

PREVENCIÓN ESTRUCTURAL

Abordaje del consumo de drogas
con foco en el ambiente



PREVENCIÓN ESTRUCTURAL

ABORDAJE DEL CONSUMO DE DROGAS
CON FOCO EN EL AMBIENTE

Prevención estructural. Abordaje del consumo de drogas con foco en el ambiente

Documento Técnico

Área de Prevención y Promoción, División Programática
Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile
Santiago, Chile
2019

© SENDA

Registro de Propiedad Intelectual N° 2021-A-2832

ISBN: 978-956-9141-68-3

Esta publicación ha sido elaborada por Carolina Delgado Mella y Alejandra Barkan Szigethy.

Edición: Marly Mora

Diseño y diagramación: Francisca Monreal

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	7
1. SISTEMA SENDA	9
2. ENFOQUES PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	17
2.1. Enfoque de determinantes sociales de la salud	17
2.2. Enfoque de derechos	23
2.3. Enfoque de factores de riesgo y protección	29
2.4. Fortalecimiento comunitario	33
2.5. Enfoque de género	36
2.6. Enfoque de interculturalidad	39
2.7. Enfoque evolutivo	42
3. CONTINUO DE ATENCIÓN EN SALUD	45
3.1. Sistema para abordar el consumo de sustancias en la población	48
3.2. Sistema de prevención del consumo de alcohol y otras drogas	52

4. PREVENCIÓN AMBIENTAL Y SISTEMA DE ABORDAJE	57
5. EXPERIENCIAS DE PREVENCIÓN AMBIENTAL APLICADA AL CONTINUO DE PREVENCIÓN	71
6. PRINCIPIOS PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN AMBIENTALES EFECTIVAS	81
7. CONSIDERACIONES FINALES	85
REFERENCIAS	88
BIBLIOGRAFÍA	93



PRESENTACIÓN

Incluir en las intervenciones sociales los factores presentes en el entorno de las personas es un desafío aún pendiente para las políticas públicas que abordan los problemas de salud en la población. Las investigaciones en prevención del consumo de alcohol y otras drogas han avanzado en observar aspectos relativos a ambientes enriquecidos y constituyen actualmente un insumo para los programas e iniciativas de prevención.

El documento técnico *Prevención estructural. Abordaje del consumo de drogas con foco en el ambiente* desarrolla la mirada de la prevención estructural o ambiental¹ que propone observar e intervenir en factores ambientales —entre ellos, aspectos estructurales, sociales, culturales, económicos y publicitarios— que puedan contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades.

¹ Si bien en la actualidad se habla indistintamente de “prevención estructural” o “prevención ambiental”, para efectos de este documento se utilizará la denominación prevención ambiental dado que la evidencia disponible a nivel internacional usa, de manera mayoritaria, este término. Además, el concepto de prevención ambiental da continuidad a la orientación técnica que se entrega a los equipos de prevención de SENDA.

Este documento consta de siete capítulos. En ellos, se presentan los enfoques que sustentan el trabajo del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA) y se describe el abanico de intervenciones y la articulación de la oferta que le entrega a la ciudadanía. El documento también describe el sistema de abordaje del consumo de sustancias y la prevención ambiental, explica el enfoque de prevención ambiental en el marco del continuo de atención y muestra experiencias de trabajo desarrolladas por SENDA.

Por último, este documento técnico comparte un conjunto de principios que orientan el diseño, la implementación y la evaluación de estrategias ambientales de prevención, y propone recomendaciones para los equipos de intervención que ponen en marcha los programas preventivos de SENDA en el área educativa, laboral y comunitaria.

1. SISTEMA SENDA

Los datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Población General de Chile* (SENDA, 2019) dan cuenta de la existencia de 649.160 personas con consumo problemático de sustancias. Al efectuar el desglose de esta cifra por tramo de edad, se obtiene que de ellas 17.182 corresponden a personas entre 12 y 17 años, y 631.977 tienen entre 18 y 64 años.

En este contexto, es necesario fortalecer la orientación estratégica de SENDA en los siguientes aspectos:

- Realizar una evaluación profunda de la actual oferta disponible.
- Desarrollar un proyecto para construir un modelo integral de prevención e intervención sobre la base de programas basados en evidencia.
- Mejorar la articulación de recursos y actores institucionales.

Estas orientaciones buscan mejorar el proceso de focalización y detección temprana de la demanda institucional y asegurar la mejor oferta programática disponible, que sea capaz de optimizar la cobertura de las necesidades de

la población, los resultados específicos de intervención y el logro clínico, según corresponda.

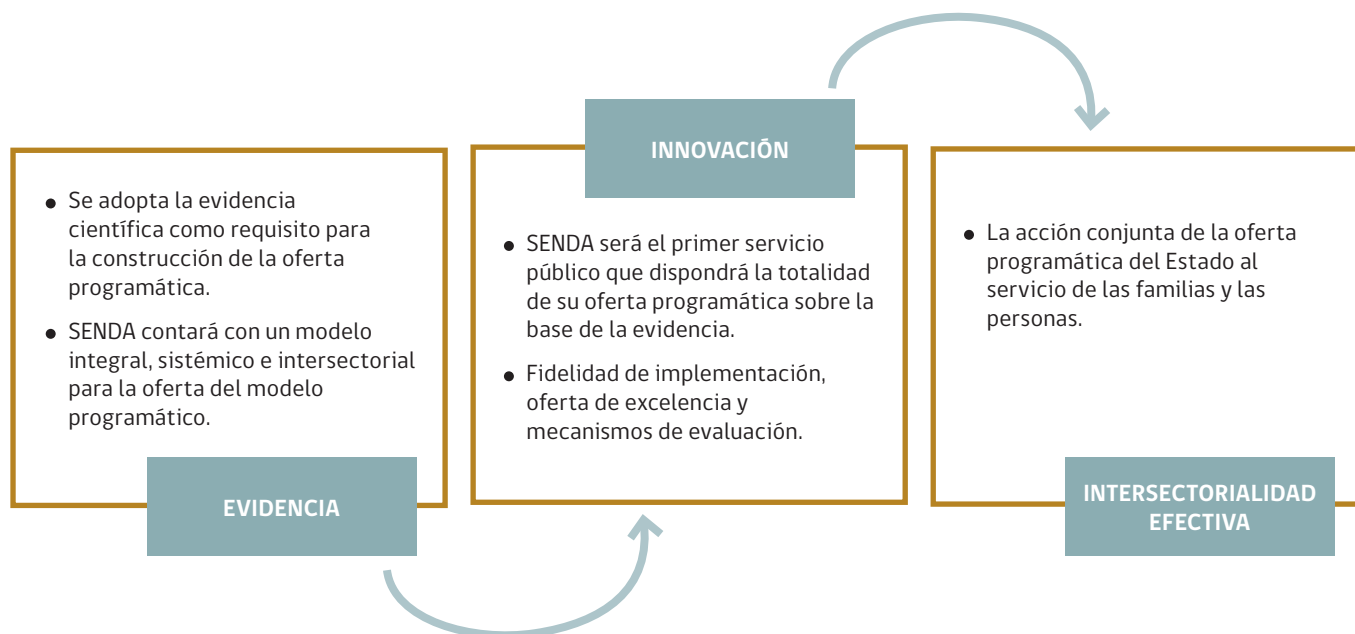
¿Por qué trabajar desde la evidencia? Incorporar la mejor evidencia disponible al estudiar la formulación de la oferta programática, supone pensar de una nueva y mejor manera el problema y la necesidad pública que atiende la institución.

Todos los países del mundo desarrollado que han logrado éxito en materia de prevención del consumo de sustancias lo han hecho efectuando una serie de acciones. Entre ellas, la acción de mayor impacto ha sido la construcción de programas de prevención y tratamiento basados en evidencia, con altos estándares y sujetos a evaluación permanente. Este proceso se traduce en objetivos, metas e indicadores específicos que cada programa debe lograr y reportar, en primer lugar, a la persona, familia e institución que se aborde con la oferta y, en segundo lugar, al mismo sistema dispuesto por la institución de manera de dar cuenta de los logros y los resultados alcanzados en términos programáticos.

Los indicadores de medición de **prevención** estarán dados por el cambio en las percepciones, la mejora de comportamientos y la adquisición de habilidades o competencias. De esta forma, se previene desde la familia y la persona, fortaleciendo los factores protectores que la evaluación de cada caso haya levantado como necesidad.

Los indicadores de medición de **tratamiento** estarán dados por la variación positiva en los factores de riesgo, factores protectores y en el cumplimiento de los indicadores clínicos asociados a cada programa que se implemente.

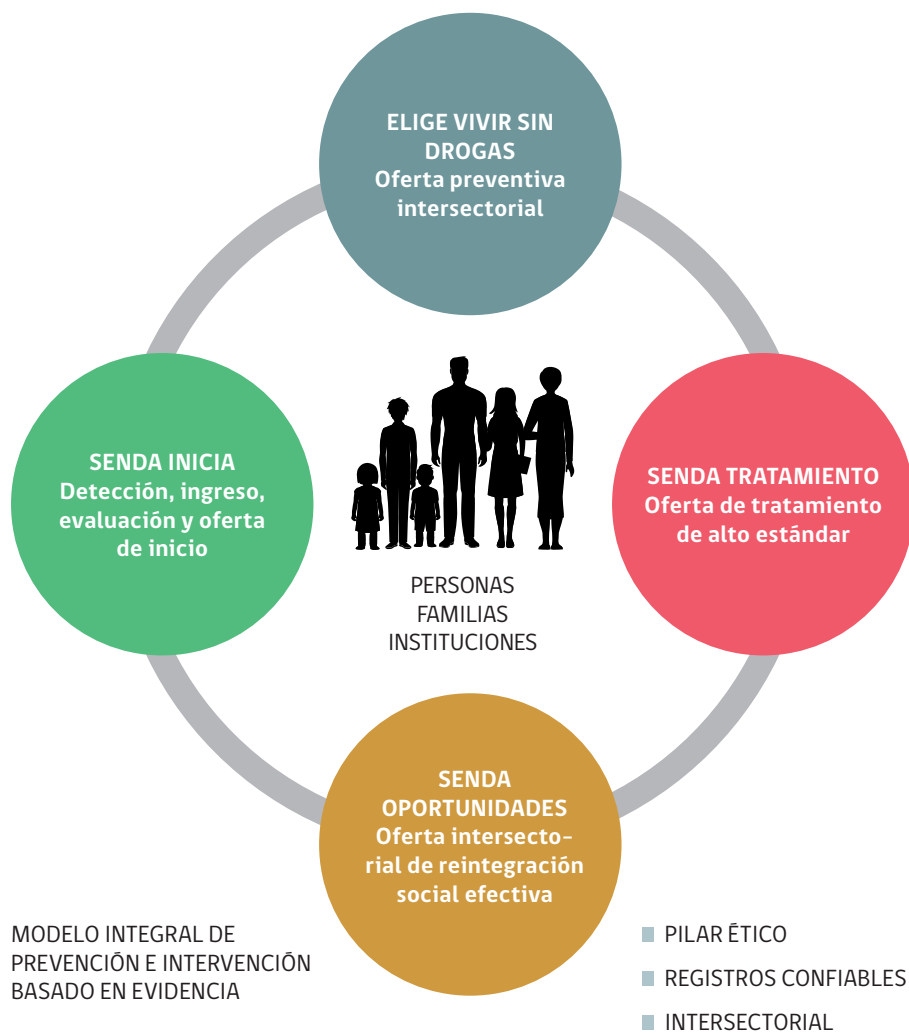
Figura 1
Pilares de la evolución programática de SENDA



Fuente: SENDA, 2019.

La construcción del Sistema SENDA a partir de las evaluaciones y mejoras implementadas por la institución, supone un proceso de mediano y largo plazo que se iniciará en 2020 con la incorporación del primer programa basado en evidencia. En el intertanto, convivirán las mejores iniciativas actualmente en ejecución con aquellas basadas en evidencia que la institución disponga implementar, de acuerdo al siguiente diseño (Figura 2).

Figura 2
Componentes del Sistema SENDA



Fuente: SENDA, 2019.

El diseño del Sistema SENDA considera cuatro pilares que interactúan de manera coordinada.

PILAR 1: SENDA INICIA

El primer pilar del Sistema SENDA se orienta a la detección temprana y focalización de la demanda institucional, lo que operará a nivel territorial con equipos dispuestos para la búsqueda de las personas, las familias, las instituciones y otros actores que requieran la asistencia del servicio.

La construcción de este componente es fundamental para el desarrollo de la acción sistémica. Se avanzará en el desarrollo de un mecanismo exclusivamente dedicado a la detección, focalización y registro de potenciales beneficiarios de SENDA. De esta manera, buscar, registrar y evaluar en el momento cero del contacto, es un imperativo ético que supone construir una historia con cada persona, familia o institución que se vincule a SENDA.

PILAR 2: ELIGE VIVIR SIN DROGAS

El segundo pilar del Sistema SENDA se basa en resguardar la disponibilidad de oferta preventiva intersectorial basada en evidencia en los distintos niveles del Plan “Elige vivir sin drogas” (EVSD), que se orienta a la familia, la escuela, el tiempo libre y grupo de pares.

La prevención es la clave para un abordaje efectivo del consumo de alcohol y otras drogas y para alcanzar resultados positivos. Para ello, se lanza el Plan “Elige vivir sin drogas” como política pública de alcance nacional, cuyas fases son parte de un flujo continuo de articulación de actores y recursos:

La primera fase se orienta al levantamiento de información asociado a factores de riesgo y factores protectores.

La segunda fase se destina a la implementación de oferta programática.

Tal como se ha planteado, la introducción de programas basados en evidencia permitirá asegurar el logro de cambios positivos en los factores detectados en las encuestas; estos logros serán medidos en cada comuna en el segundo y el quinto año luego de iniciado el plan.

El pilar de prevención del Plan “Elige vivir sin drogas” será el primero en contar con oferta programática basada en evidencia durante el año 2020.

PILAR 3: SENDA TRATAMIENTO

El tercer pilar del Sistema SENDA pone a disposición modelos de tratamiento de alto estándar, con mediciones e indicadores de logro clínicos y terapéuticos.

El sistema de registro de tratamiento de SENDA reportó que en 2017 un 61,7% (887) de adolescentes ingresaron a tratamiento, indicando la marihuana como la droga principal. Por otro lado, actualmente los treinta mil casos de tratamiento ofrecidos por el sistema resultan insuficientes para acortar la brecha existente con el total de personas que declaran consumo problemático de sustancias (692.986), de acuerdo al *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General 2016* (SENDA, 2017).

Este panorama impone urgencia, creatividad, mayor exigencia en la focalización y un mejor control en los distintos tipos de tratamiento ofrecidos. Un nuevo modelo de tratamiento incorporará un circuito de mejor articulación de actores y recursos, nuevos procedimientos, objetivos terapéuticos específicos a cada caso con resultados visibles y comprobables (evidencia).

PILAR 4: SENDA OPORTUNIDADES

El cuarto pilar del Sistema SENDA busca proporcionar aquella “oportunidad” requerida para hacer del logro de la intervención de SENDA algo sostenible en el largo plazo. Este pilar es un imperativo del sistema respecto al proceso que se inicia con el egreso de la persona, familia o institución de la oferta institucional específica de prevención o tratamiento, que permita el seguimiento semestral y anual de la persona beneficiaria de la intervención.

La relación de SENDA con las personas y familias no se agota con el “egreso” de la oferta. El compromiso ético que se asume institucionalmente con ellas es permanente. El deber de SENDA es acercar al Estado, a los privados y a quienes puedan brindar el soporte necesario luego de la intervención. Esta acción intersectorial efectiva debe traducirse en el acompañamiento para el acceso a diversas áreas relacionadas al desarrollo integral de las personas en el ámbito educacional, laboral, salud, cultural o recreativo.

El Sistema SENDA será único en su tipo a nivel internacional. Con él, SENDA se convertirá en el primer servicio público que disponibilizará programas basados en evidencia en el ciclo completo de su operación, marcando un claro liderazgo en la materia y un referente a nivel global.

2. ENFOQUES PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

2.1. ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El enfoque de determinantes sociales de la salud se conecta con la preocupación por los impactos diferenciados del consumo de alcohol y otras drogas en la salud de las personas. El enfoque de determinantes sociales de la salud permite entender por qué algunos individuos son capaces de iniciar y abandonar sin mayor esfuerzo sus prácticas de consumo mientras que para otros esto significa un deterioro continuo y creciente de sus condiciones de vida.

Ampliar la perspectiva de salud significa atender la relación que tiene la salud física con la salud mental y social, es decir, la salud no se reduce al plano físico y se incorporan progresivamente nuevas capacidades y dimensiones de bienestar asociadas a la adaptación, la vinculación, la felicidad y, en última instancia, al desarrollo integral de las personas.

En efecto, las definiciones actuales de salud se centran en el desarrollo humano y en la comprensión de los problemas o las enfermedades como amenazas al potencial de desarrollo que tienen las personas y las comunidades. Se abandona la idea de que las amenazas sanitarias se conectan exclusivamente con la integridad física y se avanza progresivamente en la inclusión de las distintas dimensiones de desarrollo —social, económico, cultural, relacional, comunitario, afectivo, entre otras— en la política pública, lo que es especialmente importante para aquellas políticas orientadas a la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

Los determinantes sociales de la salud ponen énfasis en los entornos que acompañan la emergencia de un problema de salud como es el consumo de sustancias. En este marco, los diagnósticos de la política pública se diversifican, asumen una orientación que ya no es meramente descriptiva y buscan entender cómo los problemas de salud se vinculan con factores como la desigualdad y la precarización continua de ciertos sectores de la población. Para ello, los determinantes sociales de la salud se entienden en, al menos, tres niveles básicos: sistémico, estructural e intermedio.

NIVEL SISTÉMICO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El nivel sistémico de los determinantes sociales de la salud se refiere al funcionamiento económico y político del país. La distribución desigual del poder y del dinero constituye un nivel basal para entender por qué los problemas de salud se diferencian y no afectan a todos por igual.

La política pública y el rol del Estado es fundamental en el nivel sistémico, pues se trata de un actor que puede aliviar o profundizar las brechas de acceso a recursos según sus definiciones de ciudadanía (pasiva, activa, participante, receptora, gestora, etc.) y las metodologías que despliega para conseguir resultados de bienestar. Así, se entiende que la política pública no es inocua. Por el contrario, esta puede profundizar una distribución desigual de poder, si los paradigmas de atención e intervención que utiliza no reconocen las capacidades, los derechos y los recursos de la ciudadanía.

NIVEL ESTRUCTURAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El nivel estructural de los determinantes sociales de la salud se refiere a las condiciones estructurales que diferencian los accesos que tienen los distintos actores sociales a los recursos desigualmente distribuidos. El acceso que tienen las personas, los grupos o las comunidades a la distribución de recursos no es aleatorio y responde a una serie de criterios de género, edad, etnia, clase social y, por cierto, al factor territorial.

El lugar donde viven las personas estructura, en gran medida, el acceso que ellas tienen a los recursos y a las condiciones de bienestar que median su relación con prácticas de riesgo, como es el consumo de alcohol y otras drogas. Este punto es fundamental para valorar la gestión territorial que

interviene en las condiciones estructurales que discriminan, estigmatizan o excluyen a sectores específicos de la población, exponiéndolos a resultados sanitarios del consumo de sustancias diametralmente distintos a los que presentan poblaciones con mejores accesos a recursos sociales, culturales, económicos y políticos.

Los potenciales de acción de SENDA en los niveles sistémicos y estructurales son variados y se relacionan directamente con el desarrollo de enfoques territoriales que incorporan perspectivas de niñez y juventud, género e interculturalidad, y que están centrados en el ejercicio de derechos. Dichos enfoques territoriales buscan elaborar nuevos marcos de comprensión e intervención del consumo de alcohol y otras drogas que sean consistentes con los lineamientos internacionales y con las demandas de la sociedad civil.

NIVEL INTERMEDIO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

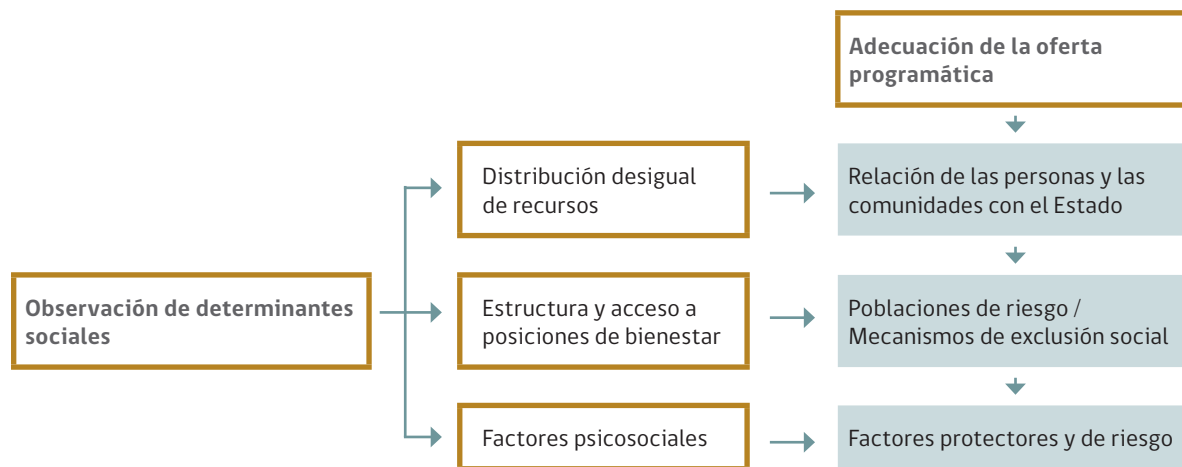
Los determinantes intermedios representan un tercer nivel de observación y acción del enfoque de determinantes sociales de la salud. Los determinantes intermedios se relacionan con las conductas y los factores psicosociales que son directamente visibles en los territorios que interviene SENDA. Si bien no constituyen el problema de salud específicamente abordado —en nuestro caso, el consumo de alcohol y otras drogas—, sí conforman sus variables más próximas, entre ellas, la deserción escolar, la exposición a ofertas de sustancias en el barrio, el descuido de los espacios públicos, la desorganización barrial o la prevalencia de las presiones grupales. Todos estos factores psicosociales son releídos desde el enfoque de determinantes sociales como factores de riesgo o factores de protección que pueden

vulnerar o proteger a las personas o a las comunidades y que les permiten desplegar sus potencialidades de desarrollo.

La labor de SENDA en el territorio es esencial para desarrollar una perspectiva comprensiva que incorpore los distintos niveles de los determinantes sociales, de manera de observar las percepciones y las prácticas de consumo de alcohol y otras drogas a nivel local y articular respuestas adecuadas.

Las investigaciones e intervenciones internacionales en torno a factores protectores de nivel comunitario evidencian resultados positivos en múltiples ámbitos y posibilitan una integración rigurosa y sistemática entre las prácticas de consumo y las variables del entorno sociocultural. Para avanzar en el estudio de los determinantes sociales, es necesario generar nuevos niveles de diagnóstico y orientar adecuadamente el desarrollo de las intervenciones y de la oferta programática desde el nivel central. Es necesario también resguardar el diálogo con las comunidades locales en el diseño de una política pública en drogas consistente, cuyas orientaciones técnicas permitan cumplir objetivos preventivos a nivel local.

Figura 3
Estructura para la observación de los determinantes sociales de la salud



Fuente: *Documento Orientaciones Técnicas del Área Prevención*, SENDA, 2016.

2.2. ENFOQUE DE DERECHOS

Los mecanismos de exclusión o los factores psicosociales relacionados con el consumo de drogas pueden ser abordados adecuadamente por SENDA una vez que incorpora el enfoque de determinantes sociales de la salud en su forma de observar, articular y gestionar recursos de intervención en los distintos territorios de la comuna. Sin embargo, los impactos sanitarios que tiene la relación de las personas o comunidades con el Estado —y específicamente con la política pública— tienden a ser más difusos y difícil de incorporar.

El enfoque de derechos permite abordar de manera efectiva el nivel de los determinantes sociales al alertar sobre las perspectivas o prácticas empobrecedoras o vulneradoras (asociadas a las políticas públicas) y al promover una relación colaborativa y horizontal entre las comunidades y la política pública de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en la comuna.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud apunta al desarrollo humano, por tanto, motiva una mirada integral del bienestar físico, mental, relacional o social, en directa relación con las amenazas y los recursos que existen en el entorno para lograr el despliegue efectivo de estos niveles.

El nivel de integralidad del enfoque de determinantes sociales de la salud supone abordar los problemas sanitarios de forma interdependiente y con una perspectiva amplia, de manera de procurar la indivisibilidad de las distintas dimensiones del desarrollo.

El enfoque de derechos permite ordenar las intervenciones sociales para que los esfuerzos por mejorar condiciones de vida específicas de las personas o las comunidades no conlleven la precarización en otros ámbitos del bienestar. Por el contrario, se busca que las acciones de toda política pública apunten a la garantía o a la restitución de derechos fundamentales.

La perspectiva de derechos protege un marco de observación e intervención constituido por “niveles mínimos de tratos, servicios y oportunidades”, que orienta el diseño y ejecución de programas sociales (Asociación Pro Derechos Humanos de España, 2008).

Ya sean derechos de primera generación (civiles o políticos), segunda generación (económicos, sociales y culturales) o tercera generación (colectivos y de los pueblos), el marco de derecho debe orientar la forma en la que SENDA define las poblaciones con las que desarrollará un trabajo colaborativo y las metodologías que avanza hacia una relación positiva y reivindicativa con el Estado. De esta forma, es posible que el nivel sistémico de los determinantes sociales sea efectivamente considerado en los diseños programáticos de SENDA en el territorio y contribuya a fomentar el ejercicio ciudadano y una distribución más equitativa de los recursos públicos.

A continuación, se describen los principios que orientan el enfoque basado en derechos humanos, especialmente utilizado en la planificación de programas de desarrollo (Gómez-Galán, Pavón y Sainz, 2013):

PRINCIPIOS QUE ORIENTAN EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS

Universalidad e inalienabilidad, es decir, todas las personas tienen los mismos derechos irrenunciables.

Indivisibilidad, esto es, la imposibilidad de dividir o jerarquizar las dimensiones de la dignidad humana.

Interdependencia o interrelación, es decir, que los derechos se encuentran relacionados y, a menudo, la realización de algunos derechos deviene en la realización de otros.

Igualdad y no discriminación, principio que elimina todo tipo de discriminación en el ejercicio de derechos.

Participación e inclusión, es decir, el derecho a la participación libre de las personas y las comunidades en todos los procesos que apuntan a la garantía o restitución de los derechos que tienen reconocidos.

Rendición de cuentas, que significa la obligación que tiene el Estado u otros titulares de deberes de rendir cuentas sobre las iniciativas que apuntan a la garantía de derechos.

Para la puesta en marcha de este marco es preciso cambiar de la perspectiva de necesidades a la perspectiva de derechos en la política pública, lo que es especialmente relevante para aquellos grupos que tienen menos poder frente a la acción del Estado como son los grupos minoritarios (migrantes, minorías sexuales, etnias y otros), los ancianos o los niños.

Norberto Liwski² (citado por Gómez-Galán, Pavón y Sainz, 2013) especifica elementos para distinguir la perspectiva de necesidades de la perspectiva de derechos (Figura 4):

2 Liwski es parte del Comité para la Defensa de la Salud, la Ética y los Derechos Humanos (CODESEDH) de la República Argentina.

Figura 4**Diferencias entre perspectiva de necesidades y perspectiva de derechos**

Perspectiva de necesidades	Perspectiva de derechos
Los niños merecen ayuda.	Los niños tienen derecho a recibir ayuda.
Proyectos específicos orientados a grupos específicos de niños.	Enfoque integral.
Provisión de servicios.	Mayor toma de conciencia por todos los grupos (padres, niños, tomadores de decisiones).
Perspectiva a corto plazo, cerrando brechas.	Perspectiva a largo plazo.
Los gobiernos deben hacer algo, pero nadie tiene obligaciones definidas.	Los gobiernos tienen obligaciones morales y legales.
Los niños pueden participar con el fin de mejorar la prestación de servicios.	Los niños son participantes activos por derecho.
Debido a la escasez de recursos, algunos niños pueden ser excluidos.	Todos los niños tienen el mismo derecho a desplegar su potencial de desarrollo.
Cada trabajo tiene su propia meta y no existe un propósito global unificado.	Existe una meta global a la cual todo trabajo contribuye.
Ciertos grupos tienen la especialización técnica para satisfacer las necesidades de los niños.	Todos los adultos pueden desempeñar un papel para el logro de los derechos de los niños.

Fuente: *El enfoque basado en derechos humanos en los programas y proyectos de desarrollo*, Gómez-Galán, Pavón y Sainz, 2013 (p. 12).

Desde esta perspectiva, el despliegue territorial de la política pública de drogas necesita seguir, entre otras, las siguientes orientaciones:

- Consideración por la sostenibilidad que tienen los programas en el territorio, procurando procesos fundamentales de apropiación, ya sea de parte de las personas o las comunidades.
- Fortalecimiento de las capacidades y los recursos presentes en el territorio.
- Desarrollo de gestiones exitosas en el plano de la integralidad e intersectorialidad de los abordajes.

Un alto nivel de participación de los actores sociales involucrados en el despliegue comunal de la política de drogas puede devenir en el ejercicio y reivindicación constante de derechos, ya sea en un plano individual o colectivo, donde se promueva el involucramiento efectivo de las comunidades y la extensión de las figuras que garantizan el desarrollo positivo de las personas. Sin embargo, esta perspectiva debe dialogar y encontrar soluciones adecuadas a la baja participación propia de territorios históricamente desmotivados y pasivos.

Para superar este diagnóstico, SENDA propone un abordaje con foco en el ejercicio de derechos (por ejemplo, promoviendo el conocimiento y discusión sobre el artículo 33 de la *Convención sobre los derechos del niño*), fortaleciendo una mirada inclusiva y participativa frente al consumo de alcohol y otras drogas.

2.3. ENFOQUE DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

El enfoque de factores de riesgo y protección permite situar el trabajo de la prevención en la observación de aquellas variables que forman parte de la vida de una persona y que, por tanto, constituyen factores de riesgo o factores de protección para el inicio y mantención del consumo de alcohol y otras drogas. Estas variables pueden corresponder a aspectos comunitarios, escolares, familiares y personales.

En el enfoque de factores de riesgo y protección, el diseño e implementación de un programa de prevención debe considerar qué factores de riesgo son viables de disminuir en la intervención directa y qué factores de protección son viables de potenciar o fortalecer mediante el trabajo preventivo.

Las diferentes vulnerabilidades de las personas que consumen drogas pueden estar radicadas en diversos ámbitos de la vida y entrelazarse, generando situaciones de riesgo que aumentan significativamente la probabilidad de tornar crónico y agravar el consumo. La evidencia apunta a procesos genéticos y biológicos, rasgos de personalidad, trastornos de salud mental, carencias en la historia propia, historias de abandono y abuso familiar, falta de vinculación con la comunidad y pertenencia a comunidades históricamente marginadas (Arbex, 2013).

A su vez, la evidencia ha demostrado que, si las condiciones asociadas al consumo de drogas se pueden mejorar, el consumo de sustancias en sí podría ser detenido o, al menos, disminuido. Los factores de protección son condiciones que contribuyen a evitar situaciones de riesgo o a blindar mejor a las personas, por ejemplo, el bienestar emocional, el apego familiar, las comunidades dotadas de recursos y bien organizadas, y un alto nivel de satisfacción laboral.

Ahora bien, aquellos factores o variables que se encuentran fuera del manejo o dominio de las personas se vinculan a otras muchas áreas de deterioro progresivo en la vida de un individuo. La problemática de la droga se instala transversalmente frente a situaciones de vida precarizadas —constituidas por entornos comunitarios, familiares, laborales, escolares, sociales fragilizados—, a la que se suma la imposibilidad (o limitación creciente de cada persona que se encuentra en situaciones de este tipo) de hacer frente a dicho contexto para torcer la situación a su favor y resistir al consumo de sustancias.

Se entiende por factor de riesgo aquella característica interna o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno. Por factor de protección se comprenden los atributos personales, condiciones situacionales, ambientes o contextos que reducen la posibilidad de ocurrencia de un comportamiento fuera de norma (CICAD, 2019).

Se han realizado numerosas investigaciones partiendo de la hipótesis de que el consumo de sustancias y sus problemáticas relacionadas son parte de un entramado de circunstancias que tienden a ocurrir de manera interrelacionada. Las circunstancias más relevantes serían la comunidad y el entorno del barrio, las condiciones de rendimiento laboral y escolar, el entorno familiar, y las actitudes de las personas del contexto y sus comportamientos asociados, como si fuera una red de influencia particular (Arbex, 2013).

El consumo de sustancias se relaciona fuertemente con la identificación que las personas hacen respecto a la posibilidad efectiva de tener una buena calidad de vida general y social, lo que alude a la identificación con las características del entorno en el que viven, es decir, la comunidad, el barrio y las redes comunitarias. Las influencias ambientales en la persona también pueden producir cambios en las condiciones individuales, en las características de personalidad, en la morfología cerebral y en las condiciones fisiológicas.

En el ámbito más individual, los factores de protección internos remiten al logro de procesos emocionales y madurativos que permitan enfrentar de la mejor forma posible las adversidades en la vida; se considera especialmente el vínculo con un grupo familiar, la confianza en sí mismo, el autocontrol, la autoeficacia percibida, la autoconfianza y la autoestima social. No obstante, los factores de riesgo individuales están mediados por la influencia que los factores de protección externos tienen en la persona y en su calidad de vida, incidiendo parcialmente en cuánto de sus recursos personales se puede poner en juego para hacer frente a adversidades, amenazas o riesgo (Arbex, 2013).

La prevención ambiental apunta a modificar marcos normativos explícitos e implícitos, y contextos culturales, por ello, se trata de un proceso a largo plazo que implica la permeabilización de diversos ámbitos en la vida de las personas y las comunidades.

Parte del trabajo estructural propio de la prevención ambiental es establecer variaciones en los patrones de convivencia y cotidianeidad de los individuos para asegurar resguardos sistémicos que faciliten su protección y eviten el riesgo generalizado.

2.4. FORTALECIMIENTO COMUNITARIO

La participación de las comunidades tiene varios niveles de gestión territorial que transitan desde la mera implementación hasta la gestión local, territorial y comunitaria de estrategias de abordaje, y desde la gestión hasta la autogestión por parte de las propias comunidades.

El desarrollo de programas que potencien los recursos comunitarios pasa por el levantamiento de las capacidades presentes en el territorio, su valorización y la elaboración de experiencias de participación locales. En esta línea, SENDA deben realizar intervenciones participativas que articulen iniciativas preventivas locales diversas, que observen los determinantes sociales de la salud y que promuevan articulaciones socioculturales locales que apunten a la protección y acompañamiento de las personas y las comunidades frente al consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Desde una perspectiva de gestión, el proceso de fortalecimiento comunitario tiene impactos directos en los resultados de los programas sociales en los distintos territorios y en mejores niveles de sostenibilidad de dichos resultados. Esto ocurre en la medida en que se involucran a actores locales en la observación y en la construcción de abordajes autónomos frente a

los factores que amenazan el potencial de bienestar de la comunidad. La disposición a actuar es un punto clave en el fortalecimiento comunitario; lo anterior supone trascender la mirada centrada exclusivamente en las juntas de vecinos y sus líderes, para buscar la movilización efectiva de los distintos actores sociales.

La relación entre capital social y control social permite entender la centralidad del punto anterior: en la medida en que aumentan las confianzas entre los vecinos y se generan instancias que permiten definir colectivamente los problemas y sus soluciones, las personas tienden a aumentar su disposición a actuar frente a las situaciones que amenazan su bienestar. Esta disposición se traduce en acciones concretas o bien en la posibilidad de promover valores y normas que apuntan a las convenciones dialogadas y trabajadas en instancias de fortalecimiento comunitario. De esta forma, SENDA puede cumplir un rol en el desarrollo y fortalecimiento de capital social, evitando la rigidez de las redes y acompañando procesos de autogestión efectiva.

En la misma línea que el enfoque de derechos, el enfoque de fortalecimiento comunitario también apunta a los determinantes sociales de la salud en un nivel sistémico, indagando en los impactos negativos de intervenciones sociales verticales que promueven la pasividad, la desorganización o la concentración del capital social. Asumir el enfoque de determinantes sociales de la salud, en este sentido, supone entender que la producción, distribución y consumo de drogas en los barrios se relaciona con el escaso control social de parte de los vecinos y la falta de organización social, y que estos factores a su vez se relacionan directamente con determinadas acciones del Estado en estas comunidades, específicamente respecto a como se entienden las intervenciones sociales.

La gestión de SENDA en el territorio enfatizará un foco barrial territorial más específico. Para ello, algunas orientaciones son:

- Tomar en consideración las especificidades presentes en el territorio asociadas a los determinantes sociales de la salud.
- Comparar realidades barriales distintas al interior de una misma comuna.
- Articular las intervenciones basadas en las características de las poblaciones.
- Trabajar elementos de fortalecimiento comunitario con impacto directo en el abordaje del consumo de drogas en sus distintos niveles.

La implementación de este énfasis en el trabajo es un proceso gradual que permite reconocer las limitaciones y las dificultades que se puedan presentar, preocuparse por el desarrollo del acompañamiento técnico que requieran los equipos, y realizar los ajustes y mejoras que surjan en dicho proceso de implementación.

2.5. ENFOQUE DE GÉNERO

El género es un determinante de la salud y constituye un elemento clave para comprender los distintos significados que el uso y abuso de alcohol y otras drogas tienen para las personas (Sánchez, 2007).

Se define como género al conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales, construidas en cada cultura y momento histórico, tomando como base la diferencia sexual; a partir de ello se construyen los conceptos de “masculinidad” y “feminidad”, los cuales determinan el comportamiento, las funciones, oportunidades, valoración y las relaciones entre hombres y mujeres (SEND A, 2018b).

Los roles de género y los modelos de masculinidad y feminidad también están presentes en las motivaciones y las formas de consumo de alcohol y otras drogas.

De acuerdo al modelo de masculinidad vigente, algunas motivaciones o factores de riesgo para el consumo en hombres son las siguientes (SEND A, 2018b):

- Evadir las presiones que exigen el cumplimiento del “rol de hombre”: de manera recreativa, individual o en grupo con el fin de alejarse

de los problemas de la vida diaria (apremios en el trabajo, cesantía, deudas, pobreza, enfermedades, dificultades en las relaciones de pareja, en la familia, divorcios, separaciones, etc.).

- El alcohol y otras drogas también son ocupadas como medio para poder socializar con más confianza, particularmente, en la adolescencia.
- Consumir para adquirir (artificialmente) seguridad, confianza y más determinación al momento de relacionarse con alguien que despierte interés erótico-amoroso. O bien, con la expectativa de vivir experiencias más placenteras.
- Tráfico de alcohol y otras drogas motivado por el aumento de sus ingresos económicos, presión del grupo de pares, entorno familiar relacionado con el tráfico y como una manera de reafirmar su masculinidad, a través de la adquisición de bienes o reconocimiento social.

Por su parte, las motivaciones del consumo en las mujeres sobre la base de la feminidad hegemónica vigente (factores de riesgo) son las siguientes (SENDA, 2018b):

- Evadir experiencias traumáticas de abuso psicológico, físico o sexual.
- La postergación del desarrollo personal y dependencia de la pareja puede generar frustración y consecuente falta de proyectos vitales.
- La presión continua de desempeñar y cumplir la multiplicidad de roles sociales: ser exitosa en el trabajo, ser buena dueña de casa, ser

buena madre, pareja/esposa y mantenerse física y estéticamente según determinados cánones de belleza.

- Acceso al alcohol y otras drogas a través de comercio sexual.
- Sentirse presionadas a acompañar a sus parejas en el consumo como forma de compartir una actividad realizada en pareja.

A nivel práctico, las siguientes acciones son necesarias para incorporar la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de programas del consumo de alcohol y otras drogas (Sánchez, 2007):

- Analizar la mayor o menor exposición frente a factores de riesgo asociados al consumo de alcohol y otras drogas y en qué medida los roles de género heteronormados en cada grupo de edad (niñas y niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas) condicionan las diferentes respuestas ante los mismos.
- Identificar los factores de protección que contribuyen a que las personas de distinto género, de distintas edades y grupos sociales, se mantengan al margen del alcohol y otras drogas, eviten comportamientos riesgosos para la salud o desarrollen estrategias para evitar la profundización de dichos comportamientos.

2.6. ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

La diversidad cultural abre el campo de acción en salud hacia marcos simbólicos que definen una multiplicidad de valores con relación al bienestar, las conductas de riesgo o los recursos protectores de maneras distintas a lo tradicionalmente establecido.

La cultura es un conjunto relativamente coherente de significaciones adquiridas, las más persistentes y las más compartidas por los miembros de un grupo (...) que estos aplican de manera recurrente (...), induciendo actitudes, representaciones y comportamientos comunes valorizados, los cuales tienden a reproducirse de manera no genética (Carmel Camillieri, 1985, p. 13).

El enfoque de interculturalidad propone la interacción de las distintas culturas dentro de una cultura común que rescata, por un lado, los consensos universales sobre cuidado y protección y, por otro, los aportes que cada cultura puede realizar desde su identidad, creencias, saberes y experiencias.

La interculturalidad se refiere a:

- Una relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación.
- Una interacción simétrica entre dos o más culturas, en donde ninguna es superior a otra.
- Una relación horizontal que promueve sintonía y empatía, pues se basa en el diálogo, respeto y horizontalidad.

- Una visión que reconoce el valor de la diversidad y oportunidad, y favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente.

Las actitudes empáticas y sensibles a la diversidad cultural son necesarias para la eficacia de cualquier intervención social, que supone un conocimiento mínimo de las condiciones de socialización de las personas dentro de su comunidad, especialmente, de migrantes y personas pertenecientes a pueblos originarios. Mientras mayor sea la distancia cultural que separa la cultura institucional de la cultura familiar y comunitaria, mayores serán los desafíos del desarrollo individual y social de una persona. Esta distancia dependerá de la cultura de origen de los actores, familiares y profesionales, pero también de las diferencias de orden socioeconómico o del nivel de escolaridad.

El funcionamiento barrial genera significaciones sobre el consumo de sustancias y formas de definir e intervenir problemas que no pueden quedar al margen de las estrategias de prevención a desarrollar. Se trata de considerar los recursos con los que cuentan las propias comunidades, los que son construidos en la interacción cotidiana, que guardan distintos niveles de eficiencia susceptibles de ser conectados con los recursos que intenta promover una política pública.

Para enfrentar problemas sanitarios complejos como el consumo de alcohol y otras drogas es necesaria la orientación al diálogo, el fortalecimiento de los recursos que tienen las propias comunidades para mejorar sus condiciones de desarrollo y la negociación de abordajes adecuados.

Desde el enfoque intercultural, las acciones preventivas deben considerar:

- La exploración del marco de referencia del otro o cosmovisión.
- La revisión de las evidencias transmitidas que desvalorizan/valorizan la cultura originaria.
- La construcción de una narración que conduzca a la acción social colectiva y sobre destinos de empoderamiento.
- Dar sentido histórico y contextual a las prácticas culturales (entenderlas sin necesariamente compartirlas).
- Utilizar procesos de negociación o mediación intercultural.
- Preguntarse por el tipo de bienestar que promueve un determinado marco cultural y cómo este puede dialogar con los valores de bienestar que promueve la cultura mayormente imperante.

2.7. ENFOQUE EVOLUTIVO

El proceso de desarrollo de las personas se ancla en diversas características biológicas, psicológicas y sociales que van determinando los fenómenos de crecimiento. Esta mirada integral permite la creación de políticas acorde a sus potencialidades y necesidades.

El ciclo vital pone énfasis en el desarrollo progresivo de capacidades, distinguiendo cómo el individuo, en sus distintas etapas, desarrolla formas de interacción con su entorno en función del crecimiento y de la complejización creciente. Se trata de un proceso dinámico y recíproco entre crecimiento y desarrollo que también depende de las condiciones ambientales en las que las personas interactúan.

El enfoque evolutivo permite orientar las políticas públicas en función de las potencialidades y riesgos específicos que enfrenta cada persona durante las distintas etapas de su crecimiento y desarrollo. Su énfasis de intervención sanitaria se sitúa en los obstáculos del crecimiento y del desarrollo de las personas, así como en los riesgos de padecer enfermedades o alteraciones en fases posteriores de la vida, junto con la potenciación de sus capacidades acordes a sus respectivas etapas.

En este sentido, el ciclo vital constituye una mirada muy apropiada para comprender lo esperable por etapas y sus riesgos asociados; por ejemplo, la aparición de conductas opositoras en dos etapas del ciclo vital, con sus expresiones particulares, pero de gran importancia para la estructuración de la voluntad (2-3 años; adolescencia).

El consumo de alcohol y otras sustancias constituye un factor que, dependiendo de la etapa vital en la que se presenta, va a restringir en mayor o menor

medida el potencial de cada persona en sus distintos ámbitos de desarrollo, exponiéndola a situaciones que dificultan su capacidad para:

- Completar satisfactoriamente sus estudios.
- Desarrollar vínculos sociales positivos.
- Generar redes de apoyo.
- Aprender a manejar las emociones.
- Aprender a enfrentar conflictos.
- Desenvolverse autónoma y responsablemente consigo mismo y su entorno.
- Evaluar situaciones de riesgo y anticipar respuestas apropiadas.
- Superar posibles consumos u otras situaciones de riesgo o problemáticas.

Esta conciencia sobre los desafíos particulares de cada etapa del ciclo vital (riesgo o potencialidad) ordena la construcción de estrategias y metodologías apropiadas de intervención, priorizando experiencias estrechamente relacionadas con las condiciones contextuales con las que cuenta la persona en un momento en particular.

3. CONTINUO DE ATENCIÓN EN SALUD

Para SENDA (2018), el continuo de atención en salud aplicado al ámbito del consumo de sustancias permite visualizar de manera ordenada los procesos preventivos y los procesos de recuperación.

En los procesos preventivos se encuentran todos los tipos de prevención (incluida la promoción) que se desarrollan en diversos contextos: comunitarios, educativos y laborales, entre otros.

Por su parte, en los procesos de recuperación se encuentra toda la oferta para abordar el tratamiento y la integración social. Estos procesos se inician con la detección precoz y la intervención breve que luego se despliega en las distintas modalidades de tratamiento, de acuerdo a las características de las poblaciones para la cual esta oferta se desarrolla: población general, mujeres, adolescentes, adolescentes y adultos con infracción de ley, personas que cumplen condena.

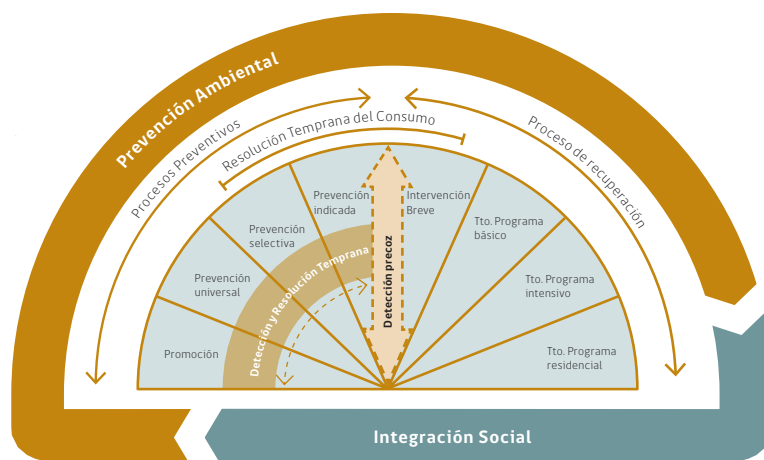
En el mismo proceso de continuo de atención en salud se ha incorporado en los niveles preventivos y de promoción la estrategia de detección temprana, es decir, un abordaje oportuno centrado en situaciones previas al consumo y en los contextos en los que se desarrollan las personas. Con esa misma lógica, se incorpora la noción de resolución temprana del consumo,

diferenciando aquellas acciones que se pueden desplegar en la prevención selectiva e indicada como una intervención breve.

El esquema del continuo de atención en salud muestra la integración social y la prevención ambiental como estrategias transversales al tipo de respuesta que se puede entregar, cuya sinergia en común favorece el desarrollo de las demás ofertas y, a su vez, se nutre de ambas. Se trata de un proceso virtuoso que busca como principal objetivo desarrollar una cultura preventiva y de integración social que permita y facilite una mejor calidad de vida de las personas y de las comunidades.

De manera general, la Figura 5 sintetiza diferentes procesos de un continuo de atención para abordar el consumo de sustancias.

Figura 5
Continuo de atención en salud para abordar consumo de sustancias



Elaboración propia a partir de documento técnico Unidad de Prevención Social de la Diputación de Huelva, España. SENDA, 2018.

En el esquema del continuo de atención en salud para abordar el consumo de sustancias, la ciudadanía pueda identificar y acceder a la respuesta de la política pública que se despliega para las diferentes situaciones y necesidades de las personas, de acuerdo a distintos niveles de complejidad.

Esta representación sobre la oferta institucional puede ser observada de dos formas: por un lado, se visualizan la oferta y los procesos con los cuales se cuenta en un contexto dado (región, comuna, barrio, organización laboral, establecimiento educacional) y, por otro, se pueden observar los procesos u oferta que es necesario proyectar y desarrollar para completar la atención requerida.

El esquema permite observar el despliegue de la actual oferta programática de SENDA, que se inicia en la promoción y que finaliza en el tratamiento en el contexto residencial; es decir, las personas, grupos o poblaciones pueden ser atendidas en sus necesidades desde una nula o escasa relación con alcohol y otras drogas hasta un nivel de compromiso y respuesta de alta complejidad y especialización.

3.1. SISTEMA PARA ABORDAR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA POBLACIÓN

Un sistema de abordaje en el ámbito del consumo de sustancia es un conjunto de programas e iniciativas interrelacionadas –de prevención, tratamiento e integración social– destinadas a abordar de forma coordinada el problema del consumo drogas en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y comunidades. Este abordaje utiliza enfoques de intervención comunes y que dialogan entre sí, que buscan producir cambios en los comportamientos de consumo y contribuir al desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad.

Un sistema integral de abordaje permite generar acciones que involucran a un amplio rango de actores para crear ambientes que contribuyen a asegurar el desarrollo integral de las personas, así como a facilitar el desarrollo de una cultura de la prevención del consumo de alcohol y otras drogas (SENDA, 2018).

Existen múltiples razones para construir un sistema para abordar el consumo de sustancias.

Desde un punto de vista teórico, el modelo de los determinantes sociales de la salud plantea la importancia de reconocer el peso que tienen las condiciones sociales en el consumo de alcohol y otras sustancias. Siendo

este un problema de alta complejidad, es necesario considerar los factores o determinantes estructurales (por ejemplo: género, nivel educacional o acceso al empleo) e intermedios (por ejemplo: calidad de la vivienda, nivel de estrés y redes de apoyo) que influyen en el grado de vulnerabilidad de las personas frente al consumo de alcohol y otras drogas. Por esta razón, el modelo de determinantes sociales propone realizar intervenciones amplias e integrales que involucren al conjunto de actores del intersector, así como a la comunidad, para cambiar tanto los comportamientos individuales como los ambientes en los que los individuos se desenvuelven.

La construcción de un sistema para abordar el consumo de sustancias tiene una justificación adicional: una estrategia sistémica ofrece la posibilidad de coordinar acciones con individuos, grupos, organizaciones y comunidades en pos de generar soluciones efectivas a un problema de naturaleza multidimensional y multicausal, como es el consumo de alcohol y otras drogas. De esta forma, se identifican recursos y vulnerabilidades para diseñar propuestas de abordaje adaptadas a las necesidades de los usuarios y a las características de los contextos en los cuales estas intervenciones se realizan.

Junto con lo anterior, el trabajo coordinado con múltiples actores permite desarrollar soluciones que ninguno de ellos podría ofrecer actuando de forma aislada. Ciertamente, una respuesta efectiva requiere el trabajo conjunto de distintos sectores (salud, educación, cultura), programas y servicios especializados (por ejemplo, programa Actuar A Tiempo en establecimientos educacionales o dispositivos de tratamiento específicos), familias, comunidades y todas aquellas personas que tienen algún grado de influencia o que son afectados por los problemas y daños asociados al consumo de sustancias.

Finalmente, la principal razón para construir una mirada sistémica es dar continuidad de atención y dar respuestas adecuadas a las necesidades de las personas respecto a los factores protectores, los factores de riesgos y las condiciones de vulnerabilidad frente al consumo de alcohol y otras drogas. En otras palabras, un sistema de abordaje del consumo de sustancias debe responder de forma efectiva a todos sus potenciales usuarios.

La coordinación es un aspecto fundamental de un sistema de estas características y está presente en los siguientes elementos:

- Oferta programática coherente que abarca todo el continuo de atención.
- Implementación articulada y coordinada en sus diferentes niveles: nacional, regional, municipal/local.
- Participación del conjunto de partes interesadas; por ejemplo: niveles de gestión del estado, organismos no gubernamentales, líderes comunitarios, comunidades religiosas, universidades o sector privado.
- Definición de roles y responsabilidades de estas partes interesadas en el desarrollo e implementación de políticas, programas e iniciativas.
- Una institución o agencia que lidere y coordine el sistema de atención.
- Una respuesta integral, multidimensional y ajustada a realidades particulares.

En este marco, lograr una adecuada coordinación puede contribuir a reducir los problemas asociados con el consumo de sustancias (por ejemplo, deserción

escolar en jóvenes, ausentismo laboral en adultos, conflictos y violencia en las comunidades), junto con generar efectos positivos en ámbitos como la salud, la calidad de vida, la vida en sociedad o la justicia.

La construcción de un sistema para abordar el consumo de sustancias es deber del Estado chileno, en su rol de garante de derechos de todos los ciudadanos, junto a la contribución de la sociedad civil y de todos los actores.

Los beneficios asociados a la coordinación y articulación de estrategias de atención representan una inversión para el gobierno, pues permiten reducir los costos que tiene para el Estado la intervención en problemas relacionados con el consumo de sustancias. En este sentido, el análisis costo-beneficio muestra la rentabilidad asociada a la implementación de estrategias preventivas transversales: por cada dólar invertido en prevención es posible ahorrar hasta diez dólares en tratamiento de la problemática (Kuklinski, 2015; NIDA, 2003; Spoth, Guyull & Day, 2002).

3.2. SISTEMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

La prevención se define como un “conjunto de procesos que promueve el desarrollo integral de las personas, sus familias y la comunidad, anticipándose al problema o trabajando desde él, evitando la conducta de consumo, fortaleciendo factores protectores y disminuyendo factores de riesgo” (SENDA, 2011).

Dentro de un sistema de atención en salud, las estrategias que forman parte del sistema articulado de prevención del consumo de alcohol y otras drogas conforman un **continuo de prevención** que incluye tres niveles de prevención: prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada. La idea de continuo remite a la necesaria articulación entre cada nivel de intervención preventiva con el fin de responder a las necesidades de cada grupo objetivo, resguardando un abordaje pertinente y efectivo.

El continuo de prevención es un nivel de intervención preventiva que se distingue del nivel de intervención de tratamiento y del nivel de intervención de mantenimiento (Springer & Phillips, 2007).

Es fundamental tener claras las diferencias entre los tres niveles de prevención: prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.

PREVENCIÓN UNIVERSAL

La **prevención universal** se refiere a estrategias dirigidas a la población en general, con atención a las características que son relevantes en los grupos objetivos (por ejemplo, género, pertenencia étnica, exclusión barrial), y que son claves para el desarrollo de intervenciones efectivas (por ejemplo, campaña publicitaria).

Este tipo de prevención se caracteriza por:

- Centrarse en el fortalecimiento de factores protectores y reducción de factores de riesgo.
- Enfatizar el fortalecimiento de habilidades y competencias para evitar o retrasar la iniciación en el consumo de sustancias.
- Potenciar la vinculación de las personas con redes saludables.
- Fomentar capacidades para ejercer la participación social y la ciudadanía.

PREVENCIÓN SELECTIVA

La **prevención selectiva** se refiere a estrategias dirigidas a grupos, comunidades o sectores de la población tendientes a evitar el alto riesgo de consumo de alcohol y otras drogas, atendiendo a la confluencia de condiciones o factores de riesgo que estos presentan en función de los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, niños, niñas, adolescentes y jóvenes de padres con consumo de sustancias).

Este tipo de prevención se caracteriza por:

- Centrarse en el trabajo con grupos con factores de mayor exposición al consumo.
- Abordar condiciones socioculturales y psicosociales que exponen a determinados grupos y comunidades a consecuencias especialmente perjudiciales del consumo de drogas.
- Promover la construcción de soportes, redes activas positivas y la integración social.
- Buscar el fortalecimiento de habilidades y estrategias preventivas grupales amplias y flexibles que favorezcan el desarrollo integral.
- Trabajar la toma de decisiones responsables y saludables en la vida cotidiana, rescatando intereses, recursos y necesidades particulares de cada grupo.

PREVENCIÓN INDICADA

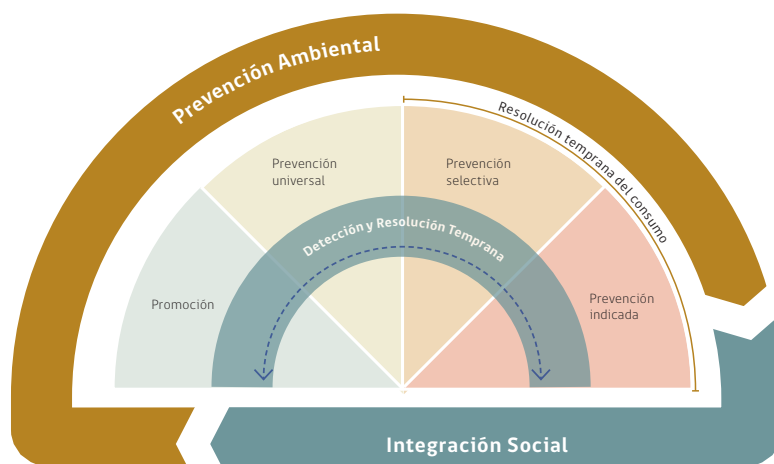
La **prevención indicada** se refiere a estrategias dirigidas a personas que presentan una alta confluencia de condiciones o factores de riesgo, atendiendo a sus condiciones particulares de vulnerabilidad, para evitar el riesgo de consumo de alcohol y otras sustancias, o la cronificación de este (por ejemplo, personas migrantes, persona perteneciente a grupos LGBTI).

Este tipo de prevención se caracteriza por:

- Centrar sus esfuerzos en el abordaje particular con personas en las que actúan factores específicos de vulnerabilidad.
- Estar orientada a fortalecer habilidades y recursos personales y sociales con personas y familias prioritarias.
- Poner el foco en una adecuada gestión de riesgos contextuales asociados al consumo de sustancias, a través de acompañamiento personal a mediano y largo plazo.
- Favorecer el reconocimiento de la disposición personal al cambio y al acompañamiento.
- Fortalecer redes de apoyo familiar, comunitario e institucional.

La Figura 6 presenta el continuo de prevención dentro del cual se insertan las tres estrategias recién descritas:

Figura 6
Continuo de prevención de SENDA



Fuente: SENDA, 2018.

Tal como muestra la Figura 6, se propone fortalecer en las intervenciones un sistema de prevención comprensivo, con la implementación de diversas estrategias de prevención, dirigidas a distintas poblaciones y ofreciendo múltiples respuestas en distintos espacios de prevención, en función de la gravedad, cronicidad y complejidad de los riesgos y daños asociados con el uso de alcohol y otras drogas.

Para seguir avanzando en este sistema preventivo es fundamental fortalecer estrategias de prevención ambiental que pueden incidir sobre el entorno en que las personas viven y toman sus decisiones relativas a la salud, a través de factores comunicacionales, normativos, económicos, físicos y relacionales. El siguiente capítulo explica en qué consisten este tipo de estrategias.

4. PREVENCIÓN AMBIENTAL Y SISTEMA DE ABORDAJE

Las estrategias preventivas han cumplido un rol importante en la promoción de una mejor calidad de vida en las personas, comunidades e instituciones. Entre estas estrategias, las más populares entre la población, los diseñadores de políticas y profesionales, son aquellas que tienen como blanco de la intervención a individuos, diseñadas con el objetivo de cambiar sus actitudes (por ejemplo, reforzar la disposición a mantener la abstinencia), conocimiento (por ejemplo, efectos del uso de cannabis y riesgos asociados), habilidades (por ejemplo, rehusar un ofrecimiento de droga) y comportamientos (por ejemplo, consumo de drogas) (Heckman, Dykstra & Collins, 2011; Larimer & Cronce, 2007; McBride, 2003; White & Pitts, 1998).

La prevención centrada en los individuos busca mitigar los factores de riesgo y aumentar los factores protectores individuales para reducir las probabilidades de ocurrencia del uso y abuso de sustancias.

En los últimos años, el modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud ha conducido a un reconocimiento creciente respecto a la importancia de los factores ambientales en los comportamientos que contribuyen a elevar la calidad de vida de la población (Oncioiu et al., 2018).

En este contexto, las estrategias ambientales han adquirido un mayor protagonismo en el abordaje del consumo de sustancias. El propósito de estas estrategias es evitar, eliminar o reducir el abuso de sustancias mediante la transformación del contexto global dentro del cual ocurre el consumo de estas (Foxcroft, 2014).

La prevención ambiental asume que los individuos abusan de sustancias no solamente por causa de sus características personales, sino que lo hacen más bien por la influencia de un complejo conjunto de factores presentes en el ambiente (Burkhart, 2011). Estos factores pueden tener una incidencia directa o indirecta en las definiciones que las personas hacen sobre su calidad de vida, las decisiones que toman, los recursos susceptibles de gestionar para la mejora de una situación y sobre la comunidad de la que forman parte.

¿QUÉ ES UNA ESTRATEGIA AMBIENTAL DE PREVENCIÓN?

Las estrategias de prevención ambiental son aquellas que buscan alterar el entorno cultural, social, físico y económico inmediato en los cuales las personas toman sus decisiones en relación al uso de sustancias (Burkart, 2011, 2015; CADCA, 2008; Fisher, 1998).

Así, en lugar de concentrarse en diseñar intervenciones para ayudar a los individuos a actuar de forma saludable, la prevención ambiental se propone crear ambientes que favorezcan los comportamientos saludables (DeJong, & Langford, 2006).

De este modo, las estrategias ambientales pueden contribuir a alcanzar los objetivos de los distintos niveles de intervención propuestos en el continuo de atención en salud revisado con anterioridad (SENDA, 2018).

¿QUÉ TIPOS DE ESTRATEGIAS AMBIENTALES DE PREVENCIÓN EXISTEN?

Las estrategias ambientales de prevención tienen como objetivo cambiar las señales e indicaciones que influyen en el comportamiento de consumo de sustancias en los ambientes o contextos donde estos comportamientos se producen. El repertorio de intervenciones ambientales es amplio, por lo tanto, es útil clasificar los tipos de intervención disponibles para comprender la lógica de la prevención ambiental y organizar las intervenciones de forma coherente.

En términos generales, las estrategias de prevención ambiental pueden ser clasificadas en tres tipos: normativas, de espacios físicos e infraestructura y económicas de tipo tributario (Burkhart, 2014; Oncioiu et al., 2018).

En su conjunto, las estrategias normativas, de espacios físicos e infraestructura y económicas de tipo tributarias forman un continuo de intervención que permite situar distintos programas o iniciativas en más de una categoría al mismo tiempo.

ESTRATEGIAS NORMATIVAS

Las estrategias de prevención normativas buscan modificar el ambiente regulatorio para controlar aquello que es permitido (no rechazado, promovido, etc.) con relación al consumo de sustancias en el marco de normas tanto formales como informales.

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN NORMATIVAS

- Cambios en la legislación. Por ejemplo: ley de alcohol y conducción, prohibición del consumo de alcohol en menores de edad o patentes de alcohol.
- Restricciones a la publicidad sobre tabaco y alcohol. Por ejemplo: etiquetas de advertencia en las cajetillas de cigarrillos.
- Políticas que regulan las actividades relacionadas con el tabaco. Por ejemplo: norma legal sobre fumadores dentro de las empresas.
- Cambio de normas implícitas que regulan los comportamientos en una comunidad. Por ejemplo: beber en espacios públicos o percepción respecto a consumidores de sustancias.
- Realización de campañas comunicacionales para evitar comportamientos de consumo. Por ejemplo: campaña en radio comunitaria para fomentar la comunicación al interior de la familia, la aceptación e integración de personas con problemas de consumo, etc.
- Emisión de mensajes claros de los padres respecto a límites al consumo. Por ejemplo: no aceptación del consumo de alcohol.

ESTRATEGIAS DE ESPACIOS FÍSICOS E INFRAESTRUCTURA

Las estrategias de prevención de espacios físicos y de infraestructura están destinadas a alterar las propiedades o el emplazamiento de los objetos, estímulos o cualquier elemento construido dentro de un microambiente (por ejemplo, colegio, bar, lugar de trabajo) o de un macroambiente (por ejemplo, barrio, paisaje, ciudad) para fomentar comportamientos saludables.

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ESPACIOS FÍSICOS E INFRAESTRUCTURA

- Rediseño de los vasos para el consumo de alcohol en bares (por ejemplo, más largos y delgados para reducir el volumen de alcohol).
- Control de acceso y disponibilidad de sustancias al interior de los hogares.
- Pausas saludables para hacer ejercicio en lugares de trabajo.
- Disminución de patentes de alcohol en las proximidades de colegios.
- Creación de estructuras comunitarias para fortalecer intervenciones. Por ejemplo: mesas de trabajo formadas por líderes comunitarios; representantes del municipio, de colegios, servicios públicos locales para realizar proyectos específicos destinado a abordar la temática del consumo de drogas.
- Inclusión de agua en actividades recreacionales (por ejemplo, en un campeonato de fútbol escolar).

ESTRATEGIAS ECONÓMICAS

Las estrategias de prevención económicas tienen como propósito generar comportamientos más adaptativos mediante medidas de tipo “tributario”, relativas a impuestos, políticas de fijación de precios y subsidios.

EJEMPLOS DE ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN ECONÓMICAS

- Bajar el costo de comidas saludables (por ejemplo, habilitar quioscos saludables en colegios).
- Control del dinero de bolsillo en adolescentes.
- Aumentar la carga impositiva y precio de productos riesgosos que se venden en tiendas barriales (por ejemplo, inhalantes).

¿QUÉ MECANISMOS CONTRIBUYEN A FORTALECER LAS ESTRATEGIAS AMBIENTALES DE PREVENCIÓN?

La prevención ambiental permite complementar las variables que son consideradas en los abordajes clásicos de prevención del consumo, entre ellas, las estrategias informacionales, de cambio en la percepción de normas sociales, y de desarrollo de habilidades y competencias. La mayor parte de estas estrategias corresponden a aplicaciones de teorías psicosociales como la teoría de la cognición social o la teoría del comportamiento problemático, que centran el análisis del consumo de sustancias en variables cognitivas

y dejan de lado las variables propiamente ambientales (Bandura, 1996; Jessor, 1991).

Ahora bien, las estrategias ambientales no solamente introducen variables desatendidas por la prevención clásica, sino que además identifican mecanismos que influyen en el funcionamiento, implementación y efectos obtenidos por las estrategias ambientales (Donaldson, Graham & Hansen, 1994; Orlando, Ellickson, McCaffrey & Longshore, 2005).

Se denomina “mecanismo” a aquellos componentes de la intervención en este nivel que median la relación entre el ambiente y los patrones de consumo de sustancias de los grupos-objetivo de las intervenciones que son parte del continuo de atención. Dado el rol que juegan, los mecanismos pueden aumentar la eficacia de las intervenciones ambientales, al facilitar que variables contextuales ejerzan una influencia sobre los patrones de consumo.

EJEMPLO DE FUNCIONAMIENTO DEL MECANISMO EN UNA INTERVENCIÓN AMBIENTAL

Un equipo de prevención selectiva del consumo de drogas —variable ambiental— con una sólida formación en estrategias de abordaje del consumo de drogas —mecanismo—, tendrá la capacidad de identificar tempranamente a los jóvenes que están expuestos a más factores de riesgo y, de este modo, estará en condiciones de diseñar una estrategia adaptada a las necesidades específicas de este grupo (por ejemplo, crear nuevas redes de amistad con pares que no consumen sustancias) y a las características de la escuela a la que asisten (por ejemplo, entrenar a los profesores en metodologías colaborativas de enseñanza en aula en lugar de estilos autoritarios).

Como resultado de la implementación de una estrategia de prevención de mayor calidad, los jóvenes podrían adoptar estilos de vida más saludables con su nueva red de pares (por ejemplo, hacer actividades deportivas), establecer relaciones constructivas y libres de maltrato con sus profesores, ampliar sus recursos y mejorar su autoestima y, en consecuencia, evitar o reducir el consumo de sustancias —efecto—.

Tal como muestra el ejemplo, el mecanismo “nivel de formación del equipo” permite generar una intervención de mayor calidad, la que a su vez genera mejores resultados en el grupo de participantes.

El mecanismo ambiental más importante son las “interacciones sociales” las cuales pueden definirse como patrones de relaciones que se mantienen en el tiempo, entre grupos que se desenvuelven en un mismo espacio. Estas interacciones tienen efectos psicosociales en quienes participan en ellas (CADCA, 2008; Oncioiu et al., 2018).

Este conjunto de interacciones sociales constituye un mecanismo capaz de mediar la relación entre variables ambientales y los patrones de consumo en las personas usuarias de los programas, ya que representan un aspecto compartido por los grupos involucrados en ellas al interior de la comunidad escolar.

EJEMPLO DE FUNCIONAMIENTO DEL MECANISMO INTERACCIONES SOCIALES EN UNA INTERVENCIÓN AMBIENTAL

Siguiendo el ejemplo anterior, los principales grupos en una escuela son los estudiantes, docentes, directivos y apoderados. Observadas desde el punto de vista de los estudiantes, las principales interacciones entre esos grupos son: entre estudiantes en la sala, el recreo y fuera del colegio; entre estudiantes y docentes en la sala; entre estudiantes y directivos en el recreo; entre estudiantes y apoderados fuera de la escuela. Junto a ellos, el equipo de intervención se convierte en un grupo más al interior de la escuela, con el cual todos estos grupos, y particularmente los estudiantes, establecen interacciones cotidianas.

Supongamos que se desea mejorar la convivencia al interior de la comunidad educativa y que dicha convivencia entre los grupos involucrados ha sido reducida a un tema de disciplina, donde los estudiantes son responsabilizados por el deterioro de las relaciones, y docentes, directivos apoderados deben asumir el rol de “poner orden” tanto al interior como fuera del colegio.

Vigilar y sancionar a los estudiantes que no cumplan con lo establecido puede convertirse en la principal tarea de docentes, directivos y apoderados. En este marco, las interacciones que se desarrollarán entre los estudiantes y estos otros grupos estarán marcadas por la hostilidad, la falta de respeto mutuo y un sentimiento de injusticia, desembocando en un clima de desconfianza generalizado —efectos psicosociales—.

Un clima negativo al interior de la escuela y de las mismas familias constituye un factor de riesgo para el consumo de sustancias en los estudiantes, como modo de enfrentar una situación sobre la cual sienten no tener control. En efecto, las interacciones sociales basadas en disciplinar representan un mecanismo capaz de influir fuertemente en la emergencia o intensificación de los patrones de consumo de los estudiantes, especialmente en aquellos expuestos a un cúmulo mayor de factores de riesgo.

Al contrario, si la convivencia fuera entendida como un aspecto fundamental de las relaciones cotidianas entre los miembros de la comunidad escolar, sería posible sacar el foco de la disciplina hacia los estudiantes y asumir colectivamente la responsabilidad por la convivencia. Así, las interacciones entre docentes, directivos y apoderados con los estudiantes se podrían estructurar de forma más horizontal, con un trato más justo, con respeto mutuo y exentas de violencia.

Este tipo de interacciones más horizontales se fomentan cuando los docentes reconocen los aspectos positivos de sus estudiantes en lugar de poner el acento en los déficits; cuando los docentes y directivos proveen apoyo a estudiantes que están pasando situaciones difíciles; cuando apoderados de estudiantes que trabajan en una empresa del territorio forman un grupo de autoayuda para enfrentar de mejor manera los problemas asociados al consumo de alcohol; cuando se convocan a líderes comunitarios que se encontraban enemistados en un mismo barrio cercano al colegio y se realizan actividades deportivas para los jóvenes; o cuando estudiantes montan una obra de teatro al interior del colegio que destaca los aspectos resilientes de la comunidad educativa.

Mediante estas acciones se puede contribuir a generar un clima de confianza entre estos grupos y se generan también efectos psicosociales positivos en estudiantes, docentes, directivos y apoderados.

Las interacciones sociales son un importante mecanismo para influir sobre los patrones de consumo de sustancias, por tanto, es vital considerar esta dimensión en las intervenciones que se implementen. Los equipos de SENDA deben ser capaces de identificarlas y transformarlas en los espacios en los cuales intervienen.

Lo anterior también es aplicable a intervenciones desarrolladas en otros ámbitos, como es el ambiente laboral. En estos casos, por ejemplo, se puede propiciar que las gerencias pasen de un enfoque punitivo a otro de apoyo a los trabajadores que presentan problemas con el consumo de alcohol y otras drogas; todo ello contribuye a generar una cultura en donde los trabajadores se apoyan entre ellos cuando enfrentan este tipo de situaciones.

¿CUÁLES SON LAS VENTAJAS DE LAS ESTRATEGIAS AMBIENTALES DE PREVENCIÓN?

Las ventajas de las estrategias ambientales son múltiples. En primer lugar, estas estrategias ofrecen un complemento a las estrategias de intervención focalizadas en individuos (Burkhart, 2011).

La evidencia indica que es más eficaz diseñar e implementar intervenciones comprehensivas, es decir, que combinan estrategias que se dirigen a los individuos (por ejemplo, formación sobre problemas relacionados con ingesta de alcohol; publicitar los signos de una intoxicación por alcohol) junto con estrategias que modifican el ambiente (por ejemplo, propiciar espacios libres de alcohol, fortalecer redes de apoyo saludables) (Neighbors et al., 2007).

En segundo lugar, el hecho de alterar el ambiente puede contribuir a hacer que la reducción de riesgos sea más duradera. Esto se debe a la capacidad de estas intervenciones para generar sinergia entre diferentes medidas. Por

ejemplo: introducir barreras ambientales para el acceso o disponibilidad de sustancias, junto con modificar las normas que rigen los comportamientos de consumo mediante la transformación de las interacciones sociales entre quienes comparten un mismo ambiente. Al implementar simultáneamente estas medidas, es posible producir cambios comportamentales más amplios y abordar problemas que aquejan al conjunto de la población (CADCA, 2008).

En tercer lugar, las estrategias ambientales son más fáciles de mantener y menos costosas que las estrategias con foco solo en lo individual (CADCA, 2008; Fisher, 1998).

Por ejemplo, una vez que se implementan nuevas leyes o normativas y su respectivo refuerzo, dado el cambio cultural en el comportamiento colectivo que estas provocan, no se requieren mayores esfuerzos para que se pongan en práctica (por ejemplo, no fumar en espacios públicos; espacios reservados para fumadores en empresas).

En cuarto lugar, este tipo de intervenciones contribuye a la equidad, al generar efectos positivos particularmente en grupos socialmente desaventajados. Por ejemplo, intervenciones ambientales dirigidas a familias de nivel socioeconómico bajo han logrado disminuir las tasas de uso de alcohol, tabaco y cannabis en los jóvenes, así como disminuir los problemas de estos jóvenes en el colegio, mientras que sus padres consiguieron desarrollar relaciones más positivas con sus hijos, aumentar sus sentimientos positivos hacia ellos, y establecer reglas y una disciplina consistente (Spath, Redmond. Trudeau & Shin, 2002; Werch et al., 2003).

¿CUÁLES SON LAS BARRERAS QUE ENFRENTAN LAS ESTRATEGIAS AMBIENTALES DE PREVENCIÓN?

Pese a que existe evidencia de su efectividad, las estrategias ambientales de prevención se encuentran con barreras que dificultan su implementación.

Una primera barrera son los cuestionamientos planteados por sectores dentro de la sociedad en contra de intervenciones ambientales que son consideradas como impuestas u obligatorias, manifestando una preferencia por estrategias informativas o educativas. Estos son justamente los argumentos presentados por ciertas industrias (por ejemplo, la industria del alcohol y del tabaco) y grupos de presión que se oponen al cambio de políticas en el campo de la salud pública (Katikireddi, Bond & Hilton, 2014).

En el plano ético, se plantea una crítica según la cual las intervenciones ambientales estigmatizan a quienes participan en ellas, como es el caso de fumadores o bebedores problemáticos o incluso barrios completos (Bayer, 2008; Tempalski & McQuie, 2009). Aquí es importante nuevamente considerar el hecho que estas intervenciones contribuyen a la equidad social, al impactar positivamente en los sectores más vulnerables de la sociedad.

Una última barrera identificada es que las intervenciones ambientales son percibidas como "complejas". Esto puede deberse al hecho que la gran mayoría de intervenciones relacionadas con consumo de sustancias se focalizan en el individuo, generando un desconocimiento de las estrategias ambientales. En efecto, una parte sustantiva de la evidencia disponible actualmente se concentra en el nivel individual, lo que hace que estas intervenciones sean mejor conocidas por los profesionales, tomadores de decisiones y otros actores relevantes (Oncioiu et al., 2018).

5. EXPERIENCIAS DE PREVENCIÓN AMBIENTAL APLICADA AL CONTINUO DE PREVENCIÓN³

¿De qué manera la prevención ambiental es transversal al continuo de prevención? ¿De qué manera la prevención ambiental fortalece los diferentes niveles de prevención?

Para comprender mejor estas cuestiones, en este capítulo se presentan intervenciones de prevención ambiental aplicadas a la actual oferta programática de SENDA y que forman parte del sistema de prevención, esto es:

- Programa de Prevención en Establecimientos Educativos (PPEE)
- Programa Actuar a Tiempo (PAAT)
- Programa Trabajar con Calidad de Vida (TCV)
- Iniciativa de Movilización Comunitaria (IMC)

³ Las estrategias propuestas en este capítulo provienen de la revisión de literatura científica y de la sistematización de experiencias realizada con las comunas de Nancagua, Los Andes y Valdivia.

A continuación, en la Figura 7 se describen un conjunto de intervenciones que han sido identificadas como prevención ambiental en los diferentes espacios de intervención preventiva, ya sea por los equipos comunales SENDA, o en la literatura científica.

Figura 7
Experiencias de prevención ambiental aplicada al Continuo de Prevención

PROGRAMA PREVENCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES (PPEE)	Estrategia de prevención universal dentro del continuo de prevención de SENDA que tiene por objetivo fortalecer las competencias preventivas en estudiantes, familias y agentes educativos (comunidad educativa) para contribuir a la disminución del consumo de alcohol y otras drogas.	INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
		Construcción de protocolos de actuación (SEND A, OOTT, 2018)	Se trata de una estrategia ambiental de tipo regulatoria que establece marcos normativos que refuerzan comportamientos de evitación del consumo o de reducción de factores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> ● Normas y cursos de acción claros frente a situaciones que involucren consumo de sustancias. ● Mayor compromiso de la comunidad escolar con la prevención del consumo de drogas.
		Talleres de Parentalidad	Estrategia enfocada en el desarrollo de habilidades para que los padres puedan ejercer relaciones respetuosas y de buen trato con sus hijos. Estos talleres buscan reforzar los factores protectores de los padres hacia sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> ● Favorece cambios positivos en las relaciones familiares. ● Mejorar la comunicación al interior de la familia, mayor capacidad de resolución de conflictos entre padres e hijos, y el establecimiento de reglas y consecuencias claras frente al uso de drogas y alcohol.
		Gestión de redes para la prevención (Spath et al., 2004; SEND A, 2017)	Estrategia que consiste en articular una red de prevención entre la escuela y la comunidad, es decir, un conjunto de vínculos de colaboración con actores que se encuentran en el entorno de los colegios, con el objetivo de aportar al desarrollo y bienestar de los estudiantes.	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumentar el acceso de los estudiantes a recursos (servicios, información, apoyo emocional). ● Responder a necesidades de los estudiantes. ● Aumentar el bienestar de los estudiantes. ● Desarrollar la conciencia crítica y el compromiso social de los estudiantes.
		Actividades colaborativas de aprendizaje (Solomon, Battistich, Kim & Watson, 1997)	Estrategia que consiste en crear una estructura que permita la máxima interacción entre los estudiantes. Su lógica es la colaboración y la interdependencia –y no la competitividad–, para promover comportamiento prosociales y valores como la cooperación, la responsabilidad, y el trabajo en equipo, relaciones de apoyo (debates, juegos colaborativos, grupos virtuales, foros, estrategias de pares).	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejor rendimiento escolar y sentimiento de autoeficacia. ● Construcción de vínculos de apoyo mutuo y percepción de disponer de apoyo. ● Generación de un clima de respeto mutuo y cooperación ● Aumento del sentido de comunidad escolar. ● Mayor involucramiento e influencia de los estudiantes en los asuntos del colegio. ● Establecimiento de normas y consecuencias claras y transparentes.

PROGRAMA ACTUAR A TIEMPO	Estrategia de prevención selectiva e indicada de SENDA que busca lograr que estudiantes entre 7º Básico y 4º Medio eviten el consumo o reduzcan los riesgos y daños asociados a este, aumentando factores protectores y disminuyendo factores de riesgo.	INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
		Actividades extraprogramáticas (Brick, Redding, Paiva & Velicer, 2017; Werch et al., 2005)	Estrategia selectiva que consiste en diseñar e implementar talleres que entreguen la posibilidad a los estudiantes de involucrarse en actividades prosociales. Estos talleres se dirigen a estudiantes que presentan un riesgo elevado de comenzar el consumo de drogas y alcohol o que tienen un consumo incipiente.	<ul style="list-style-type: none"> ● Efecto protector para el inicio del consumo de alcohol y tabaco. ● Reducción del uso de sustancias (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína). ● Reducción comportamientos de alto riesgo asociados con consumo de alcohol. ● Reducción en consumo de alcohol. ● Disminución de factores de riesgo familiares. ● Disminución de comportamientos problemáticos en adolescentes. ● Aumento de la confianza y autoestima de padres. ● Reducción en el uso de drogas en padres. ● Profesores utilizan estrategias más eficaces para manejar comportamientos problemáticos en la sala de clases. ● Estudiantes mejoran la autoregulación emocional y resolución de problemas. ● Mejora el clima en la sala de clases.
		Creación de redes de pares con par líder al interior del colegio (Tobler, 1986; Valente et al., 2007; Valente, Gallaher & Mouttapa, 2004)	Estrategia selectiva que consiste en agrupar estudiantes con alto riesgo al interior del colegio, quienes nominan líderes. Los líderes identificados son entrenados para impartir una serie de talleres. Esta estrategia es particularmente efectiva para estudiantes que tienen redes -ambiente- que no consumen drogas.	
		Intervenciones tempranas (Webster-Stratton, Redi & Stoolmiller, 2008)	Estrategia indicada que consiste en reducir los factores de riesgo que enfrentan niños y niñas pequeños (por ejemplo: pobreza; bajo compromiso profesor-padres; mala gestión de clases). La estrategia consta de dos componentes: entrenamiento de profesores (como promover competencias sociales y emocionales en niños pequeños); currículum que consta de 30 lecciones (por ejemplo: reglas del colegio, habilidades emocionales, empatía, resolución de conflictos interpersonales), videos de modelamiento de comportamientos (por ejemplo: gestión de conflictos entre niños), y tareas para la casa con un dinosaurio de peluche.	

TRABAJAR CON CALIDAD DE VIDA		INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
	Programa que busca incorporar en instituciones públicas y empresas privadas una cultura preventiva en temas de sustancias y el desarrollo de habilidades preventivas, que se constituyan en factores protectores del consumo de drogas y alcohol.	Cambios en la cultura laboral (Ames, Grubes & Moore, 1997, 2000)	Estrategia que consiste en realizar intervenciones dirigidas a aumentar la calidad de vida al interior del trabajo (por ejemplo: estrés laboral), aumentar el control social (por ejemplo: políticas y protocolos), reducir la disponibilidad de alcohol (por ejemplo: eliminar alcohol de las cajas de fin de año) y cambiar normas sociales (por ejemplo: creencias, tradiciones y rituales).	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento de la abstinencia en consumo de tabaco. ● Aumento del compromiso de los trabajadores con la empresa. ● Evitar el consumo de tabaco. ● Reducción del abuso de alcohol. ● Reducción de la ingesta de alcohol antes ingresar al trabajo, durante las pausas, y en el trabajo.
Programa de apoyo (Dawley, 1991)		Estrategia que consiste en controlar, desincentivar y cesar el consumo de tabaco en trabajadores, mediante dos componentes implementados secuencialmente: posters antitabaco enfatizando los beneficios de dejar de fumar durante dos semanas, y un grupo de cese de consumo de tabaco a la tercera semana.		
Asistencia de pares consejeros (Bacharach et al., 1994, 1996; Bondy & Berkovitz, 2013)		Estrategia que consiste en preparar a trabajadores para que asistan a compañeros que están comenzando a tener problemas relacionados con el consumo de drogas, tabaco o alcohol. Estos pares consejeros son generalmente exadictos recuperados, y se seleccionan por su empatía y discreción. Estas intervenciones son confidenciales, y comprenden entrega de información, apoyo emocional, motivación, y referencia a servicios. Se recomienda especialmente para organizaciones en donde hay categorías de trabajadores homogéneas.		

		INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN	RESULTADOS ESPERADOS
INICIATIVA DE MOVILIZACIÓN COMUNITARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL	Estrategia que busca fortalecer factores protectores comunitarios para la prevención del consumo de drogas, impulsando acciones desde una mirada integral que promueva la protección, desarrollo y participación de los miembros de la comunidad.	Organización comunitaria (Zunyou et al., 2002; Johnson et al., 2012; Valente, Ping Chou & Pentz, 2007)	Estrategia que consiste en movilizar a líderes comunitarios y residentes en el diseño e implementación de estrategias de intervención para prevenir el uso de drogas en preadolescentes, adolescentes y adultos jóvenes. Se combinan estrategias que se dirigen a la escuela, familia, comunidad y tiendas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor responsabilidad, compromiso y preparación de la comunidad. ● Reducción de incidencia de nuevos consumidores de drogas y alcohol. ● Disminución de consumo autoreportado. ● Reducción en número de usuarios autoreportados de cannabis.
		Intervenciones comunitarias multicomponente (Biglan et al., 2000; Flay et al., 2004; Perry et al., 2003)	Estrategia que consiste implementan varios componentes para cubrir varios niveles ecológicos simultáneamente. Entre estos componentes se destacan: talleres de entrenamiento y planificación para líderes comunitarios; conformación de grupos comunitarios de trabajo; campaña informativa; talleres de competencias parentales; centros para jóvenes; equipo de trabajo escolar para implementar intervención en colegios.	

Fuente: elaboración propia.

Las estrategias descritas en la Figura 7 corresponden a un enfoque de prevención ambiental que buscan modificar aspectos del ambiente de los establecimientos educacionales, organizaciones laborales y barrios donde se desarrollan. En lugar de dirigirse a los individuos, estas estrategias se concentran en cambiar aspectos del entorno donde se desenvuelven los miembros de dichas comunidades.

A continuación, se describen otros ejemplos de prevención ambiental en el ámbito educacional, laboral y comunitario.

EJEMPLOS DE PREVENCIÓN AMBIENTAL EN EL ÁMBITO EDUCACIONAL

Construcción de protocolos de actuación. Corresponde a una estrategia orientada hacia la creación o modificación de la normativa organizacional de los establecimientos educacionales. En efecto, estos protocolos contribuyen a regular los comportamientos relacionados con el consumo de sustancias al interior del colegio. En la medida en que la construcción de estos protocolos cuente con la participación directa de la comunidad estudiantil, es esperable que su alcance y su pertinencia sean mayores, pues el conjunto de estudiantes podrá verse a sí mismo como protagonista del proceso, al mismo tiempo que construyen relaciones más horizontales con docentes, directivos y apoderados.

Mentorado. La iniciativa de mentorado ocupa un enfoque ambiental al focalizar la intervención en el mecanismo de interacciones sociales entre docentes y estudiantes, construyendo relaciones de ayuda mutua entre estos grupos. De esta forma es posible generar un clima

de confianza entre grupos para mejorar los resultados académicos de los estudiantes y fortalecer una autoestima positiva en ellos.

Gestión de redes. La gestión de redes que realizan los equipos SENDA en el marco del continuo de prevención permite alterar el ambiente respecto al acceso de los estudiantes en riesgo por consumo de sustancias a los recursos disponibles en el territorio (por ejemplo, redes con organizaciones comunitarias y organismos públicos). Al contar con una red de apoyo territorial, niños, niñas, adolescentes y jóvenes tienen la posibilidad de encontrar respuestas más rápidas a sus necesidades retrasar el consumo o evitar que este se torne crónico.

Creación de redes con pares líderes. La creación de redes con pares líderes es una iniciativa que altera una variable ambiental, la red de relaciones entre estudiantes, para que ellos puedan contar con la ayuda de pares al momento de enfrentar los riesgos asociados al consumo de sustancias. El hecho de estar liderada por un par nominado por los mismos estudiantes posibilita que los participantes se involucren en la toma de decisiones y, de este modo, aumente su sentimiento de control sobre el entorno escolar.

EJEMPLOS DE PREVENCIÓN AMBIENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL

Normativa organizacional. Esta acción se orienta a cambiar las normas de consumo de alcohol y otras drogas al interior de la organización, o reducir el acceso de los trabajadores a alcohol, eliminándolo en fiestas u otras celebraciones corporativas. El trabajo en conjunto con otros grupos clave dentro de la organización, como

gerencia y sindicatos, permite alterar el entorno normativo de las empresas para conseguir una reducción en el consumo de estas sustancias.

Interacciones sociales positivas. Se trata de intervenciones para promover el desarrollo de interacciones sociales positivas entre grupos al interior de las empresas. Es el caso de la asistencia de pares consejeros, que permite la designación de trabajadores o trabajadoras al interior de las empresas con el fin de apoyar a sus colegas que enfrentan problemas relacionados con el consumo de sustancias. El hecho de que estos consejeros sean pares facilita que los trabajadores que presentan mayores riesgos se sientan con mayor confianza para compartir la situación que viven. Del mismo modo, lograr modificar el enfoque punitivo que prevalece en el nivel directivo de las empresas, permite generar relaciones de mayor confianza entre trabajadores y gerentes. De este modo, en lugar de ser despedidos, las personas que atraviesan situaciones difíciles vinculadas al consumo de sustancias pueden recibir una ayuda oportuna. Este tipo de medidas reduce también los costos financieros que podría tener para la empresa el ausentismo laboral o el despido de mano de obra especializada.

EJEMPLOS DE PREVENCIÓN AMBIENTAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

Espacio físico e infraestructura. La creación de centros para jóvenes representa una intervención que altera la variable del espacio físico e infraestructura de la comunidad. Mediante este tipo de iniciativas, los equipos pueden favorecer la construcción

de interacciones sociales entre jóvenes, así como entre estos y otros grupos al interior de las comunidades. Así, jóvenes estarán en condiciones de transformarse en actores dentro de la vida comunitaria y construir una identidad positiva que reduzca los factores de riesgo que están presentes en su cotidianidad.

Normativa comunitaria. El cambio de la normativa comunitaria mediante procesos de organización comunitaria puede promover el desarrollo de una norma que sancione socialmente el consumo de drogas en espacios públicos como plazas barriales donde juegan niños y niñas. Estas normas ejercen una presión social que puede tener una influencia sobre los patrones de consumo de sustancias en distintos grupos dentro de la comunidad. Por ejemplo, los jóvenes que consumen alguna sustancia podrían dejar de hacerlo en plazas, y los niños y niñas podrían crecer con la creencia de que el consumo de sustancias es algo perjudicial para su salud.

Interacciones sociales. Es posible alterar las interacciones sociales entre miembros de la comunidad a través de la constitución de grupos de trabajo compuestos por actores comunitarios que impulsen en el barrio estrategias para prevenir el consumo de sustancias en grupos específicos (niños, adolescentes, jóvenes) o que busquen soluciones a problemas comunes como el consumo de sustancias u otros asociados. Estos grupos de trabajo podrían poner en diálogo a miembros de la comunidad y a jóvenes (por ejemplo, grupo comunitario de trabajo compuesto por líderes comunitarios y jóvenes), o a miembros de la comunidad y representantes de instituciones públicas (por ejemplo, líderes comunitarios, autoridades y profesionales de establecimientos educacionales que

implementan iniciativas específicas conjuntamente). Estos grupos se encontrarían en condiciones de generar acciones colectivas de cambio al interior de la comunidad, como resultado del diálogo y de las mejores relaciones entre distintos actores comunitarios.

6. PRINCIPIOS PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN AMBIENTALES EFECTIVAS

Los principios para desarrollar estrategias de prevención ambientales efectivas son orientaciones que deben ser consideradas por los profesionales al momento de diseñar, implementar o evaluar políticas, programas e iniciativas con enfoque de prevención ambiental.

PRINCIPIO 1

La prevención ambiental debe ser aplicada de forma complementaria a las estrategias clásicas de prevención que forman parte del continuo de prevención.

PRINCIPIO 2

La prevención ambiental debe centrarse en identificar y modificar aspectos del entorno en el cual se desenvuelven las personas, familias o comunidades.

PRINCIPIO 3

La prevención ambiental debe diseñar e implementar estrategias de tres tipos: normativa (formal e informal); de espacios físicos e infraestructura; y económicas.

PRINCIPIO 4

La prevención ambiental debe identificar y actuar sobre las interacciones sociales, que son el principal mecanismo para modificar comportamientos de consumo de alcohol y otras drogas.

PRINCIPIO 5

La prevención ambiental debe combinar diferentes estrategias —por ejemplo, espacio físico y normas— en diferentes espacios de intervención —por ejemplo, escolar, laboral o comunitario— de modo de aumentar su eficacia.

PRINCIPIO 6

La prevención ambiental debe articular los recursos del intersector y de la comunidad para aumentar su efectividad.

PRINCIPIO 7

La prevención ambiental debe proveer intervenciones que respondan a criterios de cantidad y calidad mínimos.

PRINCIPIO 8

La prevención ambiental debe dirigirse al conjunto de la población (prevención universal ambiental), y apoyar a grupos e individuos que presentan mayor vulnerabilidad (prevención selectiva ambiental y prevención indicada ambiental). Al mismo tiempo, este tipo de prevención debe ser transversal al desarrollo de intervenciones en estrategias de recuperación del uso de drogas.

PRINCIPIO 9

La prevención ambiental debe guiarse tanto por las buenas prácticas de los equipos comunales como por la evidencia científica en materia de prevención del consumo de alcohol y otras drogas; por ejemplo: identificar la población que es más vulnerable, las razones por las cuales están iniciando el uso de sustancias, y que intervenciones responden mejor a sus características.

PRINCIPIO 10

La prevención ambiental debe ser socioculturalmente pertinente, es decir, debe adaptar las intervenciones a las características sociales y culturales de los grupos con los que trabaja; por ejemplo: valores compartidos, creencias, normas, tradiciones, estructura familiar, influencia de pares o nivel socioeconómico.

PRINCIPIO 11

La prevención ambiental debe ser diseñada e implementada por equipos profesionales formados en la materia, que a su vez cuenten con asistencia técnica permanente.

PRINCIPIO 12

Los programas e iniciativas de prevención ambiental deben ser evaluados tanto en su implementación —por ejemplo, barreras y facilitadores identificados durante el proceso de intervención— como en su impacto —por ejemplo, reducción en la edad de iniciación en el uso de drogas, prevalencia, vulnerabilidad—, de modo que los tomadores de decisiones puedan contar con evidencia científica para mejorar dichas intervenciones.

7. CONSIDERACIONES FINALES

La prevención ambiental es un componente fundamental para construir un sistema integral de abordaje del consumo de alcohol y otras drogas, pues introduce distinciones conceptuales que amplían la mirada y el repertorio de prácticas de los profesionales que intervienen en contacto directo con personas, familias y comunidades y que pueden incidir positivamente en los resultados de las estrategias impulsadas.

Justamente por su lógica de trabajo intersectorial e interdisciplinaria, la prevención ambiental interpela de manera directa a todas las reparticiones públicas y a la sociedad civil para abordar la real complejidad del consumo de alcohol y otras drogas.

La prevención ambiental pone el foco en modificar factores del entorno en los que se desenvuelven personas, familias y comunidades. Se busca con ello prevenir el consumo de alcohol y otras drogas, fomentar comportamientos saludables y contribuir a la eficacia de intervenciones orientadas a la recuperación de personas que presentan consumo de sustancias. De este modo, la prevención ambiental complementa las estrategias de intervención clásicas para mejorar la respuesta de los sistemas de abordaje en drogas de acuerdo a las necesidades de sus usuarios.

En la práctica, la prevención ambiental puede ser aplicada de manera complementaria a las intervenciones que se desarrollan en el marco de todo el continuo de atención en salud por el siguiente motivo: la prevención ambiental no es entendida como un tipo más de prevención, sino como un nivel preventivo aplicable a las distintas intervenciones en el ámbito de la atención al consumo de sustancias.

En efecto, la prevención ambiental remite a estrategias específicas que pueden contribuir en cambiar la relación que las personas establecen con el consumo de sustancias, sus riesgos y consecuencias negativas. En lugar de abordar la prevención del consumo sustancias de manera segmentada respecto a las características del grupo objetivo o del espacio de intervención, la prevención ambiental propone considerar de manera transversal el entorno como el foco de la intervención, entendiendo su incidencia en el comportamiento de salud de las personas.

La prevención ambiental ofrece a los equipos de intervención tres estrategias ambientales para incluir en su "caja de herramientas preventivas":

- Estrategias normativas (formal e informal)
- Estrategias de espacio físico e infraestructura
- Estrategias económicas

Mediante el uso de estas estrategias, los equipos profesionales pueden identificar y alterar variables específicas del entorno de las personas para propiciar comportamientos de reducción del consumo de sustancias y para reforzar comportamientos saludables en la línea los determinantes sociales de la salud.

Estas estrategias pueden ser implementadas simultáneamente en distintos espacios de intervención —escolar, comunitario, laboral u otros— para aumentar las probabilidades de impactar positivamente a los usuarios de los programas e iniciativas.

Los equipos de intervención están también en condiciones de aumentar la eficacia de sus intervenciones si identifican y activan mecanismos como las “interacciones sociales”, es decir, las formas recurrentes de relaciones que se establecen al interior de un espacio de intervención y que constituyen el medio más propicio para transformar aspectos centrales de los comportamientos de consumo, entre ellos, las normas sociales. Un entorno bien nutrido de redes sociales puede proveer los recursos necesarios para el desarrollo y el bienestar. Así, si las interacciones entre las personas que participan en un espacio de intervención se basan en el respeto mutuo, en el apoyo recíproco y en la confianza, será posible generar climas positivos que favorecen la manifestación de comportamientos beneficiosos para la salud de las personas.

Los equipos profesionales de SENDA deben incorporar la prevención ambiental en el continuo de atención en sus distintos niveles y espacios de intervención para contribuir en la construcción de un sistema integral de atención, que sea capaz de responder de mejor manera a las necesidades de las personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas.

Finalmente, los equipos profesionales de SENDA deben incorporar herramientas de evaluación sistemática en el diseño e implementación de estrategias de prevención ambiental. Examinar los procesos de intervención o los efectos que estos producen, es el camino a seguir para aumentar la eficacia y la calidad de las intervenciones públicas en el ámbito de la prevención.

REFERENCIAS

Arbex, C. (2013). *Guía Metodológica para la Implementación de una Intervención Preventiva Selectiva e Indicada*. Recuperado de <https://bit.ly/2QthHsa>

Asociación Pro Derechos Humanos de España. (2008). *Enfoque basado en derechos humanos y cooperación internacional para el desarrollo*. Bilbao: APDHE.

Bandura, A. (1996). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bayer, R. (2008). Stigma and the ethics of public health: not can we but should we. *Social science & medicine*, 67(3), 463-472.

Burkhart, G. (2011), 'Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular?'. *Adicciones*, 23(2), 87-100.

CADCA. (2008). *The Coalition Impact: Environmental Prevention Strategies*. Recuperado de <https://www.cadca.org/sites/default/files/resource/files/environmentalstrategies.pdf>

Camillieri, C. (1985). *Anthropologie culturelle et éducation*. París: UNESCO.

CICAD. (No publicado). *Prevención Selectiva e Indicada del Consumo de Sustancias. Recomendaciones para el Trabajo con Niñez, Adolescencia y Juventud*. Santiago: SENDA.

DeJong, W., & Langford, L. M. (2006). *Evaluating Environmental Management Approaches to Alcohol and Other Drug Abuse Prevention*. Recuperado de <https://bit.ly/350zDzy>

Donaldson, S. I., Graham, J. W., & Hansen, W. B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(2), 195-216.

Fisher, D. (1998). *Environmental Prevention Strategies: An Introduction and Overview*. Recuperado de <https://bit.ly/37jmJOz>

Foxcroft, D. R. (2014). Form ever follows function. This is the law. A prevention taxonomy based on a functional typology. *Adicciones*, 26(1), 10-14.

Gómez-Galán, M., Pavón, D. y Sainz, H. (2013). *El enfoque basado en derechos humanos en los programas y proyectos de desarrollo*. Recuperado de <https://bit.ly/2F65Db4>

Heckman, C. J., Dykstra, J. L., & Collins, B. N. (2011). Substance-related knowledge, attitude, and behaviour among college students: Opportunities for health education. *Health Education Journal*, 70(4), 383-399.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.

Jiloha, R. C. (2009). Social and cultural aspects of drug abuse in adolescents. *Delhi Psychiatric Journal*, 12(2), 167-175.

Katikireddi, S. V., Bond, L. & Hilton, S. (2014), 'Changing policy framing as a deliberate strategy for public health advocacy: a qualitative policy case study of minimum unit pricing of alcohol'. *Milbank Quarterly*, 92(2), 250–283.

Kuklinski, M. (2015). Benefit–Cost Analysis of Prevention and Intervention Programs for Youth and Young Adults: Introduction to the Special Issue. *Journal of Benefit–Cost Analysis*, 6(3), 455–470.

Larimer, M. E., & Cronce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual–focused college drinking prevention strategies 1999–2006. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2439–2468.

McBride, N. (2003). A systematic review of school drug education. *Health Education Research*, 18(6), 729–742.

Neighbors, C., Walters, S. T., Lee, C. M., Vader, A. M., Vehige, T., Szigethy, T., & DeJong, W. (2007). Event–specific prevention: Addressing college student drinking during known windows of risk. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2667–2680.

NIDA. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research–Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Second Edition*. Maryland: NIH Publications.

OMS. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: OMS.

Oncioiu, S., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman–Howe, P. & Foxcroft, D. R. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe. Technical Report*. Lisbon: EMCDDA.

Orlando, M., Ellickson, P. L., McCaffrey, D. F., & Longshore, D. L. (2005). Mediation analysis of a school-based drug prevention program: Effects of Project ALERT. *Prevention Science*, 6(1), 35-46.

Sánchez, A. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria, un enfoque integrado*. Barcelona, España: Ediciones Pirámide.

SENDA. (2011). *Orientaciones Técnicas del Área de Prevención* (documento interno).

SENDA. (2017). *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General 2016*. Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/poblacion-general/>

SENDA. (2018a). *Orientaciones Técnicas del Área de Prevención* (documento interno).

SENDA. (2018b). *Género, sexualidades y juventud. Aproximaciones conceptuales y metodológicas para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas*. Santiago: SENDA.

SENDA. (2019). *Décimo Tercer Estudio Nacional de Población General de Chile*. Recuperado de <https://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/poblacion-general/>

Spoth, R., Greenberg, M., Bierman, K., & Redmond, C. (2004). PROSPER Partnership Model for State Public Education Systems: Capacity-Building for Evidence-Based, Competence-Building Prevention. *Prevention Science*, 5, 31-39.

Spoth, R., Guyull, M. & Day, S. (2002) Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 219-228.

Springer, J. F. & Phillips, J. (2007). *The Institute of Medicine Framework and its implication for the advancement of prevention policy, programs and practice*. Recuperado de http://ca-sdfsc.org/docs/resources/SDFSC_IOM_Policy.pdf

Tempalski, B., & McQuie, H. (2009). Drugscapes and the role of place and space in injection drug use-related HIV risk environments. *International Journal of Drug Policy*, 20(1), 4-13.

Werch, C. E., Owen, D. M., Carlson, J. M., DiClemente, C. C., Edgemon, P. & Moore, M. (2003). One-year follow-up results of the STARS for Families alcohol prevention program. *Health Education Research*, 18(1), 74 - 87.

White D. & Pitts M. (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction*, 93, 1475-1487.

BIBLIOGRAFÍA

Ames, G. M., Grube, J. W. & Moore R. S. (1997). The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: An empirical study. *Journal of Studies on Alcohol*. 58(1), 37-47.

Ames, G. M., Grube, J. W. & Moore R. S. (2000). Social control and workplace drinking norms: A comparison of two organizational cultures. *Journal of Studies on Alcohol*. 61(2), 203-219.

Bacharach, S. B., Bamberger, P. A., & Sonnenstuhl, W. J. (1996). MAPs: Labor Based Peer Assistance in the Workplace. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 35(2), 261-275.

Biglan A, Ary DV, Smolkowski K, Duncan T. & Black C. (2000). A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tobacco Control*, 9(1), 24-32.

Bondy, S. J., & Bercovitz, K. L. (2013). Hike up yer Skirt, and Quit. What Motivates and Supports Smoking Cessation in Builders and Renovators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(2), 623-637.

Dawley, H. H., Dawley, L. T., Correa, P. & Fleischer, B. (1991). A comprehensive worksite smoking control, discouragement, and cessation program. *International Journal of Addiction, 26*, 685-696.

Demarsh, J. & Kumpfer, K. (1986). Family-Oriented Interventions for the Prevention of Chemical Dependency in Children and Adolescents. *Journal of Children in Contemporary Society, 18*(122), 117-151.

EMCDDA. (2011). *European drug prevention quality standards*. Lisbon: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction.

Flay, B. R., Allred, C. G., & Ordway, N. (2001). Effects of the Positive Action program on achievement and discipline: Two matched-control comparisons. *Prevention Science, 2*(2), 71-89.

Flay, B. R., Graumlich, S., Segawa, E., Burns, J.L. & Holliday, M.Y., for the Aban Aya Investigators (2004). Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviours among African-American youth: a randomised trial. *Arch Pediatr Adolesc Med, 158*(4), 377-84.

Johnson, K. W., Grube, J. W., Ogilvie, K. A., Collins, D., Courser, M., Dirks, L. G., & Driscoll, D. (2012). A community prevention model to prevent children from inhaling and ingesting harmful legal products. *Evaluation and Program Planning, 35*(1), 113-123.

Kumpfer, K. L., Alvarado, R., Smith, P., & Bellamy, N. (2002). Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. *Prevention Science, 3*(3), 241-246.

Newton, N. C., Andrews, G., Champion, K. E., & Teesson, M. (2014). Universal Internet-based prevention for alcohol and cannabis use reduces truancy, psychological distress and moral disengagement: a cluster randomised controlled trial. *Preventive Medicine, 65*, 109-115.

Perry, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortensen, S., Bosma, L. M., Farbakhsh, K., Munson K. A., et al. (2003). A randomised controlled trial of the middle and junior high school DARE and DARE plus programs. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; 157*(2),178-84.

Rhodes, J. E., Reddy, R., & Grossman, J. B. (2005). The protective influence of mentoring on adolescents' substance use: Direct and indirect pathways. *Applied Developmental Science, 9*(1), 31-47.

Solomon, D., Battistich, V., Kim, D.-I. & Watson, M. (1996). Teacher practices associated with students' sense of the classroom as a community. *Social Psychology of Education, 1*(3), 235-267.

Spoth, R. L., Redmond, D., Trudeau, L. & Shin, C. (2002) Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(2), 129 -134.

Sprague, J. & R. Horner. (2007). School wide positive behavioral support. Handbook of school violence and school safety: From research to practice. s/l: Erlbaum Associates.

Springer, J. F., Sale, E., Hermann, J., Sambrano, S., Kasim, R. & Nistler, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *Journal of Primary Prevention, 25*(2), 171-195.

Community Anti-Drug Coalitions of America. (2008). *The coalition impact: environmental prevention strategies*. Alexandria (VA): Community Anti-Drug Coalitions of America.

Tobler N. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.

Valente, T. W., Gallaher, P., & Mouttapa, M. (2004). Using social networks to understand and prevent substance use: A transdisciplinary perspective. *Substance use & Misuse*, 39(10-12), 1685-1712.

Valente, T. W., Ritt Olson, A., Stacy, A., Unger, J. B., Okamoto, J., & Sussman, S. (2007). Peer acceleration: effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high risk adolescents. *Addiction*, 102(11), 1804-1815.

Valente, T. W., Chou, C. P., & Pentz, M. A. (2007). Community coalitions as a system: effects of network change on adoption of evidence-based substance abuse prevention. *American Journal of Public Health*, 97(5), 880-886.

Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: Preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 2(3), 165-192.

Webster-Stratton, C., Jamila Reid, M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 471-488.

Werch, C. E., Pappas, D. M., Carlson, J. M., & Diclemente, C. C. (1998). Short- and long-term effects of a pilot prevention program to reduce alcohol consumption. *Substance Use & Misuse, 33*(11), 2303-2321.

Werch, C. C., Moore, M. J., DiClemente, C. C., Bledsoe, R., & Jobli, E. (2005). A multihealth behavior intervention integrating physical activity and substance use prevention for adolescents. *Prevention Science, 6*(3), 213.

Wu, Z., Detels, R., Zhang, J., Li, V., & Li, J. (2002). Community-based trial to prevent drug use among youths in Yunnan, China. *American Journal of Public Health, 92*(12), 1952-1957.



www.senda.gob.cl

