilitadores o implementadores de las acciones o estrategias definidas, cuenten con el siguiente perfil: <ul style="list-style-type: none"> • Comprendan el enfoque de derechos humanos y de salud pública de la política de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. • Cuenten con cierto conocimiento sobre la población y la problemática. • Conozcan las acciones o estrategias definidas, su intención, finalidad y objetivos, así como los resultados que pueden alcanzarse con su implementación. • Entiendan la importancia de implementar las acciones o estrategias de la mejor manera posible, manteniendo la fidelidad. Si es necesario hacer ajustes, estos deben registrarse y reportarse, para tenerlos en cuenta a la hora de pensar en realizar adaptaciones y en el momento de evaluar la intervención. • Cuenten con habilidades de facilitación y manejo de grupos, así como de la población y entornos específicos en los que se desarrolla la intervención. • Tengan una actitud favorable frente al programa y su potencialidad para prevenir el consumo. • Comprendan cuál es su rol y hasta dónde se pueden involucrar. • Los implementadores deben estar entrenados en la aplicación de las acciones o estrategias definidas. • Recursos Comunitarios: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificar la disponibilidad de la comunidad a participar de las acciones o estrategias 		
---	--	--

<p>definidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar las condiciones logísticas y/o técnicas que requiere la implementación de las acciones o estrategias definidas en relación con las condiciones logísticas y/o técnicas que brinda el territorio en el cual se van a desarrollar. ➤ Al respecto recuerde: <ul style="list-style-type: none"> ➤ la participación comunitaria debe ser abierta, amigable, accesible a todas las personas e incluyente. ➤ Obtener los resultados previstos está mediado por el interés y la participación de las personas, en las actividades programadas. 		
Momento 3. Implementación del programa preventivo		
Actividad 1. Selección del programa o acción preventiva.		
Objetivo: seleccionar el tipo de programa o acción en prevención que se ajuste a lo que se requiere para abordar la situación identificada en el territorio		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>A partir de la recolección y análisis de la información de las etapas anteriores, se definirá la estrategia o acción preventiva. Para ello se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidar la información obtenida y definir el tipo de prevención que se desarrollará en la acción o estrategia priorizada. • Diligenciar la lista de chequeo de criterios para la planeación (Ver Anexo 4) <p>Se sugiere, estructurar la implementación de la estrategia o acción priorizada, según los estándares internacionales de la prevención del uso de drogas, los cuales describen a nivel general las políticas e intervenciones que han demostrado algún grado de eficacia para prevenir el inicio del consumo de drogas y la transición hacia otro tipo de consumos. (Ver Anexo 5. Cuadro resumen estándares internacionales de prevención)</p>	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión documental • Meta lectura de la información obtenida • Análisis comparativo con las orientaciones dadas en el presente documento

Al respecto el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), define el concepto de estándares de calidad como “principios o grupos de reglas generalmente aceptadas para la mejor o la más apropiada forma de implementar una intervención”. Se pueden referir tanto a aspectos estructurales (medioambientales, composición de equipos), como de procesos (adecuación de contenidos, proceso de intervención, evaluación de procesos).

En este sentido, desde la prevención basada en evidencia, incorporar este tipo de estructuras, facilita desarrollar procesos de planeación ordenados de las acciones que se van a realizar, definiendo los aspectos que se deben tener en cuenta para organizar una acción con unos fines específicos, al igual que poder realizar evaluación acerca de si lo que se está haciendo cumple con lo establecido para este tipo de intervenciones y permite valorar los resultados de las acciones implementadas.

Es así como se han definido diferentes instrumentos a nivel internacional y regional, que tiene como objetivo aportar al ordenamiento de las acciones que en el tema se están realizando. Por ejemplo, los Estándares Internacionales en Prevención y Tratamiento, desarrollados por la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, reúnen los resultados de las investigaciones en prevención, estableciendo las características de intervenciones y políticas de prevención basadas en evidencia que hayan tenido resultados positivos en reducir o eliminar el uso de sustancias psicoactivas, a partir de lo cual se propone una serie de características que se deben tener en cuenta para garantizar la efectividad de las acciones desarrollados para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas por momento del curso de vida. (Ver Anexo 3)

- Establecer la viabilidad de su implementación. Para ello, determine:
 - La disponibilidad de evidencia que respalde la acción o estrategia priorizada.
 - Los requisitos identificados para su

<p>implementación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Si cuenta con manuales y en caso afirmativo, identificar si están estos disponibles en español. ○ Los costos de la implementación. ○ El perfil que deben tener los implementadores, entre otros. ○ Establecer si la acción o estrategia definidas potencia, se armoniza o riñe con otros que se estén ya implementando y que persigan objetivos similares. (Ver ítem 5.3. Tabla 1. Criterios para la selección de los programas según su nivel de evidencia). 		
<p>Actividad 2. Elaboración del plan de acción.</p>		
<p>Objetivo: Implementar plan de acción que da cuenta de las fases de planeación, ejecución, monitoreo, evaluación y sistematización de los aprendizajes y buenas prácticas identificadas en desarrollo de la acción o estrategia priorizada.</p>		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Generar un espacio de construcción participativa del plan de acción. • Generar un espacio de validación y realimentación poblacional e institucional del plan de acción formulado. • Generar un espacio de construcción participativa de la ruta de monitoreo, evaluación y sistematización de las acciones desarrolladas en el marco del plan de acción formulado • Establecer un cronograma que identifique la frecuencia de implementación de los momentos de monitoreo y evaluación de la acción o estrategia priorizada. • Diseñar y aplicar las herramientas e instrumentos técnicos requeridos para la implementación, monitoreo, evaluación y sistematización del plan de acción ejecutado. • Generar un proceso de desarrollo de 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, Representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meta plan • Trabajo por espacios colaborativos de reflexión y aprendizaje participativo • Métodos estadísticos no paramétricos.

<p>capacidades y asistencia técnica territorial que acompañe la implementación del plan de acción formulado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que el proceso de monitoreo: (i) se realice de manera permanente, (ii) genere información que permita tomar decisiones conforme avanza la implementación, estableciendo los correctivos necesarios en caso de requerirse, (iii) determine si es necesario adaptar la acción o estrategia definida, y qué tipo de adaptación se necesita, asegurando la fidelidad el mismo. Al respecto se sugiere que la adaptación no se realice antes de una primera implementación del programa tal como está diseñado • Con el objeto de determinar si se han agotado las etapas descritas anteriormente y qué actividades hace falta incorporar al proceso de planeación, se sugiere revise la lista de chequeo de los criterios básicos de prevención desarrollada por COPOLAD (Ver Anexo 4. Lista de chequeo criterios básicos de prevención) Esto permitirá identificar si el proceso de planeación se adapta a la realidad poblacional y territorial y a su vez en el ámbito nacional permitirá hacer seguimiento de las acciones y programas preventivos en el país, a través de la mesa nacional de prevención del consumo de sustancias psicoactivas. • Si se ha diseñado una acción o estrategia nueva es decir que aún no cuenta con evidencia, se debe garantizar desde su planeación y evaluación, contar con un diseño metodológico riguroso que emplee bases muestrales representativas y pruebas estadísticas adecuadas para garantizar la aleatoriedad y la representatividad, las hipótesis formuladas y los hallazgos obtenidos se sostengan sobre un modelo racional y teórico explícito y que la evidencia sea adecuadamente valorada y comprobada, con métodos e instrumentos propios de la evaluación. 		
<p>Momento 4. Seguimiento del programa o acción planteada</p>		

Actividad 1. Implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento a la implementación.		
Objetivo: definir los criterios de monitoreo y seguimiento a la implementación del programa o acción preventiva.		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<p>Desde el momento 3, implementación del programa preventivo, se debe definir en el caso de la evaluación del programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados. • Los momentos en que se realizarán las mediciones. • Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar. <p>Respecto a la evaluación del proceso y resultados, los indicadores que se establecen respecto al programa o acción preventiva planteada, deben estar relacionados con las actividades realizadas, están claramente descritos, son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.</p> <p>Respecto al monitoreo se sugiere tener en cuenta que los métodos y herramientas para el monitoreo de lo establecido en el programa o acción preventiva este claramente descrito en el diseño del mismo, aportan información relevante para los indicadores de evaluación, son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas, son consistentemente utilizadas (se usan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).</p> <p>Se debe definir acorde con lo establecido en la evaluación de resultados y proceso, si se lograron los objetivos preventivos descritos en el numeral 5 de los lineamientos, relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo. • Si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo. • Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas. • Si se ha reducido el consumo abusivo o 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, líderes que desarrollaran el programa de prevención</p>	<p>Tener en cuenta los criterios establecidos por COPOLAD (Anexo 4)</p>

<p>perjudicial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se han reducido los problemas relacionados con su uso. • Si se han modificado determinadas variables mediadoras. 		
<p>Actividad 2. Socialización de los resultados, buenas prácticas y lecciones aprendidas ante el Comité Departamental de Drogas y la comunidad en general.</p>		
<p>Objetivo: divulgar las buenas prácticas y lecciones aprendidas identificadas durante el proceso de implementación de la acción o estrategia definida.</p>		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Generar espacios comunitarios e institucionales en los cuales se presenten los resultados obtenidos con: <ul style="list-style-type: none"> ○ El monitoreo realizado a la implementación de la acción o estrategia definida. ○ La evaluación realizada a la implementación de la acción o estrategia definida. ○ La sistematización realizada a la implementación de la acción o estrategia definida. ○ Los resultados obtenidos en relación con las metas de la intervención preventiva. • Para el mismo se debe contemplar el desarrollo de un informe final que describa todos los pasos para la construcción del programa o acción preventiva, así como los resultados de proceso de monitoreo y evaluación realizado. 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asamblea comunitaria • Estrategias alternativas de comunicación
<p>Momento 5. Ajuste del programa o acción implementada.</p>		
<p>Actividad 1. Generación de evidencia del programa o acción realizada</p>		
<p>Objetivo: Establecer la evidencia generada a partir de la implementación de la acción o estrategia definida.</p>		
Pasos a seguir	Responsable	Consideraciones metodológicas

<ul style="list-style-type: none"> • Analizar los resultados obtenidos con el desarrollo del monitoreo y evaluación a la acción o estrategia implementada. • Analizar los aprendizajes y buenas prácticas identificadas durante todo el proceso de ejecución de la acción o estrategia definida. • Identificar si es necesario reorientar las intervenciones planeadas con base en los resultados de la medición y verificación de la acción y estrategia definida. • Garantizar los procesos de monitoreo y evaluación participativa, durante y después de su implementación. 	<p>Referentes departamentales de salud mental, gobierno, planeación y salud. Integrantes del Comité Departamental o Municipal de Drogas, representantes de organización sociales, sociedad civil, comunidad en general (en lo posible promueva la participación según enfoque de género y diferencial), representantes de instancias asociadas como comités de convivencia, consejos de política social o instancias con presencia en el ámbito territorial cuya actividad esté relacionada con el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud.</p>	<p>Para el desarrollo de esta etapa puede hacer uso de metodologías tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos focales • Monitoreo participativo • Uso de formatos de planeación y sistematización.
--	--	---

Recomendaciones

La implementación del presente lineamiento de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y alcohol será de manera progresiva acorde con las capacidades de los territorios, entidades, organizaciones sociales, bajo el liderazgo de la entidad territorial, en particular de las Secretarías de salud y en el marco de las funciones de los Comités Departamentales y municipales de drogas o instancias intersectoriales de concertación para la implementación de la política de reducción del consumo en el orden territorial. Esto no implica que lo que se viene desarrollando se deje de hacer; se sugiere que lo expuesto en este lineamiento se vaya incorporando a la planeación de los procesos de gestión de los programas y acciones a nivel territorial y nacional y a la definición de lo que se requiera en adelante, de tal manera que progresivamente se vaya generando evidencia propia sobre los efectos e impactos de lo que se está realizando en el componente.

Es claro que no siempre será posible partir de la implementación de un programa que ya cuente con evidencia robusta sobre sus efectos. En todo caso, es fundamental que la intervención que se realice o se diseñe, se encuentre sustentada en una teoría de cambio a nivel Individual, interpersonal y comunitario, involucre el levantamiento de una línea de base que permita establecer cuál es la situación actual por intervenir, tenga claros los objetivos, metas y establezca los posibles métodos de evaluación.

Se debe precisar que el enfoque de salud pública busca garantizar la articulación de intervenciones por entorno, toda vez que la evidencia ha mostrado que un programa aislado no es efectivo. Por tanto, es necesario que los programas por entorno se complementen, con el fin de que se tenga mayor potencia en lo que tiene que ver con la promoción de factores protectores y disminución de factores de riesgo de

acuerdo con los contextos donde las personas se desarrollan. La articulación intersectorial respecto a la oferta de programas de prevención es determinante.

La aplicación de estos lineamientos y el avanzar al desarrollo de acciones de prevención basadas en evidencia, implica fortalecer los procesos de desarrollo de capacidades en actores institucionales, así como en personas, familias y comunidades, en aspectos tales como la aplicación del enfoque de derechos humanos y salud pública, lo cual permitirá adecuar progresivamente las intervenciones de prevención en el entorno familiar, escolar, laboral y comunitarios de acuerdo con las necesidades de las personas que consumen sustancias psicoactivas y sus familias.

Así mismo se debe tener en cuenta que la implementación de programas y acciones de prevención debe enfocarse en las necesidades de la población y ser adaptados a las características culturales que permitan entre otros asuntos, reducir el estigma y la discriminación de las personas que consumen sustancias psicoactivas, estos procesos deben ser implementados desde la evidencia y de acuerdo con los estándares internacionales para su efectividad e impacto social.

El análisis de contexto cultural y social de la población es determinante para conocer sus necesidades, así como el reconocer los procesos de prevención del consumo que se han desarrollado en el territorio de manera previa y no construir nuevos procesos bajo el mismo objetivo y con la misma población, si estos no han tenido un resultado que aporte a lograr los indicadores en salud planteados en el territorio.

El trabajo comunitario, articulado a la respuesta institucional y de gobierno, es fundamental para el reconocimiento de la organización territorial y la generación de espacios para la participación social en el proceso de implementación de prevención basada en la evidencia. El desarrollo de iniciativas comunitarias permite identificar las dinámicas respecto a la oferta y consumo en el territorio. La organización comunitaria permite la construcción de redes que pueden aportar a la implementación de procesos de prevención basadas en la evidencia en este entorno.

En la implementación de los programas de prevención selectiva e indicada es importante realizar la coordinación con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin canalizar a la ruta integral de atención a personas con trastornos mentales y del comportamiento manifiestos por uso de sustancias psicoactivas y acceder a los servicios de tratamiento en caso de requerirlo.

Es importante plantear desde un inicio los procedimientos con el fin de garantizar la sostenibilidad de los programas de prevención basada en la evidencia, así como dejar capacidad instalada y capacidad de gestión en las comunidades e instituciones con las que se trabaje.

El proceso de gestión de la planeación y las acciones específicas de prevención no deben estar financiadas por la industria del alcohol, tabaco o cannabis.

Bibliografía

- Comisión asesora para la política de drogas en Colombia. (2013). *Lineamientos para una política pública frente al consumo de drogas*. Bogotá.
- Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances: What We Can Do About Alcohol, Tobacco, and Other Drugs . (2011). *Health Officers Council of British Columbia*, p. 20.
- (2012). Obtenido de Evidence Based Practice Institute,; <http://depts.washington.edu/ebpi/>
- Adriana Camacho, Alejandro Gaviria y Catherine Rodriguez. (2010.). *El consumo de droga en Colombia*.
- American Medical Association. (2003.). *Fact Sheet from an American Medical Association Report on Alcohol's Adverse Effects on the Brains of Children, Adolescents and College Students*.
- Asamblea General de Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Nueva York.
- Asamblea Mundial de la Salud. (2017). *70a*.
- Augusto Pérez Gomez, J. M. (2015). *De la prevención y otras Historias* . Bogotá: California edit.
- Babor, T., & otros. (2010). *La política de drogas y el bien público*.
- Colombia, A. (2016). *Acuerdos de Paz*. Bogotá.
- Comisión Asesora de la Política de drogas en Colombia. (2015). *Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia*. . Bogotá.
- Comisión asesora para la política de drogas en Colombia. (2013). *Lineamientos para una política frente al consumo de drogas*. Bogota.
- Comisión Latinoamericana sobre Droga y Democracia. (2009). *Drogas y Democracia: Hacia un cambio de paradigma*.
- Commission on Social Determinants Of Health. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Cairo.
- Comunidad Andina. (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Colombia 2012*. Perú.: Secretaría General de la CAN.
- COPOLAD. (2014). *Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas*. Madrid.
- Gaviria, A. (2016). *Discuso Asamblea Naciones Unidas*. Nueva York.
- Gobierno Nacional de la República de Colombia. (s.f.). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia 2011. Informe final*. .
- Iglesias, E. B. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*,. Madrid.
- Jadad, A. (2000). *Definición del salud*. Toronto, Canada.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2013). *Estudio nacional del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013. Informe final*. Bogotá, D.C.
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2015). *Boletín 1. Sistema de Alertas Tempranas - SAT*. Bogotá.

- Ministerio de Justicia y del Derecho. (2016). *La Heroína en Colombia, producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de a evidencia y recomendaciones de política*. Bogotá.
- Ministerio de Justicia, y. (2013, 2016). *Política de drogas*.
- Ministerio de Protección Social. (2007). *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2013). *Estudio Nacional de consumo*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Publica, 2012 - 2021*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2013). *Plan decenal de salud pública*. Bgotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Plan nacional de promoción de la salud, prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá.
- Ministerio de Salud, P. (s.f.). *Resolución 518 de 2015*. Bogota.
- Observatorio de drogas de Colombia. (2017). *Reporte de drogas de Colombia, sin publicar*. Bogotá.
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2016). *Informe Mundial sobre las Drogas*.
- Organización de Estados Americanos. (2011). *Estrategia y el Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas 2011 – 2015*.
- Organización de Estados Iberoamericanos. (2012). *Escenarios para el problemas de drogas en las Américas 2013 - 2025*.
- Organización de lo Estados Americanos. (s.f.). *El Problema de Drogas en America Latina*. Washington.
- Organización de los Estados Americanos. (2012). *El problema de las Drogas en las Americas: Estudios Drogas y Salud Pública*. Washington.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2005). *Subsanar las desigualdades en una generación*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Las Drogas y el bien publico* . Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. . (2008). *Jóvenes: opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en la adolescencia*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Informe situaciones regional sobre el alcohol y la salud en las américas*. . Washington, D.C.: OPS.
- PNUD. (2014). *Informe de Desarrollo Humano. Sostener el progreso humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*.
- Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). (2014). *Calidad y Evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas*. Madrid, España: MANGRAF, S.L. .
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration U.S Department of Health and Human Services. (2002). *A practitioner's guide to effective prevention*.
- Unidas, Asamblea General de las Naciones. (1998). *Declaración de Polítca y Plan de acción de la Asamblea General*.
- Unidas, Asamblea General de las Naciones. (2016). *Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar el problema de las drogas*. Nueva York.
- UNODC. (2016). *Informe mundial sobre las drogas*.

Anexos

Anexo 1. Marco Normativo

Tipo de Normatividad	Referencia	Año
Ley	30	1986
Ley	715	2001
Declaración	Declaración de Brasilia sobre políticas públicas para el alcohol	2005
Política Nacional	Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto	2007
Declaración Internacional	Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional a favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas 2009	2009
Estrategia	Estrategia hemisférica sobre CICAD OEA	2010
Estrategia	Estrategia Mundial de Alcohol	2010
Decreto	120	2010
Ley	Ley 1385	2010
Política Nacional	Política Nacional contra las Drogas 2010 – 2014	2010 - 2014
Plan de Acción	Plan de acción hemisférico sobre drogas CICAD - OEA	2011
Plan de acción	Plan de acción regional para reducir el consumo nocivo de alcohol	2011
Plan Nacional	Plan Nacional de Seguridad Vial	2011 - 2016
Ley	1566	2012
Resolución	123 de 2012	2012
Plan Decenal	Plan Decenal de Salud Pública	2012 - 2021
Ley	1616	2013
Ley	1696	2013
Plan nacional	Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. V2.	2013
Resolución	5521	2013
Estándar	Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas, 2013 – UNODC	2013
Resolución	2003	2014
Plan Nacional	Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas,	2014 - 2021

Tipo de Normatividad	Referencia	Año
Ley	1751	2015
Resolución	518	2015
Ley	1787 cannabis medicinal	2016
Resolución	6408	2016

Anexo 2. Lista de chequeo de criterios de planeación

CRITERIOS		SI	NO
El Programa identifica:	1. El cambio que se busca		
	2. Los factores de riesgo y de protección específicos a los que se dirige la intervención		
	3. La población objetivo		
	4. Cómo funcionan los componentes de la intervención para producir dicho cambio		
	5. Cuenta con fundamentación teórica		
El programa especifica:	1. Los mínimos necesarios para su implementación, en términos de: Personal, recursos económicos necesarios y cronograma		
	2. Manuales para la implementación		
	3. Proceso de entrenamiento definido que cuenta con material de apoyo		
	4. Asesoría técnica para su implementación por parte de los diseñadores		
	5. Otro tipo de apoyo para su diseminación con fidelidad ¿Cuál?		
El programa cuenta con:	1. Un grupo control para evaluación		
	2. La evaluación es realizada con una muestra suficiente		
	3. Estudios con diferencias significativas entre el grupo experimental y grupo control, que confirman la hipótesis de cambio		

CRITERIOS		SI	NO
	4. Evaluación de resultado con diseño cuasi-experimental con grupo experimental y de control		
	4.1 Esta evaluación demuestra diferencias significativas entre grupos con los cambios atribuidos al programa		
	5. Evaluación independiente que confirma la hipótesis de cambio		
	6. Evaluación cuasi-experimental de alta calidad que confirma la hipótesis de cambio		
	7. Un ensayo controlado aleatorio de alta calidad que confirma la hipótesis de cambio		
	8. Dos o más ensayos controlados aleatorios de alta calidad que confirman la hipótesis de cambio		
	9. El evaluador es miembro actual o pasado del equipo de investigación del desarrollador del programa		
	10. El evaluador tiene interés financiero en el programa		
El programa cuenta con:	1. Análisis de proceso y de costo - efectividad		
	2. Estudio de costo - efectividad		
El programa cuenta con:	3. Estudio para establecer sus resultados		
	4. Estudios descriptivos		
	5. La evaluación permite establecer que los cambios presentados puedan ser atribuidos al programa		
	6. La evaluación evidencia efectos dañinos		
Los estudios realizados permiten establecer:	1. Se ha realizado seguimiento al programa para establecer si los resultados atribuibles al programa se mantienen a lo largo del tiempo		
	2. El impacto de la intervención positiva se mantiene durante un mínimo de 12 meses después de que finaliza la intervención del programa.		

Anexo 3 Teorías del cambio

Teorías del nivel individual

1. Acción razonada y planeación de la conducta.
2. Teoría de la Autorregulación
3. Modelo Transteórico de Estados del Cambio de Conducta
4. Establecimiento de Metas
5. Teoría del Manejo del Estrés
6. Teoría de Búsqueda de Sensaciones

Teorías del nivel interpersonal

1. Modelos de Crianza
2. Social Cognitiva
3. Redes Sociales y Apoyo Social
4. Resiliencia
5. Vínculo
6. Conflicto
7. Atribución

Teorías del nivel comunitario

1. Modelos de Organización Comunitaria
2. Teoría de Difusión de la Innovación
3. Modelo de Comunicación para Cambio de Conducta (CCC)
4. Modelo de Cambio Organizacional
5. Estrategia de Mercadeo Social

Teorías del nivel socio político

Modelos de políticas públicas, legislación y agenda pública.

Anexo 4 Cuadro resumen estándares internacionales de prevención UNODC

Momento del curso de vida	Tipo de intervención	Evidencia disponible	Características asociadas con resultados positivos de prevención
Infancia y niñez temprana	Intervenciones dirigidas a mujeres embarazadas con trastornos por abuso de sustancias	Dos buenas revisiones reportaron hallazgos con respecto a esta intervención. De acuerdo con la primera, el tratamiento integral basado en evidencia para las mujeres embarazadas puede tener un impacto positivo sobre el desarrollo infantil, el funcionamiento emocional y el conductual, además de tener impacto en las habilidades de crianza. El plazo para la sostenibilidad de los resultados y el origen de las pruebas no son claros. Además, la otra revisión muestra resultados con relación a la visita prenatal e infantil para las mujeres con trastornos de alcohol y drogas en la que se reportan la mejora de la salud de la madre y del bebé, pero los datos son insuficientes.	Proporcionar servicios integrales de tratamiento para las mujeres embarazadas que sufren de abuso de sustancias, incluidos los concurrentes trastornos de salud mental. Incluir Intervenciones basadas en el apego y la crianza.
	Visitas Prenatales e infantiles	Un ensayo aceptable de control aleatorio reportó hallazgos con respecto a esta intervención. De acuerdo con este estudio, estos programas pueden prevenir el abuso de sustancias en el futuro y también pueden ser rentables en términos de bienestar social y costos médicos. La evidencia proviene de los EE. UU.	Impartido por personal de salud capacitado. Visitas regulares hasta los dos años del bebé, al principio cada dos semanas, luego cada mes y menos hacia el final. Proporcionar las habilidades básicas de crianza. Apoyar a las madres para hacer frente a una amplia gama de cuestiones socioeconómicas (salud, vivienda,

			empleo, legal, etc.).
	Educación Temprana	Dos buenas revisiones reportaron resultados con respecto a esta intervención. De acuerdo con estos estudios ofrecer servicios de educación temprana para los niños que crecen en comunidades desfavorecidas puede reducir el consumo de marihuana a los 18 años y también puede reducir el uso de otras drogas ilícitas y del tabaquismo. Además, la educación temprana puede evitar otras conductas de riesgo y promover la salud mental, la inclusión social y el éxito académico. Todas las pruebas se originan a partir de los EE. UU.	Mejora de las habilidades cognitivas, sociales y lingüísticas de los niños. Sesiones diarias. Impartido por profesores capacitados. Prestar apoyo socioeconómico a las familias.
Infancia media	Programas de crianza positiva (Habilidades para los padres)	Se seleccionaron nueve estudios buenos y cuatro aceptables donde se informan los resultados con relación a esta intervención. De acuerdo con éstos, los programas universales basados en la familia previenen el consumo de alcohol en los jóvenes. En general, la magnitud del impacto es pequeña pero constante y persistente en el medio y largo plazo. También existe una fuerte evidencia de que este tipo de programas puede evitar el consumo de drogas en un seguimiento de 12 meses o más (según los propios entrevistados). El trabajo enfocado al ámbito familiar puede ser potencialmente más eficaz para los jóvenes vulnerables y para los que presentan múltiples factores de riesgo a largo plazo en la reducción de abuso de sustancias Las intervenciones dirigidas a los padres y a la familia también dan como resultado mejoras significativas y a largo plazo en relación con el funcionamiento familiar (incluyendo las habilidades de crianza y el comportamiento infantil) y también	Mejorar la vinculación de la familia, es decir, la unión entre padres e hijos; Apoyar a los padres sobre cómo tomar un papel más activo en la vida de sus hijos, por ejemplo, el seguimiento de sus actividades, de sus amistades y de cómo participar en su aprendizaje y educación; Apoyar a los padres sobre cómo proporcionar disciplina apropiada, positiva y de desarrollo; Apoyar a los padres sobre cómo ser un modelo que seguir por sus hijos. Organizar de manera fácil y atractiva la participación de los padres (por ejemplo, fuera de horas de oficina, alimentación, cuidado de niños, transporte, pequeño

		<p>pueden mejorar el comportamiento, el ajuste emocional y conductual de los niños menores de 3 años. Además, hay evidencia de costo-efectividad. Los Programas de crianza positiva se han llevado a cabo en África, Asia, Medio Oriente y América Latina, pero sólo algunos de estos programas están diseñados para prevenir mejoras emocionales y de conducta y / o tienen buen un diseño metodológico.</p>	<p>premio para completar las sesiones, etc.).</p> <p>Por lo general incluir varias sesiones (a menudo alrededor de 10 sesiones o más en el caso de trabajar con los padres de comunidades marginadas o en el contexto de un programa de tratamiento en el que uno o ambos padres sufren de dependencia de sustancias).</p> <p>Incluir actividades para los padres, los niños y toda la familia.</p> <p>A cargo de personas capacitadas, en muchos casos sin ningún título.</p>
	<p>Habilidades personales y sociales</p>	<p>Cinco revisiones consideradas “buenas” y ocho “aceptables” informaron resultados con relación a esta intervención. De acuerdo con estos estudios, el apoyo al desarrollo de habilidades personales y sociales en un salón de clases puede prevenir el consumo de drogas y el abuso de alcohol. Estos programas también influyen sobre los factores de riesgo relacionados con el abuso de sustancias, por ejemplo, compromiso con la escuela, el rendimiento académico, la autoestima, el bienestar mental, la resistencia cotidiana y otras habilidades sociales. Además, los programas centrados en la mejora de autocontrol dirigidos a los niños de 10 años o menos reducen conductas problemáticas generales. Además de Australia, Canadá, Europa y los EE. UU., los datos recogidos anteriormente se originan también de África, América Latina y la India</p>	<p>Mejorar una serie de habilidades personales y sociales.</p> <p>Organizada a través de una serie de sesiones estructuradas, a menudo se ofrecen sesiones de refuerzos durante varios años.</p> <p>Impartido por profesores o facilitadores capacitados.</p> <p>Las sesiones son fundamentalmente interactivas.</p>

	Programas de mejora en el salón de clases	Una buena revisión informa resultados con respecto a esta intervención. De acuerdo con este estudio, las prácticas docentes de gestión en el aula reducen significativamente los problemas de comportamiento en el salón de clases, incluyendo conductas disruptivas y agresivas (los efectos más fuertes a nivel de aula son de 0,8), además refuerzan el comportamiento prosocial y el rendimiento académico de los niños. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro. Toda la evidencia reportada anteriormente se origina en los EE. UU. y Europa.	A menudo aplicados durante los primeros años escolares; Incluye estrategias para responder a un comportamiento inadecuado; Incluye estrategias para reconocer el comportamiento apropiado; 9 Incluye comentarios sobre las expectativas; Participación de todos los estudiantes.
	Políticas para mantener a los niños en la escuela	Dos buenas revisiones reportaron resultados con respecto a las siguientes políticas: la construcción de nuevas escuelas, el suministro de alimentación en las escuelas y el proporcionar incentivos económicos de diversa índole a las familias. De acuerdo con estos estudios, estas políticas aumentan la asistencia de los niños a la escuela y mejoran sus habilidades lingüísticas y matemáticas. Proporcionar becas sin condiciones a las familias no parece dar lugar a resultados significativos, mientras que las transferencias condicionadas si lo hacen. Todas estas evidencias se originan en países de ingresos bajos y medianos. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro.	
Adolescencia Temprana	Educación preventiva con base en el desarrollo de habilidades personales y	Trece revisiones buenas, trece aceptables, además de una prueba de control aleatorio también aceptable, informaron resultados con respecto a esta intervención De acuerdo con estos estudios, algunos programas escolares interactivos pueden prevenir el abuso de sustancias en el largo plazo (reportando un efecto fuerte (RR 0,82) para el consumo de	Utilizar métodos interactivos; distribuida a través de una serie de sesiones estructuradas (típicamente 10-15) una vez a la semana y a menudo ofreciendo sesiones de refuerzo durante varios años;

	sociales y de influencia social	cannabis). Tales programas interactivos desarrollan habilidades personales y sociales y discuten las influencias sociales (normas sociales, expectativas, las creencias) relacionados con el consumo de drogas. Por lo general, producen resultados positivos para todas las sustancias, así como para la prevención de otras conductas problemáticas tales como la deserción y el ausentismo escolar. En este contexto, hay algunos indicios de que los programas dirigidos a los adolescentes tempranos pueden dar resultados más positivos en la prevención de abuso de sustancias que los programas dirigidos a los niños más jóvenes o más viejos. La mayoría de la evidencia está en los programas universales, pero hay pruebas de que la educación universal basada en competencias puede ser efectiva entre los grupos de alto riesgo. Estos programas se suelen impartir por facilitadores entrenados, en su mayoría los docentes. Sin embargo, también se pueden llevar a cabo a través de programas computacionales o a través de Internet para reducir el abuso de sustancias. La mayoría de la evidencia proviene de los EE. UU, Europa y Australia. Existe evidencia de cierta transferibilidad de estos programas de prevención en países de ingresos bajos y medios en África, Asia y América Latina, pero como la evidencia es variada se debe de tener precaución al adaptarlos e implementarlos.	<p>A cargo de un facilitador capacitado (también a cargo de jóvenes capacitados);</p> <p>Proporcionar la oportunidad de practicar y aprender una amplia gama de habilidades personales y sociales, incluyendo principalmente aquellas habilidades para hacer frente, tomar de decisiones y tener resistencia, en particular, en relación con el abuso de sustancias;</p> <p>Enfatiza percepciones de impacto de los riesgos asociados con el abuso de sustancias, haciendo hincapié en las consecuencias inmediatas;</p> <p>Disipar las falsas ideas sobre la naturaleza normativa (percepción de uso) y las expectativas vinculadas con el abuso de sustancias.</p>
	Políticas y Cultura Escolar	Tres revisiones buenas y una aceptable informaron resultados con relación a estas políticas ¹⁹ . Según estos estudios las políticas contra el uso de sustancias en las escuelas pueden prevenir el tabaquismo. Por otra parte, la alteración del entorno escolar para aumentar el compromiso con la escuela, la participación de los estudiantes, las relaciones sociales positivas	<p>Apoyar la continuidad en la escuela, no interrumpirla.</p> <p>Apoyar los valores escolares positivos, el compromiso con la escuela y la participación del estudiante.</p>

		<p>y el desalentar los comportamientos negativos pueden reducir el consumo de drogas y otras conductas de riesgo. En las preparatorias y universidades que abordan estas políticas y crean cultura entre los estudiantes durante la adolescencia y la juventud se observa una reducción del abuso de alcohol en edades posteriores, especialmente cuando se incluyen intervenciones breves (tamaño del efecto moderado (DME 0,38) en la reducción de las cantidades de beber). El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro. Es sabido que las políticas escolares incluyen pruebas de drogas al azar. Un ensayo de control aleatorio aceptable indicó resultados con relación a este componente y no se informaron reducciones significativas en el consumo de drogas y alcohol.</p>	<p>Políticas desarrolladas con la participación de todos los interesados (estudiantes, maestros, personal, padres de familia).</p> <p>Las Políticas especifican claramente las sustancias prohibidas, así como los lugares de la escuela que incluyen y/o las ocasiones en las que se aplica; ∩ La política aplica a todos en la escuela (estudiantes, profesores, personal, visitantes, etc.).</p> <p>Hay que reducir o eliminar el acceso y la disponibilidad de tabaco, alcohol u otras drogas; ∩ Atender las infracciones con sanciones positivas, proporcionando o refiriendo a servicios de asesoramiento, servicios psicosociales, tratamiento y atención de salud en lugar de castigar.</p> <p>Para el cumplimiento de las políticas hay que aplicarlas sistemáticamente y sin demora incluyendo refuerzos positivos.</p>
	<p>Abordar las vulnerabilidades psicológicas individuales</p>	<p>Cuatro ensayos controlados aleatorios informaron resultados aceptables con respecto a esta intervención en la adolescencia temprana y la adolescencia. De acuerdo con estos estudios, los programas dirigidos a vulnerabilidades psicológicas individuales pueden reducir los índices de consumo de alcohol (reduciendo las probabilidades en un 29% en comparación con los estudiantes de alto riesgo en las escuelas de control) y las</p>	<p>Impartido por profesionales capacitados (por ejemplo, psicólogos, maestros).</p> <p>Los participantes han sido identificados como poseedores de rasgos específicos de personalidad con la ayuda de instrumentos validados;</p>

		<p>borracheras (reduciendo las probabilidades en un 43%) en un seguimiento de dos años. Una buena revisión informa resultados con respecto a esta intervención en la infancia media²². Según este estudio, este tipo de intervención puede impactar los factores individuales (como el autocontrol) que regulan el abuso de sustancias en etapas posteriores.</p>	<p>Proporcionar a los participantes conocimientos sobre cómo manejar de manera positiva las emociones.</p> <p>Serie corta de sesiones (2-5).</p>
	Tutore	<p>Dos revisiones buenas y una aceptable informaron resultados con relación a este intervención. Según estos estudios, la tutoría puede evitar el consumo de drogas y alcohol entre los jóvenes de alto riesgo con resultados sostenidos durante un año después de la intervención. Toda la evidencia proviene de los EE. UU</p>	
Adolescencia y Juventud	Intervención Breve	<p>Diez revisiones consideradas buenas, 13 aceptables y una prueba de control aleatorio aceptable informaron resultados con respecto a esta intervención²⁴. Según estos estudios, la intervención breve y también la entrevista motivacional pueden reducir significativamente el abuso de sustancias en el largo plazo. La fuerza de esta evidencia es fuerte y sus efectos para el uso del alcohol y las drogas inmediatamente después de la intervención son sólidos (diferencia de medias estandarizada = 0.79), manteniéndose sustancialmente durante un año después de la intervención (diferencia de medias estandarizada = 0,15). La intervención breve y la entrevista motivacional benefician tanto a los adolescentes y adultos por igual, pero para las mujeres la evidencia sobre el impacto a largo plazo sobre el consumo de alcohol no es concluyente y se sugiere que tiene mayores efectos para los hombres. Incluso una sola sesión de intervención breve o entrevistas motivacional puede producir</p>	<p>Las sesiones unos a uno identifican si hay un problema de abuso de sustancias y ofrecen asesoramiento básico inmediato y/o derivación.</p> <p>A cargo de un profesional capacitado.</p>

		resultados significativos y duraderos. Una mayor duración de asesoramiento no parece añadir ganancias adicionales. La intervención breve se ha encontrado rentable y transferible.	
	Programas de prevención en el lugar de trabajo	En una revisión aceptable y en otra considerada buena se reportaron resultados con relación a esta intervención. De acuerdo con estos estudios, los programas de prevención en el lugar de trabajo pueden prevenir el consumo de tabaco y alcohol. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro. Aunque las experiencias interesantes han sido implementadas en América Latina, Asia y África, la evidencia proviene de los EE. UU., Australia y Europa.	<p>Desarrolladas con la participación de todos los actores (empresarios, gerentes, empleados).</p> <p>Brindan garantía de confidencialidad a los empleados.</p> <p>Se basan y están incluidos en una política general de abuso de sustancias en el lugar de trabajo que ha sido desarrollada por todos los interesados y no es punitiva.</p> <p>Proporcionan intervención breve (incluyendo alternativas en Internet), así como asesoría, referencia a tratamiento y los servicios de reinserción a los empleados que lo necesiten. ∩ Incluyen un componente de comunicación clara.</p> <p>Son parte de sistemas de salud o bienestar.</p> <p>Incluyen cursos de manejo del estrés.</p> <p>Gerentes, empleados y trabajadores de la salud son capacitados en el cumplimiento de sus funciones en el programa. ∩ Incluyen las pruebas de drogas y alcohol sólo como parte de un amplio programa con las características descritas en los</p>

			puntos anteriores.
	Políticas de alcohol y tabaco	<p>Seis revisiones buenas y seis aceptables informaron resultados con relación a políticas de alcohol²⁶, mientras que 5 revisiones buenas y cuatro aceptables informaron resultados con relación a políticas de tabaco²⁷. De acuerdo con estos estudios, el aumento del precio del alcohol y el tabaco disminuye su consumo en la población en general. Con respecto al alcohol, el impacto parece afectar tanto a los bebedores moderados y fuertes y un aumento del 10% se asocia con una disminución de 7,7% en el consumo de alcohol. Con respecto al tabaco, un aumento del 10% en el precio resulta en un 3,7% de menos fumadores. El aumento de los precios también se ha encontrado puede reducir el consumo excesivo de alcohol entre los jóvenes universitarios y el consumo de tabaco entre los adolescentes y estudiantes universitarios. También los precios altos del tabaco parecen tener un impacto en poblaciones de bajos ingresos. Por último, el aumento de los precios del alcohol se asocia con la disminución de la violencia. El aumento de la edad mínima legal para consumir alcohol reduce el consumo de alcohol, mientras que con respecto al tabaco la evidencia disponible es más heterogénea. Las intervenciones integrales para lograr que los vendedores se apeguen al reglamento podría afectar el consumo de tabaco entre los jóvenes, especialmente el de las niñas y los de aquellos que han pasado las etapas iniciales de la captación (interés por) el tabaco (los otros jóvenes acceden con más frecuencia al tabaco a través de amigos). El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro.</p> <p>El aumento de la exposición a la publicidad de alcohol aumenta</p>	<p>Aumentar el precio del tabaco y el alcohol a través de impuestos; en el caso de políticas sobre el alcohol, los resultados podrían no ser tan sólidos en los países en los que la gran mayoría de la producción y el consumo no se registra.</p> <p>Aumento de la edad mínima para la venta de productos de tabaco y alcohol. 9 Impedir la venta de tabaco y alcohol a los jóvenes menores de edad a través de programas integrales que incluyen la aplicación de la ley de manera activa y permanente, así como la educación de los minoristas a través de una variedad de estrategias (contacto personal, medios y materiales de información).</p> <p>Prohibir la publicidad del tabaco y restringir la publicidad de alcohol a los jóvenes.</p>

		la probabilidad de empezar a beber entre los adolescentes y puede aumentar los niveles de consumo entre bebedores actuales. Del mismo modo, la publicidad y promoción del tabaco están vinculadas a la iniciación y aumento del consumo de tabaco. La prohibición a largo plazo sobre la publicidad de los productos del tabaco impide el consumo.	
	Iniciativas comunitarias Integrales	Siete buenas revisiones y seis opiniones aceptables reportaron hallazgos con respecto a esta intervención. De acuerdo con estos estudios, la iniciativa comunitaria integral puede evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco. Aunque la mayor evidencia reportada se origina en los EE. UU. / Canadá, Europa y Australia, algunos pocos estudios, en particular en lo que respecta al tabaco, proceden de Asia.	Apoyan la aplicación de las políticas sobre el tabaco y el alcohol. ∩ Trabajan en una variedad de entornos comunitarios (familias y escuelas, lugares de trabajo, lugares de ocio, etc.) Involucran a las universidades para apoyar la ejecución del programa basado en la evidencia, en su seguimiento y evaluación. Formación adecuada y recursos para las comunidades. ∩ Las iniciativas se mantienen en el mediano plazo (por ejemplo, más de un año).
	Campañas	Tres revisiones buenas y tres aceptables, reportaron hallazgos con respecto a esta intervención. De acuerdo con estos estudios, las campañas en los medios, en combinación con otros componentes de prevención, pueden prevenir el consumo de tabaco (reducción media del 2,4%). Sin embargo, no hubo hallazgos significativos respecto al abuso de alcohol y en lo que respecta al consumo de drogas los resultados fueron débiles.	Identifican con precisión el grupo objetivo de la campaña. ∩ Con base en una teoría sólida. Mensajes diseñados con base en investigación formativa sólida. Vinculados con otros programas existentes de prevención de drogas en el

			<p>hogar, escuela y comunidad.</p> <p>Logran una adecuada exposición del grupo destinatario durante un período de tiempo adecuado.</p> <p>Evalúan de forma sistemática, incluso a lo largo de la campaña, para realizar ajustes a los mensajes y que estos tengan un efecto máximo.</p> <p>Destinan las campañas a los padres, ya que esto parece tener también un efecto sobre los niños.</p>
	Lugares de entretenimiento	<p>Dos revisiones aceptables reportaron hallazgos con respecto a esta intervención²⁹. Según estos estudios, la capacitación del personal, las intervenciones políticas y la aplicación de la ley pueden reducir la intoxicación. Cabe señalar que la evidencia sobre el impacto de estas intervenciones sobre la salud y sus consecuencias sociales (por ejemplo, accidentes de tráfico o la violencia) no fue revisada, si bien los resultados parecen ser significativos. El plazo para la sostenibilidad de estos resultados no es claro tampoco. Toda la prueba se origina en EE. UU. / Canadá, Europa y Australia.</p>	<p>Capacita al personal y la administración en el servicio responsable y el manejo de los clientes intoxicados.</p> <p>Proporciona asesoría y tratamiento para el personal y la gerencia que lo necesite; ⁹ Incluye un componente de comunicación sólida para elevar la conciencia y la aceptación del programa.</p> <p>Incluye la participación de las fuerzas del orden, la salud y otros sectores sociales.</p> <p>Hace cumplir las leyes y políticas sobre el abuso de sustancias en los lugares y en la comunidad.</p>

Tomado de Estándares Internacionales del Uso de Drogas. (Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la ciudad de Mexico, 2013)

Anexo 5. Lista de chequeo criterios básicos de prevención COPOLAD (COPOLAD, 2014)

Marque con una X acorde con la forma como se haya desarrollado cada uno de los procesos descritos en la planeación del programa o acción preventiva

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO		Cumple	Cumple parcialmente	No cumple
Evaluación y análisis de necesidades.	P.1 La información relevante, actualizada y fiable recogida y revisada sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluye: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.			
	P.2 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.			
	P.3 La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.			
	P.4 Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (sociodemográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo con la evaluación de necesidades.			
	P.5 Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el mismo trata de modificar.			
	P.6 El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados que:			

	<p>Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante. Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención. Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas. Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.</p>			
	<p>P.7 Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.</p>			
Identificación e implicación de las partes interesadas.	<p>P.8 Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.</p>			
	<p>P.9 Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.</p>			
	<p>P.10 Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar), ésta se considera como una parte interesada en el programa; sus necesidades se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y si la información proporcionada es comprensible y le permite tomar una decisión sobre el mismo.</p>			
Evaluación de recursos.	<p>P.11 Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.</p>			
	<p>P.12 Si el personal no tiene la capacitación necesaria, se define un plan de formación.</p>			
Diseño/formulación del programa.	<p>P.13 Existe un plan escrito del proyecto que es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados; describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa; informa sobre el modelo teórico adoptado; detalla las</p>			

<p>estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados; y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.</p>			
<p>P.14 El proyecto define el criterio para el final de la intervención (logro de los objetivos, finalización de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).</p>			
<p>P.15 Se especifica qué se pretende prevenir o modificar</p>			
<p>P.16 Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar); son claros, comprensibles, realistas; están temporalmente definidos y son cuantificables; mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados; tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).</p>			
<p>P.17 Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.</p>			
<p>P.18 En la selección de las intervenciones existentes se considera: * Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto. * Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo. * Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del</p>			

<p>programa previsto.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. * Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos. * El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido. * La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficiente, si la complejidad del programa es excesiva, etc.). 			
<p>P.19</p> <p>El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con las necesidades de los participantes, el escenario, el entorno operativo, la edad de los participantes, su grado de desarrollo, su género y su cultura.</p>			
<p>P.20</p> <p>El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación; los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención; y el número de participantes por actividad.</p>			
<p>P.21</p> <p>El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.</p>			
<p>P.22</p> <p>El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora el mayor número de elementos posible de dichas evidencias y recomendaciones.</p>			
<p>P.23</p> <p>El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido a mayor riesgo de consumo, más intensa y prolongada debe ser la intervención, y viceversa.</p>			
<p>P.24</p> <p>El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a</p>			

		los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.			
		P.25 Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.			
		P.26 Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.			
		P.27 Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).			
		P.28 El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.			
Seguimiento del programa.	P.29	La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.			
	P.30	Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.			

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple
<p>P.31 Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados. • Los momentos en que se realizarán las mediciones. • Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar. 			
<p>P.32 Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.</p>			
<p>P.33 Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.</p>			
<p>P.34 Los métodos y las herramientas utilizados para la recogida de los datos de resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están claramente descritos. • Aportan información relevante para los indicadores de evaluación. • Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas. • Son consistentemente utilizadas (se usan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones). 			
<p>P.35 Los datos (indicadores) de resultados son medidos antes y después de la intervención.</p>			
<p>P.36</p>			

<p>Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los indicadores que se van a utilizar. • Los momentos en que se van a medir los indicadores. • Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios. 			
<p>P.37 Los indicadores de evaluación de proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Están relacionados con las actividades realizadas. • Están claramente descritos. • Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos. 			
<p>P.38 Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.</p>			
<p>P.39 Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del mismo en lo que concierne al uso de diferentes sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo. • Si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo. • Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas. • Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial. • Si se han reducido los problemas relacionados con su uso. • Si se han modificado determinadas variables mediadoras. 			
<p>P.40 Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo.</p>			

P.41 Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.			
P.42 Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.			

Anexo 6. Glosario

Abuso de Sustancias Psicoactivas (SPA): Un modelo problemático de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente, en situaciones en las que es físicamente peligroso

Bebida alcohólica. Producto apto para el consumo humano con una concentración de alcohol etílico no inferior a 2.5 grados alcohol métricos, al cual no se le indican propiedades terapéuticas.

Alcoholismo. Término genérico que incluye todas las manifestaciones patológicas del consumo de alcohol. Corresponde además a la expresión "problemas relacionados con el alcohol" la cual comprende un grupo muy heterogéneo de problemas de salud de índole física, psicológica y social, asociados con el consumo de alcohol, sea este consumo de forma puntual o regular e indistintamente en bebedores ocasionales, habituales, grandes bebedores o alcohólicos, además de incluir las demás manifestaciones y afectaciones por su consumo, entre ellas "trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol".

Auto cuidado. Obligación de toda persona de velar por el mejoramiento, la conservación y la recuperación de su salud personal y la salud de los miembros de su hogar, evitando acciones y omisiones perjudiciales, y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que dicten las autoridades competentes.

Dependencia de sustancias psicoactivas: Implica una necesidad imperiosa e incontrolable (física o psicológica) que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia psicoactiva para encontrarse bien o para no sentirse mal.

Embriaguez. Conjunto de cambios psicológicos y neurológicos de carácter transitorio, así como en órganos y sistemas, inducidos en el individuo por el consumo de algunas sustancias farmacológicamente activas, las cuales afectan su capacidad y habilidad para la realización adecuada de actividades de riesgo.

Factor de protección del consumo de sustancias psicoactivas: Es un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas y que favorece el desarrollo personal.

Factor de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas: Es un atributo o característica individual, condición situacional o de contexto ambiental que incrementa la probabilidad del consumo de sustancias psicoactivas.

Fomento de estilos de vida saludables: Conjunto de actividades, intervenciones y programas dirigidos a las personas, cuyo objeto es orientar el desarrollo o fortalecimiento de actitudes y hábitos que favorezcan la salud y el bienestar de la población.

Gestión de caso: Proceso mediante el cual, a través de la identificación, la canalización, el seguimiento, el monitoreo y la abogacía se garantiza el goce efectivo del derecho a la salud de los consumidores de sustancias psicoactivas, lo cual implica la óptima articulación de las Administradoras de Riesgos Laborales, las empresas, los trabajadores y los servicios de salud.

Instrumento de evaluación de riesgo de consumo o tamizaje: Se refiere a los cuestionarios dirigidos a valorar el riesgo, en las que se incluyen, además, las entrevistas estructuradas que pueden administrar evaluadores adiestrados sin formación médica para identificar el riesgo por consumo de sustancias psicoactivas. La aplicación de estos cuestionarios se hará previo consentimiento informado del trabajador y con plena salvaguardia de la confidencialidad de los resultados.

Prevención del consumo de SPA: Es un proceso activo de implementación de iniciativas tendientes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual. La prevención del consumo de SPA se clasifica en:

- **Prevención universal:** Corresponde a las acciones dirigidas al total de la población, independientemente del nivel de riesgo a que están sometidas, sean consumidores o no de sustancias psicoactivas. El objeto principal es prevenir el consumo, resaltando los beneficios que se obtienen al tener un estilo de vida saludable.
- **Prevención selectiva:** Contempla acciones dirigidas a grupos específicos, que, por características personales, del entorno social, familiar, sociocultural y de relación se hallan expuestos a diversos factores de riesgo individuales. Su fin es reducir la probabilidad de crear dependencia o abuso a las sustancias psicoactivas.
- **Prevención indicada:** Incluye actividades dirigidas a los individuos que presentan síntomas de abuso o dependencia, cuyo propósito es reducir el daño como consecuencia de esta enfermedad. Este enfoque de intervención debe ser específico.

Salud: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sustancia psicoactiva (SPA): Sustancia lícita o ilícita de origen natural o sintético que, cuando se ingiere, afecta y modifica el funcionamiento del sistema nervioso central y los procesos mentales (como la cognición o la afectividad). “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia, sin embargo, en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias”.

Tipos de consumo: Los consumos se pueden clasificar según dos criterios: la frecuencia del consumo y el sentido que se da al mismo.

Dependiendo de la frecuencia, el consumo puede clasificarse en:

- **Esporádico:** Cuando se consume una vez al mes.
- **Habitual:** Cuando se consume una vez a la semana.

- **Intensificado:** Cuando se consume más de una vez a la semana.
- **Masivo:** Cuando se consume todos los días.

Uso nocivo o perjudicial de SPA: Es un patrón de consumo en el que se presenta el uso recurrente a pesar de problemas legales, sociales o interpersonales que resulten como consecuencia del consumo, o el consumo en situaciones en las que es físicamente peligroso.

Uso problemático de SPA: Es un patrón de uso que puede incluir el abuso y la dependencia, tiene impacto significativo y negativo sobre la salud, las relaciones sociales y familiares y sobre la estabilidad académica, laboral y económica.

