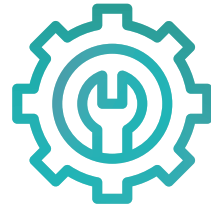


eligevivir
— SIN DROGAS —



Manual para implementadores del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas

Fundamentos conceptuales y procedimientos



**Manual para implementadores del
Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas
Fundamentos conceptuales y procedimientos**

**Manual para implementadores del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas:
Fundamentos conceptuales y procedimientos**

Área de Gestión Territorial, División Territorial
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
2022

© SENDA
Registro de Propiedad Intelectual N°
ISBN:

Equipo responsable: Coordinación Nacional del Plan Elige Vivir Sin Drogas, Rodrigo Torres
y Matías Delgado, con la colaboración y asesoría de Rodrigo Pantoja.

Edición: Marly Mora
Diseño y diagramación: Bethânia Rodrigues
Impresión:

Contenidos

Presentación 7

1

Antecedentes

/

- 1.1** Alta prevalencia e inicio temprano de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas 13
 - 1.2** Priorización política de atender las vulnerabilidades e inequidades que afectan a la niñez y adolescencia 16
-

2

Marco conceptual del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas

/

- 2.1** Prevención basada en evidencia científica 23
- 2.2** Modelo ecológico 25
- 2.3** Modelo de ciclo vital 28
- 2.4** Modelo de curso de vida 30
- 2.5** Interacciones entre los modelos de ciclo vital y de curso de vida 31
- 2.6** Modelo de factores protectores y de riesgo 33
- 2.7** Factores comunitarios 38
- 2.8** Pilares del sistema de prevención 43

3

Evidencia científica sobre el diseño del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas

/

3.1 Correlatos del consumo de sustancias, en niños, niñas y adolescentes	53
3.2 Problemas asociados al consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes	64
3.3 Evidencia de intervenciones para prevenir el consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes	69
3.4 Moduladores de las intervenciones preventivas	75

4

Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas

/

4.1 Estructura organizacional del Plan EVSD	80
Equipo de coordinación nacional	85
Equipo de gestión regional	89
Equipo de gestión comunal	91
Cadena de supervisión del Plan EVSD	93
4.2 Procesos y actividades	96
Fase 1. Diagnóstico	98
Fase 2. Articulación e intervención	118
Fase 3. Monitoreo y evaluación	147

4.3	Procedimientos técnicos	155
	Análisis del informe de diagnóstico comunal	155
	Identificación de actores claves y recursos locales	160
	Articulación de Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas	162
	Plan de Acción Preventivo Comunal	163
	Implementación de actividades preventivas	171
4.4	Aspectos de gestión del Plan EVSD	174
	Gestión operativa	174
	Gestión técnica	176
	Gestión del conocimiento	180
	Gestión del riesgo	181
4.5	Requerimientos de soporte	184
	Entornos de funcionamiento	184
	Soporte informático	186
	Apoyo administrativo	187

Anexos

Anexo 1.	Preguntas guía para el análisis de la Mesa Comunal EVSD	191
Anexo 2.	Estrategias de prevención (Kristjansson et al., 2020a)	195

Glosario	206
-----------------	-----

Referencias	208
--------------------	-----

Presentación

El 1 de abril de 2019, el Presidente de la República, Sebastián Piñera, en cadena nacional anunció el lanzamiento del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas. En un hecho inédito en la historia de nuestro país, el Presidente señaló que la prevención del consumo de drogas entre niños, niñas y adolescentes era una prioridad de la máxima relevancia e hizo un llamado a todos los actores, y muy especialmente a las familias, a involucrarse en el desafío de combatir la droga y el daño y sufrimiento que provoca.

El Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas se enfoca en prevenir el consumo de drogas en niños, niñas y adolescentes, sobre la base de un diagnóstico profundo y preciso de cada comunidad escolar y, también, sobre el diseño de una estrategia especial y apropiada para cada una de ellas.

En primer lugar, el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas (Plan EVSD) busca convocar un gran acuerdo social que comprometa a todos los actores, esto es, a las autoridades, a las familias, a los establecimientos educacionales, al sector privado y a la sociedad civil en general, en el desafío de prevenir el consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ). Así, por ejemplo, busca hacer parte a las familias, invitándolas a pasar más tiempo con sus hijos, hijas o menores a cuidado y entregándoles herramientas eficaces para protegerlos de las drogas. En la misma línea, pretende involucrar a las escuelas en el fortalecimiento de los programas preventivos y destacando la importancia de promover ambientes escolares positivos y acogedores para los estudiantes.

En segundo lugar, el Plan EVSD constituye un cambio importante en la estrategia para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas, ya que no pone el foco solamente en decirle a niños, niñas y adolescentes lo perjudicial que son estas sustancias para su salud, sino que busca ampliar el foco, mediante la intervención de sus contextos de desarrollo y generando oportunidades para que practiquen deporte, desarrollen sus talentos artísticos o musicales, pasen más tiempo con sus familias, crezcan en ambientes seguros y confiables y, en general, para que desarrollen proyectos de vida sana que sean una alternativa real y los mantenga constantemente alejados y protegidos del mundo de las drogas.

Así, el objetivo principal del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas, inspirado en el modelo de prevención islandés *Planet Youth* y liderado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), es evitar, retrasar y disminuir el consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes mediante

el fortalecimiento de sus ambientes de desarrollo familiar, escolar, comunitario y social.

En términos específicos, el Plan EVSD busca:

- > Restringir la visibilidad y el acceso de los niños, niñas y adolescentes a las drogas.
- > Potenciar capacidades prácticas de los padres y/o adultos responsables para cuidar, proteger, educar a sus hijos, hijas o menores a su cuidado.
- > Incrementar la cantidad, calidad y nivel de estructuración de las actividades de ocio de los niños, niñas y adolescentes.
- > Potenciar las capacidades de los jóvenes para ser agentes sociales en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.
- > Mejorar la capacidad nacional, regional y municipal para monitorear el fenómeno del consumo de alcohol y otras drogas en menores de edad.

En este contexto, para cumplir el gran desafío de la prevención en el consumo de sustancias, generando cambios y fortaleciendo los ambientes de desarrollo de NNAJ, es fundamental desarrollar insumos que orienten el trabajo a realizar, organizar las intervenciones asociadas y dar herramientas para hacer seguimiento a los objetivos y actividades planificadas de forma periódica. En consecuencia, el **Manual para implementadores del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas: Fundamentos conceptuales y procedimientos** presenta el diseño conceptual de este modelo de prevención del consumo de alcohol y otras drogas. En esta publicación se describen los fundamentos teóricos y científicos que explican la formulación del Plan EVSD, así como también, los procesos y subprocesos necesarios para su adecuada implementación territorial.

Además del esfuerzo de estructuración y estandarización, este manual también incorpora una serie de subprocesos tendientes a cautelar la pertinencia local de las actividades de implementación, de manera que el Plan

EVSD sea adecuadamente sensible a las particularidades específicas de cada territorio.

La elaboración de este manual responde al interés del SENDA por avanzar en la estructuración y estandarización de sus programas, condiciones necesarias para asegurar una calidad de servicio equitativamente buena a toda la población beneficiaria, en las distintas regiones, comunas y barrios del país.

Esperamos que la lectura de este manual sea de utilidad para todas las personas interesadas en conocer en detalle los flujos de procesos y actividades necesarias para la implementación del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas.

Carlos Charme Fuentes
Director Nacional de SENDA

1.

Antecedentes

- 1.1** Alta prevalencia e inicio temprano de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas 13
- 1.2** Priorización política de atender las vulnerabilidades e inequidades que afectan a la niñez y adolescencia 16



1.1

Alta prevalencia e inicio temprano de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas

De acuerdo con la Organización de Estados Americanos, Chile se ubica entre los cinco países que tienen prevalencias más altas de consumo de alcohol durante el último mes entre los estudiantes de enseñanza secundaria de las Américas. En prevalencia de consumo de tabaco en el último mes, los estudiantes secundarios chilenos muestran la cifra más alta del continente, con 23,7%. Ya en octavo año de educación básica, es decir, con edad promedio de 13 años, el 12% de los estudiantes reporta consumo de tabaco en el último mes. En consumo de marihuana, los estudiantes secundarios chilenos también alcanzan la prevalencia de último año más alta, con 33%. Respecto a la cocaína, la prevalencia de 4,2% en el último año de los estudiantes secundarios chilenos también es la más alta del continente (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] y Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019).

La prevalencia de consumo de tabaco durante el último año en población escolar es de 26,9%, con edad de inicio a los 13 años; la edad de inicio es la misma para consumo de alcohol, pero la prevalencia de último año llega a 56,5% y asciende a 76,2% en prevalencia de vida. El consumo de marihuana, con edades de inicio promedio de 14 años, tiene prevalencias de 26,8% para el último año y 36,5% para prevalencia de vida. Respecto a la cocaína, la edad promedio de inicio de consumo es de 15 años y la prevalencia de vida llega a 5,3%. Respecto a la pasta base de cocaína, la edad de inicio de consumo es de 14 años y la prevalencia de vida asciende al 3,2%. En el caso de las sustancias inhalables, la edad de inicio es de 13 años y la prevalencia de vida llega al 7,8%. Por último, el consumo de tranquilizantes sin receta médica se inicia en promedio a los 14 años, y tiene una prevalencia de vida del 16,5% (SENDA, 2019).

Figura 1**Edad promedio de inicio de consumo de sustancias en Chile**

Fuente: SENDA (2017).

Durante el 2019, año de inicio del Plan EVSD, SENDA junto al equipo de *Planet Youth* de la Universidad de Reijkjavik (Islandia) aplicaron en 46 comunas del país la encuesta “Juventud y Bienestar” entre los meses de mayo y agosto a estudiantes de segundo año de enseñanza media de 1.275 establecimientos educacionales, como parte del primer levantamiento de un diagnóstico masivo y focalizado a nivel nacional (luego de la exitosa experiencia piloto del 2018 en 6 comunas de la Región Metropolitana). En comparación con Islandia y Europa, los resultados revelan mayores niveles de consumo en adolescentes de todas las comunas¹ evaluadas. Con este levantamiento se

estimó que el 6,2% de los adolescentes de 15 a 16 años fuma a diario, 37% ha consumido alcohol en el último mes, y 30% ha consumido marihuana alguna vez en la vida (SENDA, 2019).

El inicio temprano de consumo de sustancias se define entre los 13 y 15 años de edad (Stone et al., 2016), y lamentablemente caracteriza la situación nacional, si se atiende a las edades de inicio de consumo de tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, pasta base de cocaína, sustancias inhalables, y tranquilizantes sin receta médica, como muestra la Figura 1.

1 Comunas que iniciaron la implementación del Plan EVSD el 2019: Arica; Iquique; Antofagasta; Calama; Copiapó; Coquimbo; La Serena; Valparaíso; Viña del Mar; Villa Alemana; Quilpué; Rancagua; Santa Cruz; Talca; Los Ángeles; Concepción; Talcahuano; Chillán; Padre Las Casas; Temuco; Valdivia; Castro; Puerto Montt; Coyhaique; Aysén; Punta Arenas; Natales; La Pintana; Lampa; La Granja; Ñuñoa; Santiago; Quinta Normal; Estación Central; La Reina; San Miguel; Recoleta; La Florida; Lo Prado; Maipú; Padre Hurtado; Pudahuel; San Bernardo; San Joaquín; Puente Alto; Vitacura.

1.2

Priorización política de atender las vulnerabilidades e inequidades que afectan a la niñez y adolescencia

El Programa de Gobierno 2018-2022 manifiesta una voluntad general de atender diversas vulnerabilidades que afectan a la niñez y la adolescencia, y que limitan su desarrollo y sus oportunidades futuras de integración social. Entre los principales fenómenos que derivan en vulnerabilidades se encuentra el consumo de alcohol y otras drogas.

La línea de trabajo “infancia protegida” del plan de gobierno responde a la constatación de que el país “ha dado importantes pasos (...), pero todavía existe un estrecho lazo entre el nivel socioeconómico de las familias y el de sus hijos una vez que se hacen adultos. Es decir, la calidad de la cuna es aún el mejor predictor de nuestro futuro. Por tanto, una intervención a fin de emparejar tempranamente la cancha nos da una posibilidad única para reducir las brechas e igualar las oportunidades existentes”. Como consecuencia de esta constatación, el programa establece como

aspiración que “todo niño o niña que nazca en la pobreza pueda salir adelante, con el apoyo de su familia, la sociedad civil y el Estado, y así realizarse integralmente como persona” (Piñera, 2017, p. 94).

Entre los objetivos de la línea de trabajo “infancia protegida”, se incluyen algunos que hacen alusión explícita a la necesidad de atender al consumo de alcohol y otras drogas como fenómeno que aporta a la vulnerabilidad e inequidad social, a saber:

- “Elaborar una Política Nacional de Salud Mental y una de Deserción Escolar, así como también una relativa a la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, especialmente dirigida a NNAJ vulnerados e infractores de ley, con planes de acción concretos y evaluables a corto, mediano y largo plazo” (Piñera, 2017, p. 96).

- “Crear el sistema Alerta Infancia, nuevo sistema integrado y articulado de información para el seguimiento, monitoreo, evaluación y atención de los NNAJ. Dicho sistema consolidará información de los ministerios y servicios públicos, la Fiscalía, los Tribunales de Familia, entre otras instituciones del Estado. Ello para realizar una intervención oportuna y reparadora ante la detección de casos de deserción escolar, ante el primer contacto con el sistema penal o ante el consumo problemático de drogas o alcohol, entre otros” (Piñera, 2017, p. 96).

El programa también alude al consumo de alcohol y otras drogas como uno de los múltiples factores de riesgo que pueden asociarse eventualmente a la violencia y a la delincuencia. Al respecto, plantea la necesidad de “implementar un Plan Nacional de Seguridad Pública 2018-2022 que incluya un plan

comunal, una nueva Ley de Prevención de la Violencia y el Delito y, en general, se haga cargo coordinadamente de los factores de riesgo que afectan a la población. Entre otros, involucrará la prevención de la violencia y la deserción en el ámbito escolar y la prevención y rehabilitación en consumo abusivo de drogas y alcohol, con especial énfasis en los adolescentes infractores de ley con problemas de abuso de estas sustancias” (Piñera, 2017, p. 136).

Más allá de fenómenos específicamente relacionados con la vulnerabilidad social, la sección “Un Chile para vivir una vida más plena y más feliz” del plan de gobierno, incluye una serie de medidas orientadas al mejoramiento general de la calidad de vida, entre ellas, las relativas al deporte y al cuidado de la salud.

Al respecto, se señala que “el deporte une y constituye una herramienta de movilidad social que disminuye las diferencias sociales, de género o raza. Incentiva un clima inclusivo e integrador entre las personas que lo practican, su entorno familiar y comunitario. Contribuye a la formación de estilos de vida sana, reduciendo los riesgos de alcoholismo y drogadicción en la población, especialmente en los niños y jóvenes” (Piñera, 2017, p. 184).

Es así como la prevención del consumo de alcohol y otras drogas resulta no sólo un fin en sí misma de la gestión política del gobierno, sino también un medio para alcanzar objetivos de desarrollo social en los ámbitos de la promoción de la salud, la reducción de brechas de oportunidad e integración social, y la reducción de riesgos relacionados con la violencia y la delincuencia.



2.

Marco conceptual del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas

2.1	Prevencción basada en evidencia científica	23
2.2	Modelo ecológico	25
2.3	Modelo de ciclo vital	29
2.4	Modelo de curso de vida	30
2.5	Interacciones entre los modelos de ciclo vital y de curso de vida	31
2.6	Modelo de factores protectores y de riesgo	33
2.7	Factores comunitarios	38
2.8	Pilares del sistema de prevención	43

2.1

Prevención basada en evidencia científica

El consumo de alcohol y otras drogas, como problema social y de salud, ha sido uno de los focos de atención de la investigación científica, con un especial énfasis desde el enfoque de la ciencia de la prevención, la cual se define como “un campo multidisciplinario dedicado al estudio científico de teoría, investigación y prácticas relacionadas con la prevención de problemas sociales, físicos, y de salud mental, incluyendo su etiología, epidemiología e intervención” (O’Connell et al., 2009, xxvii).

Más específicamente, “la ciencia de la prevención se basa en la premisa de que precursores empíricamente verificables (factores protectores y de riesgo) predicen la probabilidad de resultados en salud no deseables, incluyendo el consumo y la dependencia de sustancias. La ciencia de la prevención postula que los resultados negativos en salud como el abuso y la dependencia del alcohol pueden prevenirse al reducir o eliminar factores de riesgo y al mejorar factores protectores en los individuos y sus entornos durante el curso de su desarrollo” (Hawkins et al., 2002, p. 951).

En el mismo ámbito, el modelo de salud pública para la prevención de enfermedades y trastornos involucra evaluar la epidemiología del problema focalizado, identificar los factores de riesgo asociados con el problema, aplicar intervenciones conocidas para la reducción de los factores de riesgo, y monitorear el impacto de esas intervenciones sobre la incidencia y la prevalencia de la enfermedad o trastorno focalizado. Este modelo de prevención se ha usado para prevenir enfermedades como la malaria y el cólera, y para la prevención de trastornos conductuales como la violencia, el abuso de alcohol, y el suicidio (Hawkins et al., 2002).

El primer y más importante principio de la prevención del abuso de sustancias señala que “la intervención temprana en la infancia puede alterar el curso de la trayectoria de vida en una dirección positiva” (National Institute on Drug Abuse et al., 2016, p. 11). Esto se refiere a que el abuso de sustancias, al igual que otros problemas conductuales que se manifiestan durante la adolescencia, tienen sus raíces en el proceso de

desarrollo previo. **Mientras la prevención puede ser efectiva a cualquier edad, puede tener efectos especialmente fuertes cuando se aplica en las primeras etapas de la vida, cuando el proceso de desarrollo vital es más fácil de “moldear”, lo cual facilita poner la trayectoria de vida en un curso positivo y saludable.**

Algunas recomendaciones que surgen de experiencias efectivas de prevención son (Robertson et al., 2015, pp. 16-17):

- La intervención temprana aumenta la probabilidad de éxito en el desarrollo a través del curso vital.
- Las transiciones vitales, como por ejemplo las escolares o propias de la pubertad y adolescencia, son puntos de vulnerabilidad que al mismo tiempo ofrecen oportunidades de intervención.
- Las intervenciones que abordan problemas en múltiples contextos como la familia, los pares y la escuela, generalmente son más exitosas que las intervenciones que se limitan a un solo contexto.

Desde el enfoque de prevención basada en evidencia, se prioriza la intervención sobre los factores o situaciones que tienen mayor efecto sobre la probabilidad de consumir tabaco, alcohol u otras drogas; por ejemplo,

la falta de comunicación entre niños y niñas, y sus padres, madres o adultos cuidadores. Además de las distintas intervenciones posibles de aplicar para un mismo factor o situación, se priorizan las que tienen mayor impacto, es decir, aquellas que han hecho mayores aportes a la prevención del consumo.

Los principios que se asocian con intervenciones eficaces en materia de prevención del consumo de sustancias son (Cuijpers, 2003):

1. Los efectos de los programas deben haber sido probados.
2. Los métodos interactivos de entrega de programas son mejores.
3. El modelo de influencia social es el mejor disponible.
4. El foco debe estar puesto en normas, compromisos de no consumir e intenciones de no consumir.
5. Agregar intervenciones comunitarias a otros tipos de intervenciones (escolares o familiares) incrementa los efectos.
6. El uso de pares líderes mejora el resultado.
7. Agregar programas de habilidades para la vida puede fortalecer los efectos preventivos.

2.2

Modelo ecológico

El consumo de alcohol y otras drogas, como muchos otros fenómenos sociales, reviste un carácter complejo y multicausal. Dicho carácter requiere una mirada integral de los múltiples factores que pueden contribuir a la prevalencia e incidencia del consumo, lo que implica no limitarse a los aspectos exclusivamente individuales.

El diseño del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas incorpora como enfoque conceptual al modelo ecológico, también conocido como ecología del desarrollo humano, desarrollada por Uri Bronfenbrenner. De acuerdo con el autor, la ecología del desarrollo humano “es el estudio científico de la acomodación mutua y progresiva, a través del ciclo vital, entre organismos humanos en crecimiento y los entornos inmediatos cambiantes en los que viven, en la medida que este proceso es afectado por las relaciones que se producen dentro y entre entornos inmediatos, así como por los contextos sociales más amplios, formales e informales, en que se inscriben dichos entornos” (Bronfenbrenner, 1977, p. 514).

El ambiente ecológico se concibe topológicamente como un arreglo anidado de estructuras, cada una contenida dentro de la siguiente estructura. Los niveles incluyen:

- 1. Un microsistema:** es definido como el complejo de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente en el entorno inmediato que contiene a la persona, sea su hogar, escuela o lugar de trabajo, entre otros. Un entorno se define como un lugar con características físicas particulares en los que personas participantes interactúan en actividades particulares en roles particulares (por ejemplo, hija, padre, maestro, empleado, etc.). Los factores lugar, tiempo, características físicas, actividad, participante y rol constituyen elementos del entorno (Bronfenbrenner, 1977).
- 2. Un mesosistema:** comprende las interrelaciones entre los entornos mayores que contienen a la persona en desarrollo en un punto particular de su vida. Por ejemplo, para un niño de 12 años, el mesosistema típicamente contempla interacciones entre la familia, la escuela y el grupo de pares.

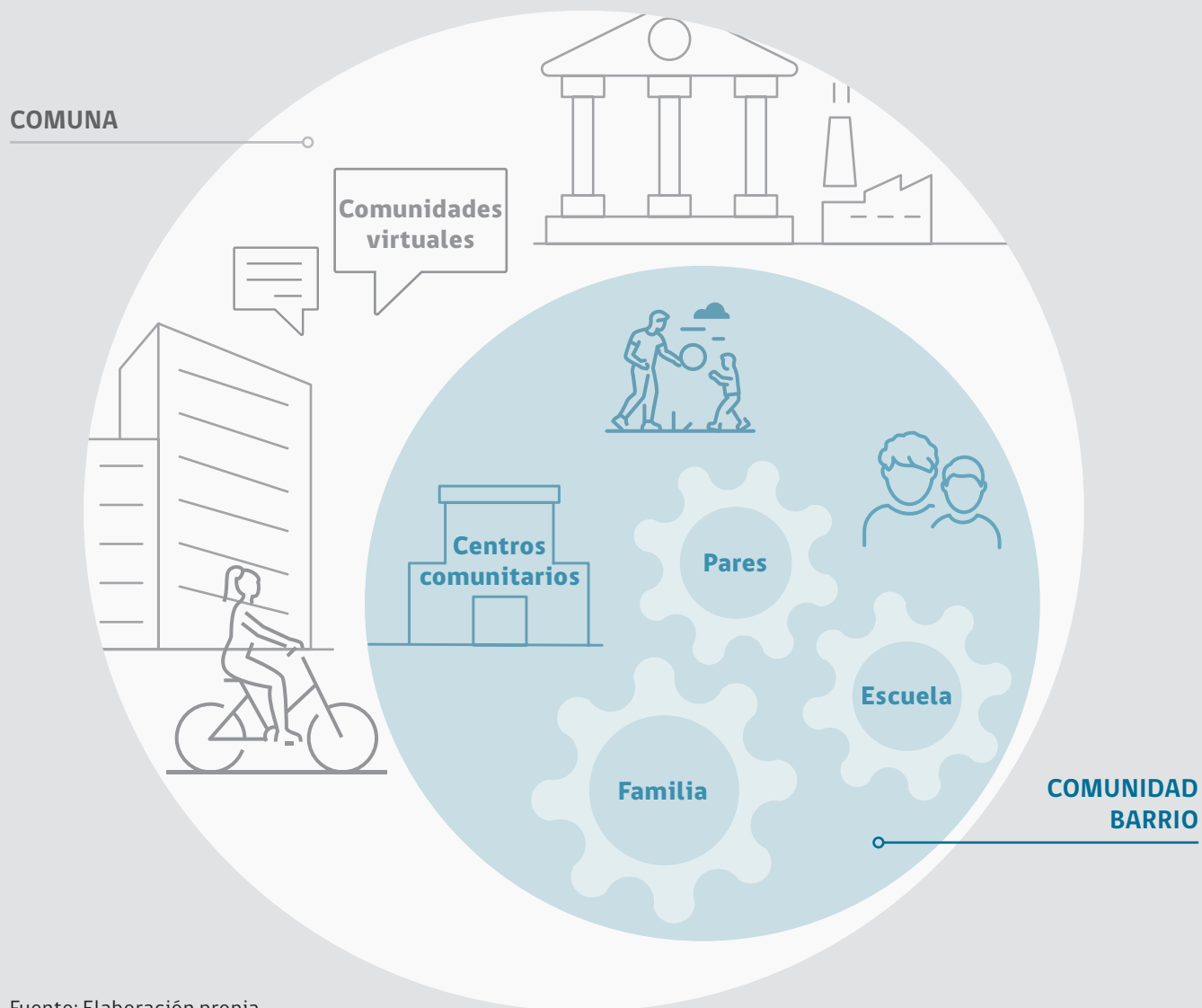
Para algunos niños puede incluir a la iglesia, espacios recreativos y lugares de trabajo. Sucintamente, el mesosistema es un sistema de microsistemas (Bronfenbrenner, 1977).

3. Un exosistema: es definido como extensión del mesosistema para incluir otras estructuras sociales específicas, sean formales e informales, que por sí mismas no contienen a la persona en desarrollo, pero que abarcan o inciden sobre los entornos inmediatos en los que se encuentra la persona, y por ello influyen, delimitan o incluso determinan lo que ocurre en ellos. Estas estructuras incluyen las mayores instituciones de la sociedad, sean deliberadamente estructuradas como de evolución espontánea, en la medida que operen a un nivel local concreto. Incluyen al mundo del trabajo, el barrio, los medios de comunicación masiva, las agencias del gobierno, la distribución de bienes y servicios, los sistemas de comunicación y transportes, y las redes sociales informales (Bronfenbrenner, 1977).

4. Un macrosistema: se refiere a los patrones generales institucionales de la cultura o subcultura (como los sistemas económicos, sociales, educacionales, legales y políticos), de los cuales micro, meso y exosistemas son manifestaciones concretas. Los macrosistemas se conciben y examinan no sólo en términos estructurales, sino también como canales de información e ideología que, tanto explícita como implícitamente, dotan de significado y motivación a distintas agencias, redes sociales, roles, actividades y sus interrelaciones. En dichos macrosistemas, el lugar o prioridad que tienen niños y niñas, y aquellos que son responsables de su cuidado, es de especial importancia para determinar cómo un niño o niña y sus cuidadores son tratados e interactúan entre sí en distintos entornos (Bronfenbrenner, 1977).

Figura 2

Microsistemas familia, escuela y grupo de pares, adscritos al mesosistema comunidad



Fuente: Elaboración propia.

Asumiendo el modelo ecológico, el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas no considera que el consumo de alcohol y otras drogas sean conductas cuya responsabilidad recaea exclusivamente en la persona que consume, como si tal comportamiento estuviese aislado de factores del entorno como la disponibilidad de drogas en el barrio, o la valoración positiva de los pares hacia el consumo de drogas.

El Plan EVSD atiende tanto a las dimensiones individuales como colectivas y sistémicas de la prevención universal temprana del consumo de sustancias, lo cual se verifica en las siguientes características:

1. Inicia la prestación de servicios a contar de los 5 años de edad, es decir, mucho antes del inicio de conductas de consumo de alcohol y otras drogas.
2. Dirige esfuerzos de prevención hacia la escuela en tanto microsistema, con capacidad para:
 - a. Promover una mayor sensibilidad de la población escolarizada respecto a los riesgos asociados al consumo de sustancias.
 - b. Promover actitudes contrarias a la normalización del consumo de alcohol y otras drogas, como medio para reducir la presión de pares hacia el consumo.
 - c. Promover el desarrollo de habilidades y competencias protectoras de tipo cognitivo y emocional, a través de la convocatoria de grupos de pares a actividades estructuradas y supervisadas, que reducen la probabilidad de consumir alcohol y otras drogas.
3. Dirige esfuerzos de prevención hacia la comuna y el barrio en tanto mesosistemas con capacidad para:
 - a. Promover una mayor sensibilidad de la población respecto a los riesgos asociados al consumo de sustancias.
 - b. Promover actitudes contrarias a la normalización del consumo de alcohol y otras drogas, como medio para reducir la presión de pares hacia el consumo.
 - c. Promover el desarrollo de habilidades y competencias protectoras de tipo cognitivo y emocional, que reducen la probabilidad de consumir alcohol y otras drogas, en contextos de riesgo variable.
4. Convoca la participación de las familias en tanto microsistema con capacidad para:
 - a. Promover una mayor sensibilidad de la población respecto a los riesgos asociados al consumo de sustancias.
 - b. Promover actitudes contrarias a la normalización del consumo de alcohol y otras drogas, como medio para reducir la presión de pares hacia el consumo.
 - c. Promover el desarrollo de habilidades y competencias protectoras de tipo cognitivo y emocional, a través de la convocatoria de grupos de pares a actividades estructuradas y supervisadas, que reducen la probabilidad de consumir alcohol y otras drogas.

- a. Contribuir a la sensibilización de niños, niñas y adolescentes, respecto a los riesgos asociados al consumo de sustancias.
 - b. Desarrollar en sus miembros actitudes contrarias a la normalización del consumo de alcohol y otras drogas, y reducir la exposición a modelos de consumo.
 - c. Supervisar las conductas de riesgo de consumo en niños, niñas y adolescentes
 - d. Promover una mayor dedicación de tiempo a actividades promocionales de tipo recreativo, cultural, deportivo o artístico, que dejen menos tiempo ocioso sin actividad estructurada.
5. Impulsa actividades comunitarias para la prevención, aumentando la oferta de actividades recreativas, culturales, deportivas y artísticas estructuradas.
 6. Difunde mensajes a través de medios de comunicación y redes sociales, relacionados con la prevención del consumo de alcohol y otras drogas. Promueve la constitución y activación de comunidades virtuales de personas interesadas en tener mayor salud y bienestar.

2.3

Modelo de ciclo vital

La perspectiva del desarrollo del curso vital sugiere que factores individuales, interpersonales y ambientales interactúan para incrementar o reducir la vulnerabilidad al uso y abuso de drogas. La vulnerabilidad puede ocurrir en muchos puntos a lo largo del curso vital, pero generalmente se agudiza durante transiciones vitales críticas, sean biológicas, como la pubertad; normativas, como pasar de la escuela básica al liceo; sociales, como el inicio del “pololeo”; o traumáticas, como la muerte o pérdida del padre o la madre, incluyendo episodios de separación prolongada (Robertson et al., 2015).

La vulnerabilidad al abuso de drogas involucra influencias dinámicas intrapersonales (como el temperamento o carácter), interpersonales (como las relaciones familiares o con pares), y ambientales (como la forma en que se maneja la sala de clases). La perspectiva de curso vital refleja la comprensión amplia de que la etapa de la vida en la que se encuentran niños y niñas, aspectos de su ambiente físico y social, y eventos vitales a través del tiempo, son todos elementos que contribuyen a su desarrollo físico, psicológico, emocional y cognitivo (Robertson et al., 2015).

En consecuencia, la consideración de los cambios en las necesidades que son propias de distintas etapas del ciclo vital, y la importancia de las etapas de transición y cambio, implican dos aspectos de alta relevancia para el diseño e implementación de iniciativas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, a saber (Robertson et al., 2015):

1. Los puntos de transición, en especial la entrada a la adolescencia, constituyen períodos críticos de vulnerabilidad al consumo de sustancias, por los desafíos de desarrollo y adaptación² que imponen al sujeto (y no porque la adolescencia o juventud constituyan en sí mismas condiciones de riesgo).
2. El diseño de actividades y el contenido de los materiales deben ser apropiados a la etapa de desarrollo en la que se encuentra la persona que recibe los servicios promocionales y preventivos.

2.4 Modelo de curso de vida

El modelo epidemiológico del curso vital es una aproximación interdisciplinaria para el estudio del desarrollo y la salud humana, enfocada en los efectos de largo plazo sobre la salud o sobre el riesgo de enfermedad, de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh et al., 2003). Este modelo incluye el estudio de las trayectorias biológicas, conductuales y psicosociales que operan a través de la vida de las personas, así como a través de distintas generaciones, y que influyen sobre el desarrollo de enfermedades crónicas (Ben-Shlomo, 2002).

Problemas de salud como el consumo problemático de alcohol y otras drogas, se pueden analizar de manera comprehensiva si se consideran las interacciones entre el proceso de desarrollo del individuo y la exposición a factores protectores y de riesgo en distintos niveles del sistema, desde las relaciones e influencias más cercanas y poderosas al interior de la familia hasta los aspectos macrosistémicos

2 El ingreso a la pubertad y adolescencia no sólo incrementa las exigencias que enfrenta el sujeto en los ámbitos social, cognitivo y emocional; además, en el período va aumentando la influencia de entornos fuera de la familia (pares, comunidad, entre otros) que no tienen su mismo potencial protector.

sociales que contribuyen a la exposición a riesgos o a su mitigación (Halfon et al., 2018).

El modelo de curso de vida puede aplicarse también a otros problemas del desarrollo humano, pues la mayor parte de los hitos en salud y en el desarrollo en poblaciones humanas deriva de interacciones causales entre factores contextuales y constitucionales. Lo anterior ayuda a explicar el hecho de que los problemas en el desarrollo de niños y niñas, y su afectación por problemas de salud u otros (como la violencia), se distribuyen de manera no aleatoria en la población, en el espacio, y en el tiempo (Thomas Boyce y Hertzman, 2018).

2.5

Interacciones entre los modelos de ciclo vital y de curso de vida

El análisis de fenómenos tan complejos como el consumo de sustancias en la niñez, requiere capacidad de comprender las interacciones entre procesos relevados por distintos modelos conceptuales. En este ámbito, **consideramos importantes las interacciones que se producen entre los procesos priorizados por los modelos de ciclo vital y de curso de vida.**

El modelo de ciclo vital pone énfasis en el proceso evolutivo del sujeto como persona individual, y en el análisis de los aspectos que inciden en la capacidad de la persona para enfrentar los nuevos desafíos de adaptación que surgen en las distintas etapas de la vida. Por ello, este modelo nos ayuda a comprender los procesos que inciden sobre el consumo de sustancias desde la perspectiva del tiempo y de desarrollo vital.

En complemento, el modelo de curso de vida pone más énfasis en la forma en que interactúan variables individuales y contextuales, las que, en conjunto, contribuyen a determinar los resultados del proceso de desarrollo. Es decir, pone más atención a la interacción de la persona con su entorno, y cómo

variables del entorno (sociales, políticas, culturales, entre otras) afectan su potencial de desarrollo, su salud y su bienestar.

Podemos aplicar las interacciones entre ambos modelos conceptuales para mejorar nuestros análisis de los procesos que inciden en la probabilidad de consumo de sustancias en la niñez. Por ejemplo, desde la perspectiva de ciclo vital, sabemos que la influencia de padres, madres o adultos cuidadores sobre la conducta de niños y niñas va disminuyendo a medida que se vuelven adolescentes; mientras, va aumentando la influencia interpersonal de los pares o amigos como parte del proceso natural de individuación e independencia progresiva.

Asimismo, desde la perspectiva de curso de vida, podemos entender que los cambios en las fuentes de influencia interpersonal pueden tener distintos efectos en función de la calidad protectora del entorno familiar y comunitario. Por ejemplo, en un ambiente familiar y comunitario donde la mayor vinculación con los pares puede darse en entornos protectores, las relaciones de amistad en la adolescencia pueden

llegar a ser la fuente de satisfacciones personales, de experiencias gratificantes, e incluso pueden ser uno de los pilares de la construcción de la propia identidad del adolescente, de su percepción de autoeficacia, y del desarrollo de competencia social y confianza en sí mismo. Sin embargo, **en entornos familiares y comunitarios que no actúan de forma protectora, el aumento de la influencia interpersonal de los pares o amigos puede llegar a convertirse en un potente factor de riesgo, y aumentar la probabilidad de consumo de sustancias.**

El hecho de que los factores protectores y de riesgo predictivos del abuso de sustancias en la adolescencia “existen en múltiples dominios ecológicos (comunidad, escuela, familia, grupos de pares) sugiere que la prevención efectiva debe involucrar una aproximación comprensiva para identificar los factores de mayor relevancia en una comunidad, y seleccionar e implementar las respuestas basadas en evidencia apropiadas a esos factores prioritarios” (Hawkins et al., 2002, p. 955).

2.6

Modelo de factores protectores y de riesgo

La definición de causas específicas, o bien la definición de la cadena causal que representa la secuencia precisa de procesos que conducen al consumo de sustancias en la niñez, no son materias resueltas en el ámbito de la investigación científica (National Institute on Drug Abuse et al., 2016).

Sin embargo, se han identificado diversos **factores de riesgo**, que se definen como cualidades del niño, niña o su ambiente que pueden afectar en forma adversa su trayectoria de desarrollo y aumentar su probabilidad de consumir sustancias, o de otros problemas de conducta (National Institute on Drug Abuse et al., 2016). La Figura 3 presenta algunos de los factores de riesgo más relevantes asociados al consumo de sustancias.

Estudios internacionales reportan que la acumulación temprana de factores de riesgo, tales como la disrupción de la familia, el maltrato y la pobreza, pueden afectar rápidamente aspectos importantes del desempeño de niños y niñas, tales como el rendimiento escolar, entre el 4° y 7° año de educación formal (Ragnarsdottir et al., 2017).

En la misma línea, se ha documentado que el haber vivido experiencias adversas en la infancia, tales como maltrato o exposición a violencia doméstica, se asocia con un efecto acumulativo que compromete la salud de las personas a largo plazo. Una revisión sistemática con meta-análisis de 37 estudios empíricos sobre la materia evidenció que tener antecedentes de 4 o más experiencias adversas tiene una fuerte asociación con el consumo problemático de drogas y conductas violentas interpersonales y autoinfligidas. Estas conductas constituyen a su vez alto riesgo de experiencias adversas en la infancia para la generación siguiente (Hughes et al., 2017).

A medida que niñas y niños se acercan a la adolescencia, va aumentando la relevancia de los pares en términos generales, lo cual deriva en que el contacto con los pares consumidores de sustancias se convierte progresivamente en un factor de riesgo de consumo de sustancias (Sigfúsdóttir et al., 2009). De manera similar, el tiempo libre sin estructura ni supervisión por parte de adultos cuidadores se instaura como un factor de riesgo de consumo de sustancias en población preadolescente y adolescente (Sigfúsdóttir et al., 2009).

Por otra parte, se han identificado **factores protectores**, los que se definen como cualidades de niños y niñas, y de sus ambientes, que promueven el afrontamiento exitoso y la adaptación a situaciones y cambios del ciclo vital. Los factores protectores no son simplemente la ausencia de factores de riesgo; más bien se trata de condiciones que pueden reducir el impacto negativo de los factores de riesgo. Se incluye una breve síntesis en la Figura 4.

Figura 3

Factores de riesgo de consumo de sustancias según etapa



Período prenatal

- Consumo de tabaco de la madre
- Consumo de alcohol de la madre



Período de transición a la escuela

- Problemas de autorregulación del niño o niña que inducen frustración y atención negativa (sancionadora) de los pares y equipos educadores
- Falta de estructura en el ambiente escolar



Primera infancia

- Temperamento difícil (problemas de autorregulación)
- Apego inseguro
- Conducta agresiva descontrolada



En cualquier período del desarrollo

- Estrés crónico producido por la pobreza
- Problemas de salud mental, enfermedades o maltrato
- Consumo de drogas del padre, madre o cuidadores adultos



Período preescolar

- Poca preparación para el ambiente escolar (no saber colores o números, no saber contar, estar en desventaja respecto de los compañeros de preescolar)

Figura 4

Factores protectores de consumo de sustancias según etapa**Período prenatal**

- Buena nutrición de la madre

**Período de transición a la escuela**

- Buena preparación para el entorno escolar mediante el manejo de conceptos básicos como los colores, números, letras y prelectura

**Primera infancia**

- Madre y padre altamente responsivos hacia sus hijos e hijas
- Apego seguro

**Durante el proceso de crianza**

- Habilidades para una crianza cálida, consistente, con expectativas de conducta adecuadas a la edad, que halaga los logros, con rutinas y reglas consistentes

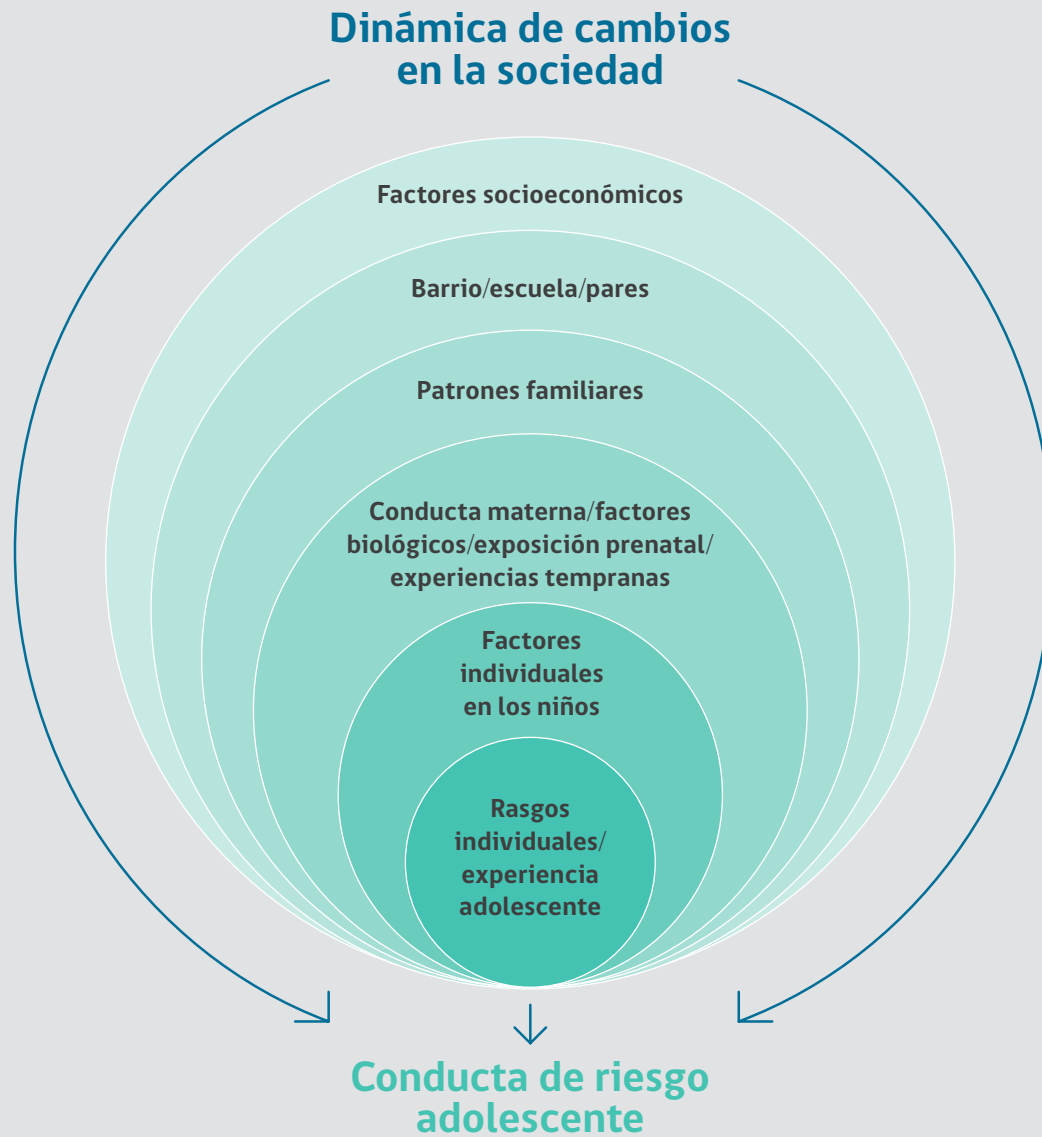
**Período preescolar**

- Mayor control de la propia conducta
- Mayor nivel de competencia social y emocional

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5

Modelo teórico de factores que inciden en conductas de riesgo



Fuente: Bozzini et al. et al. (2021).

2.7

Factores comunitarios

Los factores protectores y de riesgo no se limitan a los microsistemas familiar y escolar, sino que también pueden encontrarse a nivel de mesosistema, en el ámbito comunitario. En este nivel, entre los factores de riesgo comunitarios más destacados por la literatura, se encuentran la desorganización social, el bajo nivel de capital social, y el bajo nivel de movilización comunitaria (Ford et al., 2017; Hays et al., 2003).

Desorganización social

De acuerdo con postulados teóricos formulados a mediados del siglo XX, la organización social comunitaria puede verse afectada por tres factores estructurales: el bajo estatus económico, la heterogeneidad étnica, y la movilidad residencial. Las disrupciones del funcionamiento social de la comunidad causados por estos factores pueden derivar en la aparición de problemas como la criminalidad y la delincuencia (Sampson y Groves, 1989) y aumentar la probabilidad de consumo de sustancias en adolescentes (Ford et al., 2017). La desorganización social resultante se define como la incapacidad de la estructura comunitaria para reconocer valores comunes y mantener controles sociales efectivos,

tales como la realización de actividades estructuradas o la supervisión de niños, niñas y adolescentes por parte de la comunidad (Bursik, 1988).

Desde el punto de vista empírico, las dimensiones estructurales de la desorganización social comunitaria pueden medirse en términos de prevalencia e interdependencia de redes sociales en la comunidad (participación formal e informal), y en el tiempo de supervisión colectiva que la comunidad dirige hacia problemas locales, tales como el consumo de sustancias, entre otros (Sampson y Groves, 1989).

La existencia de ciertas barreras estructurales, como las ya mencionadas, supondrían un impedimento para la formación de vínculos formales e informales, y, a su vez, la falta de estos vínculos determinaría una incapacidad para resolver problemas que afectan al conjunto de la comunidad. La falta de supervisión de los adolescentes en la comunidad facilitaría tanto el tráfico como el consumo de alcohol y otras drogas.

La teoría de la desorganización social fue testeada empíricamente en Inglaterra a fines de la década de 1980, evidenciando que las comunidades caracterizadas por escasas redes de amistad, grupos de adolescentes

no supervisados, y baja participación organizada, tienden a mostrar niveles mayores de problemas sociales a nivel local (Sampson y Groves, 1989).

Capital social

La noción de capital social, desde una perspectiva sociológica enfocada en relaciones de poder y en el conflicto social (Capdevielle, 2014), puede definirse como un “ensamblaje de recursos actuales o potenciales, vinculados a una red de relaciones más o menos institucionalizadas de interconocimiento e inter-reconocimiento; es decir, a la pertenencia a un grupo (...) que está unido por lazos permanentes y útiles” (Bourdieu, 1980, p. 2).

Desde una perspectiva más orientada a la funcionalidad de las relaciones sociales, “el capital social se refiere a características de organización social, tales como la confianza, las normas [de reciprocidad], y las redes, que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad al facilitar acciones coordinadas” (Putnam et al., 1994, p. 167).

La premisa central del capital social es que las redes sociales tienen valor. El capital social se refiere al valor

colectivo de todas las redes sociales (las personas que conocemos), y de las inclinaciones que surgen de dichas redes para hacer cosas por los demás (normas de reciprocidad). El capital social no sólo enfatiza el apoyo emocional y la calidez, sino un amplio rango de beneficios específicos que fluyen en virtud de la confianza, la reciprocidad, la información, y la cooperación asociada con las redes sociales. De esta forma, el capital social crea valor para las personas conectadas a las redes (Putnam, 2020).

El capital social fluye a través de distintos canales (Putnam, 2020):

- Flujos de información: acceso a información sobre puestos de trabajo, intercambio de ideas.
- Normas de reciprocidad o ayuda mutua: las redes de vínculos que conectan a personas similares sostienen reciprocidad particular intragrupal, mientras que los puentes que conectan individuos diversos sostienen reciprocidad generalizada.
- La acción colectiva depende de las redes sociales, aunque la acción colectiva también puede generar nuevas redes.

- Las redes sociales promueven identidades más amplias y solidaridad, ayudando a traducir la “mentalidad yo” por una “mentalidad nosotros”.

La creación y la activación de capital social pueden contribuir a reducir el nivel de desorganización de la comunidad. A su vez, este proceso aporta a la reducción de un importante factor de riesgo comunitario, y al **desarrollo de capacidades protectoras; esto último se manifiesta en el sentido de mejorar la competencia de la comunidad para monitorear y supervisar a sus niños, niñas y adolescentes, y de proponerles actividades estructuradas para que el uso del tiempo libre esté alineado con los propósitos de cautelar su salud y bienestar.**

Mobilización comunitaria

La movilización comunitaria se refiere a los esfuerzos para involucrar a los miembros de la comunidad en actividades que van desde definir las necesidades de prevención (identificar problemas o evaluar necesidades o participar del diseño de programas) hasta obtener el apoyo de la comunidad para aplicar un programa de prevención prediseñado. En complemento, la organización comunitaria se ha definido como la activación de la comunidad para

usar sus propias estructuras sociales y sus recursos disponibles, internos y externos, para cumplir con sus objetivos (Treno y Holder, 1997).

Las actividades basadas en la movilización comunitaria deben tener en consideración que las comunidades son robustas, en el sentido de que están conformadas por colectivos sociales y económicos fuertes que podrían, eventualmente, resistir los esfuerzos de entidades externas por modificar los arreglos preexistentes. En virtud de ello, los programas de prevención comunitaria suelen funcionar mientras reciben financiamiento, pero tras el término de la asignación de recursos, la comunidad tiende a volver a su arreglo de funcionamiento natural previo. Por esta razón, **es importante que las intervenciones comunitarias incluyan a las instituciones y organizaciones locales. Mientras más liderazgos locales y organizaciones se suman a los esfuerzos de prevención, se obtendrá información más precisa sobre las necesidades y prioridades de la comunidad, y sobre su diversidad cultural** (Treno y Holder, 1997).

Las organizaciones e instituciones comunitarias tienen sus propios intereses, los cuales tienen precedencia frente a acciones externas para la prevención del consumo de sustancias. En consecuencia, es importante que los objetivos de los programas de prevención

se encuentren correctamente alineados con los objetivos e intereses de los actores comunitarios (Treno y Holder, 1997).

En términos operacionales, se ha definido la movilización comunitaria en función de una serie de dominios que incluyen la existencia de preocupaciones compartidas, la conciencia crítica, el liderazgo local, la acción colectiva, la cohesión social, las organizaciones y redes locales, y el nivel de control social (Lippman et al., 2016).

Aplicar programas de prevención del consumo de sustancias a escala territorial requiere la efectiva movilización de varios sectores de las comunidades que apoyen la implementación generalizada de estrategias de prevención efectivas. La focalización eficaz de estrategias de prevención probadas requiere métodos para evaluar y priorizar factores protectores y de riesgo específicos en áreas comunitarias locales, y parrear intervenciones efectivas con esas prioridades (Hawkins et al., 2002).

Figura 6**Modelo de movilización comunitaria aplicado a la gestión de proyectos locales****Modelo conceptual de proyectos de movilización comunitaria**

Fuente: Treno y Holder (1997).

2.8

Pilares del sistema de prevención

La *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030* incluye un componente de prevención basado en cuatro pilares fundamentales, que deben tenerse en consideración en el desarrollo de programas preventivos con niños, niñas y adolescentes. Estos pilares son (SENDA, 2021a):

1. La familia
2. La escuela
3. El tiempo libre
4. El grupo de pares

Los pilares familia, escuela y pares constituyen microsistemas importantes en el desarrollo de niños, niñas y adolescentes, con los cuales ellos interactúan y sirven de contexto para el aprendizaje de conductas y actitudes que pueden ser consistentes (o no) con el

cuidado de la salud y el bienestar. El pilar tiempo libre no es un microsistema en sí mismo, sino que refiere a la necesidad de estructurar y supervisar las actividades de tiempo libre para que estas se conviertan en factores protectores y evitar situaciones de riesgo potencial (Sigfúsdóttir et al., 2009).

Como se aprecia en la Tabla 1, el Programa Elige Vivir Sin Drogas está diseñado para contribuir a la prevención del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes, en los pilares escuela, tiempo libre, pares y familia. Para ese efecto, enfoca sus intervenciones en el microsistema de relaciones de pares, y en el mesosistema comunitario, tanto en su expresión territorial (el barrio) como a través de comunidades virtuales que se articulan a través de internet o redes sociales.

Tabla 1**Elementos de complementariedad de programas preventivos SENDA**

	Programa Elige Vivir Sin Drogas	Programa PrePARA2	Programa Parentalidad
Micro/meso sistemas primarios en que se interviene	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela • Comunidad • Pares 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela • Pares 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia
Micro/meso sistema secundario	<ul style="list-style-type: none"> • Familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Pares • Tiempo Libre
Lugar físico donde se realiza la intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela • Centros o instalaciones comunitarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela 	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda de la familia
Pilares que aborda	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela • Tiempo libre • Pares • Familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Escuela • Pares • Familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Pares • Tiempo libre

	Programa Elige Vivir Sin Drogas	Programa PrePARA2	Programa Parentalidad
Factores de riesgo que aborda	<ul style="list-style-type: none"> • Pares consumen drogas • Transgresión hacia la norma social • Hacer la cimarra • Pasar tiempo fuera de casa de noche • Pares buscan peleas • Desapego a las normas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pares consumen drogas • Transgresión hacia la norma social • Hacer la cimarra • Rendimiento académico • Ejerce violencia contra otros • Pares buscan peleas • Pensamiento/intento suicida 	<ul style="list-style-type: none"> • Pares consumen drogas • Transgresión hacia la norma social • Hacer la cimarra • Pasar tiempo fuera de casa de noche • Familia/amigos consumen tabaco • Desconocimiento de actividades fuera de casa o de noche • Ejerce violencia contra otros • Pares buscan peleas • Familia desconoce grupo de pares • Pares participan en delitos
Factores protectores que aborda	<ul style="list-style-type: none"> • Desaprobación parental del uso de drogas • Pasar toda la noche en casa • Tiempo compartido con los padres • Presencia de vínculo barrial 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaprobación parental del uso de drogas • Tiempo compartido con los padres 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaprobación parental del uso de drogas • Pasar toda la noche en casa • Tiempo compartido con los padres

Fuente: Elaboración propia.

Considerando el alcance de nombres, es importante precisar la diferencia entre el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas y el programa del mismo nombre que se acaba de describir: mientras el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas (Plan EVSD) representa el marco que agrupa y estructura en sus pilares toda la oferta preventiva ejecutada por el SENDA, el Programa Elige Vivir Sin Drogas es parte acotada de la oferta preventiva institucional y cuenta con dos componentes de intervención.



3.

Evidencia científica sobre el diseño del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas

3.1 Correlatos del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes	51
3.2 Problemas asociados al consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes	63
3.3 Evidencia de intervenciones para prevenir el consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes	67
3.4 Moduladores de las intervenciones preventivas	73

3.1

Correlatos del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes

Evidencia internacional

Una revisión sistemática reciente sobre factores de riesgo asociados a múltiples tipos de conductas de riesgo en la adolescencia, logró identificar factores de riesgo distales (que producen efecto en el adolescente antes de cumplir 6 años de edad) y proximales (que producen efecto entre los 6 años de edad y el inicio de la adolescencia) asociados al consumo de alcohol y otras drogas (Bozzini et al., 2021).

Los factores protectores y de riesgo de consumo de alcohol adolescente se reseñan en la Figura 7. Dentro de estos factores, hay que tener especial consideración por los problemas previos de conducta, debido a que predicen el inicio de consumo de alcohol entre los 11 y 13 años de edad (Bozzini et al., 2021).

En cuanto al consumo de alcohol de riesgo o *binge drinking* (consumo de grandes cantidades de alcohol en breves períodos de tiempo) resaltan como factores

de riesgo el ser víctima de acoso escolar (*bullying*), la pubertad temprana, y la baja participación en actividades deportivas (Bozzini et al., 2021). Los factores protectores contra el consumo de alcohol de riesgo incluyen el alto estatus socioeconómico y el estilo parental autoritario (Bozzini et al., 2021).

Respecto al consumo de marihuana, no se identificaron factores de riesgo distales documentados en la literatura. Los factores de riesgo proximales de consumo de marihuana en la adolescencia incluyen el conocer palabras informales (*slang*) para referirse al cannabis, tener antecedentes de consumo de tabaco (en especial antes de los 11 años), antecedentes de consumo de alcohol, conducta antisocial, intención de usar drogas, tener amigos que consumen drogas, pasar tiempo libre en locales de consumo de alcohol, y bajo monitoreo parental (Bozzini et al., 2021).

Los factores de riesgo de consumo de múltiples sustancias (cocaína, alcohol y cannabis) incluyen el tener antecedentes de problemas de conducta y la pubertad temprana (Bozzini et al., 2021).

Se ha documentado que el estrés socioemocional en la adolescencia también constituye un factor predictor de consumo subsecuente de alcohol y marihuana (Benner y Wang, 2015).

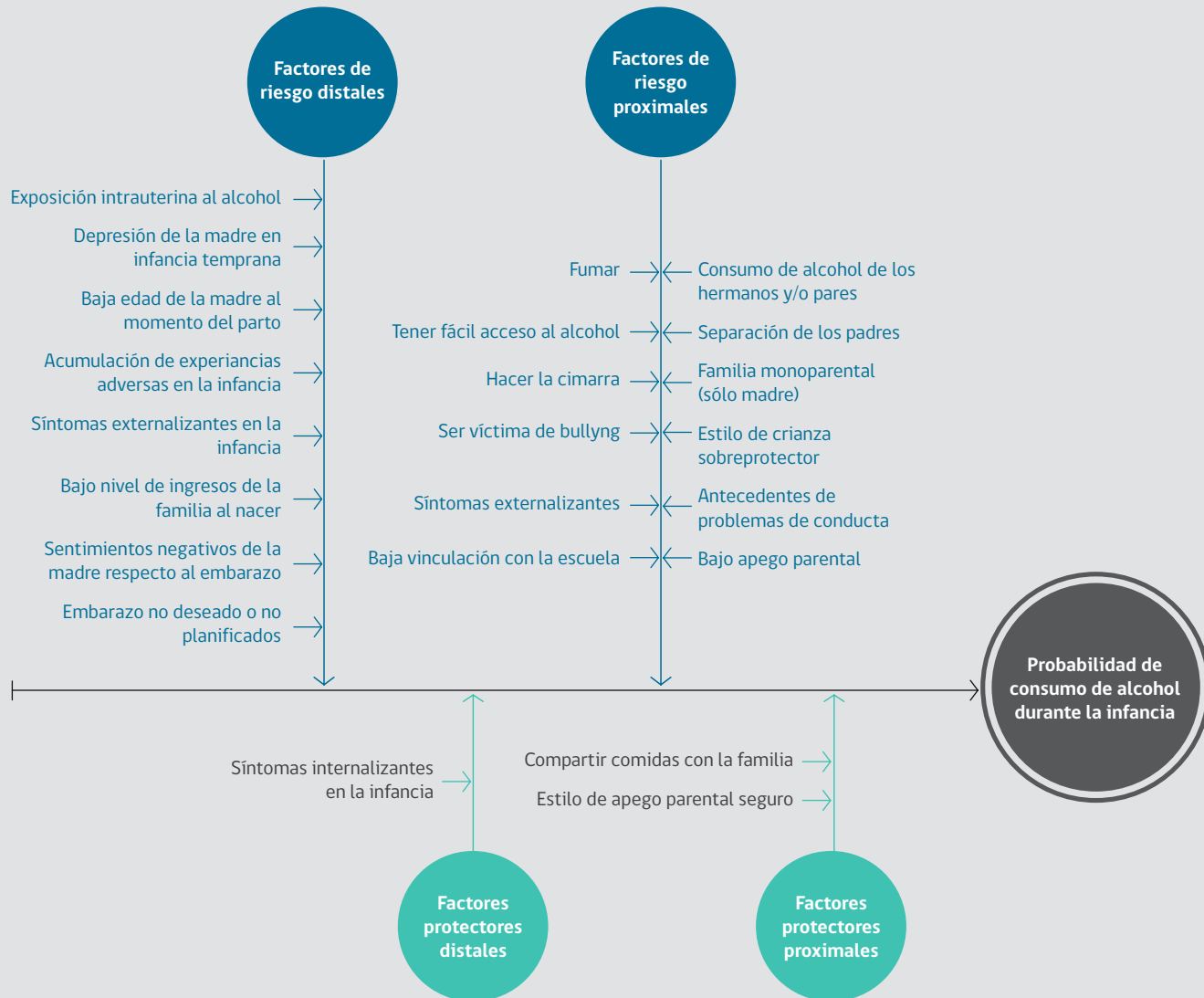
Otro modelo de factores protectores y de riesgo de consumo de sustancias en la adolescencia, fue desarrollado como parte del proceso de diseño del programa preventivo “Comunidades que se

cuidan” (CTC). Este programa utiliza un instrumento estandarizado para valorar factores protectores y de riesgo, basado en la significación estadística de estos factores en tanto predictores de las conductas subsecuentes de consumo de sustancias (Briney et al., 2012). En la Figura 8 (Briney et al., 2012) se muestra el listado de factores protectores y de riesgo del consumo de sustancias en la adolescencia utilizado por el programa CTC.

Las siguientes figuras grafican el efecto de cada factor protector o de riesgo sobre distintos problemas de consumo.

Figura 7

Factores que inciden en el consumo de alcohol adolescente



Fuente: Bozzini et al. (2021).

Figura 8**Factores protectores y de riesgo de consumo de sustancias**

- Amigos que consumen drogas
- Amigos que cometen conductas antisociales
- Actitudes favorables al consumo de drogas
- Actitudes favorables hacia la conducta antisocial
- Rebeldía (resistencia a adultos cuidadores)
- Recibir recompensas por el involucramiento antisocial
- Intención de consumir drogas
- Fracaso académico
- Bajo compromiso con la escuela
- Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial
- Actitudes parentales favorables al consumo de drogas
- Antecedentes familiares de conducta antisocial
- Poco involucramiento con la familia
- Percepción de disponibilidad de drogas en la comunidad
- Leyes y normas favorables al consumo de drogas
- Desorganización comunitaria

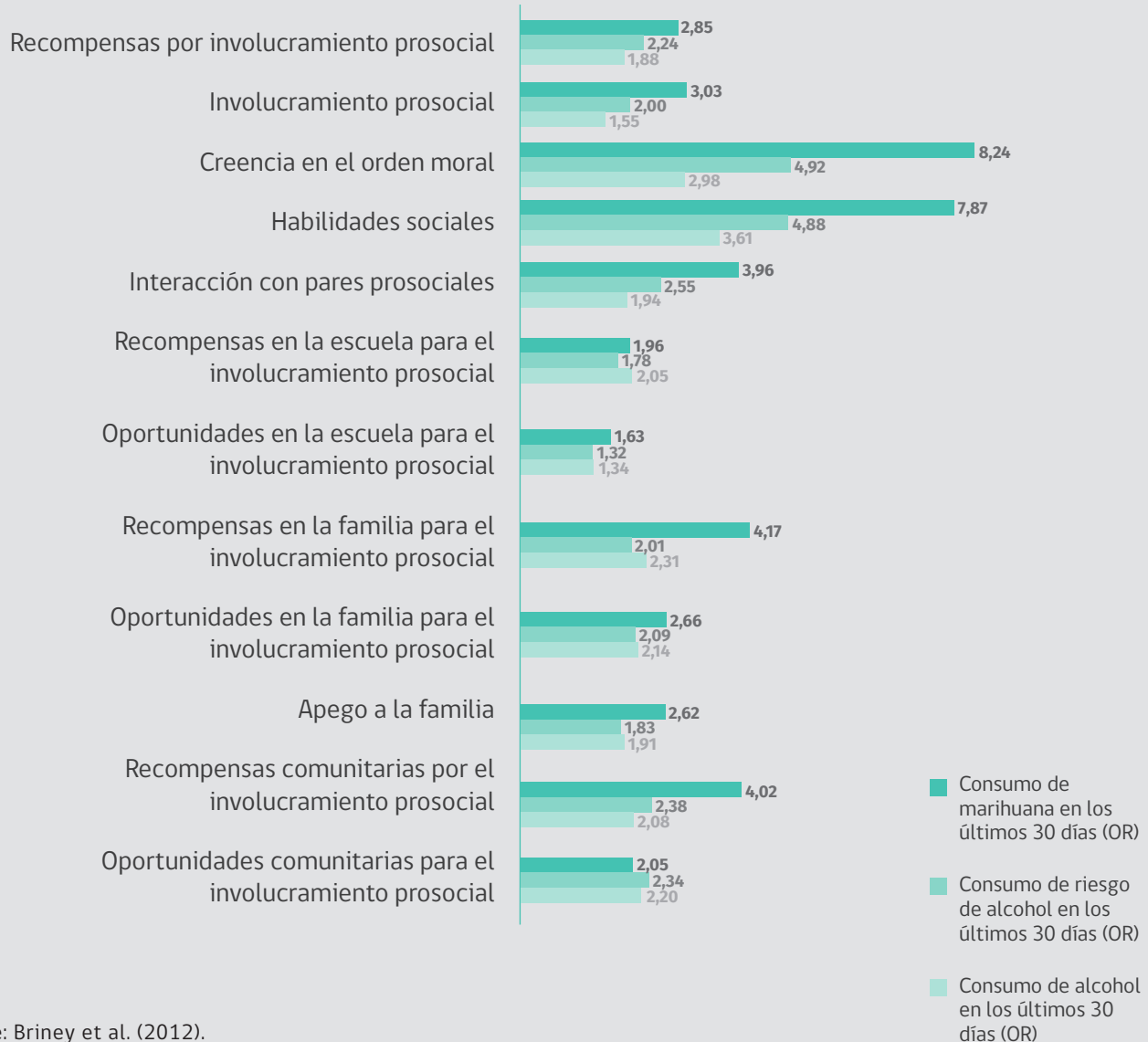


- Involucramiento en actividades prosociales
- Recibir recompensas por involucrarse en actividades prosociales
- Interacción con pares prosociales
- Creencias en el orden moral
- Tener habilidades sociales
- Tener oportunidades de involucramiento prosocial en la escuela
- Recibir recompensas por actividades prosociales en la escuela
- Tener oportunidades de actividades prosociales en la familia
- Recibir recompensas por actividades prosociales en la familia
- Apego a la familia
- Tener oportunidades de actividades prosociales en la comunidad
- Recibir recompensas por actividades prosociales en la comunidad

Fuente: Briney et al. (2012).

Figura 9

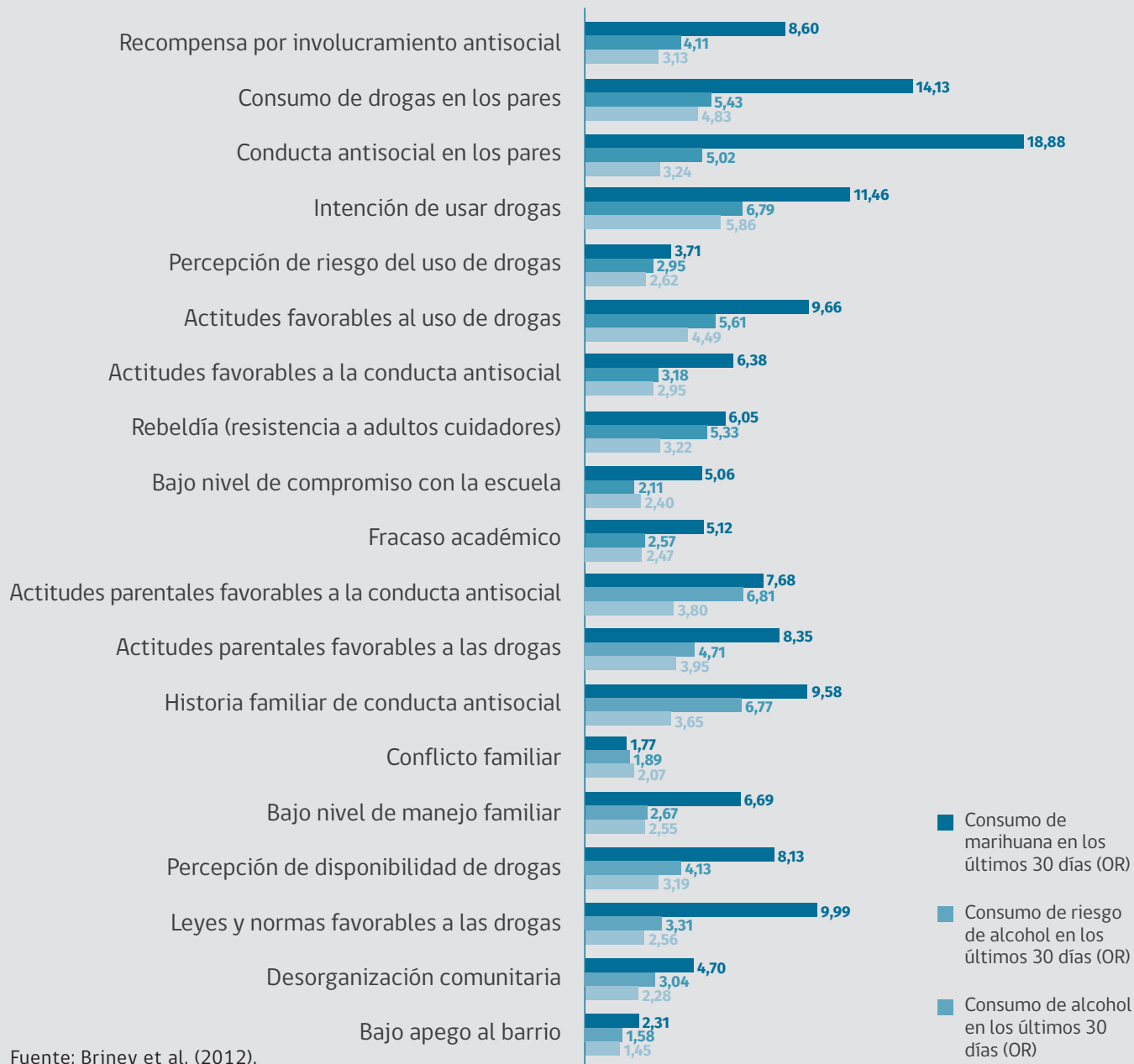
Tamaño de efecto de factores protectores



Fuente: Briney et al. (2012).

Figura 10

Tamaño de efecto de factores de riesgo



Fuente: Briney et al. (2012).

En el ámbito comunitario, una investigación desarrolló modelos de regresión logística binaria a partir de los datos de la encuesta nacional de hogares sobre abuso de drogas en Estados Unidos, para explorar la relación entre las características de los barrios y el abuso de drogas de prescripción médica en niños, niñas y adolescentes de 12 a 17 años de edad, residentes en los barrios.

Los resultados muestran que las características de los barrios se asocian con el mal uso de drogas de prescripción médica y de opiáceos de prescripción médica. Los adolescentes que viven en barrios que sufren desorganización social o con menores niveles de capital social, se muestran más propensos a reportar el abuso de estas sustancias. Los adolescentes con mayores niveles de participación social también tienden a reportar mayor mal uso de drogas de prescripción médica (Ford et al., 2017).

Evidencia nacional

El SENDA desarrolló un modelo estadístico multivariable para determinar los principales factores de riesgo y de protección en niños, niñas y adolescentes chilenos, a partir de los resultados de la encuesta “Juventud y Bienestar” implementada durante el año 2019 en 46 comunas de Chile en el marco del Plan Elige Vivir Sin Drogas.

La encuesta fue autoaplicada a una muestra por conveniencia de 2º Medio de 1.275 colegios de 46 comunas, con 85.907 encuestas completadas y una tasa de respuesta del 79%. La variable dependiente fue consumo de drogas con dos niveles de riesgo, que se definen operacionalmente a continuación:

1. Consumo de riesgo alto

Incluye a todos los casos que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

- > Emborracharse 3 o más veces en los últimos 30 días.
- > Usar cannabis 10 o más veces alguna vez en la vida.
- > Usar LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína alguna vez en la vida.

2. Consumo de riesgo bajo

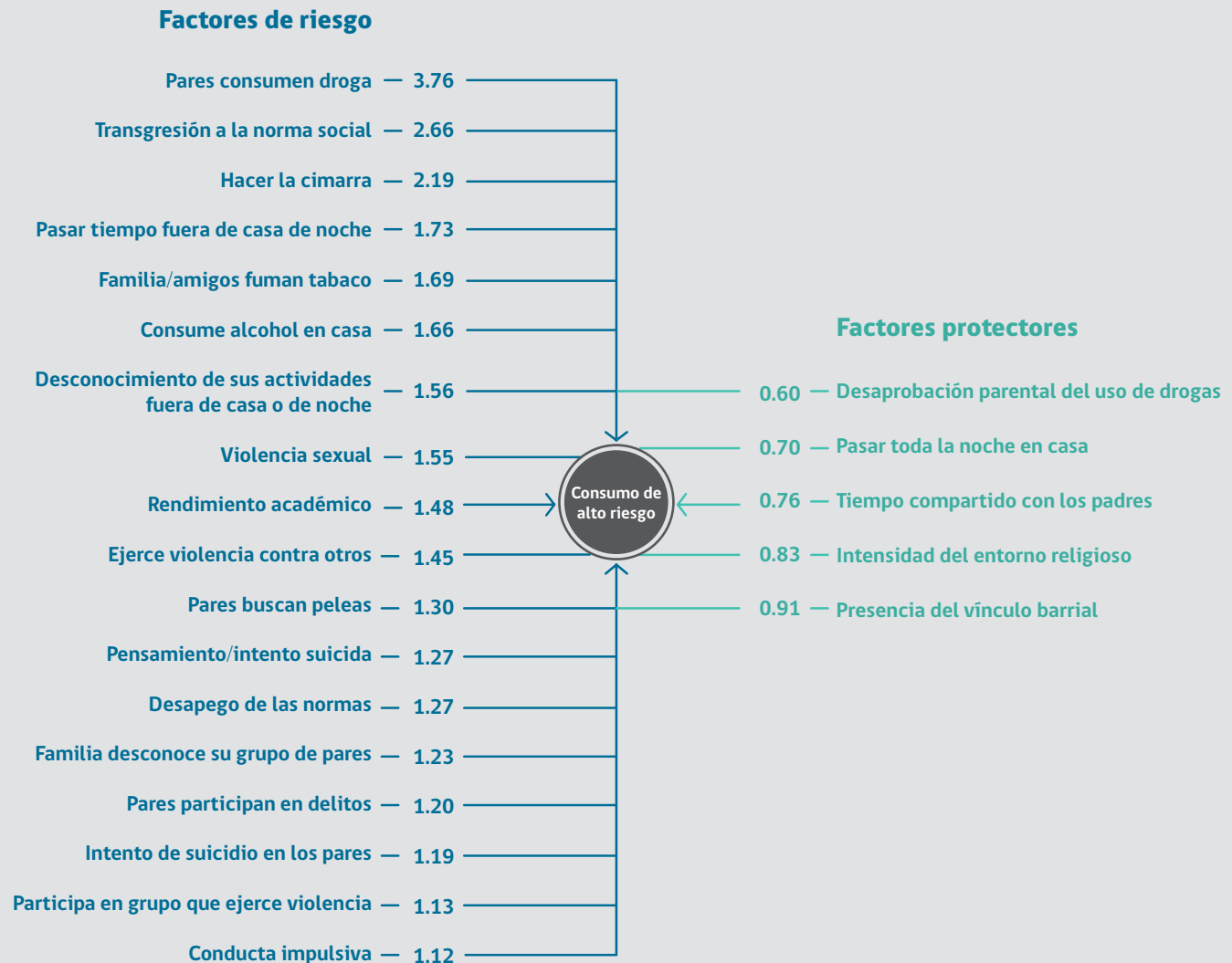
Incluye a todos los casos que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

- > Emborracharse 1 o 2 veces en los últimos 30 días.
- > Haber consumido cannabis 9 veces o menos en la vida.
- > No haber usado nunca en la vida LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína.

De acuerdo con el modelamiento desarrollado, 11.981 (14,64%) casos entran en la categoría de consumo de riesgo alto, mientras 69.841 (85,36%) casos entran en la categoría de riesgo bajo. Los factores que tienen mayor influencia sobre la probabilidad que un niño, niña o adolescente entre en la categoría de consumo de alto riesgo, se reseñan en la Figura 11. Las cifras que se incluyen en las líneas conectoras representan el *odds ratio* de cada factor.

El detalle de *odds ratio* permite identificar las diferencias en el tamaño de efecto que tienen distintos factores, respecto de la probabilidad de consumo de riesgo en adolescentes. El tamaño de efecto sirve como un criterio para priorizar las variables que tienen mayor incidencia sobre la prevalencia de consumo, lo cual facilita la gestión estratégica de los programas de prevención del consumo de sustancias.

Figura 11
Factores de riesgo y protectores en Chile*



Fuente: Elaboración propia.

* Los valores en las líneas conectoras representan *odds ratio*.

Síntesis de correlatos del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes

Grupo de pares

La evidencia revisada es consistente en otorgar un alto nivel de relevancia a los factores de riesgo relacionados con la asociación a grupos de pares. La probabilidad de consumo de alcohol u otras drogas se incrementa significativamente cuando los pares consumen alcohol (Bozzini et al., 2021), consumen drogas, o participan en conductas antisociales (Briney et al., 2012). Los datos obtenidos en Chile muestran que el factor de riesgo más relevante es la asociación a pares consumidores de drogas ($OR^3=3,76$).

El trabajo preventivo en el ámbito de la asociación a pares puede desarrollarse en las escuelas, pero en dicho microsistema la mayor parte del tiempo se encuentra estructurada en actividades lectivas y pedagógicas. En consecuencia, existen mayores oportunidades de realizar intervenciones preventivas en el ámbito de la configuración de redes de pares en instancias de uso estructurado del tiempo libre en la comunidad. La constatación de este hecho constituye una oportunidad de intervención que aporta potencial preventivo a las actividades del Programa Elige Vivir Sin Drogas.

Habilidades y competencias individuales

Los estudios empíricos sobre factores protectores y de riesgo identifican una serie de habilidades, competencias y conductas individuales que se asocian con la probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes. Entre estos factores destacan la intención de consumo de sustancias y las actitudes favorables al consumo de sustancias. También destacan como poderosos factores protectores la creencia en el orden moral y las habilidades sociales (Briney et al., 2012). Los datos chilenos refieren que la transgresión de normas sociales ($OR=2,66$), hacer la cimarra ($OR=2,19$) y pasar tiempo fuera de casa en las noches ($OR=1,73$) son factores de riesgo relevantes.

La identificación de estos factores permite dirigir el contenido de las intervenciones preventivas hacia el desarrollo de habilidades, competencias, actitudes y conductas incompatibles con el riesgo de consumo y que, en lugar de ello, sean consistentes con la promoción y el cuidado de la salud y el bienestar. Estos contenidos pueden abordarse en el Programa Elige Vivir Sin Drogas, entregándose directamente a niños, niñas y adolescentes en el marco de actividades grupales o colectivas de uso estructurado del tiempo libre en el entorno comunitario,

y a padres, madres y cuidadores adultos en general, a través de actividades colectivas presenciales o de plataformas de redes sociales.

Familia

La evidencia aporta información sobre una amplia gama de factores de riesgo distales y proximales de la probabilidad de consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes. Algunos de estos factores refieren a la historia de vida de los niños y sus familias, y no son susceptibles de modificación sino a través de cambio en dinámicas macrosociales. Sin embargo, muchos factores protectores y de riesgo familiares corresponden a competencias, actitudes y conductas contingentes, que la familia puede desarrollar o cambiar en el corto plazo, y que tienen un gran potencial preventivo.

Entre los factores familiares más relevantes, y que son susceptibles de intervención preventiva, se encuentran el reforzamiento (recompensa) del involucramiento de niños y niñas en actividades prosociales en el ambiente familiar (OR=4,17), las actitudes parentales hacia el consumo de drogas (OR=8,35) y hacia las conductas antisociales (OR=7,68), y los problemas de manejo familiar y supervisión (OR=6,69).

Las intervenciones del Programa Elige Vivir Sin Drogas pueden diseñar sus contenidos para incidir en estos factores familiares contingentes, susceptibles de cambio en el corto plazo, y con gran potencial preventivo.

Comunidad

En el mesosistema comunitario, el Programa Elige Vivir Sin Drogas puede impulsar la conformación de coaliciones comunitarias para la construcción de una cultura orientada al cuidado y promoción de la salud y el bienestar. En una cultura local de este tipo, se desarrollan normas informales de intolerancia hacia las conductas de riesgo, que ofrecen reconocimiento (recompensa) a los miembros de la comunidad que se involucran en actividades prosociales alineadas con la promoción de la salud (OR=4,02). En este sentido, la intervención comunitaria podría contribuir también a la reducción de riesgos comunitarios relevantes, tales como las normas sociales favorables al consumo de drogas (OR=9,99) y la desorganización comunitaria (OR=4,70).

3.2

Problemas asociados al consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes⁴

Daño neurológico

El consumo de alcohol de riesgo se ha asociado sistemáticamente con áreas más delgadas y de menor volumen en la corteza cerebral prefrontal y regiones cerebelares, además de desarrollo atenuado en la materia blanca. Se estima que estas afectaciones negativas en el desarrollo cerebral se asocian a los efectos neurotóxicos del consumo de alcohol en grandes cantidades (Cservenka y Brumback, 2017).

Estudios realizados a través de la técnica de resonancia magnética funcional (fMRI) en adolescentes, muestran que el consumo de riesgo de alcohol frecuente se asocia con "la reducción del volumen de materia gris en distintas regiones del cerebro. Las áreas típicamente afectadas incluyen porciones de la corteza frontal, parietal y temporal, además de regiones límbicas como el hipocampo y el cerebelo" (Spear, 2018, p. 204).

El consumo de alcohol excesivo o de riesgo (*binge drinking*) en la adolescencia se asocia con reducción en el desempeño en aprendizaje verbal, en tareas de memoria de corto plazo, y con deficiencias en los ámbitos de la atención, la aritmética y la memoria verbal (Spear, 2018). También, se ha documentado que los efectos neurológicos de las drogas pueden afectar significativamente la memoria y los mecanismos de inhibición que ayudan a los adolescentes a evitar conductas de riesgo (Infante et al., 2020; Kim-Spoon et al., 2017).

El inicio de consumo de sustancias en la adolescencia tiene un potencial de deterioro de capacidades cognitivas significativamente mayor en mujeres, comparadas con hombres de la misma edad, de manera que las adolescentes se ven más expuestas a

4 Hemos limitado el contenido de esta sección a los efectos del consumo de sustancias que se manifiestan a corto y mediano plazo, omitiendo información relativa a efectos de largo plazo que se pueden producir después de la adolescencia. Para lectores interesados en efectos de largo plazo, invitamos a revisar los anexos de la *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030*. Ver <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>

afectaciones en su desempeño académico por efecto del consumo de sustancias (Noorbakhsh et al., 2020).

Pérdida de años de vida por muerte prematura o discapacidades

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, el factor de riesgo que genera mayor afectación en términos de años de vida ajustados por discapacidad⁵ en la población global de 10 a 24 años de edad, es el consumo de alcohol que, como factor de riesgo único, explica el 7% de la pérdida total. Este dato es consistente con el hallazgo de que la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad en personas de 10 a 24 años, son los trastornos neuropsiquiátricos, los que explican el 45% de la pérdida total en el mundo (Gore et al., 2011).

Ideación suicida e intentos de suicidio

El análisis de una muestra de 10.745 adolescentes de 14 a 18 años de edad (50,9% hombres) en Estados Unidos, reveló que, en general, 17% de los adolescentes había experimentado ideación suicida en los 12 meses previos a ser encuestados, y que el 15,6% había iniciado el consumo de alcohol antes de cumplir 13 años de edad. Los adolescentes que comenzaron el consumo de alcohol antes de los 13 años de edad, tienen 1,60 veces mayor probabilidad de experimentar ideación suicida, mientras quienes inician el consumo de alcohol a los 13 años tienen 1,47 veces mayor probabilidad de ideación suicida (Baiden et al., 2019).

5 Se refiere a un indicador que combina la pérdida de años de vida por mortalidad prematura y la pérdida de años de vida por discapacidades derivadas de enfermedades o lesiones.

Una revisión sistemática con meta-análisis de 11 estudios empíricos, que en conjunto abarcan a 23.317 casos, identificó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes y adultos jóvenes, con el desarrollo de trastornos depresivos (OR=1.37), ideación suicida (OR=1.50) e intentos de suicidio (OR=3.46). No se encontró asociación significativa entre consumo de marihuana en esta población y el desarrollo de trastornos ansiosos. Expertos concluyen que, aunque estas asociaciones a nivel individual producen aumentos de riesgo de pequeño a moderado, podrían indicar que “la alta prevalencia de adolescentes consumiendo cannabis genera un gran número de jóvenes que podrían desarrollar depresión y suicidio atribuible a la cannabis” (Gobbi et al., 2019, p. 426).

Finalmente, una revisión de 12 investigaciones científicas publicadas entre 1990 y 2019 sobre la relación entre consumo de cannabis y riesgo suicida en adolescentes, logró documentar una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de esta droga y mayor probabilidad de ideación suicida, intentos de suicidio, y conductas suicidas (Schmidt et al., 2020).

Conductas sexuales de riesgo

El consumo de alcohol se asocia con mayor intensidad de involucrarse en conductas sexuales de riesgo, como la práctica de relaciones sexuales sin protección (Scott-Sheldon et al., 2016).

Conducir vehículos motorizados bajo la influencia de sustancias y accidentes de tránsito

Existe evidencia empírica respecto a que el uso simultáneo de alcohol y marihuana en adolescentes y jóvenes, se asocia significativamente con mayores probabilidades de conducir vehículos motorizados bajo la influencia del alcohol, o ser acompañante de otra persona mientras conduce vehículos motorizados bajo la influencia del alcohol (Lipperman-Kreda et al., 2017; Yurasek et al., 2017).

En complemento, un estudio preliminar reciente, basado en el método de diferencias en diferencias⁶, exploró los datos disponibles sobre accidentes de tránsito con consecuencias fatales en ciudades de Estados Unidos que forman parte de jurisdicciones que legalizaron el consumo de marihuana. El resultado observado es un aumento de 13% en los accidentes

6 El método de diferencias en diferencias no permite hacer inferencias sobre relaciones de causalidad.

de tránsito con consecuencias fatales que involucran a conductores varones de 15 a 24 años de edad⁷, tras la legalización del consumo de cannabis. Este efecto fue inmediato, y más fuerte en las noches de fin de semana. Este efecto no se observó en conductoras de cualquier edad, ni en conductores mayores de 24 años (Cook et al., 2020).

Trastornos del sueño

El consumo de alcohol y marihuana durante la adolescencia se asocia con problemas en la calidad del sueño a contar del inicio de la vida adulta, a los 18 años de edad (Ogeil et al., 2019).

Conducta violenta

Existe evidencia empírica respecto a la asociación entre el consumo de alcohol y cocaína, con mayores probabilidades de involucramiento en conductas violentas, o incluso delictivas, en adolescentes y jóvenes de 16 a 25 años de edad (Hohl et al., 2017; Lightowlers y Sumnall, 2014).

Un meta-análisis de correlatos de la violencia juvenil (entre los 10 y 29 años de edad) en países de ingresos bajos y medios identificó 86 investigaciones que, en

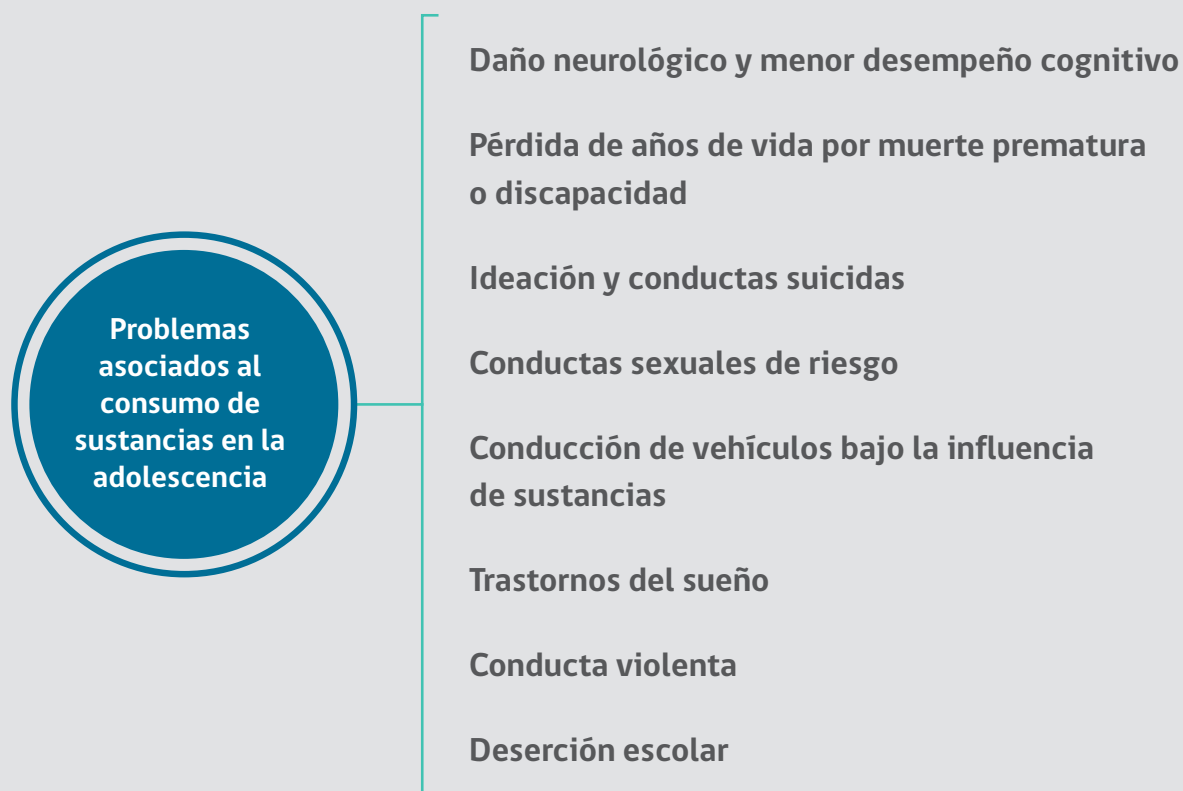
conjunto, abarcan 480.898 individuos de 60 países. Entre los hallazgos de esta investigación se reporta que el comportamiento violento en la juventud está asociado significativamente con el consumo de tabaco (OR=2.95), el consumo de alcohol (OR=2.61), y el consumo de drogas ilícitas (OR=3.82) (Ribera et al., 2019).

Deserción escolar

Una revisión sistemática de literatura científica publicada entre los años 1990 y 2006 identificó 46 artículos relativos a la asociación entre consumo de sustancias en la adolescencia y deserción escolar. Los hallazgos de esta revisión permiten concluir la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre consumo de sustancias como el alcohol o la marihuana, y la probabilidad de deserción escolar (Townsend et al., 2007).

Otro estudio empírico asoció el consumo intensivo de marihuana en la adolescencia, con mayores probabilidades de deserción escolar en el corto plazo, y con mayores riesgos de efectos psicosociales negativos a mediano plazo, como el tener menores ingresos y más problemas de salud mental (Green et al., 2017).

7 Ratio de incidencia 1,125; intervalo de confianza 95% 1,014 - 1,249.

Figura 12**Síntesis de problemas asociados al consumo de sustancias**

Fuente: Elaboración propia.

3.3

Evidencia de intervenciones para prevenir el consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes

Intervenciones de prevención basadas en la red de salud primaria

Una revisión sistemática reciente de la efectividad de intervenciones conductuales breves aplicables desde los dispositivos de salud primaria para prevenir el consumo ilícito de alcohol y otras drogas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes (menores de 25 años de edad), logró identificar 38 publicaciones que reportan 28 evaluaciones experimentales y una evaluación cuasiexperimental, las que en conjunto abarcan una población total de 18.353 participantes (O'Connor et al., 2020).

Los resultados de esta revisión señalan que el tamaño de efecto general de estas intervenciones es $OR^8=0,82$, con una diferencia de riesgo mediana absoluta de -2,8% favorable al grupo de intervención. Este tamaño de efecto es muy pequeño y no significativo

desde el punto de vista estadístico, lo cual permite concluir que no existe evidencia de efectividad de este tipo de intervenciones cuando se aplican desde los dispositivos de salud primaria (O'Connor et al., 2020).

Intervenciones de prevención basadas en la escuela

Una revisión sistemática de intervenciones universales multicomponente, implementadas desde las escuelas, para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes, identificó 53 estudios experimentales publicados hasta el año 2010, con muestras de hasta 19.500 casos, en rangos de edad de 5 a 18 años. Para los 11 estudios sobre

8 *Odds ratio.*

consumo de alcohol, sólo en 6 se apreciaron resultados en términos de reducciones estadísticamente significativas del consumo de alcohol. De los 39 estudios que midieron efectos sobre consumo de alcohol y otras drogas, sólo se observaron efectos en 14, en términos de reducción estadísticamente significativa del consumo. No se encontró evidencia de que programas multicomponente (por ejemplo, que atienden simultáneamente a la escuela y la familia) sean más eficaces que los programas que sólo operan en el microsistema escolar (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011).

Otra revisión sistemática de literatura científica sobre programas universales implementados en las escuelas para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, logró establecer un efecto preventivo pequeño, pero estadísticamente significativo de este tipo de intervenciones. En general, los programas preventivos basados en la promoción de competencias sociales (por ejemplo, mediante el desarrollo de la asertividad) y en el manejo de influencias sociales (por ejemplo, a través de la resistencia a la presión de pares) muestran resultados consistentes en el sentido de reducir la probabilidad de consumo (Faggiano et al., 2014).

La importancia de incluir la promoción de competencias sociales como un componente de programas escolares para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas también se ha documentado en estudios con niños, niñas y adolescentes españoles. Las habilidades de resolución de problemas también se han relevado importantes en actividades de prevención con esta población (Espada et al., 2012).

Una revisión sistemática de evaluaciones de programas de prevención del consumo de sustancias que combinan componentes para estudiantes, padres y madres, y que se ejecutan desde las escuelas o liceos, identificó 10 programas con esta mezcla de componentes. Los hallazgos relevan efectos significativos en términos de demorar o reducir el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes de 11 a 18 años de edad, en 9 de los 10 programas analizados (Newton et al., 2017).

En complemento, otro experimento aleatorio evaluó el efecto de programas de prevención aplicados en las escuelas secundarias (n=2.190, edad promedio 13 años) sobre el consumo de alcohol en Australia. El experimento incluyó cuatro condiciones de intervención: un grupo sólo recibe un programa de prevención universal, otro sólo un programa de prevención selectiva, el tercer grupo recibe la aplicación combinada de prevención universal y selectiva, y el cuarto grupo, de control, sólo recibe charlas de

educación en salud que se realizan típicamente en las escuelas. Comparados con los estudiantes de control, los estudiantes intervenidos muestran resultados significativamente más bajos para cualquier tipo de consumo de alcohol, para consumo de alcohol de riesgo (*binge drinking*) y respecto de la probabilidad de sufrir daños a consecuencia del consumo de alcohol (Slade et al., 2021). El detalle de estos resultados se encuentra en la Tabla 2.

Intervenciones de prevención lideradas por los pares

Una revisión sistemática con meta-análisis exploró la efectividad de intervenciones para la prevención del consumo de sustancias lideradas por pares en personas de 11 a 21 años de edad, de acuerdo con estudios experimentales publicados hasta el año 2015. Los hallazgos revelan que las intervenciones lideradas por pares pueden producir efectos pequeños pero significativos en términos de reducir la probabilidad de consumo de tabaco (OR=0,78), alcohol (OR=0,80) y marihuana (OR=0,70) (MacArthur et al., 2016).

Intervenciones de prevención aplicadas en la familia

Existe evidencia sobre la capacidad de la familia para contribuir a la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes. Por ejemplo, un estudio longitudinal holandés logró documentar que la aplicación de **reglas más estrictas de parte de padres y madres, relativas al consumo de alcohol de sus hijos e hijas, no sólo se asocia a una reducción significativa del consumo de alcohol, sino que también reduce significativamente la incidencia y la prevalencia del consumo de cigarrillos y del consumo de marihuana** (Koning et al., 2020).

La aplicación del modelo *"Family Check-Up"*, consistente en convocar a la familia para recibir intervenciones preventivas en la escuela, orientadas a promover la regulación de la conducta de niños, niñas y adolescentes, ha logrado acreditar efectos en términos de reducir significativamente el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en estudiantes de 8° año de enseñanza básica (Fosco et al., 2013).

Otro modelo de prevención, llamado *"Familias Unidas"*, ha mostrado en una evaluación experimental que logra resultados en términos de prevenir el incremento en el consumo de alcohol y otras drogas ilícitas en niños, niñas y adolescentes de 12 a 16 años de edad (Estrada et al., 2017).

Intervenciones comunitarias para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas

La implementación de coaliciones comunitarias en Estados Unidos, que incluyeron la provisión de al menos un programa basado en evidencia científica para la prevención del consumo de sustancias en población infantojuvenil, reveló efectos positivos a dos años del inicio del programa, en términos de reducir la prevalencia de consumo de cigarrillos, alcohol, y consumo excesivo de alcohol (*binge drinking*) en los últimos 30 días (Collins et al., 2007).

Un ejemplo de intervención comunitaria multinivel fue “*Project Northland*” (Minnesota, Estados Unidos), desarrollado en 24 distritos escolares en la década de 1990. La intervención incluyó acciones en los ámbitos socio-conductual, liderazgo de pares, involucramiento parental, y actividades comunitarias. Al término de tres años, se observó menor inicio de consumo y prevalencia de consumo de sustancias en los distritos escolares que recibieron la intervención (Perry et al., 1996).

Una evaluación experimental de intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en adolescentes en Estados Unidos, asignó aleatoriamente ocho pares de comunidades pequeñas (de 1.700 a 13.500 habitantes) para recibir un programa de prevención

basado en la escuela, o el mismo programa de prevención basado en la escuela complementado con una intervención de prevención comunitaria. La intervención comunitaria incluyó mensajes (*advocacy*) en medios de comunicación, actividades antitabaco para los adolescentes, comunicaciones con las familias respecto al consumo de tabaco, y la reducción del acceso al tabaco por parte de los adolescentes. Los hallazgos evidenciaron que la intervención combinada fue significativamente más efectiva; es decir, la intervención comunitaria mejora significativamente el efecto preventivo del consumo de tabaco de la intervención basada en la escuela. No sólo se observaron efectos preventivos en el consumo de tabaco, sino también en el consumo de otras sustancias como tabaco no fumable, alcohol y marihuana (Biglan et al., 2000).

El programa de alcance comunitario para la prevención del consumo de sustancias más efectivo disponible se llama “Comunidades que se cuidan” (CTC) (Darnell et al., 2018). El programa CTC es un sistema operacional de prevención del consumo de sustancias que empodera a las comunidades para que obtengan datos locales sobre los niveles de factores protectores y de riesgo, y usen estos datos para guiar sus decisiones sobre la selección de intervenciones preventivas con resultados demostrados, que se ajustan mejor al perfil de la comunidad (Hawkins et al., 2002).

La utilización del sistema CTC —como parte de una estrategia de coaliciones comunitarias para la prevención del consumo de sustancias en población adolescente— se asocia significativamente con una mayor utilización de programas de prevención con evidencia científica de su efectividad. Más específicamente, las comunidades que usan CTC tienen mayor propensión a usar el marco conceptual de factores protectores y de riesgo, a recibir capacitación en el marco conceptual de factores protectores y de riesgo, y a aplicar evaluaciones de factores protectores y de riesgo en sus comunidades (Arthur et al., 2010).

El programa CTC ha demostrado efectos significativos en términos de reducir el consumo de tabaco, alcohol y marihuana en niños, niñas y adolescentes. Además de la eficacia en términos de prevención del consumo de sustancias, se trata de un programa costo-efectivo. La probabilidad de que los beneficios económicos y sociales superen a los costos de implementar el programa, es de 86%. Se estima que el costo neto de implementación de CTC es de 623 dólares, mientras los beneficios estimados derivados de su implementación ascienden a 3.240 dólares por participante, generando una razón de costo-beneficio de USD\$ 5,20 (Kuklinski et al., 2015; Washington State Institute for Public Policy, 2020).

Tabla 2**Efectividad de intervenciones de prevención del consumo de alcohol en Australia**

	Intervención de prevención universal	Intervención de prevención selectiva	Intervención combinada de prevención universal y selectiva
Cualquier forma de consumo de alcohol	0,64 (0,50-0,82) ⁹	0,55 (0,43-0,71)	0,67 (0,53-0,84)
Consumo de alcohol de riesgo (<i>binge drinking</i>)	0,60 (0,44-0,82)	0,59 (0,44-0,80)	0,68 (0,51-0,92)
Probabilidad de sufrir daños como consecuencia del consumo de alcohol	0,63 (0,49-0,82)	0,55 (0,43-0,71)	0,64 (0,50-0,81)

Fuente: Slade et al. (2012).

9 Los resultados se presentan como *odds ratio* (OR). Dado que las condiciones de intervención se contrastan con un grupo de control, los valores más bajos señalan menor probabilidad de consumo y, por tanto, mayor efectividad. Los valores entre paréntesis representan los límites del intervalo de confianza del resultado a 95%. Los resultados se midieron 12, 24 y 36 meses después de la línea de base, que se tomó antes de iniciar las intervenciones.

3.4

Moduladores de las intervenciones preventivas

Se ha identificado una serie de elementos moderadores del efecto de intervenciones de prevención del consumo de sustancias, entre ellos, destacan los siguientes (Emmers et al., 2015):

1. Los programas aplicados en las escuelas y que son dirigidos por personas que no sean docentes de la escuela tienden a mostrar mejor resultado.
2. Los implementadores en las escuelas que se asocian con mejores resultados son profesionales especialistas y pares.
3. Las intervenciones que se basan en los afectos parecen más efectivas que las que se limitan a aumentar el conocimiento de los estudiantes.
4. Las actividades interactivas parecen más efectivas que las que siguen un esquema didáctico.
5. Los contenidos basados en modelos mixtos (competencia social e influencia social) parecen más efectivos que los que sólo se basan en el modelo de aprendizaje social.
6. Los programas que monitorean la fidelidad de la implementación suelen ser más eficaces que los programas que no hacen este monitoreo.

Adicionalmente, cabe destacar efectos sinérgicos que se vinculan a la intervención de otras variables relevantes para el desarrollo de niños y niñas. Por ejemplo, la intervención exitosa de niños y niñas con conductas disruptivas entre los 7 y 9 años de edad, se asocia con menores niveles de consumo de alcohol y otras drogas 8 años después de la intervención. Estos resultados se explican parcialmente por la reducción de la impulsividad, por la reducción de las actitudes y conductas antisociales, y por la menor asociación a pares con comportamientos socialmente desviados durante la preadolescencia (Castellanos-Ryan et al., 2013).



4.

Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas

4.1	Estructura organizacional del Plan EVSD	78
	Equipo de coordinación nacional	83
	Equipo de gestión regional	87
	Equipo de gestión comunal	89
	Cadena de supervisión del Plan EVSD	91
4.2	Procesos y actividades	94
	Fase 1. Diagnóstico	96
	Fase 2. Articulación e intervención	116
	Fase 3. Monitoreo y evaluación	145
4.3	Procedimientos técnicos	155
	Análisis del informe de diagnóstico comunal	155
	Identificación de actores claves y recursos locales	160
	Articulación de Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas	162
	Plan de Acción Preventivo Comunal	163
	Implementación de actividades preventivas	171
4.4	Aspectos de gestión del Plan EVSD	174
	Gestión operativa	174
	Gestión técnica	176
	Gestión del conocimiento	180
	Gestión del riesgo	181
4.5	Requerimientos de soporte	184
	Entornos de funcionamiento	184
	Soporte informático	186
	Apoyo administrativo	187

El Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas se encuentra inserto en las políticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, y forma parte de la Política Nacional de Prevención de Alcohol y Drogas del SENDA. Asimismo, se encuentra priorizado por el Presidente de la República en su Programa de Gobierno 2018-2020 como el “Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2019).

El desarrollo del Plan Elige Vivir Sin Drogas (Plan EVSD) atiende a la misión del SENDA, definida de la siguiente manera:

Contribuir a la disminución del consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias sociales y sanitarias en niños, niñas, adolescentes y adultos, a través del diseño, implementación, articulación y coordinación de acciones efectivas, pertinentes, integrales y de calidad, que respondan a las necesidades de las personas y comunidades, considerando las particularidades del territorio, para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población. **(Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2019, p. 1)**

La implementación del Plan EVSD se estructura en ciclos bienales de intervención:

- Comienza con la aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”, con el objetivo de obtener un diagnóstico detallado de cada comuna y de cada comunidad escolar, en términos de niveles de consumo de sustancias, factores protectores y factores de riesgo.
- Tras el diagnóstico, se elabora un Plan de Acción Preventivo que incluye intervenciones para fortalecer los contextos de desarrollo de los jóvenes, con énfasis en cuatro pilares: familia, escuela, tiempo libre y grupos de pares.
- Finalmente, se contempla una segunda aplicación de la encuesta, durante el tercer año, para evaluar el efecto de las intervenciones realizadas.

4.1

Estructura organizacional del Plan EVSD

El Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas contempla un equipo de coordinación nacional que actualmente se encuentra adscrito al gabinete del Director/a Nacional del SENDA. El Coordinador/a Nacional del Plan EVSD reporta directamente al jefe de gabinete del Director/a Nacional del SENDA.

A continuación, se describen los niveles de estructura organizacional del Plan EVSD:

Nivel directivo

> **Integrantes**

Director/a Nacional
Equipo de gabinete del Director/a Nacional
Coordinador Nacional del Plan Elige Vivir Sin Drogas

> **Funciones**

Dirección estratégica del Plan EVSD, incluyendo la toma de decisiones sobre el diseño técnico y organizacional, la propuesta de metas de cobertura alcanzada y resultados esperados por ciclo de ejecución, la supervisión general de actividades del Plan EVSD, y la rendición de cuentas sobre los resultados del Plan EVSD a escala nacional.

El Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas constituye un modelo de intervención promocional¹⁰ y de prevención universal¹¹ temprana del consumo de alcohol y otras drogas, dirigido a población escolarizada, pues una proporción importante de las acciones del Plan EVSD se desarrollan desde el entorno escolar.

10 La promoción de la salud mental se define como “intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad de lograr tareas apropiadas al nivel de desarrollo (competencias de desarrollo) y un sentido positivo de autoestima, capacidad [mastery], bienestar e inclusión social, y a fortalecer la capacidad de afrontar la adversidad” (O’Connell et al., 2009, p. xxvi).

11 “Las medidas preventivas —aquellas que deberían ser aplicadas a personas no motivadas por sufrimiento actual— pueden ser clasificadas operacionalmente sobre la base de los grupos de población entre los cuales son de uso óptimo. Las de tipo más generalmente aplicable, que se pueden llamar universales, son medidas que son deseables para todos. En esta categoría caen todas aquellas medidas que se pueden recomendar con confianza para el público general y que, en muchos casos, se pueden aplicar sin consejo o asistencia profesional. [En el ámbito de la salud física] el mantener una dieta adecuada, la higiene dental, el uso de cinturón de seguridad en automóviles, el dejar de fumar, y muchas formas de inmunización, caen claramente en la categoría universal, pues sus beneficios superan sus costos y riesgos para todos” (Gordon, 1983, p. 108).

Nivel de gestión

> Integrantes

Coordinador/a Nacional del Plan Elige Vivir Sin Drogas

Equipo de coordinación central del Plan Elige Vivir Sin Drogas

Directores Regionales del SENDA

Profesionales de equipos regionales y comunales del SENDA para colaborar con el Plan EVSD

El Coordinador/a Nacional puede requerir el apoyo de otras unidades funcionales del SENDA (por ejemplo, técnicos de áreas de prevención, estudios, diseño de programas, entre otras).

> Funciones

Coordinación central de la implementación del Plan EVSD, asistencia técnica en actividades de diagnóstico (por ejemplo, la aplicación de la encuesta del Plan EVSD), de planificación, de implementación, y de evaluación de resultados; centralización de información sobre operaciones locales, monitoreo y evaluación.

Nivel de ejecución

> Integrantes

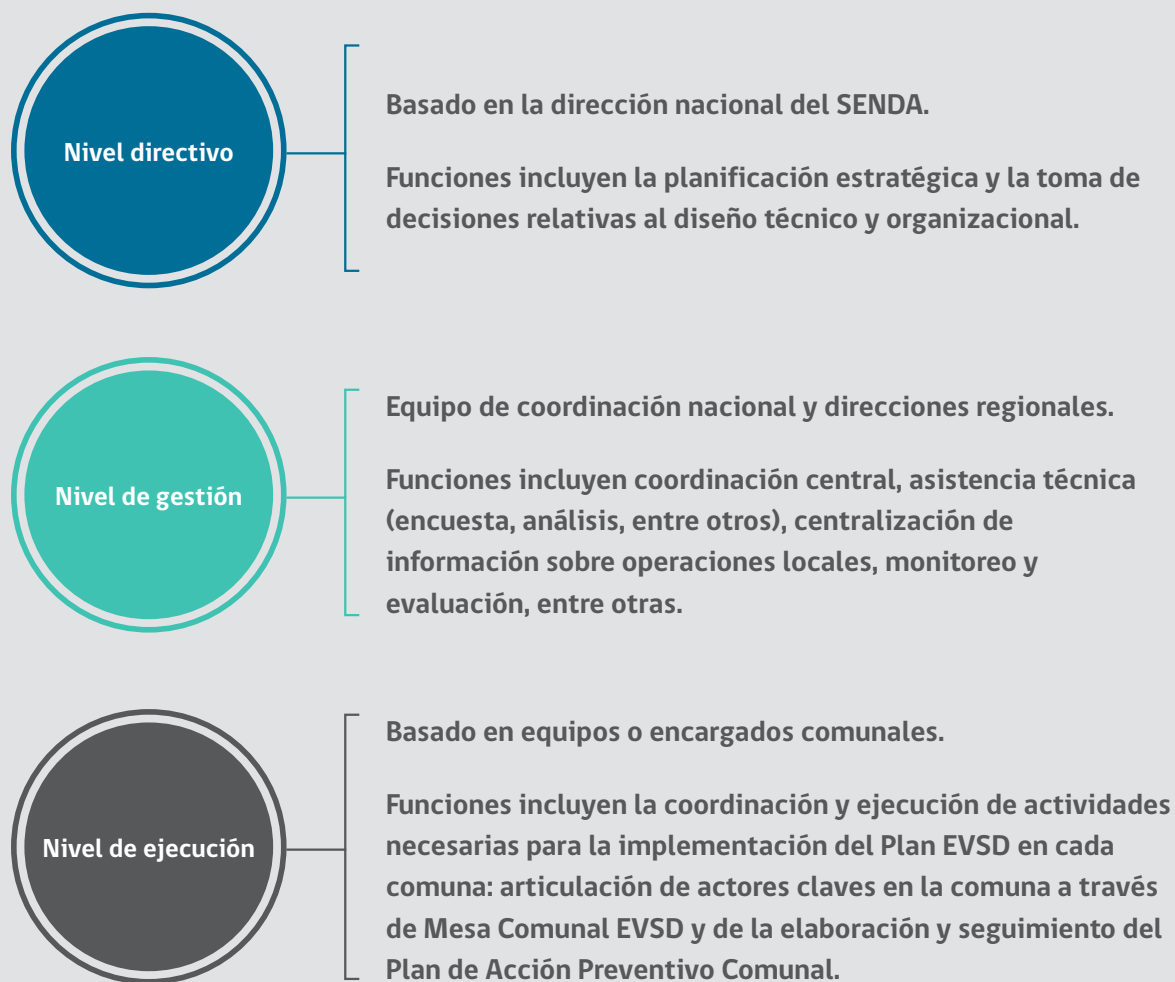
Equipos o encargados comunales del Plan Elige Vivir Sin Drogas

> Funciones

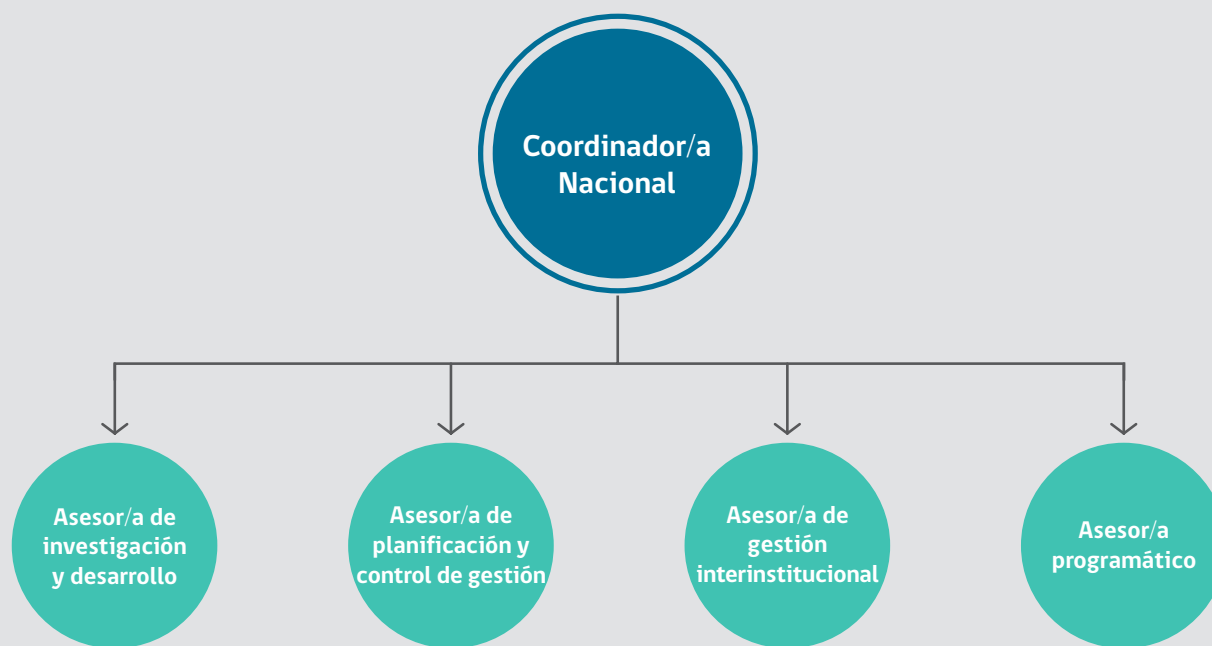
Coordinación y ejecución de actividades necesarias para la implementación del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas en cada comuna, lo que incluye la articulación de actores claves en la comuna a través de llevar el liderazgo de la Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas (Mesa Comunal EVSD), y de la elaboración y seguimiento del Plan de Acción Preventivo Comunal (incluyendo el análisis comunal, identificación de recursos locales, planificación local y registro de información).

Figura 13

Niveles de gestión del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas



Fuente: Elaboración propia.

Figura 14**Organigrama del equipo de coordinación nacional del Plan EVSD**

Fuente: Elaboración propia.

Equipo de coordinación nacional

Funciones del coordinador/a nacional

1. Responsable del diseño del Plan Elige Vivir Sin Drogas, y de eventuales ajustes al diseño en virtud de los avances del conocimiento científico en materia de prevención del consumo de sustancias, y de cambios en la situación política, social y económica del país.
2. Diseñar la programación general de actividades de implementación del Plan EVSD en cada ciclo anual de ejecución, y de actualizar la programación general ante contingencias, de cualquier tipo, que lo requieran.
3. Comunicar oportunamente la programación general de actividades del Plan EVSD al personal de su dependencia, a colaboradores del SENDA en los niveles regional y local, y supervisar el cumplimiento de dicha programación, sin perjuicio de las actualizaciones que esta requiera.
4. Liderar las gestiones, negociaciones y acuerdos con otros servicios, instituciones u organizacionales, públicas o privadas, de todo nivel de alcance territorial, conducentes a obtener recursos y servicios que beneficien a la población atendida por el Plan EVSD.
5. Concentrar información periódica sobre el estado de ejecución del Plan EVSD, en especial de su ejecución presupuestaria, procesos administrativos, actividades realizadas, población objetivo alcanzada, y resultados observados en su operación.
6. Informar periódicamente, y sobre demanda, al director nacional del SENDA o a quien este designe al efecto, sobre el estado de ejecución presupuestaria y programática de Elige Vivir Sin Drogas.
7. Redactar el informe anual de cierre de ejecución de ciclo del Plan EVSD.

Funciones del asesor/a de gestión interinstitucional

1. Realizar actividades de coordinación con los municipios, en tanto unidades ejecutoras del Plan Elige Vivir Sin Drogas, y con las direcciones regionales del SENDA, en tanto unidades de apoyo técnico a la ejecución, para efectos de:

- a. Realizar negociaciones y establecer acuerdos de carácter técnico con los gobiernos locales (municipios), conducentes a la implementación del Plan EVSD en las comunas que sean priorizadas por SENDA en virtud de sus niveles de prevalencia de consumo de sustancias.
 - b. Impulsar y monitorear los procesos administrativos internos¹² y externos¹³ conducentes a la tramitación de convenios de colaboración con gobiernos locales, en tanto unidades ejecutoras del Plan EVSD.
 - c. Solicitar y monitorear la transferencia de recursos del SENDA nacional o regional a las unidades ejecutoras del Plan EVSD en las municipalidades con convenio vigente.
2. Realizar actividades de coordinación con otros servicios, instituciones u organizacionales, públicas o privadas, de todo nivel de alcance territorial, conducentes a la suscripción de convenios de colaboración para obtener recursos y servicios que beneficien a la población atendida por el Plan EVSD, según instrucción del supervisor.
3. Elaborar y mantener actualizada una base de datos que documente los servicios, instituciones u organizacionales, públicas o privadas, de todo nivel de alcance territorial, que colaboran en la implementación del Plan EVSD, el historial de convenios suscritos con dichas instituciones, la situación de vigencia de los convenios, y los montos invertidos por SENDA que son devengados por dichos convenios.
4. Ante requerimientos de control de gestión, tomar contacto con sus contrapartes para efectos de solicitar el cumplimiento de obligaciones convenidas con los municipios, o con otros servicios, instituciones u organizacionales, públicas o privadas, de todo nivel de alcance territorial, que colaboran en la implementación del Plan EVSD.
5. Alertar oportunamente al Coordinador/a Nacional respecto a retrasos, errores, problemas o contingencias de cualquier tipo, que comprometan la eficacia o la eficiencia del Plan EVSD, que afecten los derechos de los beneficiarios directos o indirectos, o que afecten la reputación del Plan EVSD o del SENDA, y que se deriven de las actividades

12 Que se realizan al interior del SENDA, en áreas dedicadas a ofrecer soporte jurídico, administrativo, financiero, entre otras.

13 Que se realizan al interior de la organización contraparte. Aunque esta parte del trámite queda fuera de la responsabilidad del SENDA, la asesora es responsable de monitorear su avance.

de coordinación con las municipalidades ejecutoras, o con otros servicios, instituciones u organizacionales, públicas o privadas, de todo nivel de alcance territorial, que colaboran en la implementación del Plan Elige Vivir Sin Drogas.

Funciones del asesor/a de planificación y control de gestión

1. Construir el plan operativo anual del Plan EVSD, basado en la programación general diseñada por el Coordinador Nacional. El plan operativo anual es la planificación detallada de actividades a realizar, sus fechas, y sus gastos asociados, para cada unidad ejecutora del plan (comuna o región).
2. Realizar actividades de capacitación de ejecutores del Plan EVSD en las direcciones regionales del SENDA, en las unidades ejecutoras comunales, o en otros servicios, instituciones u organizacionales, públicas o privadas, de todo nivel de alcance territorial, que colaboran en su implementación.
3. Ofrecer asistencia técnica a las unidades ejecutoras de programa a nivel comunal, o a las direcciones regionales del SENDA, en tanto unidades de apoyo técnico a la ejecución, para efectos de construir la planificación local de actividades del Plan EVSD, procurando que esta esté correctamente alineada con el plan operativo anual del nivel central del SENDA.
4. Monitorear la realización de actividades a nivel comunal o regional, y registrar estas actividades inmediatamente en el seguimiento del plan operativo anual, de manera que en este conste el porcentaje actual de ejecución.
5. Monitorear la cantidad de población objetivo alcanzada, de acuerdo con los antecedentes registrados en la base de datos de actividades del Plan EVSD.
6. Alertar oportunamente al Coordinador/a Nacional respecto a retrasos, errores, problemas o contingencias de cualquier tipo, que comprometan la eficacia o la eficiencia del Plan EVSD, que afecten los derechos de los beneficiarios directos o indirectos, o que afecten la reputación del Plan Elige Vivir Sin Drogas o del SENDA, y que se deriven de las actividades de implementación.

Funciones del asesor/a de investigación y desarrollo

1. Colaborar en el diseño de bases de datos del Plan Elige Vivir Sin Drogas, y proponer modelos de análisis que permitan resumir y reportar información de monitoreo y evaluación del Plan EVSD.
2. Colaborar con asesores de planificación y control de gestión en la planificación detallada de las actividades de aplicación de instrumentos de diagnóstico y evaluación del Plan EVSD, en especial, la encuesta “Juventud y Bienestar”.
3. Colaborar en las actividades de capacitación de ejecutores del Plan Elige Vivir Sin Drogas, en las direcciones regionales del SENDA, en las unidades ejecutoras comunales, o en otros servicios, instituciones u organizacionales, públicas o privadas, de todo nivel de alcance territorial, que colaboran en la implementación del Plan EVSD, con énfasis en la aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar” y otros instrumentos de monitoreo y evaluación.
4. Supervisar la aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”, la tabulación de sus datos, y las actividades de análisis de los datos.
5. Diseñar, aplicar y reportar al Coordinador/a Nacional, procedimientos de análisis estadístico descriptivo e inferencial que permitan mejorar el conocimiento del SENDA sobre la población objetivo del Plan EVSD, sus prevalencias de consumo de sustancias, y los factores protectores y de riesgo que mejor explican dichas prevalencias, a nivel comunal y regional.
6. Elaborar productos de conocimiento (minutas, presentaciones, informes técnicos) que sirvan como insumos a la toma de decisiones de gestión del Plan EVSD o a otras áreas del SENDA, en especial, el gabinete de dirección nacional, el área de prevención, el área de estudios y las direcciones regionales.
7. Elaborar insumos de comunicación (minutas breves en lenguaje simple, presentaciones resumidas) que sirvan como contenidos para la comunicación entre SENDA y otras instituciones, los medios de comunicación social, y para las actividades de comunicación que SENDA dirige directamente a la población general.

Funciones del asesor/a programático

1. Asesorar técnicamente al equipo de la coordinación nacional del Plan EVSD en materias asociadas a desarrollo de estrategias preventivas del consumo de sustancias, especialmente en niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
2. Planificar y acompañar la ejecución a nivel nacional del Programa Elige Vivir Sin Drogas.
3. Vincularse con los equipos de prevención de las direcciones regionales del SENDA para colaborar en la implementación del programa Elige Vivir Sin Drogas y de estrategias locales de prevención.
4. Generar contenido sobre el Plan EVSD y en materias de prevención como insumo para las actividades de capacitación asociadas a la coordinación nacional del Plan EVSD.

Equipo de gestión regional

En el nivel regional, el liderazgo del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas recae en el Director/a Regional, quien a su vez delega tareas en un asesor/a técnico regional; por lo general, esta función puede asumirla el encargado/a territorial o el encargado/a de prevención.

Las siguientes funciones son desarrolladas por el asesor/a técnico regional, bajo la supervisión del Director/a Regional, y con la asistencia técnica del equipo de coordinación nacional:

Funciones del equipo de gestión regional

1. Capacitación

Solicitar capacitación técnica en contenidos relativos al diseño e implementación del Plan Elige Vivir Sin Drogas al equipo de coordinación nacional, y replicar estas actividades de capacitación con los equipos ejecutores comunales.

2. Levantar encuesta y evaluación

Brindar asistencia técnica y monitorear los procesos de aplicación y replicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”, cautelando que los equipos comunales usen estos instrumentos de forma íntegra y oportuna, y que los datos provenientes de estas actividades se carguen en la base de datos del SENDA.

3. Validación del Plan de Acción Preventivo

Comunal

Recibir y analizar las planificaciones propuestas por las comunas ejecutoras del Plan EVSD, a fin de cautelar que estas programaciones se encuentren alineadas con la planificación nacional de actividades, y que las actividades de intervención de las comunas sean pertinentes a los problemas de prevalencia de consumo de sustancias y los factores protectores y de riesgo priorizados por la propia comuna.

4. Articulación preventiva regional

Liderar actividades de convocatoria y articulación de instituciones y servicios públicos, organizaciones privadas y la sociedad civil, a través de la conformación de una Mesa Regional Elige Vivir Sin Drogas (Mesa Regional EVSD) para generar estrategias coordinadas de prevención para efectos de reportar el avance del Plan Elige Vivir Sin

Drogas en la región, e identificar alianzas para resolver problemas de ejecución y generar actividades de intervención.

5. Elaboración y monitoreo de un Plan EVSD a nivel regional

Elaborar un plan de acción de prevención del consumo de alcohol y otras drogas para la región con el objetivo de promover y fomentar la coordinación intersectorial, y así poder desarrollar estrategias para una adecuada focalización de recursos que permitan contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan EVSD en la región. Además, obtener información periódica y actualizada desde las comunas que implementan el Plan EVSD, para efectos de observar si las actividades de intervención desarrolladas en el nivel local cumplen con el plan de acción para el ciclo de intervención.

Equipo de gestión comunal

El Plan Elige Vivir Sin Drogas no cuenta con presupuesto propio suficiente que permita el financiamiento de personal de dedicación exclusiva en todas las comunas en que opera el modelo de forma estándar. De esta forma, accede a asignaciones de recursos acotadas, provenientes de fondos de otras iniciativas de intervención territorial¹⁴.

Por lo señalado, durante el ciclo de ejecución 2021, solamente 33 comunas cuentan con al menos un profesional dedicado exclusivamente a la implementación del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas, mientras en el resto de las comunas que operan el Plan EVSD, las actividades son realizadas por profesionales contratados por la iniciativa SENDA Previene-EVSD.

Funciones del equipo de ejecución comunal

1. Levantamiento de encuesta

Planificar y liderar la aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar” a nivel comunal en los establecimientos educacionales participantes tanto en su primera aplicación (para efectos de diagnóstico de prevalencias de consumo de sustancias y factores protectores y de

riesgo asociados) como en la instancia de replicación de la encuesta al término del ciclo de intervención (para efectos de evaluar eventuales cambios en estas variables que pueden ser potencialmente atribuibles a la implementación del Plan EVSD).

2. Articulación preventiva comunal

Liderar actividades de convocatoria y articulación de instituciones y servicios públicos, organizaciones privadas y la sociedad civil, a través de la conformación de una Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas (Mesa Comunal EVSD) para efectos de reportar el avance del Plan EVSD en la comuna, e identificar alianzas con dichos actores comunales, así como también para resolver problemas de ejecución del Plan EVSD y generar actividades de intervención.

3. Elaboración y monitoreo de un Plan de Acción Preventivo Comunal

Elaborar un plan de acción de prevención del consumo de alcohol y otras drogas para la comuna con el objetivo de promover y fomentar la coordinación intersectorial dentro de la comuna y así desarrollar estrategias para una adecuada focalización de recursos que permitan contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan EVSD.

4. Análisis comunal

En el marco del Plan de Acción Preventivo Comunal, y con el fin de identificar y caracterizar prevalencias de consumo en su comuna, así como factores protectores y de riesgo asociados a este consumo, realizar un análisis de la información existente en la comuna asociada al consumo de sustancias, teniendo como principal insumo los hallazgos de la encuesta “Juventud y Bienestar”. Adicionalmente, podrá complementar este análisis con otra información secundaria local que sea relevante y que esté disponible para su comuna.

5. Identificación de recursos locales

Determinar cuáles son los recursos locales de carácter humano, material, financiero, de infraestructura, entre otros, existentes a nivel comunal que podrá considerar para las estrategias de prevención. Asimismo, identificar y vincular a instituciones y servicios públicos, organizaciones privadas y de sociedad civil, y agrupaciones informales pertinentes, que tengan presencia en el territorio comunal, y que puedan contribuir al logro de los objetivos del Plan Elige Vivir Sin Drogas.

6. Planificación

Diseñar una planificación local de actividades del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas, que especifique acciones a realizar, fechas estimadas, lugares de las actividades y recursos (personas e instituciones) involucrados, basada en:

- a. El análisis comunal de prevalencias de consumo de sustancias y factores protectores y de riesgo asociados que han sido priorizados localmente.
- b. Los recursos locales (instituciones, programas, organizaciones, agrupaciones) que puedan colaborar en el desarrollo de actividades del Plan EVSD.

7. Implementación y monitoreo de la planificación de actividades preventivas en la comunidad.

8. Documentar medios de verificación y sistemas de información para controlar la gestión del Plan Elige Vivir Sin Drogas.

Cadena de supervisión del Plan EVSD

Supervisión técnica

La supervisión técnica del Plan Elige Vivir Sin Drogas se enfoca en los siguientes aspectos:

1. Implementar oportunamente el diagnóstico basado en la aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”, debido a que la falta de esta información impide tomar decisiones locales acertadas respecto a los problemas de consumo de sustancias y los factores protectores o de riesgo a priorizar en la intervención.
2. La vinculación oportuna con un conjunto amplio de actores locales que dispongan de recursos (personal, cupos en actividades de potencial preventivo, bienes o servicio complementarios, infraestructura adecuada al desarrollo de actividades preventivas) que puedan ser eventualmente comprometidos en apoyo a las actividades preventivas del Plan EVSD.
3. La planificación oportuna de un conjunto de actividades que tengan potencial preventivo, que se puedan realizar durante el ciclo de ejecución del Plan EVSD, y que cuenten con recursos locales para que su realización sea sostenible en el tiempo.

4. La asistencia masiva de niños, niñas, adolescentes, adultos cuidadores, y miembros de la comunidad en general, a actividades preventivas del Plan EVSD.

Los subprocesos del Plan EVSD incluyen el uso de distintos formularios y documentos estandarizados para registrar información técnica relevante para el monitoreo y la supervisión. La fuente primaria de información es el profesional y/o equipo local del Plan EVSD, quienes completan formularios y documentos con información que se reporta en línea, o bien al supervisor asignado en la dirección regional del SENDA.

La mayor parte de la supervisión técnica se realiza a nivel regional, donde se revisan los datos actualizados del estado de ejecución del Plan EVSD, y se chequean los documentos de planificación comunal, para cautelar que las actividades preventivas estén alineadas con el marco conceptual del Plan Elige Vivir Sin Drogas. En el caso de detectar problemas de alineación, el nivel regional dialoga y resuelve divergencias directamente con las comunas, sin requerir autorización ni control del nivel nacional, salvo que sea necesario entablar un diálogo técnico con los responsables del diseño del Plan EVSD, para clarificar dudas.

Finalmente, a nivel nacional, los especialistas del equipo de coordinación central están disponibles para ofrecer asistencia técnica a las regiones y comunas que lo requieran para efectos de trabajar en aspectos técnicos de planificación e implementación de actividades de prevención. Adicionalmente, de modo proactivo, el equipo de coordinación central prepara contenidos estándar de actividades de capacitación e intervención, y los pone a disposición de las regiones y comunas para su utilización.

Cabe señalar que el equipo de coordinación central puede, a su vez, apoyarse en otras unidades del SENDA Nacional, mediante la consulta a especialistas de las áreas de prevención, estudios y diseño de programas, entre otras que resulten pertinentes, así como también, apoyarse en el equipo de *Planet Youth*.

Supervisión administrativa

La supervisión administrativa está orientada a cautelar el cumplimiento de las obligaciones aceptadas por el municipio al adherirse al Plan Elige Vivir Sin Drogas. En general, las obligaciones a supervisar incluyen:

1. Asignar al menos un profesional a la coordinación y ejecución del Plan EVSD en la comuna.
2. Aplicar la encuesta “Juventud y Bienestar” de acuerdo con los protocolos establecidos.
3. Implementar la Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas (Mesa Comunal EVSD) para efectos de articulación local, y convocar a reuniones periódicas a dicha mesa.
4. Elaborar (o actualizar) y ejecutar un Plan de Acción Preventivo Comunal.
5. Mantener un reporte actualizado de las actividades realizadas y sus participantes.

La supervisión administrativa se realiza principalmente desde las direcciones regionales del SENDA, pudiendo requerir el apoyo del equipo de coordinación central del Plan EVSD, para efectos de analizar contingencias y proponer alternativas de rectificación en problemas o rezagos de procesos administrativos.

Supervisión y monitoreo

Los procesos de supervisión del Plan Elige Vivir Sin Drogas se desarrollan principalmente a través de la aplicación de un sistema estructurado de monitoreo que permite documentar el progreso de la implementación del Plan EVSD en cada comuna. De esta manera, el sistema de monitoreo permite mantener una supervisión técnica y administrativa

proactiva y permanente, respecto de las operaciones del Plan EVSD en las comunas.

Los detalles del sistema de monitoreo se describen en las siguientes secciones de este manual (Figura 15):

- > Subproceso 1200. Monitoreo regional
- > Subproceso 1300. Monitoreo nacional

Sin perjuicio de lo anterior, los profesionales que coordinan la implementación del Plan EVSD en las comunas pueden requerir asistencia técnica para realizar consultas relativas al diseño. Estos requerimientos de asistencia técnica se deben dirigir hacia las direcciones regionales del SENDA, las que cuentan con autonomía técnica para atender todas las preguntas que puedan resolver por sí mismas. A su vez, las direcciones regionales cuentan con apoyo técnico del equipo de coordinación central del Plan EVSD, para atender consultas de las comunas en las que requieran ayuda.

El equipo de coordinación central atiende las dudas técnicas de las regiones a partir del contenido de los diseños conceptuales y de operación del Plan EVSD, y pueden apoyarse en otras áreas técnicas del SENDA Nacional si resulta pertinente para resolver eventuales vacíos o “áreas grises” del diseño. Finalmente, para resolver dudas técnicas que no se puedan atender de manera satisfactoria por parte de los especialistas

técnicos de nivel regional y nacional, el SENDA cuenta con el apoyo de consultores externos y servicios de asistencia, incluyendo al prestigioso Centro Islandés de Investigación y Análisis Social (ICSRA por sus siglas en inglés), con sede en la Universidad de Reikiavik. Cabe señalar que ICSRA desarrolló el modelo islandés de prevención como marco conceptual del exitoso programa *Planet Youth*, en el cual se inspira el diseño del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas.

4.2

Procesos y actividades


La implementación del Plan Elige Vivir Sin Drogas se desarrolla en un conjunto de subprocesos organizados en tres fases que son parte de un flujo continuo de articulación de actores y recursos:

- > Fase 1. Diagnóstico
- > Fase 2. Articulación e intervención
- > Fase 3. Monitoreo y evaluación

El esquema general del proceso de implementación se grafica en la Figura 15, donde se muestra un esquema de funciones cruzadas, de manera que también es posible apreciar cuál nivel de gestión es el responsable principal de cada subproceso o actividad. El detalle de cada fase y sus subprocesos y actividades correspondientes se describe en las siguientes secciones de este manual.

A continuación, los íconos de la leyenda señalan el significado de las formas incluidas en los flujogramas de los distintos procesos y subprocesos del Plan EVSD, y que se presentan en las figuras de este manual.

Leyenda

Inicio o finalización de procesos 

Proceso 

Subproceso (subconjunto de procesos) 

Documento 

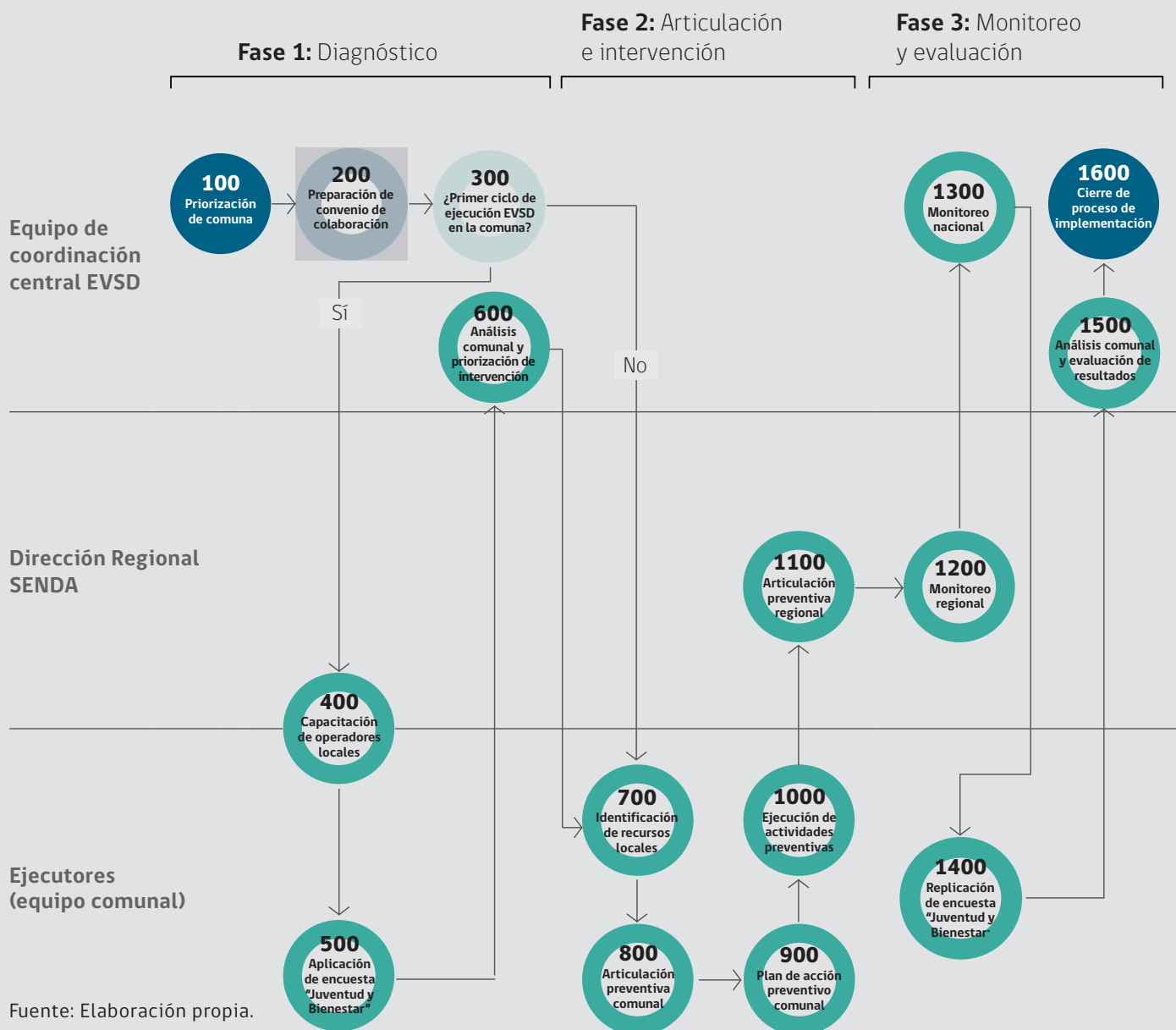
Datos 

Base de datos o repositorio de información 

Decisión 

Figura 15

Proceso de implementación del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas



Fase 1

Diagnóstico

La fase de diagnóstico es la primera fase del Plan Elige Vivir Sin Drogas, e incluye subprocesos y actividades previos a la implementación propiamente tal, y subprocesos y actividades de preparación de las actividades de intervención, incluyendo la capacitación de operadores, y la aplicación y análisis del diagnóstico local a través de métodos cuantitativos y cualitativos¹⁵.

La fase de diagnóstico del Plan Elige Vivir Sin Drogas ha sido proyectada para:

- a. Diseñar un proceso de colaboración específico con cada comuna beneficiaria, sin perjuicio del alto nivel de estandarización de procesos del Plan EVSD.
- b. Asegurar que los profesionales y técnicos que participarán de la implementación, hayan accedido, al menos, a una actividad formal de capacitación, como una medida para cautelar la calidad del proceso de implementación.

- c. Producir insumos de información necesarios para tomar buenas decisiones de gestión preventiva, dentro del modelo general de intervención del Plan EVSD, al tiempo que se cautela la pertinencia local de la intervención. Para este efecto, se produce un diagnóstico cuantitativo de la prevalencia de consumo de distintas sustancias psicoactivas, y se perfilan múltiples factores protectores y de riesgo que pueden operar como correlatos de las prevalencias de consumo.

En las siguientes secciones del manual se aportan detalles sobre los subprocesos y actividades que conforman la fase de diagnóstico del Plan EVSD.

Subproceso 100

Priorización de comuna

Antes de iniciar la implementación del Plan EVSD, la primera actividad es la priorización de comunas para implementar el Plan EVSD. Las decisiones de priorización son adoptadas por el nivel directivo de la estructura

15 El elemento cuantitativo del diagnóstico y análisis local es la encuesta “Juventud y bienestar”, que se describe en detalle en el subproceso 500. Los elementos cualitativos del diagnóstico y análisis comunal corresponden a las conversaciones para la priorización de problemas locales en el marco de la Mesa Comunal EVSD. Ambos elementos de análisis son críticos para la toma de decisiones de intervención preventiva en cada comuna.

organizacional del Plan EVSD, mediante la aplicación de criterios establecidos en el diseño, a saber:

- a. Percentil de la comuna en tamaño de población de 5 a 17 años de edad matriculada en el sistema educativo formal (ponderado por 0,70).
- b. Percentil de la comuna en pobreza por ingresos del año 2015 (ponderado por 0,30).

Además de los criterios cuantitativos señalados, el ingreso de las comunas depende de otros aspectos a considerar, como la existencia de equipos SENDA en la comuna, el tamaño de dicho equipo, y la aceptación del Plan EVSD por parte de la autoridad comunal, lo cual supone disposición a dar cumplimiento a las indicaciones técnicas y organizacionales diseñadas por el SENDA, asumir corresponsabilidad en la implementación de las actividades del Plan EVSD, y colaborar en la alimentación de bases de datos para fines de monitoreo, evaluación y rendición de cuentas.

Una vez decidida la priorización, y alcanzado el acuerdo con la autoridad comunal, se da inicio al proceso de diseño de un convenio de colaboración.

Para el año 2021, el Plan EVSD ya se estaba implementando en 234 comunas a lo largo del país, en sus distintas fases, con un universo afectado cercano a 3.456.000 estudiantes, equivalente a un 96% de la comunidad escolar del país.

Subproceso 200 Preparación de convenio de colaboración

Previo a su implementación, en la mayoría de los casos, el Plan EVSD requiere de la suscripción de un convenio de colaboración entre el SENDA y el municipio¹⁶. En este instrumento se establecen los objetivos, las actividades y las orientaciones técnicas para el desarrollo del Plan EVSD, al igual que las responsabilidades de las partes en la preparación, implementación, monitoreo, rendición de cuentas y evaluación.

16 Por lo general, se suscriben convenios de colaboración técnica y financiera entre el SENDA y el municipio que se encuentra implementando el modelo de prevención EVSD.

En general, el convenio de colaboración técnica está estandarizado de manera que el cuerpo principal del texto es el mismo para todas las comunas que participan de la implementación del Plan EVSD. Sin perjuicio de lo anterior, ocasionalmente el texto del convenio recibe ajustes para cautelar la pertinencia del convenio a las condiciones particulares de implementación en algunos municipios. La eventual aplicación de estos ajustes al convenio es el resultado del diálogo técnico preliminar que se realiza entre personal del SENDA y profesionales, técnicos y autoridades del gobierno local.

Subproceso 300

Condiciona ¿primer ciclo de ejecución en la comuna?

Este nodo condicional genera cambios en el flujo del proceso de implementación en función de la siguiente pregunta:

¿Se trata del primer ciclo de ejecución del Plan Elige Vivir Sin Drogas en la comuna?

Si la respuesta a la pregunta es afirmativa, el flujo de proceso continúa con la preparación de la implementación, iniciando el subproceso de capacitación de operadores locales.

Si la respuesta es negativa, se verifica que el Plan EVSD ya se encuentra en su segundo ciclo anual de operación, por lo cual ya contaría con personal capacitado y con un diagnóstico local. En este escenario, se pasa directamente a la Fase 2 (Articulación e intervención), comenzando por el subproceso de identificación de recursos locales.

Subproceso 400

Capacitación de operadores locales

El subproceso de capacitación de profesionales y técnicos operadores es una medida que contribuye a proteger la calidad de la implementación del Plan EVSD, al ofrecer al menos una actividad de capacitación inicial a todas las personas que participan directamente.

La capacitación de los operadores¹⁷ del Plan Elige Vivir Sin Drogas se enfoca en describir el marco conceptual, los objetivos, los procesos y las actividades, a fin de asegurar que los profesionales involucrados tengan un conocimiento detallado de los fundamentos conceptuales y científicos de la iniciativa, y el paso a paso del proceso de ejecución programática.

El subproceso de capacitación se inicia con la solicitud de capacitación emanada desde la dirección regional

17 Las actividades de capacitación de los operadores locales del Plan EVSD incluyen una capacitación inicial de orientación y habilitación, y capacitaciones complementarias posteriores para el reforzamiento y actualización de contenidos técnicos pertinentes, como parte de un enfoque de gestión orientado a la mejora continua.

del SENDA al equipo de coordinación nacional. Las primeras actividades de capacitación en cada región son dirigidas por el equipo de coordinación nacional, beneficiando a los profesionales y técnicos del nivel regional, quienes posteriormente replican esta capacitación con profesionales y técnicos SENDA a nivel comunal, y con otros actores interesados en el Plan EVSD (por ejemplo, profesionales y técnicos de las áreas municipales de educación, salud, cultura, deporte, recreación, entre otras).

El flujo de este subproceso puede apreciarse en la Figura 16. A continuación, la Tabla 3 muestra la lista de procesos y acciones que integran este subproceso.

Tabla 3**Subproceso de capacitación de operadores locales del Plan Elige Vivir Sin Drogas**

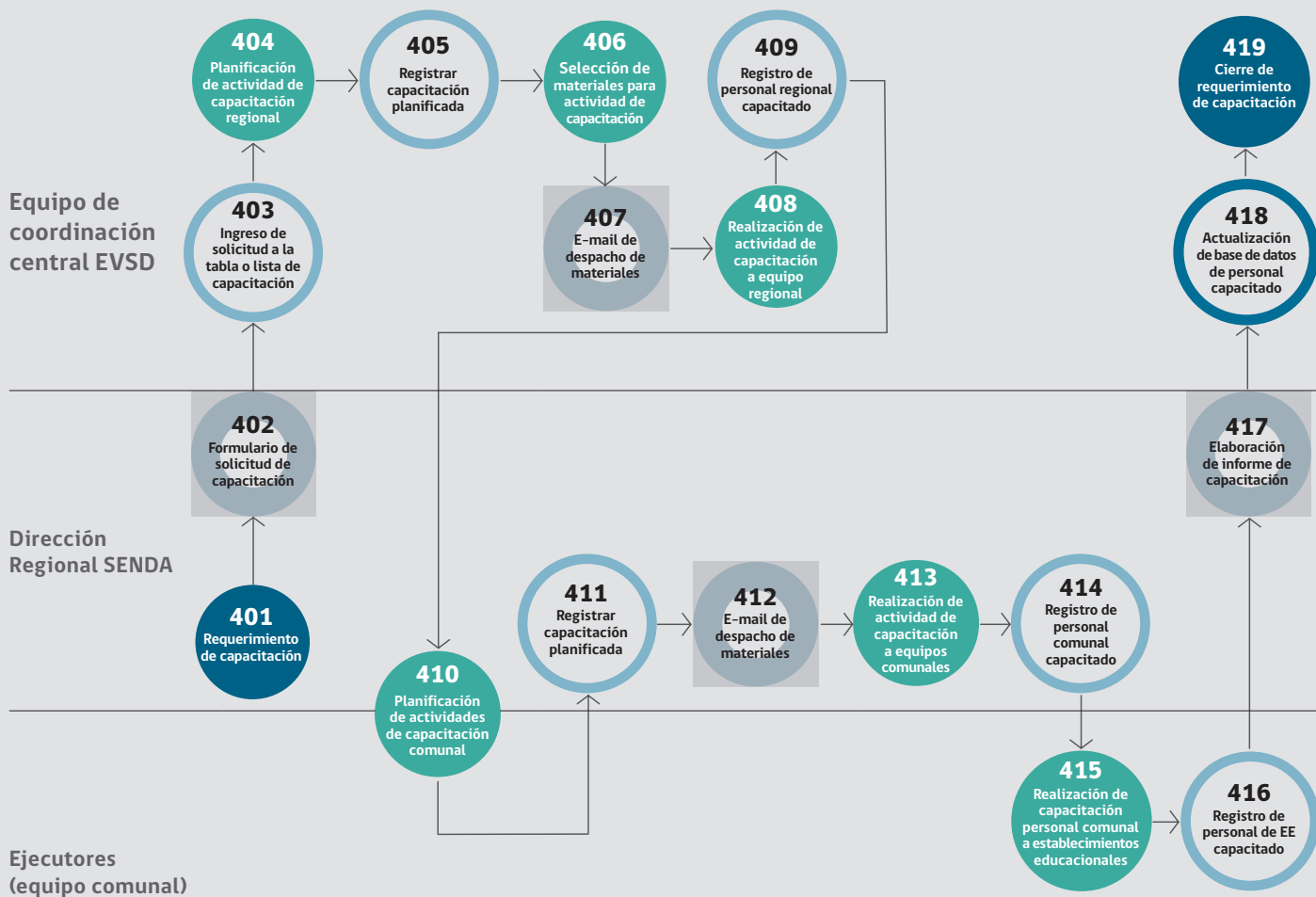
Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
401	Inicio/término	Requerimiento de capacitación	Dirección Regional SENDA
402	Documento	Formulario de solicitud de capacitación	Dirección Regional SENDA
403	Datos	Ingreso de solicitud de capacitación a tabla o lista de actividades de capacitación	Equipo de coordinación central EVSD
404	Proceso	Planificación de actividad de capacitación regional	Equipo de coordinación central EVSD
405	Datos	Registrar capacitación planificada (fecha, lugar, participantes, etc.)	Equipo de coordinación central EVSD
406	Proceso	Selección de materiales para actividad de capacitación	Equipo de coordinación central EVSD
407	Documento	E-mail de despacho de materiales a la dirección regional	Equipo de coordinación central EVSD
408	Proceso	Realización de actividad de capacitación a equipo profesional de la dirección regional	Equipo de coordinación central EVSD
409	Datos	Registro de personal capacitado en la dirección regional	Equipo de coordinación central EVSD

410	Proceso	Planificación de actividades de capacitación comunal	Dirección Regional SENDA y equipo comunal
411	Datos	Registrar capacitación planificada (fecha, lugar, participantes, etc.)	Dirección Regional SENDA
412	Documento	E-mail de despacho de materiales a municipios	Dirección Regional SENDA
413	Proceso	Realización de actividad de capacitación a equipos profesionales comunales	Dirección Regional SENDA
414	Datos	Registro de personal capacitado a nivel comunal	Dirección Regional SENDA
415	Proceso	Capacitación a establecimientos educacionales	Equipo ejecutor comunal
416	Datos	Registro de personal de establecimientos educacionales capacitado	Equipo ejecutor comunal
417	Documento	Elaboración de informe de capacitación	Dirección Regional SENDA
418	Base de datos	Actualización de base de datos de personal capacitado	Equipo de coordinación central EVSD
419	Inicio/término	Cierre de requerimiento de capacitación	Dirección Regional SENDA

Fuente: Elaboración propia.

Figura 16

Subproceso 400 de capacitación de operadores locales



Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 500

Aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”

Este subproceso consiste en la planificación, aplicación y tabulación de datos de la encuesta anónima y confidencial “Juventud y Bienestar”. Se aplica a adolescentes que cursan el segundo año de enseñanza media.

Esta encuesta es el principal instrumento de diagnóstico cuantitativo del Plan Elige Vivir Sin Drogas, y apunta a la medición detallada de:

- a. **Los niveles de prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y distintas drogas ilícitas** en adolescentes que cursan segundo año de enseñanza media a nivel comunal y en el establecimiento educativo.
- b. **Los niveles de prevalencia de factores protectores y de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas;** por ejemplo, la supervisión parental protectora (conocer a los amigos, saber dónde va el adolescente cuando sale), el tiempo compartido con padres y madres, el apoyo que reciben de parte de padres y madres, el contacto con pares que consumen sustancias, las ideas de los propios adolescentes respecto a la necesidad de consumir sustancias para no quedar fuera de su grupo de pares, la percepción del

adolescente sobre el consumo de sustancias de sus pares, la frecuencia con que se quedan fuera de casa después de las 22:00 horas o después de medianoche, el uso del tiempo libre en actividad física, entre otros.

- c. **Indicadores de bienestar** como, por ejemplo, la cantidad media de horas de sueño, la presencia de síntomas emocionales como la tristeza o irritabilidad, la presencia de síntomas conductuales como falta de apetito o problemas para dormir, sentirse saludable y feliz, entre otros.

En virtud de las medidas sanitarias implementadas para enfrentar la pandemia del COVID-19 a partir de marzo de 2020, la encuesta se ha aplicado de forma virtual a través de internet. Esta modalidad ha generado beneficios en el sentido de evitar procesos de impresión, transporte y revisión de encuestas, pues los formularios digitales se acceden en línea y los datos se tabulan automáticamente. Sin embargo, esta modalidad de aplicación de la encuesta puede asociarse con una tasa de respuesta más baja, por lo cual, tras el término de la pandemia, se considera la posibilidad de volver al uso de formularios en papel. El flujo del subproceso considera este último escenario, dado que implica mayor carga de trabajo para las organizaciones que participan de la implementación.

El flujo de este subproceso puede apreciarse en la Figura 17. La lista de procesos y acciones que integran este subproceso se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4**Subproceso de aplicación de encuesta “Juventud y Bienestar”**

Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
501	Inicio/término	Requerimiento de aplicación de encuesta	Dirección Regional SENDA
502	Documento	E-mail de requerimiento de aplicación de encuesta	Dirección Regional SENDA
503	Documento	Creación de planilla de programación de actividades de diagnóstico	Equipo ejecutor comunal
504	Datos	Carga de datos de colegios en planilla	Equipo ejecutor comunal
505	Proceso	Comunicación con equipos directivos de colegios para explicar y programar diagnóstico	Equipo ejecutor comunal
506	Datos	Carga de fechas y horarios de aplicación de encuesta “Juventud y Bienestar”	Equipo ejecutor comunal
507	Documento	E-mail de solicitud de materiales de diagnóstico	Dirección Regional SENDA
508	Proceso	Preparación de materiales de diagnóstico	Equipo de coordinación central EVSD
509	Proceso	Despacho de materiales de diagnóstico	Equipo de coordinación central EVSD

510	Proceso	Recepción de materiales de diagnóstico	Equipo ejecutor comunal
511	Proceso	Aplicación de instrumentos de diagnóstico	Equipo ejecutor comunal
512	Proceso	Despacho de instrumentos aplicados*	Equipo ejecutor comunal
513	Proceso	Despacho de instrumentos aplicados*	Dirección Regional SENDA
514	Datos	Tabulación de instrumentos aplicados	Equipo de coordinación central EVSD
515	Base de datos	Actualización de base de datos diagnósticos	Equipo de coordinación central EVSD
516	Inicio/término	Cierre de subproceso	Equipo de coordinación central EVSD

*Sólo se realiza cuando la encuesta se aplica en papel. La aplicación en formato digital automatiza la tabulación de datos.
Fuente: Elaboración propia.

Nota técnica 1

¿Cómo participan los establecimientos educacionales en el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas?

La institución escolar es la segunda instancia de socialización más importante en la vida de las personas, después de la familia. Los niños, niñas y adolescentes pasan una proporción importante del tiempo en las escuelas, donde —además de desarrollar su proceso de educación formal— acceden a modelos de conducta y aprenden valores y costumbres mediante el contacto con pares, profesores y otros múltiples actores de la comunidad escolar.

Existe abundante evidencia científica sobre el potencial de los establecimientos educacionales para contribuir en las actividades de prevención temprana del consumo de alcohol y otras drogas. En virtud de su valioso aporte al logro de los resultados esperados del Plan Elige Vivir Sin Drogas, este considera la inclusión de las escuelas y liceos en dos ámbitos críticos:

a. Diagnóstico y evaluación

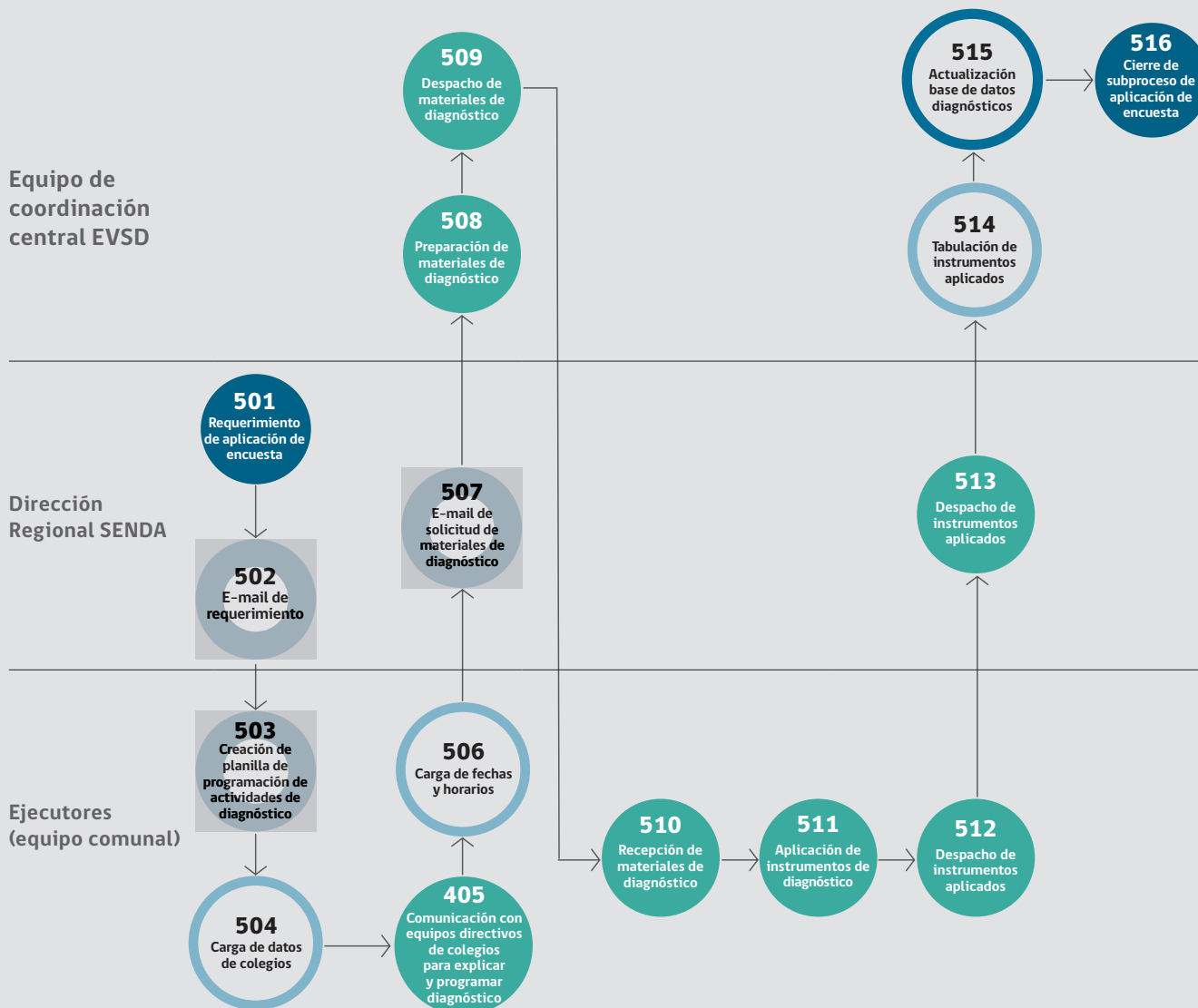
El Plan Elige Vivir Sin Drogas incluye el uso sistemático de una encuesta para evaluar la prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en la población escolarizada, y los múltiples factores protectores y de riesgo que pueden estar relacionados con la prevalencia de consumo observada. El contexto escolar ofrece múltiples ventajas prácticas como entorno privilegiado para la aplicación de la encuesta. Sin embargo, no se encuesta a toda la población escolar, debido a que no se espera observar consumo de sustancias en niños que inician su educación básica. La aplicación de la encuesta se concentra en los adolescentes que cursan segundo año de enseñanza media, público objetivo para el que está diseñado el cuestionario, por lo que obviamente dicha aplicación se limita a las escuelas o liceos que imparten ese nivel.

b. Intervención preventiva

Todas las escuelas y liceos pueden ser incluidos en las actividades directas de intervención preventiva, dado el alcance universal del programa en niños, niñas y adolescentes en edad escolar. Sin embargo, la gestión comunal del programa puede priorizar algunos establecimientos educacionales por sobre otros, en razón de mayor prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas, o mayor incidencia de factores de riesgo asociados.

Figura 17

Subproceso 500 de aplicación de encuesta “Juventud y Bienestar”



Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 600

Análisis comunal y priorización de intervención

Este subproceso considera las actividades y decisiones necesarias para asegurar que la ejecución local del Plan Elige Vivir Sin Drogas en cada comuna esté correctamente alineada con los objetivos general y específico, sin perder la pertinencia local de las actividades.

El objetivo general consiste en la reducción de prevalencias de consumo, mientras el objetivo específico consiste en la reducción de factores de riesgo mediante el fortalecimiento de factores protectores. Se espera que estos objetivos se cumplan en todas las comunas que participan del Plan EVSD, de manera que el incremento del bienestar de la población infantojuvenil en cada comuna, contribuya proporcionalmente al logro de metas nacionales de la *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030*.

Sin embargo, las prevalencias de consumo y los factores protectores y de riesgo más relevantes pueden variar significativamente entre comunas. Por esta razón, el SENDA realiza a nivel central un proceso de análisis estandarizado de los resultados de la encuesta "Juventud y Bienestar", los que se entregan como insumo de información a los profesionales ejecutores locales para su análisis y discusión con referentes comunales.

Con los datos disponibles, el nivel de gestión comunal es el responsable de determinar las prioridades

locales, en términos de especificar qué problemas de prevalencia de consumo son más importantes para la comunidad, y qué factores protectores y de riesgo asociados serán más relevantes intervenir para lograr efectos preventivos sostenibles en el tiempo.

La toma de decisiones locales respecto a las prioridades de intervención constituye una importante medida de descentralización de la gestión del Plan Elige Vivir Sin Drogas, basada en la convicción de que los profesionales, técnicos y líderes que se desempeñan con mayor cercanía a la comunidad local, tendrán más y mejor información cualitativa respecto a las necesidades, intereses y prioridades de las personas que habitan el territorio. Asumimos que esta mejor información incide en la toma de mejores decisiones de priorización de problemas frente a las que pueden ser adoptadas desde el nivel central tan sólo con información cuantitativa.

Como resultado de este subproceso, el profesional o equipo de ejecución en la comuna, con el concurso de referentes locales, adopta decisiones sobre los problemas de prevalencia de consumo de sustancias a priorizar, y los factores protectores y de riesgo asociados al consumo que serán prioridad de intervención del Plan EVSD en cada territorio específico.

El flujo de este subproceso puede apreciarse en la Figura 18. La lista de procesos y acciones que integran este subproceso se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5**Subproceso de análisis comunal y priorización de intervención**

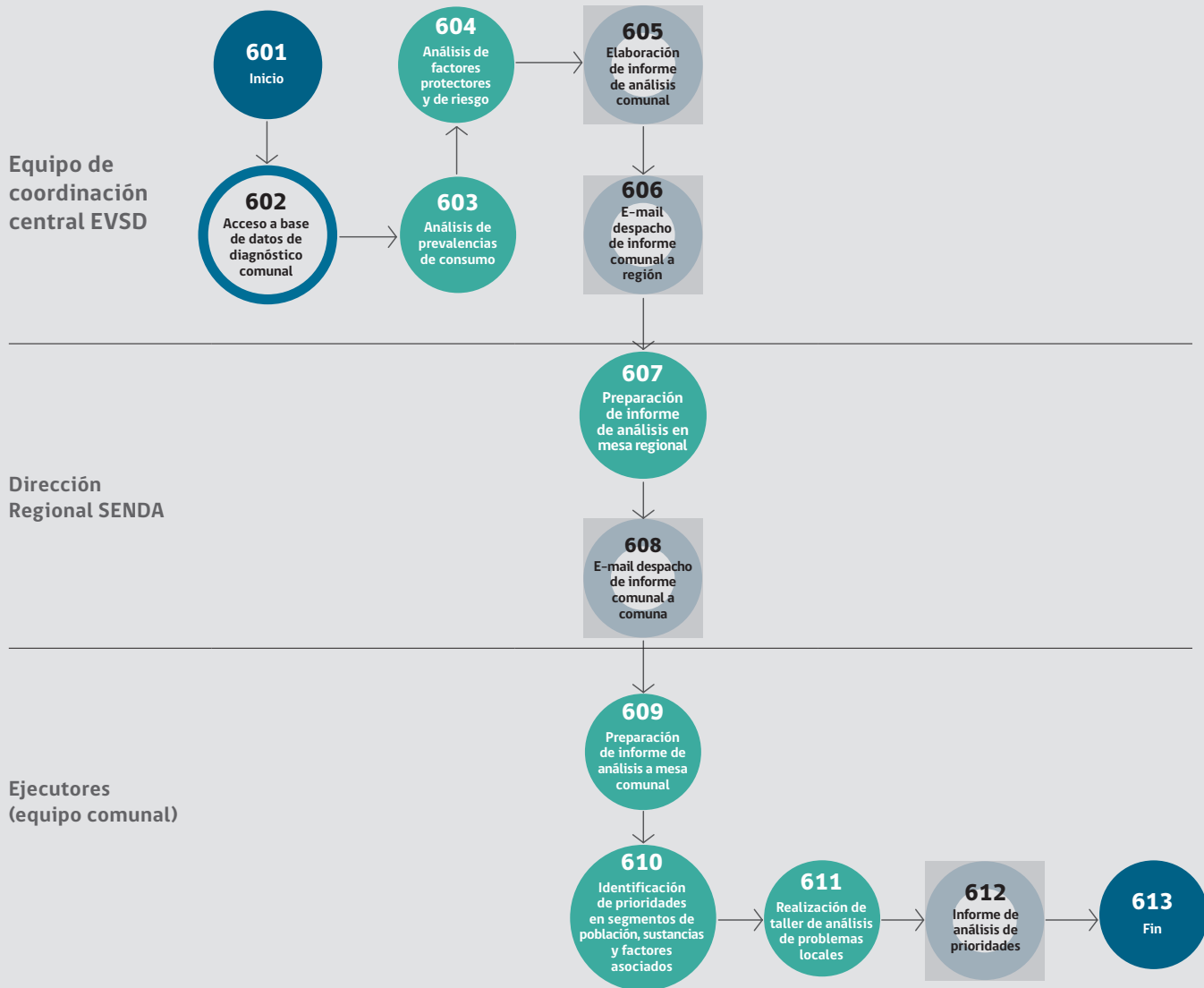
Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
601	Inicio/término	Inicio de subproceso	Equipo de coordinación central EVSD
602	Base de datos	Acceso a base de datos de diagnóstico comunal	Equipo de coordinación central EVSD
603	Proceso	Análisis de prevalencias de consumo	Equipo de coordinación central EVSD
604	Proceso	Análisis de factores protectores y de riesgo	Equipo de coordinación central EVSD
605	Documento	Elaboración de informe de análisis comunal	Equipo de coordinación central EVSD
606	Documento	E-mail de despacho de informe comunal a región	Equipo de coordinación central EVSD
607	Proceso	Presentación de informe de análisis en Mesa Regional EVSD	Dirección Regional SENDA

608	Documento	E-mail despacho de informe comunal a comuna	Dirección Regional SENDA
609	Proceso	Presentación de informe de análisis en Mesa Comunal EVSD	Equipo ejecutor comunal
610	Proceso	Identificación de prioridades en segmentos de población, sustancias y factores asociados	Equipo ejecutor comunal
611	Proceso	Realización de taller de análisis de problemas locales	Equipo ejecutor comunal
612	Documento	Informe de análisis de prioridades comunales	Equipo ejecutor comunal
613	Inicio/término	Fin de subproceso	Equipo ejecutor comunal

Fuente: Elaboración propia.

Figura 18

Subproceso 600 de análisis comunal y priorización de intervención



Fuente: Elaboración propia.

Nota técnica 2

Alcance local del diagnóstico

La fase de diagnóstico del Elige Vivir Sin Drogas se orienta a levantar información focalizada sobre los problemas de consumo de alcohol y otras drogas en población adolescente de la comuna, y los factores protectores y de riesgo que podrían explicar la magnitud de los problemas de consumo observados. El análisis de estos resultados, para una adecuada difusión posterior con la comunidad, conforman un modelo conceptual convergente (muchas variables independientes actuando sobre una variable dependiente), en que se asume la configuración de factores protectores y de riesgo como causa probable, de manera que la modificación de los factores incidiría sobre la prevalencia de consumo.

Desde un punto de vista estrictamente técnico, los factores protectores y de riesgo sólo pueden considerarse correlatos, y no causas del consumo,

debido a que la investigación científica que los ha identificado, consiste mayoritariamente en estudios observacionales longitudinales y transversales, y no en estudios experimentales que permitan establecer relaciones de causalidad. Sin embargo, se ha observado que los cambios en la configuración de factores protectores y de riesgo, puede asociarse con cambios en las prevalencias de consumo. Son estas observaciones las que permiten hipotetizar modelos convergentes de causas probables.

Elige Vivir Sin Drogas delimita el diagnóstico cuantitativo, encuestando a población escolar de segundo año de enseñanza media, basado en la experiencia exitosa del programa *Planet Youth*, desarrollado en Islandia. Al encuestar a toda la población comunal en segundo año medio, es posible obtener información detallada y específica para la comuna, sobre prevalencias de consumo

y factores asociados. La repetición de la medición sobre el mismo grupo de edad, permite observar cambios en estas variables en nuevas cohortes de población que han sido expuestas a la intervención del programa.

El alcance del proceso de diagnóstico no incluye el uso de datos comunales del *Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar* (ENPE), debido a que este se basa en un procedimiento de muestreo que aplica una estratificación de población a nivel regional, lo cual permite obtener resultados representativos a nivel de región, no así a nivel comunal.

Nota técnica 3

Priorización de intervención a nivel de establecimiento educacional

El procedimiento de diagnóstico a través de la encuesta “Juventud y Bienestar” se realiza en el contexto escolar, de modo de obtener información sobre prevalencias de consumo de sustancias y factores protectores y de riesgo a nivel de establecimiento educacional.

Los datos de diagnóstico obtenidos podrían revelar que determinados establecimientos educacionales concentran población adolescente con mayores prevalencias de consumo de sustancias, o con mayor presencia de factores de riesgo, o con un detrimento significativo de sus factores protectores, comparados con los niños, niñas y adolescentes que asisten a otros establecimientos de la misma comuna.

La existencia de diferencias significativas en los perfiles de prevalencia de consumo y factores asociados entre

distintos establecimientos educativos de la misma comuna, puede ser una señal de alerta respecto a la necesidad de concentrar las intervenciones preventivas en los establecimientos que exhiben mayores problemas.

Será importante que los profesionales gestores del Plan Elige Vivir Sin Drogas en la comuna pongan atención a fenómenos de concentración de prevalencia y de factores asociados en el ámbito de establecimientos educacionales, y que alerten de esta situación a la Mesa Comunal EVSD y a la autoridad local, como una forma de promover decisiones de priorización que ayuden a poner más esfuerzos preventivos en los establecimientos que más los necesitan.

Fase 2

Articulación e intervención

La fase de articulación e intervención del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas se orienta a convocar a instituciones públicas y privadas que operan en la comuna, además de líderes comunitarios, con la finalidad de identificar recursos disponibles, programar actividades preventivas, y materializar su implementación.

La implementación de actividades de intervención preventiva es el principal mecanismo del Plan EVSD para la producción de los resultados esperados, los cuales incluyen el fortalecimiento de factores protectores, la reducción de factores de riesgo, y la consecuente reducción de la prevalencia del consumo de sustancias en beneficio de la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes.

La implementación efectiva y eficiente de actividades de intervención preventiva requiere las siguientes acciones y condiciones:

- > La identificación de recursos locales.
- > La articulación de actores con capacidad preventiva a nivel comunal y regional.
- > Un Plan de Acción Preventivo Comunal con actividades que sean pertinentes al diseño conceptual del Plan EVSD y que, al mismo tiempo, estén correctamente alineadas con las prioridades definidas a nivel local.
- > La ejecución propiamente tal de las actividades de prevención con los niños y niñas, sus adultos cuidadores, y el conjunto de la comunidad.

En las siguientes secciones del manual se aportan detalles sobre los subprocesos y actividades que conforman la fase de articulación e intervención del Plan EVSD.

Subproceso 700

Identificación de recursos locales

El subproceso de identificación de recursos locales busca detectar planes y programas que se implementen en la comuna, gestionados por organizaciones públicas o privadas, y que provean bienes o servicios pertinentes para fortalecer factores protectores y/o reducir factores de riesgo que hayan sido priorizados localmente como focos de intervención del Plan Elige Vivir Sin Drogas.

La identificación de recursos locales es necesaria para avanzar hacia esquemas de coordinación, trabajo cooperativo, y la convergencia de esfuerzos interinstitucionales en beneficio de la salud y el bienestar de la población infantojuvenil. La secuencia de actividades de este subproceso se encuentra en la Tabla 6, mientras el flujo del subproceso se incluye en la Figura 19.

Tabla 6**Subproceso de identificación de recursos locales**

Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
701	Inicio/término	Inicio del subproceso	Equipo ejecutor comunal
702	Proceso	Análisis documental de catastros y convenios preexistentes	Equipo ejecutor comunal
703	Proceso	Identificación de organizaciones y liderazgos en la comunidad	Equipo ejecutor comunal
704	Documento	Convocatoria a Mesa Comunal EVSD	Equipo ejecutor comunal
705	Proceso	Taller de identificación de recursos locales	Equipo ejecutor comunal
706	Documento	Informe de recursos locales	Equipo ejecutor comunal
707	Decisión	¿Se valida informe de recursos locales?	Dirección Regional SENDA
708	Proceso	Ajustar informe de recursos locales	Equipo ejecutor comunal
709	Datos	Carga de datos de recursos locales	Dirección regional SENDA
710	Base de datos	Actualización de base de datos centralizada de recursos locales	Equipo de coordinación central EVSD
711	Inicio/término	Fin de subproceso	Equipo de coordinación central EVSD

Fuente: Elaboración propia.

Nota técnica 4

Identificación de recursos locales en establecimientos educacionales

En la Nota técnica 3 se anticipa la posibilidad de que determinados establecimientos educacionales de la comuna requieran una intervención específica en virtud de problemas de prevalencia de consumo de sustancias o de factores asociados al consumo.

En el caso de que los datos del diagnóstico ameriten la toma de decisiones de priorización de escuelas o liceos de la comuna, es importante identificar los recursos preexistentes en los establecimientos priorizados para el desarrollo de actividades preventivas. Estos recursos pueden ser, entre otros, los siguientes:

- Personal profesional o técnico que ya se dedica a actividades preventivas (o que podría eventualmente dedicarse).
- Existencia de material técnico (manuales, guías técnicas de prevención).

- Disponibilidad de tiempo para la realización de actividades preventivas.
- Disponibilidad de espacio físico para realizar actividades preventivas (sean las propias salas de clases u otros espacios adecuados).

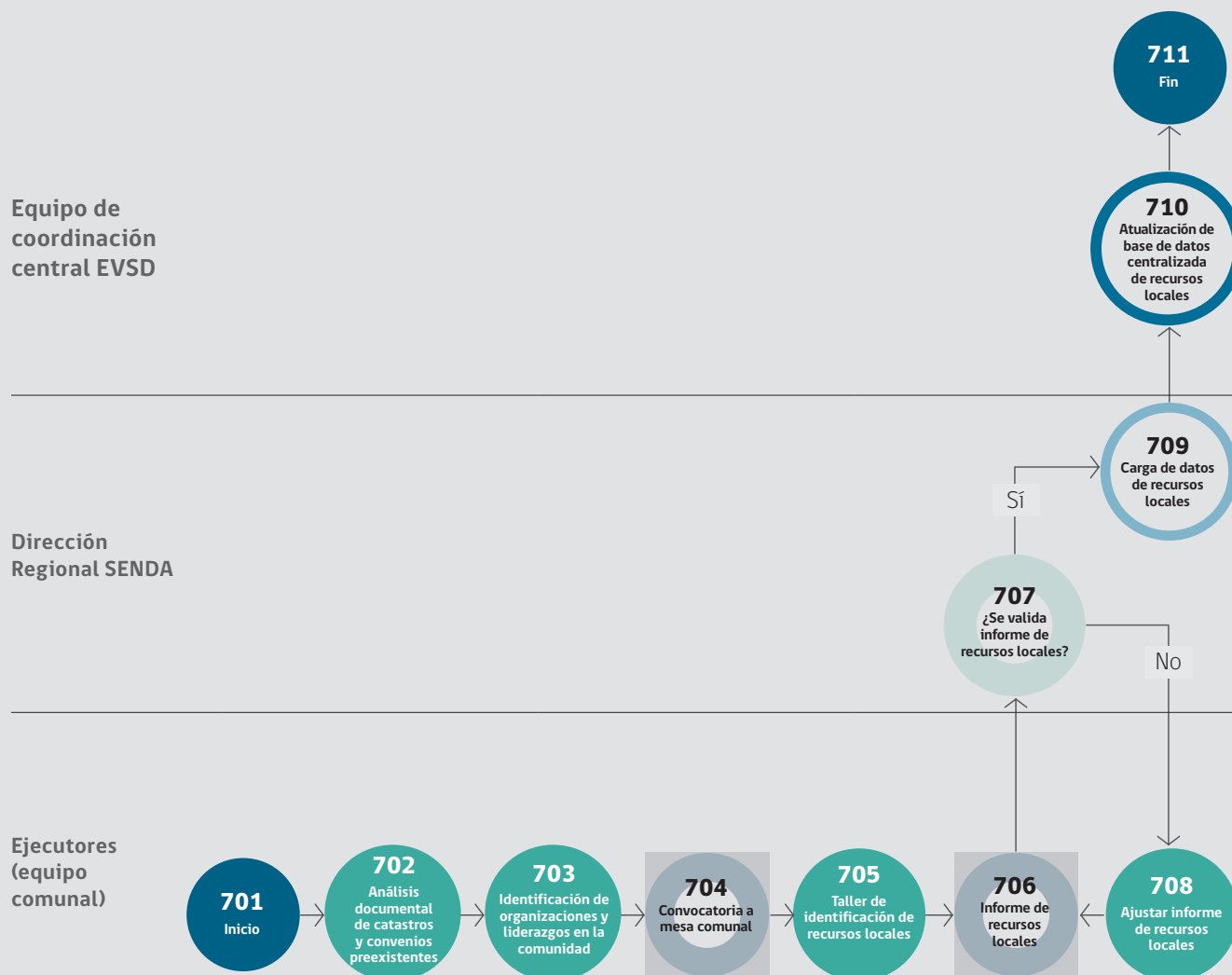
En la identificación de recursos locales en establecimientos educacionales priorizados, se debe detectar si estos establecimientos ejecutan otros programas o acciones orientadas a la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, incluyendo los ejecutados por el SENDA, e indagar el estado de operación de estos programas o acciones. Esta consulta evitará la sobreintervención y permitirá planificar actividades complementarias, de apoyo o asistencia técnica, si el establecimiento reporta problemas que le impidan operar adecuadamente sus acciones preventivas preexistentes.

La identificación de recursos preexistentes en los establecimientos educacionales priorizados contribuye a la gestión del Plan Elige Vivir Sin Drogas en diversas formas, a saber:

- a. Permite establecer coordinaciones específicas con los equipos directivos de los establecimientos educacionales priorizados, orientadas a indagar en qué medida es posible alinear el uso de los recursos preexistentes con el logro de los objetivos del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas.
- b. Permite establecer brechas de recursos disponibles en los establecimientos priorizados, que puedan reportarse en la Mesa Comunal EVSD, para efectos de buscar recursos complementarios a nivel local.
- c. Permite hacer un uso sinérgico y eficiente de la capacidad institucional a nivel de los establecimientos educacionales priorizados.
- d. Permite evitar esfuerzos de planificación a nivel comunal que terminen asignando a los establecimientos educacionales recursos que estos ya poseen con antelación, reduciendo el riesgo de errores en la asignación de recursos y eventual sobreintervención en el establecimiento (por ejemplo, se evita impulsar acciones preventivas nuevas en establecimientos que ya desarrollan acciones de prevención).

Figura 19

Subproceso 700 de identificación de recursos locales



Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 800

Articulación preventiva comunal

El subproceso de articulación preventiva comunal consiste en promover prácticas de coordinación y trabajo colaborativo entre las instituciones, organizaciones, liderazgos y comunidad local, de modo que estas diversas entidades compartan información, tomen decisiones y actúen de manera efectiva y eficiente, haciendo converger sus actividades hacia el logro de resultados esperados en materia de prevención del consumo de sustancias.

La Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas (Mesa Comunal EVSD) es la instancia que opera como plataforma de articulación comunal. Es una institución funcional, presidida por la autoridad local, con el apoyo ejecutivo del profesional (o equipo profesional) del SENDA a cargo de la implementación del Plan EVSD. Para esto, se convoca a representantes de departamentos municipales de educación, salud, cultura, deporte, seguridad ciudadana, desarrollo comunitario, entre otros; servicios públicos con presencia en la comuna y que tengan funciones relacionadas con el Plan EVSD; organizaciones sociales formales e informales incluyendo cámaras de comercio, empresas, asociaciones ciudadanas, clubes deportivos, agrupaciones de niños, niñas o adolescentes, agrupaciones artísticas o culturales,

instituciones religiosas, entre otras; líderes y ciudadanos interesados en la prevención del consumo de alcohol y otras drogas y que pueden ser considerados “recursos locales” para efectos de intervención preventiva.

Si la comuna cuenta con otros programas SENDA para población infantil y adolescente, estos programas deben ser incluidos como recursos locales, convocados a la Mesa Comunal EVSD, e integrados a los esfuerzos coordinados de prevención.

El subproceso de articulación preventiva comunal es vital para el logro de los resultados esperados, debido a que el Plan Elige Vivir Sin Drogas no cuenta con recursos propios suficientes para atender a todos los factores protectores y de riesgo relevantes para impactar sobre todos los problemas de prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en los niños, niñas y adolescentes a escala nacional. En consideración de esta capacidad limitada de gasto directo, el logro de los resultados esperados depende parcialmente del aporte de otras instituciones y personas, que contribuyan para desarrollar las actividades de intervención preventiva.

Las actividades que conforman este subproceso se listan en la Tabla 7. El flujo del subproceso se diagrama en la Figura 20.

Tabla 7

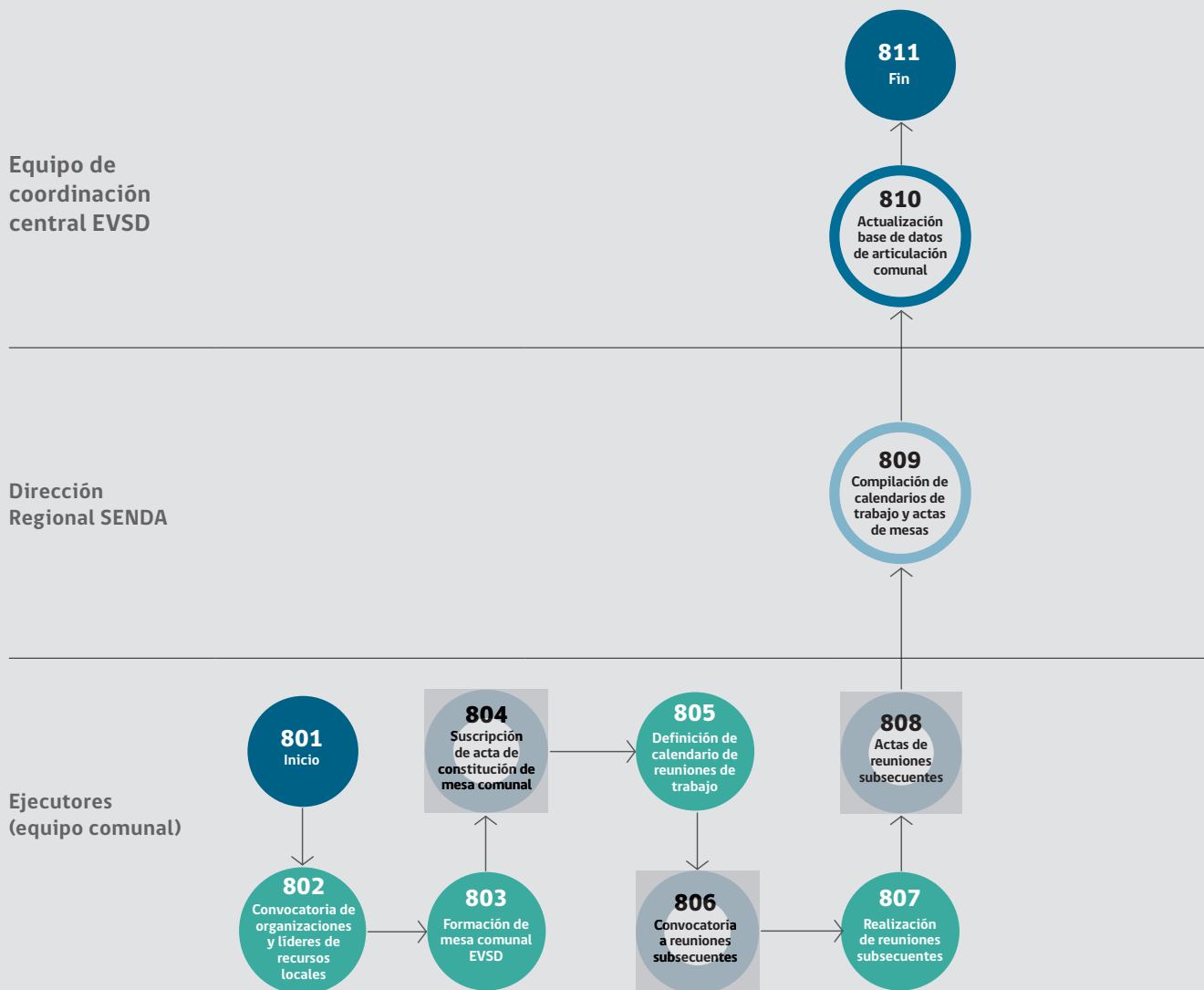
Subproceso de articulación comunal

Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
801	Inicio/término	Inicio del proceso	Equipo ejecutor comunal
802	Proceso	Convocatoria de organizaciones y líderes de recursos locales	Equipo ejecutor comunal
803	Proceso	Formación de Mesa Comunal EVSD	Equipo ejecutor comunal
804	Documento	Suscripción de acta de constitución de Mesa Comunal EVSD	Equipo ejecutor comunal
805	Proceso	Definición de calendario de reuniones de trabajo	Equipo ejecutor comunal
806	Documento	Convocatoria a reuniones subsecuentes	Equipo ejecutor comunal
807	Proceso	Realización de reuniones subsecuentes	Equipo ejecutor comunal
808	Documento	Actas de reuniones subsecuentes	Equipo ejecutor comunal
809	Datos	Compilación de calendarios de trabajo y actas de mesas	Dirección regional SENDA
810	Base de datos	Actualización de base de datos de articulación comunal	Equipo de coordinación central EVSD
811	Inicio/término	Fin de subproceso	Equipo de coordinación central EVSD

Fuente: Elaboración propia.

Figura 20

Subproceso 800 de articulación preventiva comunal



Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 900

Plan de Acción Preventivo Comunal

El Plan de Acción Preventivo Comunal consiste en un instrumento de planificación, gestión y monitoreo que deberá establecer los acuerdos y compromisos del intersector para fortalecer el desarrollo de las estrategias preventivas en la comuna. **Para el despliegue de las acciones preventivas se deben crear acuerdos y compromisos efectivos de trabajo con las organizaciones, sus líderes y los miembros de la comunidad.**

El subproceso de creación del Plan de Acción Preventivo Comunal se apoya en dos insumos principales:

- Análisis de los datos de diagnóstico comunal.
- Datos de recursos locales disponibles para fines preventivos.

Los profesionales que conforman el equipo comunal de ejecución del Plan Elige Vivir Sin Drogas son responsables de compilar y resumir estos antecedentes, como parte de su apoyo ejecutivo a la Mesa Comunal EVSD y a la autoridad local. Para tal efecto, tendrán el apoyo de los reportes generados por el nivel central

del SENDA a partir de la aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”, y el registro de información cualitativa sobre recursos locales.

Con los antecedentes mencionados, se convoca a la Mesa Comunal EVSD con el objeto de analizar los antecedentes de información diagnóstica obtenidos como producto de los subprocesos 500, 600 y 700.

En el contexto de conformación de la Mesa Comunal EVSD, se recomienda invitar a los participantes a realizar actividades de debate sobre las acciones preventivas a priorizar en la comuna, teniendo en consideración los problemas más importantes y los recursos locales disponibles. Estas actividades pueden ser talleres de análisis comunal y priorización de objetivos de intervención para cada comuna.

El rol del SENDA en este proceso es:

- Promover la participación y el consenso.
- Mantener la discusión dentro del marco general que ofrece el diseño conceptual del Plan Elige Vivir Sin Drogas, de manera que las propuestas estén alineadas con los problemas de la comuna y no salgan del alcance del Plan EVSD.

Se invita a los participantes a involucrarse activamente en la implementación, definiendo actividades preventivas a liderar, en cuáles colaborar, qué recursos pueden contribuir, y en qué fechas estimadas realizar cada actividad. El producto de estos talleres es el Plan de Acción Preventivo Comunal, en el que se incluyen tanto actividades realizadas directamente por el SENDA como actividades con las que contribuirán otros participantes de la Mesa Comunal EVSD.

El flujo de este subproceso de encuentra en la Figura 21. La lista de acciones que integran este subproceso se muestra en Tabla 8.

Criterio de discrecionalidad profesional

- > **La evidencia científica y las mejores prácticas en diseño de programas sociales tienden a converger en la idea de que tanto programas como actividades deben ser altamente estructurados y estandarizados, de manera que todos los operadores tengan claridad sobre las acciones a realizar, y que estas iniciativas funcionen de manera similar en los distintos equipos operativos.**

- Sin embargo, también se promueve la inclusión en el diseño de espacios de discrecionalidad profesional, esto es, anticipar situaciones en las que el diseño estándar podría no funcionar bien y otorgar espacio a los profesionales ejecutores para tomar decisiones propias.
- El Plan de Acción Preventivo Comunal es un espacio de discrecionalidad profesional, dado que el diseño propone –como ruta ideal– la articulación de la Mesa

Comunal EVSD como hito anterior a la creación del plan, de modo que este sea coconstruido y participativo. No obstante, en algunas comunas, la articulación de la mesa local podría tomar demasiado tiempo. En estas circunstancias, dejamos abierta, a consideración del profesional, la posibilidad de avanzar en un Plan de Acción Preventivo Comunal y comenzar su ejecución, mientras la Mesa Comunal EVSD se articula.

Tabla 8**Subproceso Plan de Acción Preventivo Comunal**

Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
901	Inicio/término	Inicio del proceso	Equipo ejecutor comunal
902	Proceso	Consulta de bases de datos	Equipo ejecutor comunal
903	Base de datos	Consulta de base de datos centralizados (datos de diagnóstico y de recursos locales)	Equipo de coordinación central EVSD
904	Documento	Informe automático de antecedentes de diagnóstico local	Equipo de coordinación central EVSD
905	Proceso	Análisis local de antecedentes de diagnóstico local	Equipo ejecutor comunal
906	Proceso	Elaboración del Plan de Acción Preventivo Comunal	Equipo ejecutor comunal
907	Documento	Plan de Acción Preventivo Comunal	Equipo ejecutor comunal
908	Decisión	¿El Plan de Acción es consistente con el diseño del Plan EVSD?	Dirección regional SENDA
909	Documento	E-mail de solicitud de ajuste del Plan de Acción Preventivo Comunal	Dirección regional SENDA

910	Proceso	Aprobación del Plan de Acción Preventivo Comunal	Equipo ejecutor comunal
911	Base de datos	Carga de base de datos de monitoreo*	Equipo de coordinación central EVSD
912	Inicio/término	Fin de subproceso	Equipo de coordinación central EVSD

*Los datos de actividades planificadas a nivel local constituyen el objeto principal de los procesos de monitoreo del Plan EVSD.
Fuente: Elaboración propia.

Nota técnica 5

Acciones prediseñadas versus la autonomía local en el diseño del Plan de Acción Preventivo Comunal

El Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas está basado en evidencia científica respecto a prácticas efectivas para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes.

La investigación científica en esta materia revela que los programas prediseñados y altamente estructurados y estandarizados tienden a mostrar mejores resultados en términos de prevención. Sin perjuicio de lo anterior, la investigación también ha relevado la pertinencia local de las intervenciones preventivas, en el sentido de que la implementación de los programas estandarizados debe ser sensible a las diferencias locales en el tipo de sustancias que se consume con mayor frecuencia, y los factores protectores y de riesgo que se muestran con mayor relevancia en cada comunidad.

El Plan Elige Vivir Sin Drogas procura balancear estas perspectivas, ofreciendo lineamientos estandarizados basados en evidencia científica, y contenidos de sensibilización e intervención preelaborados desde el nivel central de gestión. Se promueve que estos contenidos sean utilizados a nivel local cada vez que sean pertinentes respecto a la priorización local de problemas descrita en el subproceso 600.

Sin embargo, también se promueve que las comunas desarrollen sus propias intervenciones, movilizandoy coordinando los recursos disponibles localmente en servicios públicos, organizaciones privadas o sin fines de lucro, sociedad civil, liderazgos y comunidad de base. Las intervenciones desarrolladas a nivel local tendrán más probabilidades de responder directamente

a la realidad única y específica del territorio local; y más probabilidades de ser sostenibles en el tiempo, debido a que se sostienen en recursos disponibles preexistentes.

Para recomendaciones sobre criterios de diseño de intervenciones locales, ver Nota técnica 7.

Nota técnica 6

Planificación de acciones preventivas a nivel de establecimientos educacionales

En las comunas que prioricen establecimientos educacionales para focalizar intervenciones preventivas en razón de sus niveles de prevalencia de consumo de sustancias y factores asociados, será relevante especificar las acciones preventivas a implementar para cada establecimiento priorizado.

En la planificación de acciones preventivas a nivel de establecimientos educacionales, sugerimos atender a las siguientes consideraciones:

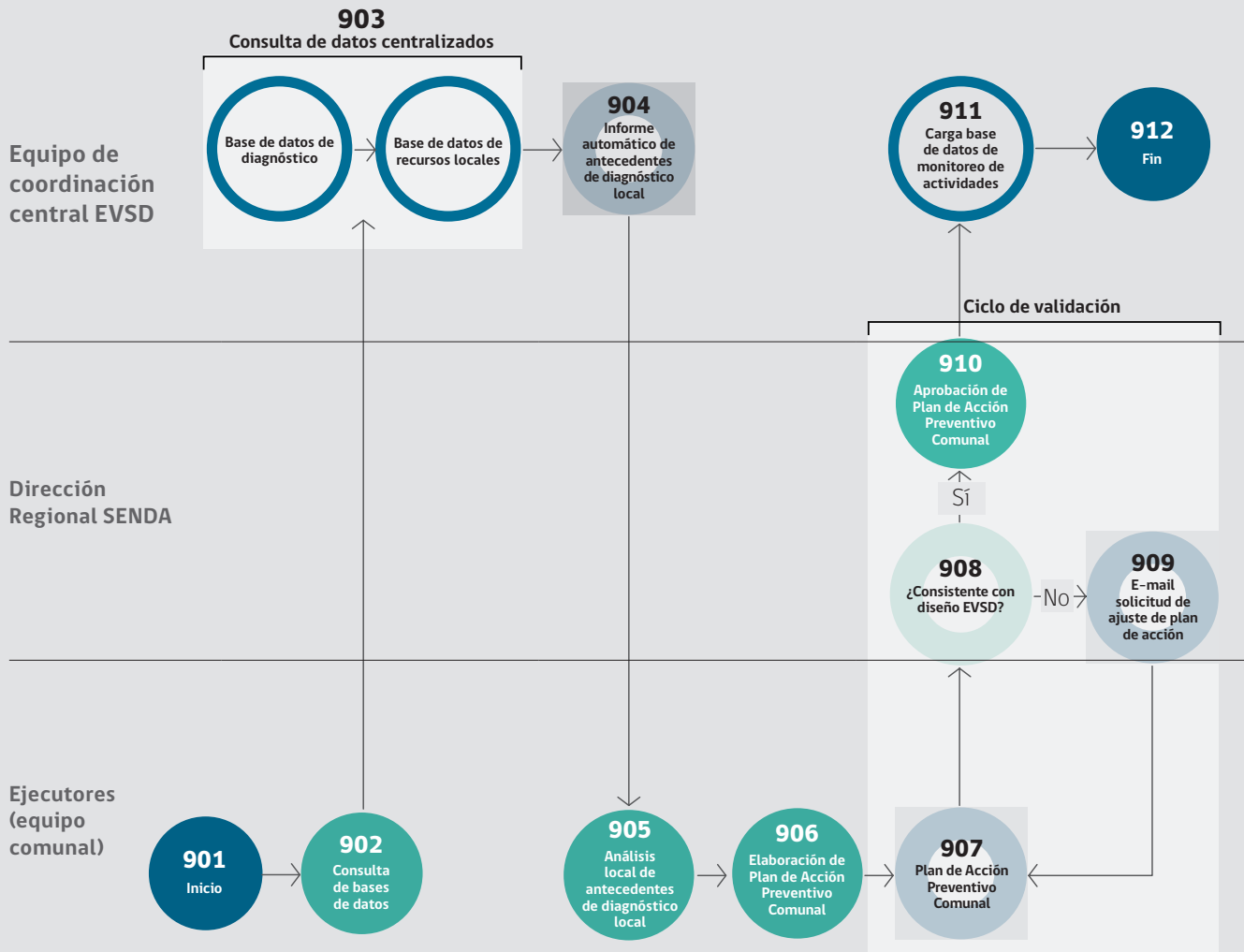
- a. Documentar e informar de manera específica cuál es la **razón que motiva la priorización** de cada establecimiento educacional. El planteamiento específico de los factores protectores o de riesgo que motivan la priorización, ayudará a toda la comunidad educativa a comprender el problema a nivel de establecimiento, y dará sentido a la propuesta de acciones preventivas a implementar.
- b. Tomar tiempo para **indagar los recursos locales preexistentes** a nivel de establecimiento educacional, de acuerdo a lo sugerido en la Nota técnica 4, para evitar la duplicación de recursos y acciones preventivas.
- c. Poner especial atención a **programas o acciones de prevención preexistentes** en el establecimiento educacional. Si el establecimiento ha sido priorizado a pesar de contar con acciones preventivas, indagar si dichas acciones son demasiado recientes, o bien si presentan problemas operativos que afectan su efectividad. Promover la evaluación de procesos para detectar nudos críticos a nivel de establecimiento, y ofrecer asistencia técnica para mejorar la efectividad de las acciones preventivas.

- d. Preferir **apoyar, intensificar o ajustar el foco de intervención de acciones preventivas preexistentes**, antes de implementar nuevas actividades de prevención. Esto requiere identificar con claridad las fortalezas y debilidades de las acciones preventivas en ejecución en cada establecimiento.
- e. Analizar **cómo se alinean las acciones preventivas preexistentes con los factores protectores y de riesgo** más relevantes de los adolescentes que asisten al establecimiento.
- f. Analizar **otras acciones preexistentes en el establecimiento** que no estén específicamente orientadas a la prevención del consumo de alcohol y otras drogas, pero que puedan contribuir a la intervención preventiva, sea a nivel de prevención

universal, selectiva o indicada. Entre estas acciones cabe destacar las de carácter extraprogramático en materias artísticas, culturales o deportivas; la planificación de transversalidad en el ámbito de convivencia; y los servicios especializados de orientación, apoyo pedagógico y apoyo psicológico. Se puede evaluar la pertinencia de invitar a los encargados de estas actividades a colaborar en una planificación de acciones preventivas específicas para el establecimiento educacional.

Figura 21

Subproceso 900 Plan de Acción Preventivo Comunal



Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 1000

Ejecución de actividades preventivas

Algunas actividades preventivas del Plan Elige Vivir Sin Drogas son ejecutadas directamente por los profesionales SENDA en la comuna, mientras otras son implementadas por actores locales externos al SENDA como resultado de los subprocesos 800 y 900.

Cuando las intervenciones preventivas son ejecutadas por actores locales, se debe realizar un trabajo intensivo de coordinación con la contraparte que liderará la actividad, para efectos de contar con información precisa respecto a fecha, hora, lugar y condiciones de ejecución.

- Por ejemplo: adónde se trasladan las actividades al aire libre si el clima obliga a realizarlas bajo techo.

La coordinación previa también debe atender aspectos formales de la actividad.

- Por ejemplo: conseguir consentimiento informado de los adolescentes participantes, o la autorización de padres, madres o apoderados para participar si corresponde.

La coordinación previa también debe atender acciones paralelas vinculadas a la actividad, de manera que estas colaboren con la actividad principal, en lugar de demorarla o interrumpirla.

- Por ejemplo: la realización de puntos de prensa.

Sea que la actividad se ejecute directamente por equipos SENDA o por personas externas al servicio, los profesionales ejecutores responsables del Plan EVSD en la comuna deben procurar la realización de todas las acciones necesarias para una adecuada convocatoria y difusión de cada actividad de prevención, con miras a obtener convocatorias de beneficiarios que aumenten el alcance del Plan EVSD en la comunidad.

Es importante que las personas encargadas de liderar la ejecución de cada actividad preventiva realicen un registro de asistencia de las personas participantes. Estos datos permiten rendir cuenta de la cobertura efectiva del Plan EVSD en la comuna, y documentar diferencias en la exposición de los beneficiarios a actividades de prevención por lo siguiente: dada la naturaleza voluntaria de la participación, se espera que algunos beneficiarios sólo participen

esporádicamente de las actividades asociadas al plan de trabajo, mientras otros tenderán a mostrar un patrón de participación más persistente. Es evidente que la diferencia en la participación en actividades (o exposición a la intervención) puede tener un efecto relevante sobre los resultados esperados.

El listado de acciones que conforman este subproceso se incluye en la Tabla 9. El flujo de este subproceso se presenta en la Figura 22.

Tabla 9

Subproceso de ejecución de actividades preventivas

Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
1001	Inicio/término	Inicio del proceso	Equipo ejecutor comunal
1002	Proceso	Coordinación de actividad con contraparte (recurso local)	Equipo ejecutor comunal
1003	Documento	Elaboración de documento de convocatoria	Equipo ejecutor comunal
1004	Proceso	Distribución de la convocatoria a la actividad preventiva	Equipo ejecutor comunal
1005	Datos	Registro de asistencia de participantes	Equipo ejecutor comunal
1006	Proceso	Realización de actividad	Equipo ejecutor comunal
1007	Documento	Registro fotográfico	Equipo ejecutor comunal
1008	Proceso	Evaluación de actividad en equipo local	Equipo ejecutor comunal
1009	Documento	Minuta de reporte de resultados de actividad	Equipo ejecutor comunal

1010	Datos	Compilación de datos de asistencia y resultados de actividad	Dirección regional SENDA
1011	Base de datos	Carga de base de datos de actividades de intervención	Equipo de coordinación central EVSD
1012	Inicio/término	Fin de subproceso	Equipo de coordinación central EVSD

Fuente: Elaboración propia.

Nota técnica 7

Diseñando actividades con mayor potencial preventivo

¿Toda actividad deportiva o cultural dirigida a niños, niñas y adolescentes tiene el mismo potencial preventivo del consumo de alcohol y otras drogas? Esta es una pregunta frecuente para los gestores de políticas, planes y programas de prevención temprana, debido al interés por obtener el mayor efecto preventivo posible, en beneficio de la salud y el bienestar de la comunidad.

Los resultados de la investigación científica señalan de manera consistente que no todas las prácticas que se despliegan en la comunidad y en las escuelas con propósitos preventivos, logran tener efectos en términos de reducir la probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas. Y, entre las prácticas que producen resultados, es posible observar notorias diferencias en el nivel del efecto producido.

Los hallazgos de las investigaciones revelan que las prácticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas que tienen mejores resultados, muestran algunas de las siguientes características:

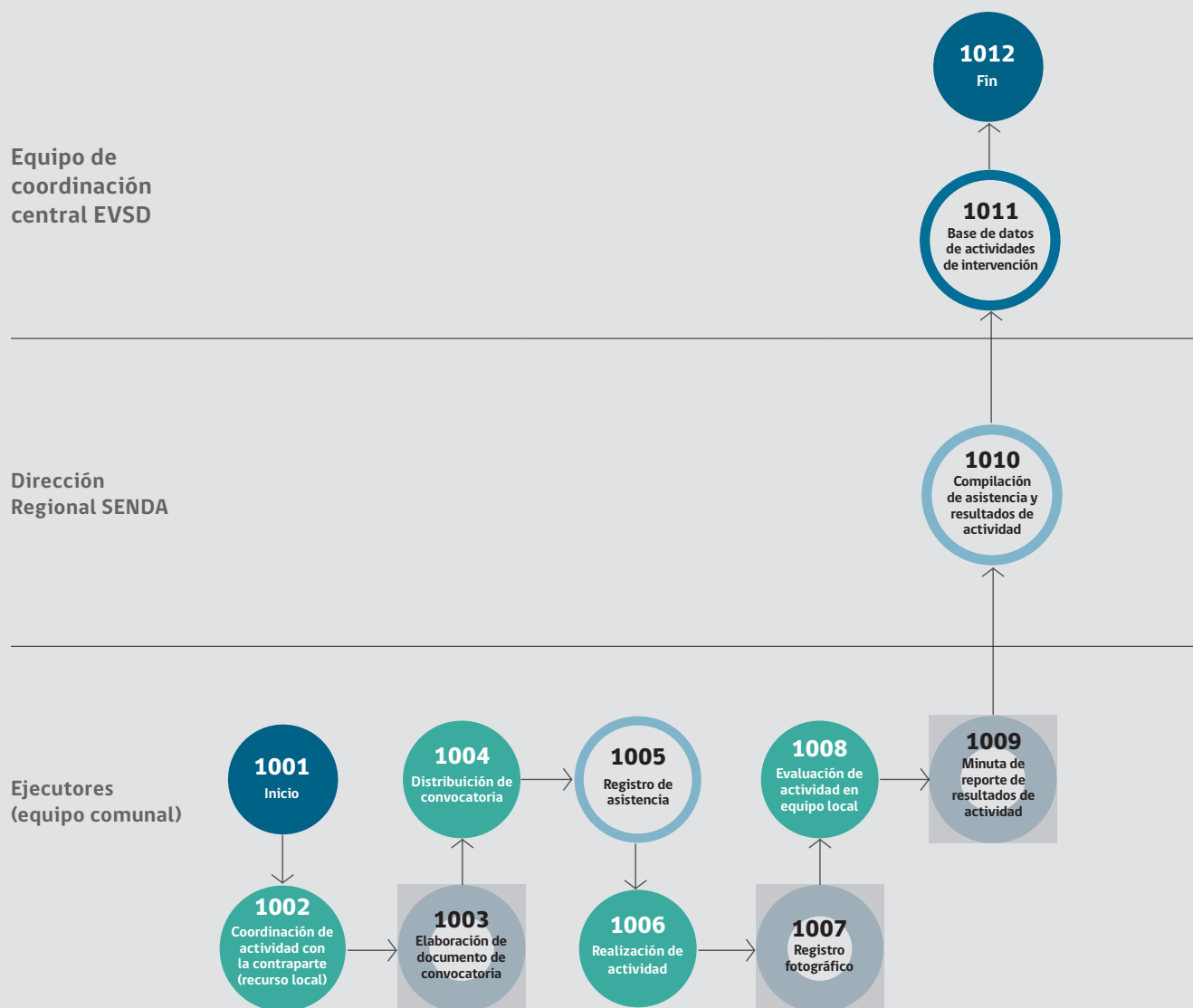
1. Las intervenciones tienen orientación a resultados, es decir, no se conciben como fines en sí mismas, sino como medios para lograr un fin.
2. El fin de las intervenciones debe ser, principalmente, el fortalecimiento de factores protectores. Por ejemplo, en las actividades deportivas, la calidad de la interacción y la convivencia prosocial y solidaria entre pares es mucho más importante que el resultado deportivo propiamente tal. De la misma forma, más importante que la calidad de una obra artística que resulte de una actividad

cultural, es el involucramiento de padres y madres para que compartan más tiempo con sus hijos e hijas, los acompañen, conozcan a sus pares y a padres y madres de sus amigos y amigas.

3. La intervención no se enfoca en “satanizar” las sustancias, sino en promover la salud y el bienestar. Los niños, niñas y adolescentes quieren tener oportunidades de crecer, desarrollarse, experimentar y divertirse. Los mensajes y actividades que muestren que el desarrollo saludable facilita el aprendizaje, la interacción y la entretención, tenderán a tener mejor recepción entre los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
4. La intervención forma parte de un proceso progresivo de construcción de una cultura local de intolerancia al consumo de alcohol y otras drogas, dado que dicho consumo afecta la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes. La experiencia nacional de las últimas décadas en la formación de una cultura gradualmente menos tolerante del consumo de tabaco es un buen ejemplo práctico en este sentido.
5. Los diseños de actividades de intervención deben ser sensibles a la realidad social y a la cultura local.
6. Los diseños de actividades de intervención deben ser convocantes y atractivos para niños, niñas y adolescentes, por lo que se usan con frecuencia componentes lúdicos, deportivos, artísticos y culturales. Este tipo de actividades deben alinearse con el propósito expreso de fortalecer factores protectores o reducir factores de riesgo priorizados en la comuna.
7. El diseño de actividades de intervención se puede fortalecer con componentes clínicos que aumenten la probabilidad de producir efectos preventivos. Por ejemplo, las actividades interactivas de pares, la entrega de retroalimentación (saber que los pares de la comuna no consumen tanto como uno supone), la promoción de competencia social y los ejercicios de resistencia a la presión de pares, son elementos efectivos que pueden complementar las actividades deportivas, artísticas, culturales o lúdicas.

Figura 22

Subproceso 1000 de ejecución de actividades preventivas



Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 1100

Articulación preventiva regional

El subproceso de articulación preventiva regional consiste en promover prácticas de coordinación y trabajo colaborativo entre las instituciones públicas, privadas, organizaciones no gubernamentales, y sociedad civil, de modo que estas diversas entidades compartan información, tomen decisiones y actúen de manera efectiva y eficiente, haciendo converger sus actividades hacia el logro de resultados esperados en materia de prevención de consumo de sustancias.

La responsabilidad de la Dirección Regional del SENDA en este nivel de articulación, consiste en compilar y resumir información relativa a los resultados esperados que han sido priorizados en las distintas comunas de la región (problemas de prevalencia de consumo y factores protectores y de riesgo asociados); las actividades programadas en cada comuna para abordar los resultados priorizados; y el estado de avance de la cooperación intersectorial en cada comuna.

Al revisar información detallada sobre el estado de ejecución del Plan EVSD en cada comuna, la Mesa

Regional Elige Vivir Sin Drogas (Mesa Regional EVSD) podrá identificar lo siguiente:

- > Retrasos en la realización de actividades programadas.
- > Brechas en la capacidad de servicio que limiten la frecuencia o la cobertura de las actividades preventivas.
- > Brechas en la oferta de servicios que impidan realizar actividades preventivas necesarias para las comunas pero que no se encuentran disponibles en la región.

Se espera que el análisis de esta información a nivel regional, permita orientar a las instituciones participantes, de manera que sus esfuerzos converjan hacia la coordinación y colaboración para la resolución de problemas, ya sea movilizando recursos propios disponibles en la región, o bien presentando las brechas detectadas ante sus contrapartes a nivel nacional.

La lista de acciones relacionadas con este subproceso se encuentra en la Tabla 10. El flujo del subproceso se diagrama en la Figura 23.

Tabla 10

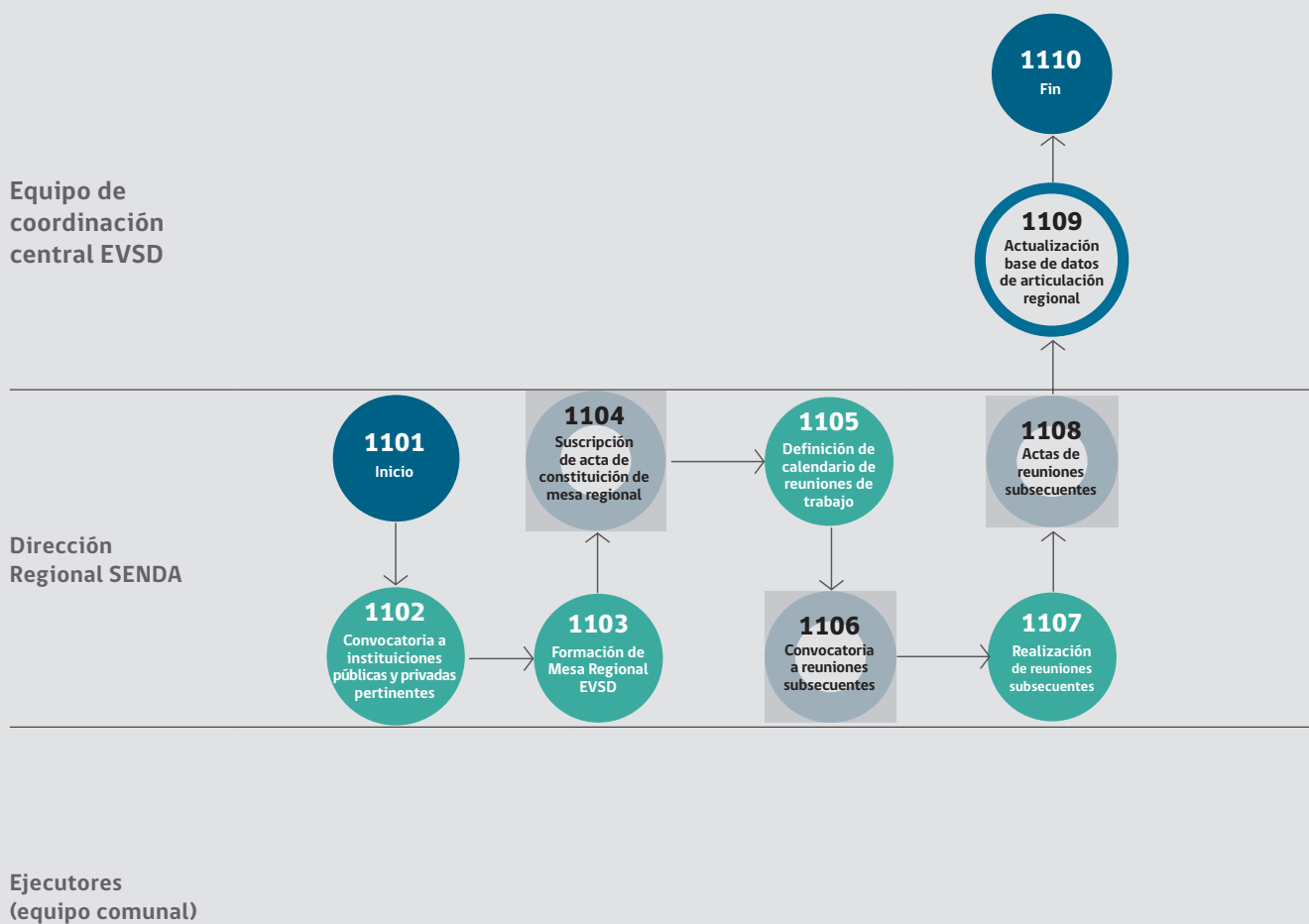
Subproceso de articulación preventiva regional

Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
1101	Inicio/término	Inicio del proceso	Dirección Regional SENDA
1102	Proceso	Convocatoria de instituciones públicas y privadas pertinentes	Dirección Regional SENDA
1103	Proceso	Formación de Mesa Regional EVSD	Dirección Regional SENDA
1104	Documento	Suscripción de acta de constitución de Mesa Regional EVSD	Dirección Regional SENDA
1105	Proceso	Definición de calendario de reuniones de trabajo	Dirección Regional SENDA
1106	Documento	Convocatoria a reuniones subsecuentes	Dirección Regional SENDA
1107	Proceso	Realización de reuniones subsecuentes	Dirección Regional SENDA
1108	Documento	Actas de reuniones subsecuentes	Dirección Regional SENDA
1109	Base de datos	Actualización de base de datos de articulación regional	Equipo de coordinación central EVSD
1110	Inicio/término	Fin de subproceso	Equipo de coordinación central EVSD

Fuente: Elaboración propia.

Figura 23

Subproceso 1100 de articulación preventiva regional



Fuente: Elaboración propia.

Fase 3

Monitoreo y evaluación

La tercera fase del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas incluye actividades de monitoreo y evaluación. Si bien lógicamente estas actividades son posteriores a la implementación, en la práctica se desarrollan de forma simultánea a la implementación una vez que esta ha dado inicio.

El monitoreo permite documentar las actividades realizadas, tanto de intervención directa con la población objetivo, como aquellas que dan soporte a la intervención. Los procesos de monitoreo permiten recopilar información periódica y actualizada sobre el desempeño del Plan EVSD en indicadores clave, como la cantidad de actividades realizadas, personas alcanzadas directamente por las intervenciones, intensidad de la intervención a la que se expone cada participante, entre otros indicadores que dan cuenta de la capacidad de Plan Elige Vivir Sin Drogas para entregar servicios a la comunidad.

El monitoreo del desempeño es relevante para rendir cuentas al Estado central respecto a la efectividad en

el gasto de recursos públicos, y para informar a los actores locales y a la comunidad en general respecto a las actividades desarrolladas durante el ciclo de ejecución y los resultados de las mismas.

Adicionalmente, el monitoreo oportuno permite detectar problemas de desempeño e intervenir sobre sus causas durante el ciclo de ejecución, de manera que los gestores del Plan EVSD cuenten con tiempo suficiente para aplicar las medidas pertinentes para organizar y ejecutar las actividades de intervención necesarias para alcanzar los objetivos de cobertura en todas las comunas priorizadas.

En las siguientes secciones del manual se aportan detalles sobre los subprocesos y actividades que conforman la fase de monitoreo y evaluación del Plan EVSD.

Subproceso 1200

Monitoreo regional

Las Direcciones Regionales del SENDA monitorean diversos procesos ejecutados a nivel comunal, a fin de cautelar el progreso de la implementación y detectar retrasos o anomalías que requieran atención.

El monitoreo de procesos realizado por el nivel regional del SENDA se enfoca en los siguientes ámbitos:

1. Capacitación de profesionales y técnicos de nivel local que aplican la encuesta “Juventud y Bienestar” o actividades de intervención del Plan EVSD.
2. Aplicación oportuna de la encuesta “Juventud y Bienestar” por parte de los ejecutores en los municipios.
3. Realización de talleres de análisis comunal y priorización de objetivos de intervención para cada comuna.
4. Identificación de recursos locales disponibles para contribuir a las actividades de intervención preventiva.

5. Actividades de articulación preventiva comunal.
6. Plan de Acción Preventivo Comunal.
7. Implementación de actividades de intervención propiamente tal.

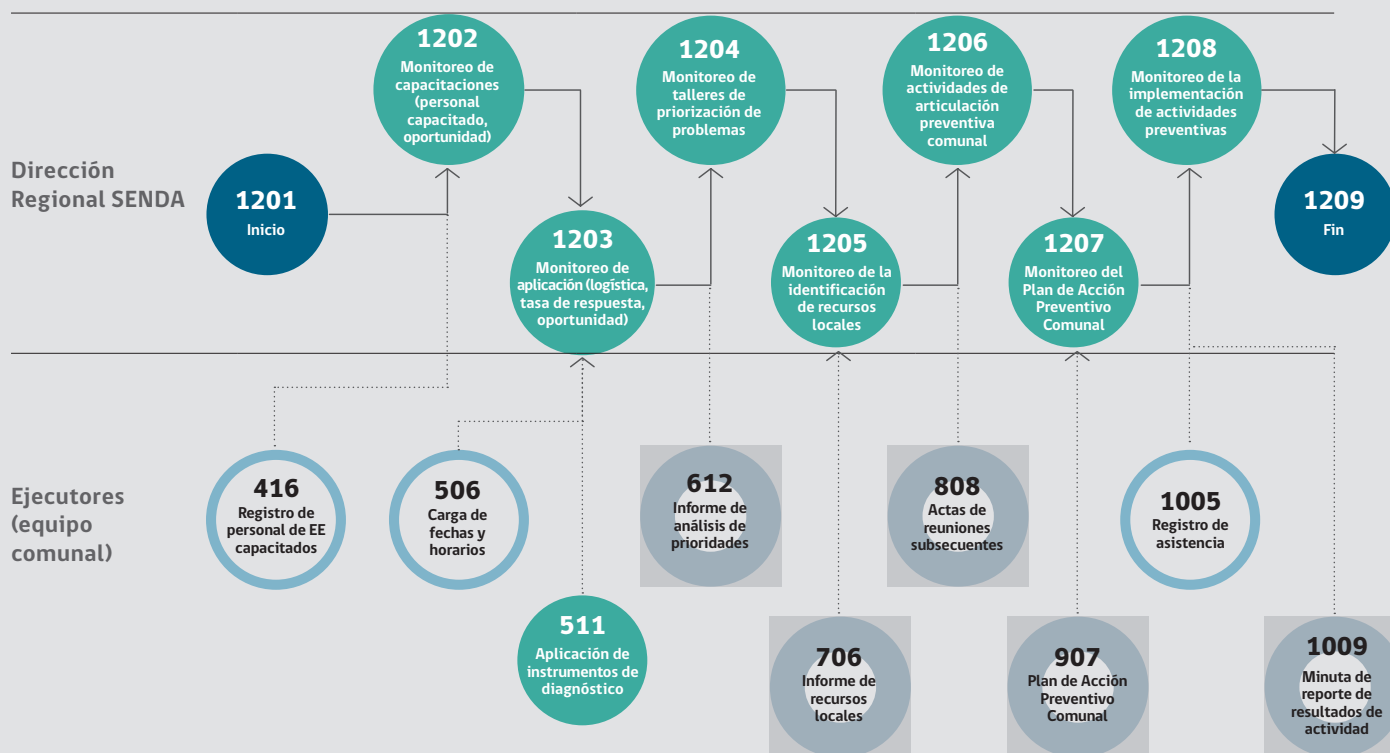
Las actividades de monitoreo se apoyan en insumos de información generados desde el nivel de ejecución en las municipalidades. Los profesionales SENDA responsables de la operación del Plan Elige Vivir Sin Drogas documentan su trabajo mediante diversos formularios de registro e informes, como parte de los distintos subprocesos.

La lista detallada de procesos de monitoreo realizadas a nivel regional, junto al listado de insumos de información que alimenta cada proceso, se indican en la Tabla 11. Adicionalmente, el flujo de los procesos de monitoreo se diagrama en la Figura 24. Las líneas segmentadas en la ilustración muestran la asociación entre los procesos de monitoreo y los insumos de información que los alimentan.

Figura 24

Subproceso 1200 de monitoreo regional

Equipo de
coordinación
central EVSD



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11**Subproceso de monitoreo regional**

Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable	Insumo de monitoreo
1201	Inicio/término	Inicio del proceso	Dirección Regional SENDA	No corresponde
1202	Proceso	Monitoreo de capacitaciones (personal capacitado, oportunidad de capacitación)	Dirección Regional SENDA	Registro de personal de establecimientos educacionales capacitados
1203	Proceso	Monitoreo de aplicación de encuesta (logística, tasa de respuesta, oportunidad)	Dirección Regional SENDA	Carga de información sobre fechas y horarios de aplicación de encuesta Aplicación de instrumento
1204	Proceso	Monitoreo de talleres de priorización de problemas locales	Dirección Regional SENDA	Informe de análisis de prioridades locales de prevención
1205	Proceso	Monitoreo de identificación de recursos locales	Dirección Regional SENDA	Informe de recursos locales disponibles
1206	Proceso	Monitoreo de actividades de articulación preventiva comunal	Dirección Regional SENDA	Actas de reuniones subsecuentes de la Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas
1207	Proceso	Monitoreo del Plan de Acción Preventivo Comunal	Dirección Regional SENDA	Plan de Acción Preventivo Comunal
1208	Proceso	Monitoreo de implementación de actividades preventivas	Dirección Regional SENDA	Registros de asistencias de beneficiarios Minuta de reporte de resultados de actividades de intervención
1209	Inicio/término	Fin del proceso	Dirección Regional SENDA	No corresponde

Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 1300 Monitoreo nacional

En complemento del subproceso de monitoreo regional, el SENDA también desarrolla actividades de monitoreo del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas a nivel nacional, a través de la actualización periódica de bases de datos y el contraste entre estado de ejecución esperado y la ejecución reportada.

El monitoreo de nivel nacional permite identificar retrasos o anomalías no detectadas oportunamente en las regiones, además de contribuir a la síntesis de información para los siguientes ámbitos:

1. Reporte de situación del Plan EVSD al Director/a Nacional del SENDA.
2. Reporte de avance de implementación a instituciones externas con facultades de supervisión, tales como el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO), la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, y el Congreso Nacional.

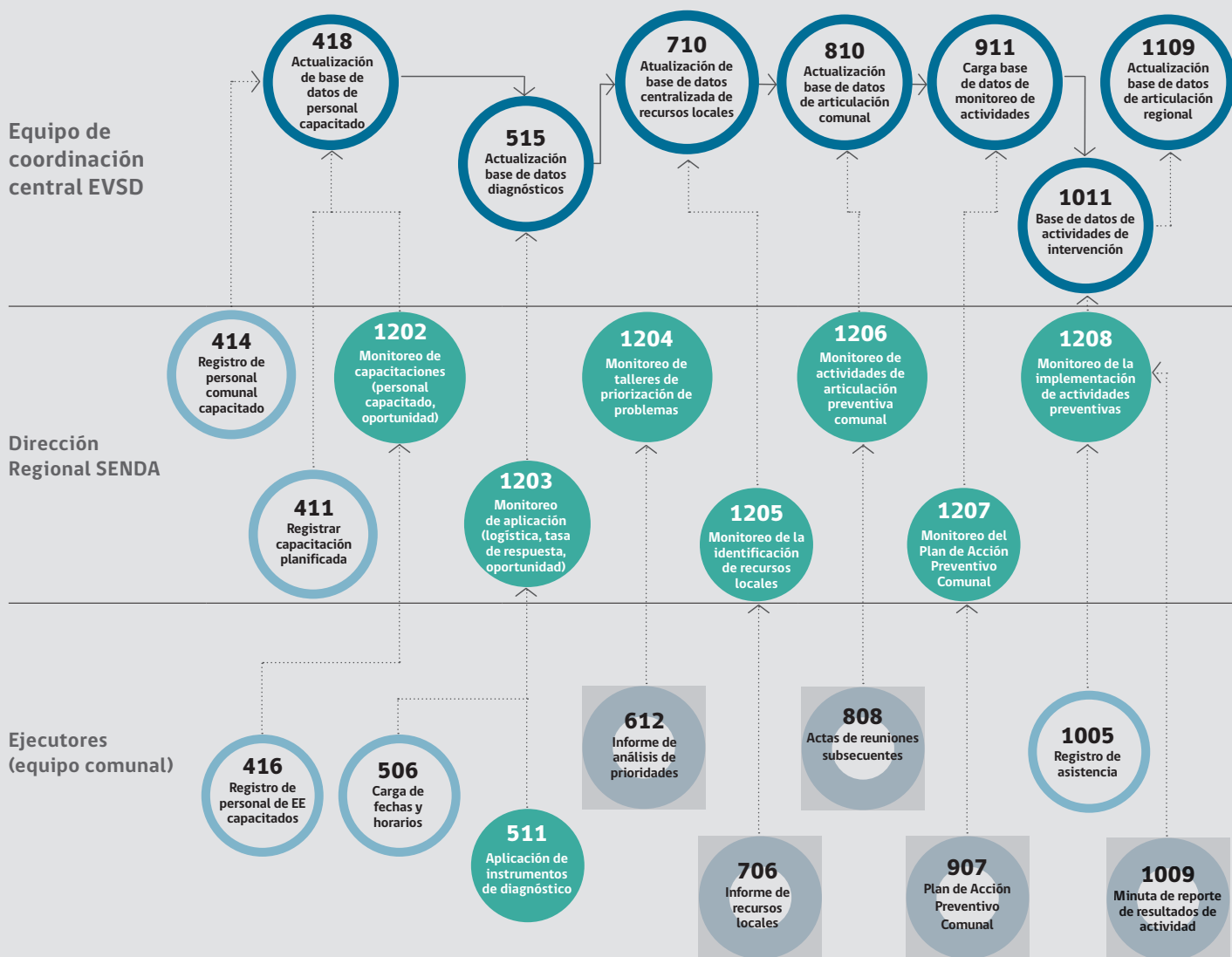
3. La difusión de resultados del Plan EVSD a través de los medios de comunicación social.
4. La rendición de cuentas del SENDA ante la ciudadanía.

Finalmente, el monitoreo de nivel nacional contribuye a detectar el efecto de contingencias (como la pandemia del COVID-19) sobre las operaciones del Plan EVSD, y el análisis estratégico de vulnerabilidades que requieran eventuales ajustes en su implementación o diseño.

La Figura 25 muestra la vinculación entre los insumos de información producidos a nivel local, los procesos de monitoreo realizados en las direcciones regionales del SENDA, y los repositorios de información consultados por el equipo de coordinación central para monitorear a nivel nacional la ejecución del Plan EVSD.

Figura 25

Subproceso 1300 de monitoreo nacional



Fuente: Elaboración propia.

Subproceso 1400

Segunda aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”

El Plan Elige Vivir Sin Drogas se basa en evidencia científica y está orientado a incrementar factores protectores del consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes, en los pilares escuela, familia, pares y tiempo libre. La teoría de cambio del Plan EVSD asume que el incremento de factores protectores incidirá, consecuentemente, en la reducción de factores de riesgo y, en definitiva, en la reducción de la probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas en la población objetivo.

Para efectos de evaluar resultados, el Plan EVSD incluye la segunda aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar” que permite medir cambios en los factores protectores y de riesgo de la población objetivo, que puedan ser atribuibles al Plan EVSD, así como eventuales cambios en las prevalencias de consumo de sustancias.

La lista de actividades de este subproceso se incluye en la Tabla 12. El flujo del proceso se muestra en la Figura 26.

Tabla 12**Subproceso de segunda aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”**

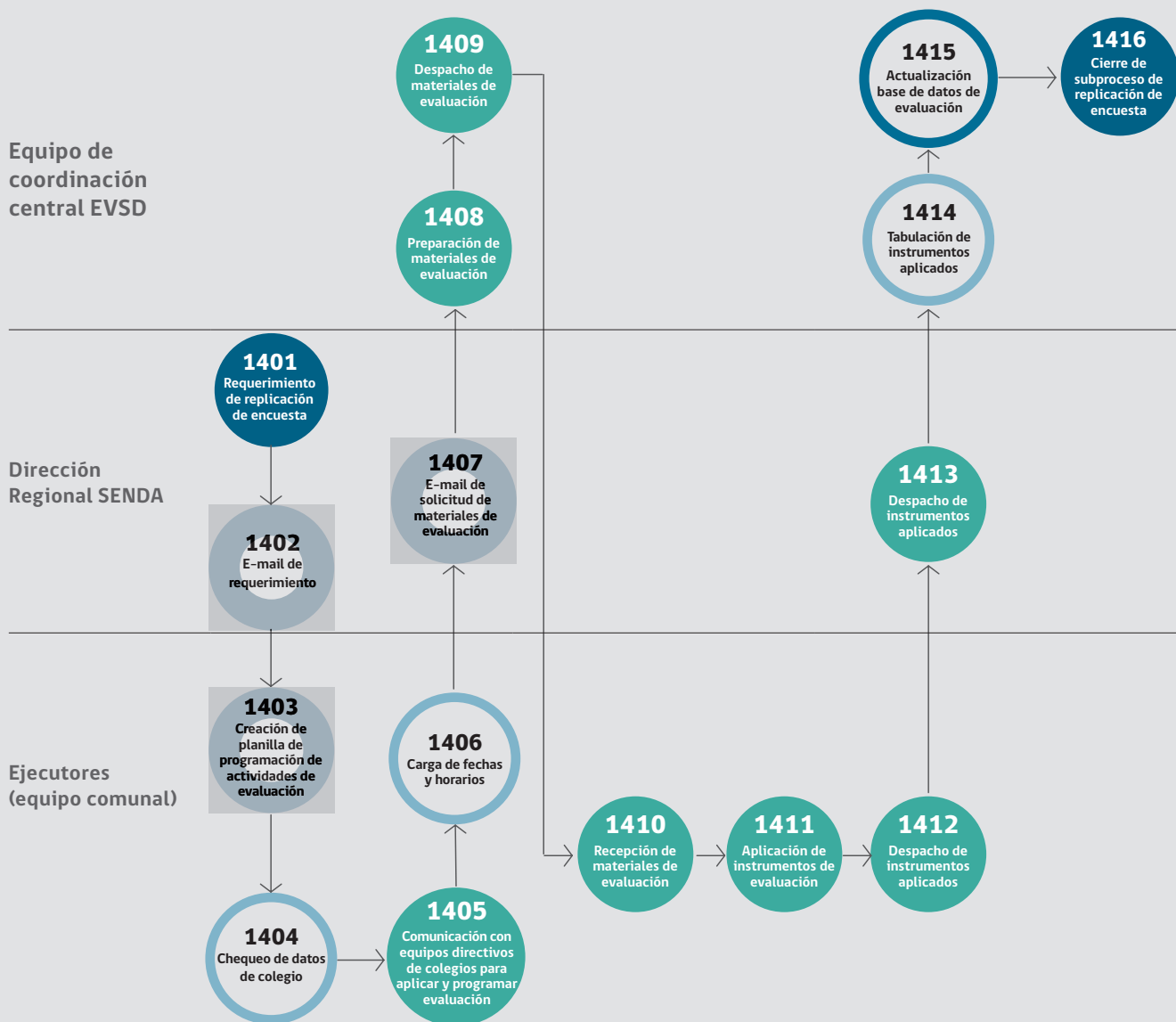
Id	Tipo de acción	Proceso o acción	Responsable
1401	Inicio/término	Requerimiento de replicación de encuesta	Dirección Regional SENDA
1402	Documento	E-mail de requerimiento de replicación de encuesta	Dirección Regional SENDA
1403	Documento	Creación de planilla de programación de actividades de evaluación	Equipo ejecutor comunal
1404	Datos	Chequeo de datos de colegios	Equipo ejecutor comunal
1405	Proceso	Comunicación con equipos directivos de colegios para explicar y programar evaluación	Equipo ejecutor comunal
1406	Datos	Carga de fechas y horarios de aplicación de encuesta “Juventud y Bienestar”	Equipo ejecutor comunal
1407	Documento	E-mail de solicitud de materiales de evaluación	Dirección Regional SENDA
1408	Proceso	Preparación de materiales de evaluación	Equipo de coordinación central EVSD
1409	Proceso	Despacho de materiales de evaluación	Equipo de coordinación central EVSD

1410	Proceso	Recepción de materiales de evaluación	Equipo ejecutor comunal
1411	Proceso	Aplicación de instrumentos de evaluación	Equipo ejecutor comunal
1412	Proceso	Despacho de instrumentos aplicados	Equipo ejecutor comunal
1413	Proceso	Despacho de instrumentos aplicados	Dirección Regional SENDA
1414	Datos	Tabulación de instrumentos aplicados	Equipo de coordinación central EVSD
1415	Base de datos	Actualización de base de datos de evaluación	Equipo de coordinación central EVSD
1416	Inicio/término	Cierre de subproceso de replicación de encuesta	Equipo de coordinación central EVSD

Fuente: Elaboración propia.

Figura 26

Subproceso 1400 de replicación de encuesta “Juventud y Bienestar”



Fuente: Elaboración propia.

4.3

Procedimientos técnicos

El siguiente apartado profundiza en aquellos procedimientos técnicos claves para la correcta implementación del Plan EVSD en cada comunidad.

Análisis del informe de diagnóstico comunal

Subproceso 600 de la Fase 1 del Plan EVSD

Tras la aplicación de la encuesta “Juventud y Bienestar”, las comunas reciben de parte del SENDA un informe, en el cual se reportan los hallazgos de la encuesta. La información incluida en el informe se menciona en la sección alusiva al subproceso 500. Los datos de la encuesta comunal son analizados a nivel local, para efectos de determinar problemas prioritarios en dos niveles:

- Problemas primarios: Prevalencias de consumo de alcohol y otras drogas en la población adolescente de la comuna.
- Problemas secundarios: Factores protectores o de riesgo que pueden incidir en los problemas primarios.

Existen diversos criterios que pueden ser utilizados para la priorización de problemas a nivel local, entre los que destacan:

1. Criterio de prevalencia

Consiste en priorizar los problemas de consumo de sustancias o factores asociados de mayor prevalencia; es decir, que afectan a una mayor proporción de la población. La prevalencia absoluta se refiere a la distancia de la prevalencia local respecto del valor cero. La prevalencia relativa se refiere a la distancia de la prevalencia local respecto de un criterio de comparación, como la prevalencia promedio regional o nacional.

2. Criterio de daño

Consiste en priorizar los problemas de consumo de sustancias o factores asociados en función al daño que pueden producir a los adolescentes en el corto plazo. Por ejemplo, el consumo de pasta base de cocaína se ha asociado con mayores daños de corto plazo en la salud física y con múltiples efectos psicosociales negativos como la deserción escolar, el abandono

del hogar familiar, la pérdida de rutinas de ocupación, entre otras; el consumo de alcohol se ha asociado con mayores riesgos a la salud física y exposición a accidentes o violencia; el consumo de marihuana se ha asociado con mayores riesgos para la salud mental y la afectación del desempeño escolar en población adolescente.

3. Criterio de concentración territorial

Consiste en priorizar problemas de consumo de sustancias o factores asociados que muestren una concentración geográfica relevante, pudiendo dar cuenta de vulnerabilidades específicas de un sector de la comuna que requieren atención. Por ejemplo, la detección de una prevalencia de consumo de marihuana significativamente más alta en un establecimiento educacional en particular, comparado con otros establecimientos de la comuna o de comunas aledañas.

4. Criterio de género

Consiste en priorizar problemas de consumo de sustancias o factores asociados, que muestren órdenes de magnitud significativamente diferenciados en función del género. Por ejemplo, prevalencias de consumo de drogas en hombres significativamente

superiores al consumo de sustancias de las mujeres residentes en la comuna.

5. Criterio de pertinencia local

La situación específica de las distintas comunas puede otorgar distintos niveles de pertinencia local a distintos fenómenos de consumo o factores protectores o de riesgo. Los aspectos que modifican la pertinencia local de los problemas y factores pueden estar relacionados con la cultura y costumbres locales, la geografía, el clima, el grado conexión o aislamiento respecto de grandes centros urbanos, la economía local, entre otros. Por ejemplo, el consumo de alcohol y marihuana en sectores rurales.

6. Actividades rutinarias

En complemento con la pertinencia local, puede haber aspectos específicos de determinadas comunas o barrios, que incidan en las actividades rutinarias de los habitantes del territorio. Por ejemplo, el uso del suelo y el funcionamiento de las ciudades (o subsistemas de la ciudad, como el comercio) determina que ciertas actividades de riesgo se concentren en días, horarios y lugares específicos, configurando patrones de conducta social únicos.

Es preciso recordar que el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas tiene alcance universal, es decir, está diseñado para ofrecer servicios a toda la población infantojuvenil residente en la comuna.

La aplicación de criterios de priorización no pretende promover la inclusión de algunos niños o niñas a costa de la exclusión de otros. En este sentido, la convocatoria y difusión de las actividades preventivas deben ser abiertas.

Los criterios de priorización apuntan a establecer subconjuntos dentro de la población objetivo que son de especial interés para avanzar en el logro de los resultados esperados del Plan EVSD. Esta priorización obedece a las restricciones fácticas que se derivan de la disposición de recursos limitados, tales como el tiempo disponible para realizar intervenciones preventivas, y el acceso a recursos locales para la ejecución de tales intervenciones.

Sin perjuicio de la plena libertad de los gobiernos locales para tomar decisiones de priorización dentro del marco que entrega el diseño conceptual del plan, se recomienda a las comunas tener especial consideración por los siguientes criterios de priorización:

Problemas primarios

Criterio 1: Prevalencia (lectura absoluta del indicador)

Dado el alcance universal del Plan EVSD, la primera prioridad de la gestión preventiva es la acción contra las sustancias actualmente consumidas por las mayores proporciones de población infantojuvenil residente en la comuna.

Criterio 2: Prevalencia (lectura relativa del indicador)

Dentro de las sustancias consumidas por las mayores proporciones de la población, priorizar aquellas que tienen mayor prevalencia en términos relativos; es decir, en comparación con las tasas de prevalencia de la región o del país.

Es necesario entregar retroalimentación sobre prevalencia relativa en forma permanente

a todo el equipo técnico, así como a la Mesa Comunal EVSD, e incluir esta información en toda actividad preventiva programada.

Por ejemplo: señalar expresamente que “el consumo de marihuana en nuestros adolescentes alcanza el XX%, siendo no sólo una de las drogas que más se consume en nuestra comuna; además de ello, esta prevalencia de consumo es XX% más alta que el promedio regional y XX% más alta que el promedio del país, de manera que nuestra comuna destaca a nivel nacional y regional por tener niveles de consumo mayores al promedio”.

Estudios empíricos han logrado evidenciar que este tipo de retroalimentación es efectiva en instalar una percepción de anormalidad que puede contribuir a movilizar a la comunidad hacia actividades de promoción de la salud y el bienestar.

Problemas secundarios¹⁸

Criterio 1: Pertinencia local

Resulta óptimo aprovechar el conocimiento —tanto de los profesionales encargados del Plan EVSD en el municipio como de los miembros de la Mesa Comunal EVSD— sobre el territorio y las dinámicas sociales locales que pueden incidir, de manera específica, sobre los problemas primarios priorizados.

Por ejemplo: las costumbres locales relacionadas con la supervisión parental de niños, niñas y adolescentes, o las actitudes de los padres hacia el consumo de alcohol por parte de sus hijos, podrían tener un efecto relevante sobre la prevalencia de consumo de alcohol.

Criterio 2: Actividades rutinarias

Los patrones de conducta social vinculados a características específicas de las comunas o barrios podrían llevar a suponer que determinados factores adquieren mayor relevancia en algunos territorios.

Por ejemplo: en sectores vulnerables de comunas del litoral central, podrían existir incentivos económicos para que padres y madres complementen su renta participando en actividades comerciales en áreas turísticas, incluso en horario nocturno, mientras las playas reciben turistas. Al mismo tiempo, el clima de verano, las vacaciones escolares y el ambiente social festivo podrían servir de incentivo a los adolescentes para aumentar su tiempo de noche fuera de casa. La combinación de más adolescentes asistiendo a fiestas nocturnas, y padres y madres más ocupados de noche, podría derivar en mayores oportunidades de consumo de alcohol y otras drogas, y menor disponibilidad para supervisar las conductas de riesgo de sus hijos e hijas.

18 El primer criterio a considerar para la priorización de factores protectores o de riesgo es la evidencia empírica, es decir, enfocar el análisis en factores que cuenten con evidencia científica estadísticamente significativa de probabilidad de consumo de alcohol y otras drogas. Este criterio ya está incorporado en el diseño de la encuesta “Juventud y bienestar”, que indaga sobre factores correlacionados por la investigación internacional con el consumo de sustancias. En consecuencia, no hay necesidad de incluir este criterio de análisis en la discusión local. Sin perjuicio de ello, puede ser conveniente informar a la comunidad y a la mesa local del programa sobre este aspecto.

Identificación de actores claves y recursos locales

Subproceso 700 de la Fase 2 del Plan EVSD

Los factores protectores y de riesgo asociados al consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes son múltiples y se vinculan con distintos nodos de la vida social, incluyendo a la familia, la escuela y la comunidad¹⁹. La atención efectiva e integrada de estos múltiples factores requiere de un esfuerzo de intervención que excede el alcance y los recursos de una intervención preventiva específica. Por esta razón, **el Plan Elige Vivir Sin Drogas apuesta por la articulación y movilización de coaliciones comunitarias como estrategia de intervención.**

Para articular y movilizar coaliciones comunitarias es necesario antes identificar actores claves y recursos locales disponibles que puedan colaborar en las actividades de prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

> Actores claves

Los actores claves son instituciones u organizaciones públicas, privadas o no gubernamentales cuyas actividades se relacionan con la prevención del consumo

de alcohol y otras drogas, o con la intervención en relación con los factores protectores o de riesgo. También incluyen unidades funcionales (por ejemplo, la unidad coordinadora local de un programa social).

Además, se puede considerar actores claves a personas naturales como los líderes comunitarios que articulan, coordinan y movilizan a sus vecinos y que pueden aportar esa capacidad al propósito de cautelar la salud y el bienestar de niños, niñas y adolescentes.

> Recursos locales

Los recursos locales son bienes y servicios controlados por los actores claves y que pueden, eventualmente, ponerse a disposición del Plan Elige Vivir Sin Drogas para implementar actividades preventivas con niños, niñas, adolescentes, padres, adultos cuidadores y la comunidad en general.

Los recursos locales incluyen (pero no se limitan) al personal profesional o técnico, personas voluntarias que puedan apoyar actividades, cupos de programas sociales complementarios, bienes utilizables en actividades preventivas y espacios de infraestructura.

19 El detalle de factores protectores y de riesgo pertinentes, tanto en la evidencia científica internacional como en datos nacionales, se incluye en la sección “Correlatos del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes” de este manual.

De esta manera, la comuna cuenta con múltiples actores claves, con o sin oficinas en el sector, que implementan actividades en beneficio de los habitantes. Los actores claves tienen recursos, y estos pueden ponerse al servicio de la implementación de actividades del Plan Elige Vivir Sin Drogas.

Proponemos realizar las siguientes acciones para completar un proceso efectivo de identificación de recursos locales (ver Figura 19):

1. Revisar documentos preexistentes en el municipio sobre actores locales, incluyendo mesas de articulación intersectorial de otros programas sociales o de salud o educación, y catastros de organizaciones sociales disponibles. Normalmente las direcciones de Desarrollo Comunitario, de Seguridad Ciudadana, y los departamentos de Deporte y Cultura, cuentan con acopios de información de este tipo. También se puede consultar registros de datos de organizaciones sociales comunitarias en internet. Por ejemplo, algunas municipalidades han cargado listados de organizaciones sociales en el portal de datos abiertos²⁰. También, existe una planilla de datos de personas jurídicas sin fines de lucro, mantenida por el Servicio de Registro Civil e Identificación, que se encuentra publicada en el portal de transparencia activa del Estado, en este link.
2. Consultar con gestores territoriales de distintos departamentos o unidades municipales, para actualizar la información de catastro, o para complementar la información con nuevas organizaciones o servicios públicos. Consultar con cámaras o asociaciones locales de producción, comercio, turismo u otros sectores económicos relevantes, para indagar sobre empresas potencialmente interesadas en colaborar con el Plan EVSD.
3. Identificar a los representantes o contrapartes de los actores claves.
4. Recolectar información de contacto de los actores claves.
5. Establecer contacto con los actores claves a través de los medios que resulten más eficientes, incluyendo la convocatoria a la Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas. Exponer el propósito y funcionamiento del Plan EVSD y consultar por recursos disponibles que el actor clave pueda, eventualmente, contribuir para la implementación.

20 Entrar al portal <https://datos.gob.cl/organization> y usar la casilla de búsqueda para buscar cada municipalidad.

6. Priorizar la vinculación con escuelas, centros de salud, organizaciones sociales, clubes deportivos, entre otros, en las áreas de la comuna con prevalencias más altas en el consumo de sustancias priorizadas. Para tal efecto, solicitar reuniones formales con los directores, presidentes o representantes que corresponda, dedicar tiempo a la presentación del Plan EVSD, y explicar la importancia de contar con el apoyo de la organización para implementar actividades preventivas en lugares, días y horarios que sean accesibles a la comunidad.
7. En el acercamiento a escuelas u organizaciones comunitarias priorizadas, procurar conseguir disponibilidad de espacios de infraestructura y ventanas de tiempo para la realización de actividades preventivas tanto directamente con los niños, niñas y adolescentes, como con los padres o adultos cuidadores.
8. Documentar la existencia de recursos locales.

En procesos posteriores, los recursos locales deben asignarse a la programación de actividades preventivas específicas, procurando una coordinación estrecha y periódica con los actores locales que aportarán recursos para cada actividad. El aporte de recursos a las actividades debe registrarse, para efectos de ofrecer reconocimiento a los actores claves, y para

ponderar la capacidad municipal de identificación y movilización de recursos, lo que representa un indicador de liderazgo local.

Opcionalmente, se debe registrar una estimación del valor económico de los recursos aportados por los actores claves, a fin de incluir en la rendición de cuentas a la comunidad los montos totales de inversión conseguidos por el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas, como resultado de la gestión intersectorial local.

Articulación de Mesa Comunal Elige Vivir Sin Drogas

Subproceso 800 de la Fase 2 del Plan EVSD

La ejecución del Plan EVSD requiere de la creación de una instancia de articulación comunal de los actores claves, en la que se puedan analizar problemas prioritarios relacionados con el consumo de sustancias, determinar los recursos disponibles para abordar los problemas prioritarios de manera sostenible en el tiempo, y establecer el orden de prioridad de las intervenciones preventivas que se planifique ejecutar en la comuna.

Esta instancia de articulación es la Mesa Comunal EVSD, presidida por el alcalde o la alcaldesa o por quien él/ella designe, y con la secretaría ejecutiva de SENDA comunal. Se convoca a esta mesa a todos los actores locales pertinentes de acuerdo con la

identificación previa de actores claves y recursos locales.

La Mesa Comunal EVSD es una instancia de cooperación y consulta, que está a cargo de las siguientes tareas:

1. Diseño y monitoreo del Plan de Acción Preventivo Comunal²¹.
2. Una vez elaborado el Plan de Acción Preventivo Comunal, la Mesa Comunal EVSD debe hacer seguimiento, monitoreo y supervisión del cumplimiento de los compromisos adquiridos.
3. En el marco del monitoreo, debe velar por evaluar los resultados para establecer focos de mejora en las actividades planificadas.
4. Asimismo, los integrantes de la Mesa Comunal EVSD podrán generar estrategias para informar y difundir a la comunidad los avances y resultados de los acuerdos y compromisos generados, así como también los desafíos pendientes.

En virtud de estas tareas, se espera que los miembros puedan:

1. Participar activamente de las sesiones de la Mesa Comunal EVSD que se realicen, y en la elaboración e implementación del Plan de Acción Preventivo Comunal.
2. Asumir responsabilidades y compromisos enfocados en la gestión de recursos y toma de decisiones necesarias para una correcta implementación de las actividades planificadas.
3. Motivar la participación de la comunidad y de otros actores según lo establecido en el Plan EVSD definido por la misma mesa.

Plan de Acción Preventivo Comunal

Subproceso 900 de la Fase 2 del Plan EVSD

El Plan de Acción Preventivo Comunal es el documento principal que estructura la ejecución del Plan Elige Vivir Sin Drogas en el territorio local (nivel comunal). Este instrumento de planificación, gestión y monitoreo establece los acuerdos y compromisos del intersector para fortalecer el desarrollo de las estrategias preventivas. Para el despliegue de las acciones en pos de la prevención es necesario establecer acuerdos y compromisos efectivos de

²¹ Se explica brevemente el contenido de este documento en la sección siguiente. Para más detalles, ver el *Manual para la elaboración de un Plan de Acción Preventivo Comunal, Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas (2021)*.

trabajo con las organizaciones, sus líderes y los miembros de la comunidad. Este documento utiliza como insumos los resultados de la encuesta “Juventud y Bienestar”, la priorización local de problemas de consumo de sustancias, y la identificación de actores claves y recursos locales.

En el Plan de Acción, los miembros de la Mesa Comunal EVSD acuerdan qué intervenciones se pueden implementar mediante el uso de recursos locales, para enfrentar los problemas de consumo de sustancias que han sido priorizados. Junto con definir el conjunto de intervenciones a realizar, establecen el cronograma de implementación, los responsables de ejecución de cada actividad, y los recursos que se pondrán a disposición en cada una de ellas para que se puedan materializar oportunamente.

Para completar el Plan EVSD, los miembros de la Mesa Comunal EVSD deberán abordar los ámbitos que se describen a continuación, **los que deberán ser incluidos en el documento final del Plan de Acción Preventivo Comunal y que deberá ser aprobado por los integrantes de la Mesa Comunal EVSD:**

1. Funcionamiento de la Mesa Comunal EVSD

Definir cómo se organizará la Mesa Comunal EVSD, señalando quiénes la componen, periodicidad de las sesiones y qué plazo se va a considerar para ejecutar las tareas que acuerden, así como las actividades a incorporar en el respectivo Plan EVSD.

2. Análisis comunal

Realizar un análisis local en relación al consumo de alcohol y otras drogas, revisando el reporte de resultados de la encuesta “Juventud y Bienestar”, identificando las condiciones, recursos, infraestructura, necesidades locales y la oferta programática disponible en la comuna.

a. Análisis del reporte de resultados de la encuesta “Juventud y Bienestar” y otra información estadística relevante

Identificar y caracterizar prevalencias de consumo en la comuna, así como factores protectores y de riesgo asociados a este consumo, a partir del análisis y presentación de los hallazgos de la encuesta “Juventud y Bienestar”. Adicionalmente, complementar este análisis con otra información secundaria local que sea relevante y que esté disponible para la comuna.

b. Identificar y caracterizar las condiciones, recursos, infraestructura y necesidades locales

Determinar los recursos locales de carácter humano, material, financiero, de infraestructura, entre otros, existentes a nivel comunal que podrá considerar la mesa para realizar su trabajo.

Para guiar el trabajo de esta sesión se sugiere revisar las “Preguntas que guían la identificación de los recursos y actores claves en comunidades” del Anexo N° 1 de este manual. Estas preguntas se presentan a modo de guía para que el profesional de SENDA pueda orientar la conversación y el análisis.

c. Identificar la oferta programática vinculada directa o indirectamente a la problemática de drogas disponible en la comuna

Una vez analizada la información secundaria existente e identificados los recursos locales disponibles en la comuna, los

miembros de la mesa deberán identificar la oferta programática vinculada directamente al fenómeno del consumo de sustancias, así como también, aquella oferta programática vinculada a actividades o acciones destinadas a fortalecer factores protectores. Para esto, deberán identificarse tanto aquellas iniciativas o actividades provenientes de la oferta programática del SENDA y la oferta propia del municipio, como también aquella que provenga de otros servicios públicos, establecimientos educacionales e instituciones públicas o privadas; por ejemplo, talleres, cursos, seminarios, capacitaciones, etc. En este sentido, la mesa debe promover y fomentar la coordinación intersectorial dentro de la comuna.

Para guiar el trabajo de esta sesión se sugiere revisar las “Preguntas que guían la identificación de oferta programática disponible en la comuna” del Anexo N° 1 de este manual. Estas preguntas se presentan a modo de guía para que el profesional del SENDA pueda orientar la conversación y el análisis.

3. Planificación de actividades

Una vez que la Mesa Comunal EVSD ha podido revisar y analizar la información comunal disponible, así como discutir y reflexionar en torno a los elementos señalados, contará con una visión general de la realidad comunal y podrá proceder a desarrollar la planificación del Plan de Acción Preventivo Comunal. Esta planificación deberá contemplar un plazo de ejecución bianual, contado desde la recepción del reporte de resultados de la encuesta “Juventud y Bienestar”.

a. Problema priorizado

Determinar uno o más problemas prioritarios de prevalencia de consumo de sustancias en la comuna, a partir de un análisis de la información disponible. Se requiere comprender la naturaleza y extensión del uso de sustancias al interior de la comuna con el fin de organizar las

intervenciones de prevención, lo que permitirá identificar la población afectada y cuáles son los factores asociados al inicio y progreso del problema.

La definición del problema debe ser específica. Por ejemplo: consumo de alcohol en niñas; alta prevalencia de consumo de marihuana en un determinado barrio; baja percepción de riesgo respecto del uso de marihuana en los padres, madres y apoderados, etc.

Para guiar el trabajo de este proceso se sugiere revisar las “Preguntas que guían la evaluación y análisis de necesidades comunitarias” del Anexo N° 1 del presente documento. Estas preguntas se presentan a modo de guía para que el profesional de SENDA pueda orientar la conversación y el análisis.

b. Pilar

Identificar el pilar (o dimensión) al que se asocia la problemática definida: familia, escuela, tiempo libre, grupo de pares. Sin perjuicio de lo anterior, podrá determinar la inclusión de otras dimensiones; por ejemplo, bienestar, salud mental, etc.²²

c. Planificación de actividades del pilar

Luego de haber identificado la oferta programática vinculada directa o indirectamente a la problemática de las drogas disponible en la comuna, los integrantes de la Mesa Comunal EVSD deberán acordar qué actividades, intervenciones o iniciativas se incorporarán en la planificación de actividades para cada pilar (o dimensión), con el fin de reducir

los factores de riesgo y fortalecer aquellos factores protectores identificados en la sección Análisis comunal.

Es importante destacar que el diseño de actividades, intervenciones o iniciativas debe responder a las necesidades detectadas en la sección Análisis Comunal, es decir, debe adaptarse a las necesidades de las cuales se dio cuenta a través de los resultados obtenidos en el reporte comunal (principal insumo de la encuesta “Juventud y Bienestar”) y de las reflexiones propias del trabajo de la Mesa Comunal EVSD.

La planificación de actividades para cada pilar debe considerar, a lo menos, los siguientes contenidos:

22 Recordemos que los cuatro pilares de intervención del Plan Elige Vivir Sin Drogas son:

Familia: es uno de los pilares fundamentales de cada individuo, ya que aporta estabilidad emocional y social. En el contexto del plan, el nivel de control parental o involucramiento de estos respecto de sus hijos, hijas o menores a su cuidado constituye un factor determinante para protegerlos del consumo de alcohol y otras drogas. En consecuencia, es fundamental potenciar las capacidades prácticas de padres, madres o adultos responsables para cuidar, proteger y educar a sus hijos, hijas o menores a su cuidado.

Escuela: es en los establecimientos educacionales donde nuestros jóvenes pasan la mayor parte de su tiempo, por lo que es necesario que estos se fortalezcan en términos de brindarles seguridad y confianza.

Tiempo libre: una poderosa herramienta en materia de prevención es el uso estructurado del tiempo libre entre los niños, niñas y adolescentes. En este sentido, este modelo refuerza la necesidad de consolidar una oferta programática para que tengan mejores oportunidades deportivas, culturales, recreativas y comunitarias a las cuales puedan dedicar su tiempo libre.

Grupo de pares: el consumo de drogas se inicia la mayoría de las veces en contexto grupal, por lo que es vital fortalecer las habilidades de los niños, niñas y adolescentes para resistir la presión social que pueden ejercer los pares en este ámbito. A su vez, son los mismos jóvenes quienes pueden convertirse en factores de protección respecto de sus pares, siendo fundamental potenciar sus capacidades para ser agentes sociales de la prevención.

i. Factor protector o de riesgo

Describir los factores de riesgo que se busca disminuir y/o factores protectores que se busca fortalecer, identificando, para cada actividad, aquellos factores y conductas protectoras y de riesgo detectadas que tengan mayor incidencia sobre el problema prioritario de consumo de sustancias definido.

ii. Actividad, intervención o iniciativa

Identificar las actividades, intervenciones o iniciativas con las que se busca intervenir por cada pilar del Plan EVSD. Estas acciones preventivas deberán ser las que la mesa identifique como eficaces para impactar los factores de riesgo de mayor incidencia. Necesariamente, estas actividades, intervenciones o iniciativas deben tener en consideración los factores protectores o fortalezas de las comunidades y familias, de manera que dichas fortalezas se puedan poner al servicio de los objetivos de intervención. Esto es importante porque los factores protectores y fortalezas varían entre distintas comunidades.

Se sugiere priorizar la implementación de actividades, intervenciones o iniciativas preventivas, comenzando por las que tengan mayor alcance en la comunidad (mayor cobertura) y mayor potencial de impacto social (mayor efectividad).

iii. Público objetivo

Describir el público objetivo al que está dirigido cada actividad, intervención o iniciativa, diferenciando por edad, género, barrio u otras características demográficas.

iv. Recursos asociados

Describir los recursos disponibles y/o necesarios para dar cumplimiento a la actividad planteada, pudiendo considerar recursos de carácter humano, técnicos, materiales, financieros, de infraestructura, etc.

v. Plazo

Fijar un período determinado para llevar a cabo la actividad planteada, expresado en días, semanas o meses. Además, en este apartado describir si se trata de una actividad permanente o única.

vi. Responsable/Unidad a cargo

Identificar a la persona, cargo o grupo de personas responsables de la ejecución de la actividad, intervención o iniciativa, y a la institución que podrá verificar su cumplimiento durante la vigencia del Plan de Acción Comunal.

vii. Resultado esperado

Los resultados esperados se refieren a las metas que la actividad, intervención o iniciativa debe producir para alcanzar el fortalecimiento de los factores protectores o reducción de los factores de riesgo según lo descrito en el numeral (i). Por consiguiente, es preciso definir el resultado esperado, en términos verificables y cuantificables, de tal manera que, al final del periodo, pueda determinarse si ha sido o no alcanzado (o en qué medida han sido abordados).

La claridad en la definición de los resultados esperados facilitará la planificación y el dimensionamiento de las actividades, y fundamentalmente, orientará la posterior ejecución del Plan de Acción Comunal y su seguimiento y supervisión.

Implementación de actividades preventivas

Subproceso 1000 de la Fase 2 del Plan EVSD

Las actividades preventivas incluidas en el plan de acción se implementan progresivamente durante el ciclo de ejecución. Estas actividades pueden ser desarrolladas en las escuelas o en la comunidad, utilizando espacios accesibles a la población beneficiaria. Las actividades pueden realizarse con niños, niñas, adolescentes y jóvenes que conforman los beneficiarios directos del Plan EVSD, o con sus padres y adultos cuidadores, cuya atención resulta pertinente para el fortalecimiento de los factores protectores vinculados al pilar familia.

Cuando las actividades beneficien directamente a niños, niñas o adolescentes, y requieran reunir o desplazar a los participantes fuera del establecimiento educacional, se requiere contar con la autorización escrita y firmada de los padres o apoderados.

En este proceso, es necesario tener presente la diferencia entre el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas y el programa del mismo nombre (que se menciona más adelante), debido al alcance de nombres: mientras el Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas (Plan EVSD)

representa el marco que agrupa y estructura en sus pilares toda la oferta preventiva ejecutada por SENDA, el Programa Elige Vivir Sin Drogas es parte acotada de la oferta preventiva institucional y cuenta con dos componentes de intervención.

En el subproceso 1000 se puede vincular los dos componentes del Programa Elige Vivir Sin Drogas (MDS). A continuación, se presentan los objetivos de este programa y sus dos componentes, a diciembre del 2021:

Objetivos del Programa EVSD

- | | |
|------------------|---|
| Fin | Contribuir a la reducción de incidencia y prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años y 11 meses de edad. |
| Propósito | Niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años y 11 meses reducen factores asociados al consumo de alcohol y otras drogas mediante el fortalecimiento de factores protectores familiares y sociocomunitarios. |

Componente 1

Sensibilización de la comunidad educativa en prevención del consumo de alcohol y otras drogas

Este componente se dedica a convocar tanto a los propios niños, niñas y adolescentes, como a sus padres, madres, cuidadores, profesores y personal paradocente, para que participen en talleres de sensibilización en los que se comparte información sobre abuso de drogas y se normaliza la solicitud de ayuda ante conductas de consumo problemático.

En estas actividades se informan las tasas de prevalencia locales de consumo de sustancias, se reportan condiciones protectoras y de riesgo observadas en la comuna, y se entregan contenidos para incentivar a las familias a pedir ayuda y reducir las actitudes de tolerancia hacia el consumo de sustancias en todos los actores involucrados. También, se transmite información sobre factores de protección y de riesgo que generan consenso nacional e internacional, y sobre las acciones de intervención

que tienen mayor evidencia científica de efectividad en prevenir o reducir el consumo de sustancias.

Las charlas tienen una duración aproximada de 90 a 120 minutos, y se realizan tanto en escuelas como en organizaciones sociales de base y centros comunitarios, con el objeto de alcanzar a la mayor proporción posible de población potencial. Las charlas se repiten y avanzan progresivamente hacia contenidos más complejos a medida que son aplicadas por más tiempo o ante demandas de apoyo de beneficiarios de arrastre. Aunque el ciclo de implementación del proyecto es de 12 meses, las charlas se concentran en los 9 meses que van de abril a diciembre de cada año, ambos meses inclusive.

En el transcurso de las charlas de sensibilización del Componente 1, se puede invitar a los estudiantes a participar del Componente 2, basado en actividades promocionales de tipo cultural, deportiva, artística y recreativa, las que se complementan con talleres abiertos²³ de 60 a 90 minutos, dedicados al aprendizaje de competencias sociales y habilidades para resistir la presión de pares hacia el consumo de alcohol y otras drogas.

23 "Taller abierto" significa que no requiere una secuencia estricta de temas ni la conformación de un grupo estable. Cualquier estudiante puede participar de cualquier sesión en virtud del interés en el tema a tratar, y sumarse a cualquier grupo de taller independiente de si ha participado o no del mismo grupo.

Componente 2

Intervención promocional y de prevención universal del consumo de alcohol y otras drogas en población en edad escolar

El objetivo de este componente es **desarrollar competencias sociales y emocionales en los niños, niñas y adolescentes, para la prevención del consumo de sustancias, mediante actividades de carácter deportivo, artístico, cultural o recreativo.**

En el marco de estas actividades, se realizan sesiones abiertas de taller (es decir, que no requieren que el mismo grupo estable de participantes se sostenga por varias sesiones) de 60 a 90 minutos de duración, para promover el desarrollo de factores protectores como la competencia social (Faggiano et al., 2014); resistir la presión de pares hacia el consumo de sustancias (U.S. Department of Health and Human Services et al., 2017); y desarrollar habilidades cognitivas para la prevención de comportamientos impulsivos y la resolución de problemas.

Las actividades formativas y de taller se realizan principalmente en las escuelas o recintos de uso

público en alianza con departamentos municipales de deportes, arte y cultura. En su defecto, se establecen alianzas con organizaciones locales que operan en los barrios donde se ubican las escuelas expuestas a mayores factores de riesgo evaluados por encuesta. Esta se aplica previamente en cada comuna ingresada al programa. Las acciones de intervención siempre son aplicadas por personal del programa, o por profesores o funcionarios municipales directamente capacitados por estos.

Los gestores a cargo de este componente promueven activamente la participación equitativa de niños, niñas y adolescentes en cuanto a su condición de género, intentando evitar el típico sesgo de población masculina mayoritaria en actividades deportivas. Esta medida es particularmente relevante, toda vez que las mujeres muestran edad de inicio de consumo más temprana y prevalencia de consumo más alta para algunas sustancias en población escolar chilena (SENDA, 2017).

Las actividades deportivas, culturales, artísticas y de desarrollo de competencias son implementadas durante todo el ciclo de intervención de 12 meses, cada año.

4.4

Aspectos de gestión del Plan EVSD

Gestión operativa

La gestión operativa del Plan EVSD se enfoca en la producción de valor social a través de la cadena insumo - proceso - producto - resultado, en la cual se procura cautelar la estructuración de los procesos y la calidad de los insumos, bajo el supuesto que ambos elementos tienen una incidencia relevante sobre las probabilidades de obtener los resultados esperados.

El primer insumo a considerar es el trabajo propiamente tal, aportado por profesionales y técnicos que diseñan, coordinan, implementan, supervisan y reportan las actividades preventivas.

Se contempla que todos los profesionales y técnicos involucrados accedan a una capacitación inicial sobre el Plan EVSD, y posteriormente tengan cursos complementarios para profundizar o actualizar conocimientos específicos sobre las materias pertinentes a la implementación. El acceso a conocimiento científico actualizado por parte de los operadores, permite una mejor alineación entre sus actividades y el marco conceptual del diseño.

El segundo insumo a considerar es la información actualizada y de buena calidad para la toma de decisiones locales en materia de prevención.

La aplicación sistemática de la encuesta “Juventud y Bienestar” permite contar con información válida y confiable respecto de los problemas de consumo de sustancias propios de cada comuna, y la configuración de factores protectores y de riesgo asociados.

El uso sistemático de información actualizada forma parte importante del modelo islandés de prevención que inspira al Plan Elige Vivir Sin Drogas. Se ha reportado recientemente que municipalidades y colegios que incluyen sobre el 80% de la población de Islandia, en virtud del nuevo modelo, “utilizan datos de la encuesta anual actualizada para monitorizar tendencias y potenciales cambios en el consumo de sustancias y en los factores de riesgo y protectores entre los jóvenes y usan esta información para organizar respuestas y definir estrategias para el siguiente año” (Kristjansson et al., 2020b, p. 3).

El tercer insumo es la información actualizada sobre la disponibilidad de actores claves y recursos locales que se pueden involucrar en actividades preventivas, de modo de avanzar hacia una movilización del conjunto de la sociedad en beneficio de la salud y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes. La identificación oportuna y sistemática de los actores interesados y recursos disponibles permite diseñar esquemas de intervención sostenibles, que incluso podrían seguir operando si el Plan Elige Vivir Sin Drogas terminase, en la medida que la protección de la salud de niños y niñas sea un tema prioritario para la comunidad local.

La complementación de los insumos en el marco de actividades estructuradas de análisis, toma de decisión sobre problemas prioritarios locales y actividades prioritarias para su mejora, así como la creación de planes de acción preventivos comunales y el monitoreo de la implementación, permiten alcanzar un estándar de funcionamiento bien alineado con los objetivos

del Plan EVSD, y un desempeño relativamente similar entre distintas unidades ejecutoras.

La gestión operativa es intensiva en la búsqueda, organización y uso de información. La información se utiliza como base para priorizar problemas, planificar actividades y documentar el progreso de la implementación. Los/as profesionales y técnicos que ejecutan el Plan EVSD se verán beneficiados de promover una cultura local de trabajo orientada a la búsqueda, sistematización y registro de información que sirva como insumo a la planificación, implementación y reporte de actividades preventivas.

La gestión operativa también es intensiva en trabajo colaborativo. Implica una dedicación importante de tiempo y esfuerzo laboral concentrado en la identificación de actores claves; la construcción de alianzas con ellos para obtener acceso a recursos locales; y la vinculación permanente con la población objetivo, con la cual se deben establecer canales

de comunicación expeditos e inmediatos, que permitan la difusión oportuna de convocatorias a participar en actividades preventivas. Los canales de comunicación con la comunidad también permiten mantenerla informada respecto al progreso de la implementación del Plan EVSD en la comuna, las actividades realizadas, la cantidad de personas que participan, los resultados que se observen en las actividades y en la replicación de la encuesta, además de la rendición de cuentas respecto al uso de los recursos públicos y sus impactos sociales.

El detalle de los procedimientos de operación del Plan EVSD se ha descrito en la sección “Procesos y actividades” incluyendo un esquema general de procesos y subprocesos, la descripción resumida de estos, y la presentación de tablas y flujogramas que ilustran la ruta de actividades específicas a realizar en cada uno de ellos.

Gestión técnica

La gestión técnica del Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas se inspira en el modelo islandés de prevención e incorpora sus principios en consonancia con los lineamientos de la *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030*.

El enfoque del modelo preventivo consiste en movilizar a la sociedad como un todo en la lucha contra las drogas, “con énfasis en la colaboración y compromiso comunitario, que lleven a cambios sociales y del medioambiente graduales y a largo plazo en vez de buscar soluciones de corto plazo” (Kristjansson et al., 2020b, p. 3).

La piedra angular de este enfoque preventivo “consiste en fortalecer los factores protectores y mitigar los factores de riesgo a nivel de la comunidad, dentro de cada uno de los dominios: padres-familia, el grupo de pares, el ambiente del colegio, y el tiempo libre fuera del colegio” (Kristjansson et al., 2020b, p. 3).

Los principios guía del modelo islandés que se recogen en el diseño del Plan Elige Vivir Sin Drogas, son:

1. Aplicar un enfoque de prevención primaria diseñado para mejorar el medioambiente social.

2. Enfatizar la acción comunitaria y acoger a las escuelas públicas como centros naturales de los esfuerzos del barrio o comuna para apoyar el aprendizaje y el éxito de vida de los niños, niñas y adolescentes.
3. Conectar y empoderar a los miembros de la comunidad para tomar decisiones prácticas usando datos y diagnósticos locales, de alta calidad.
4. Integrar a los investigadores que diseñan políticas públicas, los profesionales y practicantes, y los miembros de la comunidad, en un equipo unificado que se dedica a resolver problemas complejos de la vida real.
5. Emparejar la magnitud de la solución con la magnitud del problema, con énfasis en la intervención a largo plazo.

El modelo islandés de prevención propone el uso de una serie de estrategias preventivas eficaces como guía para el diseño de actividades específicas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes. Las estrategias de prevención prioritarias se detallan en el Anexo 2 (Kristjansson et al., 2020a) de este documento.

En síntesis, el modelo de prevención apunta a construir un ambiente social más fuerte y protector, mediante el fortalecimiento de las capacidades preventivas de las familias, escuelas y la comunidad en general. Este proceso requiere el uso de información sobre problemas específicos de consumo de sustancias en cada comuna, información sobre prácticas efectivas de prevención, y la movilización de recursos locales sostenibles, en un marco de respeto y valoración por la capacidad local para tomar decisiones. Luego, tras la preparación de un ambiente con actores claves coordinados y organizados para trabajar en prevención, se implementan actividades que aumentan la exposición de los niños, niñas y adolescentes al nuevo entorno protector, lo cual incide en retrasar el inicio del consumo de sustancias y reducir su prevalencia (Kristjansson et al., 2020a).

La ejecución de las actividades de prevención es la acción principal del Plan EVSD, de lo que depende el logro de los resultados esperados. Algunos lineamientos de gestión técnica relevantes para la implementación de las actividades se reseñan a continuación:

- > Procurar que el tema y contenidos principales de las actividades estén correctamente alineados con el diseño del Plan Elige Vivir Sin Drogas y con las estrategias preventivas incorporadas en el Anexo 2.
- > Organizar con antelación suficiente el lugar, día y hora de la actividad, a fin de garantizar la disponibilidad de todos los recursos que se utilizarán en ella, incluyendo el espacio o infraestructura, el personal a cargo de coordinar, dirigir y apoyar la actividad, y los medios materiales o financieros que puedan ser necesarios.
- > Obtener la autorización escrita de participación en la actividad, firmada por padres o apoderados, cuando la acción implique la atención o el desplazamiento de niños, niñas y adolescentes.
- > Establecer una agenda de la actividad, anticipando de manera específica cómo se utilizará el tiempo para desarrollar las distintas acciones programadas oportunamente.
- > Asignar cada actividad preventiva al trabajo específico de uno o más factores protectores o de riesgo. Este punto es crítico, porque existe el riesgo de confundir las actividades promocionales, deportivas, artísticas o culturales, como fines que se agotan en sí

mismos. Esto es incorrecto. **El Plan Elige Vivir Sin Drogas no es un programa de promoción artística o cultural per se, sino que utiliza actividades artísticas, deportivas o culturales como medios para alcanzar un fin. El fin de cada actividad consiste en incrementar uno o más factores protectores, o reducir uno o más factores de riesgo.**

Por ejemplo:

- No se practica deporte per se, sino que se usa la actividad deportiva para aumentar la asociación a pares prosociales, mientras se reduce la asociación a pares consumidores de sustancias, lo cual secundariamente también puede reducir la exposición de los niños y niñas a canales de venta de sustancias ilícitas.
- Las obras de arte, musicales o teatrales, a las que se invite a los niños a asistir acompañados de sus padres o apoderados, no convocan a los adultos solamente para que puedan apoyar la actividad y disfrutar; Se los convoca principalmente para que conozcan a los padres de sus amigos y compañeros, construyan redes de comunicación entre ellos, aumenten el tiempo de calidad compartido con sus hijos. Asimismo, para

reforzar la idea, en los padres y en los niños, de que es pertinente y adecuado enterarse de cuál es su grupo de pares y cómo interactúan con el grupo.

- En complemento del punto anterior, el diseño y ejecución de actividades preventivas debe procurar no incurrir en acciones que puedan ser eventualmente contraproducentes o comprometer el avance en los resultados esperados. Por ejemplo, en las actividades preventivas no se pueden tolerar conductas o actitudes antisociales entre pares (por ejemplo, de violencia o intimidación). Si estas conductas o actitudes se dejan pasar, en beneficio de sostener una dinámica de juego o de interacción “normal” entre pares, se puede transmitir, involuntariamente, el mensaje de que estas conductas son admisibles. Es importante que los operadores del Plan EVSD logren actuar de manera acogedora y respetuosa con los niños y sus familias, al tiempo que muestran claridad y firmeza en proteger un ambiente de respeto, confianza, apoyo mutuo y solidaridad.
- Documentar minuciosamente las actividades realizadas y sus participantes. Con frecuencia, las actividades pueden volverse masivas o frecuentes, reduciendo los márgenes de tiempo disponibles

para registrar actividades realizadas y la asistencia. La falta de registro puede invisibilizar el trabajo realizado por los equipos locales, produciendo una subrepresentación de su desempeño. Además, es necesario conocer quiénes accedieron de manera efectiva a la intervención y con qué intensidad de servicio, pues se podrían esperar distintos resultados en personas que asisten a distinta cantidad de sesiones de taller o de actividades preventivas. Finalmente, para efectos de rendición de cuentas, se requiere informar sobre la cantidad de beneficiarios del Plan EVSD a la ciudadanía, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, Congreso Nacional, y a comunidades de investigadores académicos, universidades, centros de estudios y organizaciones sin fines de lucro interesadas en el avance del conocimiento sobre las políticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el país.

Gestión del conocimiento

El Plan Nacional Elige Vivir Sin Drogas se implementa en forma paralela en una gran cantidad de comunas con características diferentes, lo cual supone que los equipos ejecutores deberán enfrentar múltiples desafíos asociados a respetar la estructura del diseño técnico, al tiempo que actúan con flexibilidad para adaptar los contenidos y actividades a las necesidades y condiciones específicas de su comuna.

Se espera que la adecuación de actividades a la realidad local, y el manejo de problemas operativos, técnicos o logísticos en los procesos de implementación, generen conocimiento local respecto a cómo llevar a la práctica de manera efectiva el Plan EVSD, de forma alineada con el diseño y orientado al logro de los resultados esperados. **El aprendizaje de habilidades y conocimiento que obtengan las comunas como parte de la implementación, puede resultar útil a otras comunas que hayan iniciado con posterioridad la implementación, que tengan equipos profesionales y técnicos menos experimentados,** o que hayan tenido dificultades para manejar problemas de operación.

A fin de utilizar el aprendizaje local en beneficio de todas las comunas que participan de la implementación, el equipo de coordinación central habilitará un servicio

web de preguntas frecuentes sobre el Plan Elige Vivir Sin Drogas. Las respuestas a las preguntas frecuentes, combinarán la descripción del diseño, procesos y actividades del plan, de acuerdo a su propuesta técnica, e información proveniente de las comunas, respecto a problemas típicos identificados y la forma en que estos problemas han sido resueltos por los municipios, regiones, o por las mesas que convocan actores claves.

De esta forma, se espera ofrecer reconocimiento a las comunas efectivas en la resolución de problemas, a compartir sus aprendizajes con el resto de las comunas participantes. Todos los profesionales o técnicos que coordinan el Plan EVSD a nivel comunal pueden solicitar que se consideren sus lecciones aprendidas como parte del servicio de preguntas frecuentes. Para esto deberán remitir la información pertinente sobre el problema identificado y la solución encontrada, al supervisor técnico de nivel regional, quien a su vez transmitirá esta información al equipo de coordinación central.

Eventualmente, algunos problemas detectados a nivel comunal podrían conducir a la revisión y ajuste del diseño del Plan EVSD.

Gestión del riesgo

El Plan Elige Vivir Sin Drogas es un modelo preventivo complejo, que espera alcanzar una población objetivo numerosa, en diversos entornos (escolar, familiar, comunitario) y con la colaboración de múltiples actores claves, mediante acciones de intervención que pueden variar entre distintas comunas, por razones de pertinencia local.

Para cautelar las oportunidades de alcanzar los resultados esperados, **es importante que los equipos ejecutores del Plan EVSD identifiquen y anticipen riesgos que puedan afectar los procesos y actividades** para, eventualmente, perjudicar el logro de metas de cobertura o, peor aún, impedir la observación de cambios positivos sobre los problemas de consumo de alcohol y otras drogas, y la configuración de factores protectores y de riesgo asociados.

A continuación, se presenta una tabla de riesgos potenciales, con su propuesta de acciones de mitigación. Los riesgos podrían variar de una comuna a otra.

Tabla 13**Estrategias para abordar potenciales riesgos asociados a la implementación**

Riesgo	Estrategia	Cómo abordarlo
No contar con profesionales o técnicos capacitados para implementar el Plan EVSD en la comuna	Reducción del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación entre los distintos niveles de gestión para convenir un cronograma de trabajo, que asegure contar con personal capacitado oportunamente.
No aplicar las encuestas "Juventud y Bienestar" oportunamente, o tener baja tasa de respuesta	Reducción del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación regional - comunal para definir metas y cronograma de aplicación de encuestas. • Acceder a información comunal sobre establecimientos educacionales en forma anticipada. • Iniciar tempranamente la coordinación con directores de establecimientos educacionales para la aplicación de la encuesta.

Actores claves identificados no concurren a la conformación de la Mesa Comunal EVSD o a sus sesiones posteriores	Mitigar el riesgo	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollar acciones de difusión con actores claves desde el inicio de la implementación.• Informar en detalle a los actores claves sobre los objetivos y alcance del Plan EVSD, y de la relevancia que asigna el gobierno local a esta iniciativa.• Difundir avances y resultados del proceso de implementación, transmitiendo que se trata de una iniciativa en la cual resulta productivo participar.
Baja cobertura de actividades preventivas	Mitigar el riesgo	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollar acciones oportunas de difusión de las actividades preventivas.• Establecer contacto directo con la población objetivo, y canales de comunicación que permitan una convocatoria rápida.• Promover la realización de actividades preventivas en las mismas escuelas o recintos en que los vecinos y sus hijos desarrollan sus actividades rutinarias, evitando barreras de acceso.• Vincular las actividades preventivas con actividades intrínsecamente atractivas para la población objetivo, de tipo deportivo, artístico, cultural, entre otras.

Fuente: Elaboración propia.

4.5

Requerimientos de soporte

Entornos de funcionamiento

El Plan EVSD requiere tres tipos de entornos de trabajo: uno para la realización de trabajo técnico y administrativo, otro para la realización de actividades de articulación comunal, y otro para la ejecución de actividades de intervención.

1. El entorno de trabajo técnico y

administrativo se configura como espacio de oficina tradicional, con estaciones de trabajo que incluyen escritorio equipado con computador y teléfono. La conexión a internet es necesaria. Requiere condiciones adecuadas de espacio, temperatura e iluminación. Admite espacios compartidos debido a que no se maneja información confidencial. En este lugar no se atiende directamente a la población objetivo y se realizan tareas que incluyen:

- a. Lectura de manuales y documentos técnicos o administrativos.
- b. Llenado de formularios y documentos estandarizados.
- c. Elaboración de informes.

- d. Llamadas telefónicas de coordinación con actores claves.
- e. Llamadas telefónicas de convocatoria a reuniones y actividades preventivas.

La naturaleza de las funciones que se desarrollan en este entorno admite el trabajo a distancia, pues los profesionales y técnicos pueden realizar todas las actividades mencionadas desde otros lugares distintos a la oficina, donde puedan acceder a computador, teléfono y conexión a internet.

2. El entorno de actividades de articulación

debe incluir el acceso en horario parcial a al menos dos tipos de espacios:

- a. Sala de reunión para reuniones de coordinación con actores claves, incluyendo representantes o contrapartes institucionales y líderes comunitarios.
- b. Salas de conferencias amplias para la realización de las sesiones de la Mesa Comunal EVSD.

Ambos espacios deben tener capacidad, funcionalidad y condiciones físicas para acoger a la cantidad de convocados que corresponda al tipo de encuentro. El uso de este entorno es poco frecuente (se estima que reuniones mensuales de la mesa y reuniones esporádicas con contrapartes y líderes priorizados son suficientes).

3. El entorno de actividades de intervención

requiere oportunidades de acceso a distintos espacios, incluyendo:

- a. Escuelas y liceos: Acceso a espacios de salas y patios de escuelas y liceos para la realización de talleres de prevención durante el horario de clases, o en horario alterno, de acuerdo a lo que se convenga con los directores de establecimientos, los niños, niñas y adolescentes, y sus padres y apoderados.
- b. Recintos comunitarios: Acceso a instalaciones públicas o privadas, que permitan la convocatoria masiva de niños, niñas, adolescentes, y sus padres o

apoderados, y a la comunidad en general, para la realización de actividades preventivas.

- c. Espacios públicos: Cuando el clima y la naturaleza de la actividad lo permita, las actividades de intervención pueden desarrollarse en espacios públicos, tales como parques o plazas.

Aunque el uso del entorno de intervención consume una gran cantidad de tiempo directamente destinado a la actividad, además de la coordinación y convocatoria previa, se requiere darle uso intensivo debido a que la intervención directa se considera el aspecto más valioso en la cadena de producción de resultados. Además, el alcance universal del Plan EVSD determina metas de cobertura altas.

Soporte informático

El Plan EVSD tiene requerimientos básicos de soporte informático para realizar sus actividades. A saber:

Hardware

Cualquier PC de escritorio que soporte un procesador de textos, planillas de cálculo y navegador web es suficiente para cumplir con las tareas del Plan EVSD. Incluso algunas tareas relevantes, como el uso de formularios digitales para la carga de información en bases de datos, se pueden realizar desde teléfonos inteligentes que tengan cualquier sistema operativo mainstream (Windows, iOS, Android) con conexión a internet. Aunque el sistema de monitoreo del Plan EVSD se beneficia de una estructura cliente-servidor, sólo se necesitan servidores de base de datos en el nivel central de gestión.

Software

Los formatos de formularios y documentos imprimibles se crearon en Microsoft Word y se encuentran en formato .docx, por lo que pueden ser usados en cualquier

programa compatible con ese formato. Los formularios y documentos imprimibles también pueden convertirse a formatos .rtf o .pdf para ser usados en programas no compatibles con .docx.

Las versiones digitales de formularios y tablas de datos en su versión prototipo fueron creadas en las aplicaciones en línea Google Sheets y Google Forms, por lo que pueden ser utilizados desde cualquier navegador mainstream compatible (Edge, Chrome, Firefox, Safari, entre otros).

El panel de control para efectos de monitoreo fue creado en su versión prototipo usando la aplicación Microsoft Excel, debido a que es el software más usado para control de gestión por el equipo de coordinación central. Un libro de MS Excel fue usado para conectarse a las tablas de datos prototipo creadas en Google Sheets. La conexión se realizó usando el complemento Power Query, que viene disponible por defecto en Excel 2010, 2013, 2016, 2019 y Office 365.

Apoyo administrativo

Los profesionales, técnicos y/o equipos comunales del Plan Elige Vivir Sin Drogas pueden beneficiarse significativamente de apoyo administrativo, debido a que la implementación del Plan es intensiva en tareas de registro de información y de coordinación con actores claves.

La disposición de personal administrativo de apoyo, permite la delegación de las siguientes tareas:

1. La preparación de listados de personas a capacitar para dar inicio a la implementación del Plan EVSD.
2. La convocatoria telefónica o por e-mail para que las personas a capacitar concurren a la actividad de capacitación.
3. La compilación de información técnica sobre actores claves y recursos locales, y su posterior carga a base de datos.
4. El reporte sobre la realización y acuerdos generados en las reuniones de mesas comunales y regionales EVSD.
5. La carga en base de datos de las actividades de intervención que se programen durante la preparación del Plan de Acción Preventivo Comunal.
6. La comunicación telefónica o por e-mail con el supervisor regional, para informar de las actividades programadas que se han realizado efectivamente o que han sido postergadas. Sólo los supervisores regionales pueden modificar el estado de una actividad preventiva de "Programada" a "Terminada" o cualquier otra condición.
7. La coordinación con escuelas, organizaciones comunitarias y líderes locales, para convocar a la población objetivo a las actividades de intervención preventiva.
8. El enrolamiento en base de datos de los niños, niñas, adolescentes, jóvenes, padres y adultos cuidadores que participan por primera vez en las actividades de intervención.
9. La carga en base de datos de la asistencia de participantes a las distintas actividades de intervención.





Anexos

Anexo 1. Preguntas guía para el análisis de la Mesa Comunal EVSD	191
Anexo 2. Estrategias de prevención (Kristjansson et al., 2020a)	195

Anexo 1

Preguntas guía para el análisis de la Mesa Comunal EVSD

1.

Preguntas que guían la identificación de los recursos y actores claves en comunidades²⁴

- ¿Con qué recursos cuenta la comuna para abordar el problema? (Recursos humanos, técnicos, materiales y/o financieros)
- ¿Qué recursos y redes están constantemente disponibles para niños, niñas y adolescentes de la comunidad?
- ¿Con qué servicios cuenta la comunidad para hacer frente al problema?
- Identificar parques y plazas de la comuna disponibles (considere horarios y prevención situacional de estos).
- Identificar infraestructura destinada a la realización de actividades que promuevan el buen uso del tiempo libre (por ejemplo, teatros, bibliotecas, canchas, multicanchas o gimnasios).

24 En caso de que a nivel municipal ya se haya realizado un levantamiento de información similar, deben solicitarlo al área correspondiente y ponerlo a disposición de la Mesa Comunal EVSD.

2.

Preguntas que guían la identificación de oferta programática disponible en la comuna

- > ¿Quiénes son actores claves para apoyar las iniciativas de prevención comunitaria?
- > ¿Quiénes son actores claves para apoyar las iniciativas de promoción de salud mental?
- > ¿Qué programas o servicios están vinculados en los contextos familiares, de educación, tiempo libre y grupo de pares?
- > ¿Qué actividades que pueden fortalecer los factores protectores están disponibles para niños, niñas y adolescentes de la comunidad?
- > ¿Qué programas, actividades o iniciativas se desarrollan para apoyar la prevención comunitaria y la promoción de la salud mental?
- > ¿Qué actividades se han desarrollado previamente de manera exitosa en la comunidad en este contexto? ¿Y qué actividades no han sido exitosas? (Por ejemplo, actividades organizadas por Juntas de Vecinos, talleres, charlas, cursos, etc.)
- > ¿Existen acciones de compromiso del municipio por medio de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) u Organizaciones Comunitarias?
- > ¿De qué manera se fortalece el trabajo de las organizaciones comunitarias?
- > ¿Con qué tipo de acciones o actividades promocionales o preventivas cuentan en la comuna?

3.

Preguntas que guían la evaluación y análisis de necesidades comunitarias

- > ¿Cuáles son las características de la comunidad que generan problemas de seguridad, ausentismo escolar, baja participación en actividades comunales?
- > ¿Cuáles son los principales factores de riesgo detectados en la encuesta “Juventud y Bienestar”? (Basados en el reporte comunal)
- > ¿Cuáles son los principales factores protectores detectados en la encuesta “Juventud y Bienestar”? (Basados en el reporte comunal)
- > ¿Qué factores a nivel micro están relacionados con el problema? (Familia, escuela, grupo de pares, tiempo libre)
- > ¿Qué factores a nivel macro están relacionados con el problema? Considere entornos sociales y físicos/barrio, económicos, entre otros.
- > ¿Cómo creen que se puede lograr generar un mayor compromiso y preocupación de la comunidad respecto al consumo de alcohol y otras drogas en la comuna?
- > ¿Cuáles son las características de la comunidad que generan unión y participación en actividades comunales?
- > ¿Cuáles son los factores de riesgo que están presentes en la comunidad?
- > ¿Cuáles son los factores de protección que están presentes en la comunidad?
- > ¿Cuáles son las características de la comunidad que generan seguridad?
- > ¿Cuáles son las características que promueven la participación de niños, niñas y adolescentes en actividades escolares?

Anexo 2

Estrategias de prevención

(Kristjansson et al., 2020a)

Metas comunes a todos los pilares del modelo de prevención

1. Crear un equipo cohesionado de adultos dedicados a prevenir el uso de ATOD (Alcohol/Tabaco/Otras Drogas) entre los adolescentes.
2. Coordinar la participación de los adultos en estrategias relacionadas a la prevención del uso de ATOD.
3. Unificar el mensaje de los adultos en relación a ATOD.
4. Reducir el acceso de los adolescentes a ATOD.
5. Reducir las horas no estructuradas y no monitorizadas entre los adolescentes, en las que podrían usar ATOD.
6. Asegurar que todos los adolescentes tengan acceso regular a adultos con quienes ellos se sientan cómodos en pedir ayuda con problemas relacionados a ATOD.
7. Mantener la alerta de la comunidad, el compromiso, y la acción dedicada a prevenir el uso de ATOD entre los adolescentes.

1.

Pilar familia

Metas de interés local

Mejorar el conocimiento y comprensión parental sobre el impacto del uso de alcohol, tabaco y otras drogas (ATOD) en sus niños y niñas

Estrategias de intervención preventiva

1. Conducir reuniones de padres en colegios que usen los resultados de la encuesta local para demostrar el impacto preventivo de los factores familiares en el uso de ATOD.
2. Proveer programas de educación parental originales sobre el impacto del uso de ATOD en adolescentes.
3. Conectar familias con recursos educacionales existentes en la comunidad, como campañas comunitarias, sitios web con datos correctos y documentales.
4. Iniciar comunicaciones educacionales regulares, periódicas y recordatorios por medios sociales, teléfonos y correo a la casa.
5. Asegurarse que los padres puedan identificar recursos comunitarios para la educación y tratamiento del uso de ATOD.
6. Reducir el acceso a ATOD en el hogar.

Fortalecer las conexiones y comunicación entre los adolescentes y sus familias

1. Aumentar el tiempo que los padres pasan con sus hijos cada semana.
2. Aumentar la monitorización parental para que los padres sepan consistentemente donde están, con quien están y que están haciendo sus adolescentes.
3. Aumentar la percepción de los adolescentes sobre la calidad y valor del tiempo con la familia, reservando rutinariamente tiempo diario o semanal para esto.
4. Usar mensajes parentales claros y consistentes sobre las expectativas en relación al consumo de ATOD.
5. Asegurarse que todos los adolescentes puedan identificar al menos un miembro de la familia a quien le puedan preguntar respecto a temas relacionados con ATOD.

Fortalecer conexiones y colaboración entre las familias

1. Aumentar la cohesión social entre las familias a través de actividades compartidas y comunicaciones; por ejemplo, compartir una comida mensual con las familias de los amigos de sus hijos u otras actividades compartidas.
 2. Aumentar la comonitorización parental/cocomunicación sobre las actividades de sus hijos e hijas y el lugar donde están.
 3. Usar contratos parentales para llegar a un acuerdo de metas comunes y límites al comportamiento de sus hijos e hijas.
 4. Armar un grupo de padres para hacer paseos periódicos por el barrio.
 5. Desarrollar acuerdos parentales sobre mensajes consistentes en relación a ATOD.
-

2.

Pilar escuela

Metas de interés local

Fortalecer la apreciación parental sobre los beneficios de las experiencias positivas de los estudiantes en el colegio y mejorar el compromiso de las asociaciones de padres-profesores-colegio

Estrategias de intervención preventiva

1. Conducir reuniones en los colegios con los padres y personal escolar que usen los resultados de las encuestas locales para demostrar el impacto preventivo de los factores escolares en el uso de ATOD.
2. Establecer acuerdos parentales para proveer consistentemente mensajes de apoyo a sus adolescentes sobre la importancia y valor del colegio.
3. Establecer acuerdos del personal del colegio para proveer consistentemente mensajes de apoyo a sus adolescentes sobre la importancia y valor de la familia.
4. Aumentar el número de comunicaciones positivas entre los padres y el personal de los colegios; por ejemplo, informar sobre comportamientos "correctos" de los estudiantes.
5. Establecer acuerdos entre padres y el colegio para darse mutuamente el "beneficio de la duda" cuando se estén comunicando sobre desafíos de los estudiantes.
6. Fortalecer organizaciones de padres y profesores.
7. Aumentar la participación de padres como voluntarios/comonitores en eventos escolares y en el colegio.

Aumentar la capacidad de los establecimientos educacionales para mejorar la salud y bienestar de los adolescentes

1. Financiar y apoyar programas de salud escolar coordinados que incluyan consejería efectiva, servicios clínicos, compromiso parental y comunitario, etc.; por ejemplo, el modelo ASCD Colegio Entero, Comunidad Entera, Niño Entero del Centers for Disease Control and Prevention.
2. Establecer sistemas de varias capas de apoyo de la salud mental y emocional incluyendo:
 - Promover un clima escolar positivo para todos los estudiantes, incluyendo relaciones positivas con personal del colegio y compañeros.
 - Identificar de forma proactiva grupos de estudiantes vulnerables y proveerles servicios preventivos y programas.
 - Referir estudiantes con necesidades adicionales de asistencia individual a proveedores clínicos de salud mental en la comunidad o el colegio.
3. Adoptar un enfoque de “salud dentro de todas las políticas” en el desarrollo de políticas escolares.

**Fortalecer conexiones de los
adolescentes con el colegio
y los mensajes relacionados
con ATOD**

1. Comprometer a toda la facultad y personal del colegio como promotores de la prevención del uso de ATOD.
2. Asegurarse que todo el colegio provea rutas claras de éxito académico y de vida.
3. Asegurarse que todos los estudiantes puedan identificar al menos un adulto en el colegio al que puedan pedir ayuda en problemas relacionados con ATOD.
4. Fijar expectativas claras y consecuencias definidas en relación al uso y distribución de ATOD en el colegio y durante actividades escolares; por ejemplo, danzas, eventos deportivos o salidas docentes.
5. Establecer o fortalecer clubes de estudiantes o “sociedades sobrias” en los colegios dedicados a la prevención del uso de ATOD, y crear una cultura adolescente que contribuya a retrasar el uso de ATOD.

3.

Pilar grupo de pares

Metas de interés local	Estrategias de intervención preventiva
<p>Mejorar el conocimiento y entendimiento de los adolescentes y adultos sobre el impacto de los pares y su influencia en el uso de ATOD</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Conducir reuniones de padres en los colegios que usen los resultados de la encuesta para demostrar el impacto preventivo de los pares en el uso de ATOD.2. Conducir reuniones en los colegios que usen los resultados de la encuesta para describir las normas de los pares en relación al uso de ATOD en la comunidad adolescente.3. Proveer reuniones de trabajo educacional para estudiantes enfocadas en construir relaciones positivas con los pares y apoyo de estos para una toma de decisiones beneficiosa en relación al uso de ATOD.
<p>Mejorar el conocimiento parental sobre los amigos de sus hijos y sus familias</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Aumentar el número de actividades supervisadas por los padres que incluyan a los amigos de los adolescentes.2. Aumentar el número de actividades familia-con-familia que incluyan los amigos de los adolescentes y sus familias.3. Aumentar la proporción de padres y madres que asisten a eventos de los estudiantes en que participen sus hijos, hijas, sus amigos y amigas; por ejemplo, deportes, atletismo, musicales y shows.

**Aumentar las
asociaciones con pares
prosociales y disminuir la
asociación con pares que
usan ATOD**

1. Fomentar la asistencia de adolescentes a actividades recreativas estructuradas y supervisadas.
2. Fomentar la asistencia de adolescentes a centros juveniles estructurados y supervisados.
3. Proveer adultos que sean un buen modelo y que demuestren una relación prosocial en la casa, colegio, y tiempo libre.

**Disminuir el acceso a
ATOD a través de los pares**

1. Organizar un sistema de monitorización de expendios de tabaco y alcohol con castigos apropiados por infracciones.
 2. Hacer cumplir las leyes de no venta de alcohol y tabaco a menores.
-

4.

Pilar tiempo libre

Metas de interés local	Estrategias de intervención preventiva
Mejorar el conocimiento y entendimiento de los adultos sobre el impacto del tiempo libre en el uso de ATOD	<ol style="list-style-type: none">1. Organizar reuniones en los colegios con padres, hacedores de políticas públicas, y otros miembros de la comunidad que usen los resultados de las encuestas para demostrar el impacto preventivo de factores del tiempo libre en el uso de ATOD.
Aumentar las oportunidades para actividades estructuradas y organizadas de tiempo libre, como deportes, teatro, danza, scouts y grupos religiosos	<ol style="list-style-type: none">1. Aumentar los fondos municipales y del área para actividades recreativas organizadas.2. Hacer que las actividades organizadas de tiempo libre sean accesibles para todos los niños y niñas; por ejemplo, distribuyendo una tarjeta prepagada que permita acceso a actividades de tiempo libre para todos los niños, pagada por la municipalidad.3. Aumentar el número y rango de opciones de tiempo libre para reflejar el amplio rango de intereses de los estudiantes.

Asegurarse de que hay lugares seguros para que los adolescentes pasen tiempo y se relacionen entre sí

1. Inaugurar clubes de jóvenes abiertos en el barrio que sean supervisados por adultos responsables donde el tabaco y alcohol estén estrictamente prohibidos.

Disminuir el número de horas que los adolescentes pasan en horas libres no estructuradas y no monitorizadas

1. Disminuir las horas fuera de la casa tarde; por ejemplo, pasado la medianoche.
2. Usar reuniones parentales colegio-comunidad para demostrar la importancia de tener límites razonables a las horas tarde afuera de la casa.

Reducir el acceso de los adolescentes a ATOD durante el tiempo libre

1. Organizar un sistema de monitoreo de uso de tabaco y alcohol en las salidas, y castigos apropiados por infringir.
 2. Hacer cumplir los límites legales a la venta de alcohol y tabaco a menores.
-

Glosario

Encuesta “Juventud y Bienestar” Encuesta creada por *Planet Youth* y aplicada a estudiantes que cursan el segundo año de enseñanza media en escuelas o liceos chilenos como parte del Programa Elige Vivir Sin Drogas, para determinar su nivel de consumo de sustancias y los distintos factores que inciden sobre ese consumo, sea como factor protector o factor de riesgo.

Estimación

Dado que no es posible hacer un censo para indagar el consumo de sustancias en todas las personas, los estudios de prevalencia de consumo diseñan muestras representativas de la población nacional y, a partir de la prevalencia en la muestra, se proyecta o “estima” la prevalencia en la población. La estimación reportada no es exacta, porque la inferencia a partir de una muestra siempre está sujeta a un margen de error.

Factor de riesgo

Cualidad del niño o niña, o de su ambiente, que puede afectar de forma adversa su trayectoria de desarrollo y aumentar su probabilidad de consumir sustancias, o de manifestar otros problemas de conducta.

Factor protector

Cualidades de los niños y de sus ambientes que promueven el afrontamiento exitoso y la adaptación a situaciones y cambios del ciclo vital. Los factores protectores no son simplemente la ausencia de factores de riesgo; más bien se trata de condiciones que pueden reducir el impacto negativo de los factores de riesgo.

Inicio temprano de consumo

Inicio del consumo de sustancias entre 13 y 15 años de edad.

Otras drogas	Cuando se mencionan “otras drogas” en este documento, nos referimos a sustancias psicoactivas distintas del tabaco y el alcohol, entre ellas, marihuana, cocaína, pasta base de cocaína, tranquilizantes sin receta médica, y productos inhalables (por ejemplo, pegamentos).
Planet Youth	Programa islandés de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, en niños, niñas y adolescentes. Ha sido reconocido internacionalmente por su gran éxito en reducir la prevalencia de consumo en la niñez y adolescencia. Se han usado las prácticas de <i>Planet Youth</i> como la base para el diseño del Programa Elige Vivir Sin Drogas.
Prevalencia	Proporción de personas que manifiesta un problema, respecto al total de personas que componen el segmento de población de interés, durante un determinado período de tiempo. Por ejemplo, si la prevalencia anual de consumo de tabaco en población escolar es de un 33%, significa que se estima (ver “estimación”) que el 33% de todos los escolares de las edades encuestadas han consumido tabaco durante el último año. Consecuentemente, prevalencia de vida se refiere a personas que han consumido una sustancia al menos una vez en la vida; prevalencia anual se refiere a haber consumido una sustancia en el último año, y así sucesivamente con prevalencia mensual y prevalencia diaria de consumo.
Sustancias	En este documento, la palabra “sustancias” se refiere en general a cualquier sustancia psicoactiva, o que tenga la capacidad de afectar el estado físico y mental de una persona. Se incluyen sustancias de comercio legal para adultos, como el tabaco y el alcohol, y sustancias prohibidas por la ley, como marihuana, cocaína, pasta base de cocaína, tranquilizantes sin receta médica, y productos inhalables (por ejemplo, pegamentos).

Referencias

Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Brown, E. C., Briney, J. S., Oesterle, S., & Abbott, R. D. (2010). Implementation of the Communities That Care Prevention System by Coalitions in the Community Youth Development Study. *Journal of Community Psychology, 38*(2), 245-258. <https://doi.org/10.1002/jcop.20362>

Baiden, P., Mengo, C., Boateng, G. O., & Small, E. (2019). Investigating the association between age at first alcohol use and suicidal ideation among high school students: Evidence from the youth risk behavior surveillance system. *Journal of Affective Disorders, 242*, 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.078>

Benner, A. D. & Wang, Y. (2015). Adolescent substance use: The role of demographic marginalization and socioemotional distress. *Developmental Psychology, 51*(8), 1086-1097. <https://doi.org/10.1037/dev0000026>

Ben-Shlomo, Y. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology, 31*(2), 285-293. <https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285>

Biglan, A., Ary, D. V., 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. <https://doi.org/10.1136/tc.9.1.24>

Bourdieu, P. (1980). Le capital social: Notes provisoires. *Actes De La Recherche En Sciences Sociales, 31*, 2-3.

Bozzini, A. B., Bauer, A., Maruyama, J., Simões, R., & Matijasevich, A. (2021). Factors associated with risk behaviors in adolescence: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 43*(2), 210-221. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0835>

- Briney, J. S., Brown, E. C., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (2012). Predictive validity of established cut points for risk and protective factor scales from the communities that care youth survey. *The Journal of Primary Prevention, 33*(5-6), 249-258. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0280-1>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bursik, R. (1988). Social disorganization and theories of crime and delinquency: Problems and prospects. *Criminology, 26*(4), 519-552. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1988.tb00854.x>
- Capdevielle, J. (2014). Capital social: debates y reflexiones en torno a un concepto polémico. *Revista de Sociología Política, 22*(51), 3-14. <https://doi.org/10.1590/1678-987314225101>
- Castellanos-Ryan, N., Séguin, J. R., Vitaro, F., Parent, S., & Tremblay, R. E. (2013). Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 203*(3), 188-195. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.123182>
- Collins, D., Johnson, K., & Becker, B. J. (2007). A meta-analysis of direct and mediating effects of community coalitions that implemented science-based substance abuse prevention interventions. *Substance Use & Misuse, 42*(6), 985-1007. <https://doi.org/10.1080/10826080701373238>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas y Organización de los Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019*. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; Organización de los Estados Americanos. <https://shortest.link/2mOl>

Cook, A. C., Leung, G., & Smith, R. A. (2020). Marijuana Decriminalization, Medical Marijuana Laws, and Fatal Traffic Crashes in US Cities, 2010–2017. *American Journal of Public Health, 110*(3), 363–369. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305484>

Cservenka, A. & Brumback, T. (2017). The Burden of Binge and Heavy Drinking on the Brain: Effects on Adolescent and Young Adult Neural Structure and Function. *Frontiers in Psychology, 8*, 1111. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01111>

Cuijpers, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 10*(1), 7–20. <https://doi.org/10.1080/0968763021000018900>

Darnell, A., Goodvin, R., del Moral, S., Hicks, C., Wanner, P., & Westley, E. (2018). *Updated inventory of programs for the prevention and treatment of youth cannabis use* (Document N° 18-12-3201). Washington State Institute for Public Policy. <https://shortest.link/2gb->

Emmers, E., Bekkering, G. E., & Hannes, K. (2015). Prevention of alcohol and drug misuse in adolescents: An overview of systematic reviews. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 32*(2), 183–198. <https://doi.org/10.1515/nsad-2015-0019>

Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M., & García-Fernández, J. M. (2012). Component analysis of a school-based substance use prevention program in Spain: Contributions of problem solving and social skills training content. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 13*(1), 86–95. <https://doi.org/10.1007/s11121-011-0249-y>

Estrada, Y., Lee, T. K., Huang, S., Tapia, M. I., Velázquez, M.-R., Martinez, M. J., Pantin, H., Ocasio, M. A., Vidot, D. C., Mollada, L., Villamar, J., Stepanenko, B. A., Brown, C. H., & Prado, G. (2017). Parent-Centered Prevention of Risky Behaviors Among Hispanic Youths in Florida. *American Journal of Public Health, 107*(4), 607–613. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303653>

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (12), CD003020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>

Ford, J. A., Sacra, S. A. y Yohros, A. (2017). Neighborhood characteristics and prescription drug misuse among adolescents: The importance of social disorganization and social capital. *The International Journal on Drug Policy*, 46, 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.001>

Fosco, G. M., Frank, J. L., Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2013). Opening the "Black Box": Family check-up intervention effects on self-regulation that prevents growth in problem behavior and substance use. *Journal of School Psychology*, 51(4), 455-468. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2013.02.001>

Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD009307. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009307>

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(4), 426-434. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>

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

Gore, F. M., Bloem, P. J. N., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., Sawyer, S. M., & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, 377(9783), 2093-2102. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60512-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60512-6)

Green, K. M., Doherty, E. E. y Ensminger, M. E. (2017). Long-term consequences of adolescent cannabis use: Examining intermediary processes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(5), 567-575. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1258706>

Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M., & Faustman, E. M. (Eds.). (2018). *Handbook of Life Course Health Development*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3>

Hawkins, J., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors, 27*(6), 951-976. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00298-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00298-8)

Hays, S., Hays, C., & Mulhall, P. (2003). Community Risk and Protective Factors and Adolescent Substance Use. *The Journal of Primary Prevention, 24*(2), 125-142. <https://doi.org/10.1023/A:1025940311556>

Hohl, B. C., Wiley, S., Wiebe, D. J., Culyba, A. J., Drake, R., & Branas, C. C. (2017). Association of Drug and Alcohol Use With Adolescent Firearm Homicide at Individual, Family, and Neighborhood Levels. *JAMA Internal Medicine, 177*(3), 317-324. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.8180>

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health, 2*(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Infante, M. A., Nguyen-Louie, T. T., Worley, M., Courtney, K. E., Coronado, C., & Jacobus, J. (2020). Neuropsychological Trajectories Associated with Adolescent Alcohol and Cannabis Use: A Prospective 14-Year Study. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS, 26*(5), 480-491. <https://doi.org/10.1017/S1355617719001395>

Kim-Spoon, J., Kahn, R. E., Lauharatanahirun, N., Deater-Deckard, K., Bickel, W. K., Chiu, P. H., & King-Casas, B. (2017). Executive functioning and substance use in adolescence: Neurobiological and behavioral perspectives. *Neuropsychologia, 100*, 79-92. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.020>

Koning, I., Looze, M. de, & Harakeh, Z. (2020). Parental alcohol-specific rules effectively reduce adolescents' tobacco and cannabis use: A longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence, 216*, 108226. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108226>

Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020a). *Implementación del Modelo Islandés para la Prevención del Uso de Sustancias en Adolescentes*. Health Promotion Practice, 152483991989908. <https://doi.org/10.1177/1524839919899086>

Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020b). *Principios Directrices y Desarrollo del Modelo Islandés para la Prevención del Uso de Sustancias en Adolescentes*. Health Promotion Practice, 152483991989907. <https://doi.org/10.1177/1524839919899078>

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10), 778-783. <https://doi.org/10.1136/jech.57.10.778>

Kuklinski, M. R., Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Briney, J. S., & Catalano, R. F. (2015). Benefit-Cost Analysis of a Randomized Evaluation of Communities That Care: Monetizing Intervention Effects on the Initiation of Delinquency and Substance Use Through Grade 12. *Journal of Experimental Criminology*, 11(2), 165-192. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11292-014-9226-3>

Lightowlers, C. & Sumnall, H. (2014). A violent mix? The association between concurrent alcohol and cocaine use and violence amongst young people in England and Wales. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(2), 131-139. <https://doi.org/10.3109/09687637.2013.861799>

Lipperman-Kreda, S., Gruenewald, P. J., Grube, J. W., & Bersamin, M. (2017). Adolescents, alcohol, and marijuana: Context characteristics and problems associated with simultaneous use. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.06.023>

Lippman, S. A., Neilands, T. B., Leslie, H. H., Maman, S., MacPhail, C., Twine, R., Peacock, D., Kahn, K., & Pettifor, A. (2016). Development, validation, and performance of a scale to measure community mobilization. *Social Science & Medicine*, 157, 127-137. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.002>

MacArthur, G. J., Harrison, S., Caldwell, D. M., Hickman, M., & Campbell, R. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 111*(3), 391–407. <https://doi.org/10.1111/add.13224>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2019). *Elige vivir sin drogas: Informe de detalle de programas nuevos 2019*. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health, & U.S. Department of Health and Human Services. (2016). *Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood: A Research-Based Guide*. National Institute on Drug Abuse. <https://shortest.link/2m00>

Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., Tonks, Z., & Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and Alcohol Review, 36*(3), 337–351. <https://doi.org/10.1111/dar.12497>

Noorbakhsh, S., Afzali, M. H., Boers, E., & Conrod, P. J. (2020). Cognitive Function Impairments Linked to Alcohol and Cannabis Use During Adolescence: A Study of Gender Differences. *Frontiers in Human Neuroscience, 14*, 95. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.00095>

O'Connell, M. E., Boat, T. F., & Warner, K. E. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. National Academies Press.

O'Connor, E., Thomas, R., Senger, C. A., Perdue, L., Robalino, S., & Patnode, C. (2020). Interventions to Prevent Illicit and Nonmedical Drug Use in Children, Adolescents, and Young Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA, 323*(20), 2067–2079. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1432>

Ogeil, R. P., Cheetham, A., Mooney, A., Allen, N. B., Schwartz, O., Byrne, M. L., Simmons, J. G., Whittle, S., & Lubman, D. I. (2019). Early adolescent drinking and cannabis use predicts later sleep-quality problems. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 33*(3), 266–273. <https://doi.org/10.1037/adb0000453>

Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A., Anstine, P. S., McGovern, P. G., Finnegan, J. R., Forster, J. L., Wagenaar, A. C., & Wolfson, M. (1996). Project Northland: Outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health, 86*(7), 956-965. <https://doi.org/10.2105/ajph.86.7.956>

Piñera, S. (2017). Construyamos tiempos mejores para Chile: *Programa de gobierno 2018-2022*. <http://www.sebastianpinera.cl/images/programa-SP.pdf>

Planet Youth. (2018). *Prevención del consumo de sustancias en Chile: Resultados de encuesta 2018*. Planet Youth; Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Putnam, R. D. (2020). *Bowling Alone: The collapse and revival of American community*. http://bowlingalone.com/?page_id=13

Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1994). Making Democracy Work: *Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press.

Ragnarsdottir, L. D., Kristjansson, A. L., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., Valdimarsdottir, H., Gestsdottir, S., & Sigfusdottir, I. D. (2017). Cumulative risk over the early life course and its relation to academic achievement in childhood and early adolescence. *Preventive Medicine, 96*, 36-41. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.019>

Ribera, O. S. de, Trajtenberg, N., Shenderovich, Y., & Murray, J. (2019). Correlates of youth violence in low- and middle-income countries: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 49*, 101306. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.07.001>

Robertson, E. B., Perl, H. I., Reider, E. E., Sims, B. E., Crump, A. D., Compton, W. M., & Finger, M. S. (2015). Drug use prevention: Definitions and terminology. En L. M. Scheier (Ed.), *Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice* (pp. 11-29). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14550-002>

Sampson, R. J. & Groves, W. B. (1989). Community Structure and Crime: Testing Social-Disorganization Theory. *American Journal of Sociology, 94*(4), 774-802. <https://doi.org/10.1086/229068>

Schmidt, K., Tseng, I., Phan, A., Fong, T., & Tsuang, J. (2020). A Systematic Review: Adolescent Cannabis Use and Suicide. *Addictive Disorders & Their Treatment, 19*(3), 146-151. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000196>

Scott-Sheldon, L. A. J., Carey, K. B., Cunningham, K., Johnson, B. T., & Carey, M. P. (2016). Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature. *AIDS and Behavior, 20*, 19-39. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-015-1108-9>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2017). *Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile*. SENDA.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2021a). *Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030: Para un Chile que elige vivir sin drogas*. Santiago de Chile. SENDA. <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/02/Estrategia-Nacional-de-Drogas-version-web.pdf>

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). (2021b). *Minuta Plan Nacional de Prevención Elige Vivir sin Drogas: Plan de trabajo abril-diciembre 2021*. SENDA.

Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, A. L., Roe, K. M., & Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents: *The Icelandic Model*. *Health Promotion International, 24*(1), 16-25. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan038>

Slade, T., Newton, N. C., Mather, M., Barrett, E. L., Champion, K. E., Stapinski, L., Conrod, P. J., & Teesson, M. (2021). The long-term effectiveness of universal, selective and combined prevention for alcohol use during adolescence: 36-month outcomes from a cluster randomized controlled trial. *Addiction, 116*(3), 514-524. <https://doi.org/10.1111/add.15178>

Spear, L. P. (2018). Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience, 19*(4), 197-214. <https://www.nature.com/articles/nrn.2018.10>

Stone, A. L., Vander Stoep, A., & McCauley, E. (2016). Early Onset Substance Use in Adolescents With Depressive, Conduct, and Comorbid Symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 36(6), 729-753. <https://doi.org/10.1177/0272431615586463>

Thomas Boyce, W. & Hertzman, C. (2018). Early childhood health and life course: The state of the science and proposed research priorities. En N. Halfon, C. B. Forrest, R. M. Lerner, & E. M. Faustman (Eds.), *Handbook of Life Course Health Development* (pp. 61-94).

Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 295-317. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0023-7>

Treno, A. J. & Holder, H. D. (1997). Community mobilization: evaluation of an environmental approach to local action. *Addiction*, 92, 173-187. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1997.tb02990.x>

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration & Center for Substance Abuse Prevention. (2017). *Focus on Prevention: Strategies and Programs to Prevent Substance Use*. Department of Health and Human Services; Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Center for Substance Abuse Prevention. <https://store.samhsa.gov/product/Focus-on-Prevention/sma10-4120>

Washington State Institute for Public Policy. (2020). *Communities That Care: Benefit-cost estimates updated december 2019*. Literature review updated january 2019. Washington State Institute for Public Policy. <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/115>

Yurasek, A. M., Aston, E. R., & Metrik, J. (2017). Co-use of Alcohol and Cannabis: A Review. *Current Addiction Reports*, 4(2), 184-193. <https://doi.org/10.1007/s40429-017-0149-8>



eligevivir
— SIN DROGAS —

FONO DROGAS Y ALCOHOL

 **1412**

DESDE RED FIJA Y CELULARES

 [senda_gob](#)

 [sendagob](#)

 [sendagob](#)

 [senda.gob.cl](#)

 [observatorionacionaldrogas.gob.cl](#)