

PERCEPCIÓN DESDE LOS OPERADORES SOBRE LAS DEFICIENCIAS QUE TIENEN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA.

PERCEPTION FROM THE OPERATORS ABOUT THE DEFICIENCIES OF PREVENTION PROGRAMS FOR THE CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN COLOMBIA.

Gustavo Adolfo Calderón Vallejo,¹ José Silverio Espinal Bedoya²

ABSTRACT

The purpose is, from the operators' perspective, to identify the main deficiencies that prevention programs have: argued conceptualization, risk and protection factors, overcoming structural problems, scientific validation and reduction of administrative deficiencies. Regarding the method, it was developed with a qualitative approach, the hermeneutic modality and the descriptive scope. Thirteen prevention programs were intentionally chosen, as criteria for inclusion were required to have a basic structure, that the institution - dedicated to prevention - was legally constituted, and that it had its location in some of the main capital cities: Bogotá, Medellín, Cali and Bucaramanga. The interview was used as an instrument, after a pilot test. For interpretation, we worked from hermeneutical units by categories. A trend analysis was done. Triangulation was carried out among sources: what was expressed by the operators, the knowledge of the researchers and the documentary sources. Regarding the results, it was expressed that there should be a review of the conceptualization in which the program is based. In addition, having a diagnosis of risk factors and consumer's protection. It is necessary to overcome structural barriers. Administrative and budgetary deficiencies must be overcome so that programs can intervene with sufficient time and resources. Another important deficiency is the lack of scientifically validated programs to generate greater trust between the proposing actors and the participants. In conclusion, the deficiencies indicated in the results must be overcome (for the programs) to advance in their preventive achievements, which were expressed by the programs themselves and unveiled by the research

KEY WORDS: prevention programs, consumption of psychoactive substances, risk factors.

RESUMEN

El propósito del estudio, desde la óptica de los operadores, fue identificar las principales deficiencias que tienen los programas de prevención: conceptualización argumentada, factores de riesgo y protección precisados, superar problemas estructurales, validación científica y disminución de carencias administrativas. El método, con un enfoque cualitativo, se enmarcó en la modalidad hermenéutica con alcance descriptivo. Se eligieron intencionalmente trece programas de prevención, teniendo como criterios de inclusión que tuvieran una estructura básica, que la institución dedicada a la prevención estuviera legalmente constituida y que tuviese su ubicación en una de las principales ciudades capitales: Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga. Como instrumento, se utilizó la entrevista, previa prueba piloto. Para la interpretación se trabajó por categorías. Se hizo un análisis de tendencias y triangulación entre fuentes: lo expresado por los operadores, el conocimiento de los investigadores y las fuentes documentales. En cuanto a los resultados, se encontró que debe existir una revisión de la conceptualización con que se sustenta el programa. Además, contar con un diagnóstico de los factores de riesgo y de protección al consumo. Se requiere superar barreras estructurales y superar deficiencias administrativas y presupuestarias para que los programas puedan intervenir con tiempos y recursos suficientes. Otra deficiencia importante, fue no contar con programas validados científicamente, para generar mayor confianza entre los actores proponentes y los participantes. En conclusión, para que los programas avancen en sus logros preventivos, se debe superar las deficiencias encontradas, que fueron expresadas por los programas mismos y develadas por la investigación

PALABRAS CLAVE: programas de prevención, consumo de sustancias psicoactivas, factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Los programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas se iniciaron en Colombia hace cuarenta años, pero no han tenido la flexibilidad

necesaria para incluir aprendizajes recientes que los pueden hacer más efectivos, como asumir las diferentes transformaciones socioeconómicas y culturales que se han dado en las últimas décadas, y especialmente, las condiciones sobre el consumo de sustancias tanto legales como ilegales.

Igualmente, los cambios en los patrones de consumo sugieren unas deficiencias preventivas a tener en cuenta; según lo reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social¹ en cuanto al promedio de edad de inicio de consumo, que para sustancias psicoactivas

Recibido: 12/2017

Aprobado: 06/2018

¹Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Universidad Católica Luis Amigó. Medellín, Colombia. Corporación Surgir. Medellín, Colombia.

Correspondencia. gcaldero@funlam.edu.com

illegales se reporta en 17,7 años y para el alcohol de 17,3 años. La prevalencia anual se comporta de la siguiente manera: la sustancia ilegal de mayor consumo es la marihuana con 11.48%, que además posee una alta aceptación entre consumidores y no consumidores, haciendo que sea una de las de mayor debate en la actualidad por la normalización; también han ingresado a la oferta del país sustancias de tipo sintético que gozan de alta popularidad y que son, después de la cocaína con 3.23%, unas de las de mayor demanda, entre ellas por ejemplo, el éxtasis que cuenta con 0.71%. Así mismo, el consumo perjudicial de alcohol tiene una de las cifras más altas con 11.07%.² Según el Primer Estudio Poblacional de Salud Mental realizado en 2012, se encontró que, por tipo de trastornos, el tercero es el uso de sustancias (10,6%).³ Al respecto, llama la atención el cambio de las políticas de drogas, en las cuales hasta 1998, se asumía que la tolerancia cero era el único camino posible para enfrentar los problemas de drogas; hoy se debaten propuestas integrales como la reducción del daño para quienes consumen y no desean o no pueden dejar de hacerlo.

Todo este panorama exige unos replanteamientos en las propuestas preventivas, que los programas se adapten al reto que impone la decreciente edad de inicio, el consumo abusivo de sustancias consideradas “inocuas”, como la marihuana y las sustancias de síntesis como el éxtasis, o la exposición a riesgos relacionados con el consumo de estas sustancias como accidentalidad, intoxicaciones y riñas.

En atención a las estrategias que delinea la Organización de Estados Americanos (OEA) para el Hemisferio, sobre drogas, expresa que la reducción de la demanda necesita de programas de prevención diseñados sobre la evidencia, que estén destinados a grupos específicos, y que tengan evaluación científica.⁴ Asimismo, reitera que el manejo del problema debe orientarse hacia el fortalecimiento de los programas de prevención.⁵

En este sentido, es necesario adaptar los programas a los requerimientos de cada contexto, tomando en cuenta las estrategias evaluadas positivamente en los mismos.⁶ Es de anotar que, debe identificarse aquello que responde a las particularidades de cada grupo poblacional y lo que responde a las necesidades generales. Especialmente, se debe considerar, según recomendaciones de la OEA,⁷ y a propósito del problema del consumo de psicoactivos en los países del hemisferio, que es necesario salirle al paso al consumo o adicción con una perspectiva de salud pública, con políticas que incluyan la búsqueda de una vida sana y con bienestar y

la prevención en sus tres principales modalidades: universal, selectiva e indicada.⁸

De otra parte, en un informe de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito,⁹ se plantea que, por cada dólar gastado en prevención, al menos diez pueden ser ahorrados en futuros problemas de salud, sociales y criminales. Además afirma, que es importante examinar, además los principios generales, una respuesta eficaz en la prevención y el tratamiento relacionado con consumo de drogas.

Hoy, en pleno siglo XXI, a diferencia de otras épocas, se está haciendo prevención en distintos segmentos de población, también existe una política de salud pública formulada desde instancias centrales;¹⁰ por tanto, los programas de prevención deben tener en cuenta que existen modelos validados a nivel mundial por sus resultados basados en la evidencia y no partir de cero. Se debe estar consiente sobre la forma en que se intervenga sea con un sentido preventivo, de control o de tratamiento y rehabilitación si este fuera el caso.¹¹

La prevención entendida como un conjunto de estrategias y acciones planificadas que buscan conseguir un objetivo según sea la intención preventiva.¹² Aunque en la actualidad se consideran enfoques integrativos y ecológicos, el punto de partida de los programas continúa en ubicar los factores de riesgo, las sustancias consumidas, la cantidad y frecuencia de consumo. En general los programas más efectivos se centran en factores de riesgo y protección psicosocial presentes en las primeras etapas de consumo.¹³

Esta investigación tiene como propósito, identificar desde los operadores de 13 programas de prevención, las deficiencias que presenta al año 2016. El país requiere programas de prevención que se anticipen a las edades de mayor riesgo, mantener la focalización en factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, pero con una mejor identificación (drogas y VIH, Alcohol y accidentalidad, drogas y violencia), además, analizar la relación entre consumo de sustancias psicoactivas, desarrollo social y humano.

De esa amplia problemática que compete a la prevención, la investigación se concreta sobre las siguientes categorías que se expresan por los operadores como deficiencias reales de sus programas de prevención: El imperativo de partir de conceptualizaciones sólidas, requerimientos que tienen

los programas para identificar con precisión los factores de riesgo y los factores de protección, los problemas estructurales, la exigencia internacional de considerar programas validados científicamente, las dificultades administrativas, relacionadas con tiempos cortos, recursos profesionales y presupuestos limitados.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una investigación con un enfoque cualitativo y específicamente una modalidad de estudio hermenéutico, con un alcance principalmente descriptivo de los diferentes programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivos abordados. Lo hermenéutico se entendió como la construcción de un texto social a partir de la palabra de los actores consultados, para ser interpretado por el grupo de investigación y ser triangulado con la discusión de la literatura sobre el tema.

Mapeo y muestreo

Se elaboró un rastreo sobre la existencia de programas de prevención en Colombia, sin pretensiones de universo, sino con unos criterios de conveniencia. La exploración se hizo en las ciudades capitales del país: Bogotá, Medellín, Cali y Bucaramanga.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para los participantes a ser entrevistados: programas con ámbito de aplicación en Colombia, que están funcionando en la actualidad, las instituciones que los promueven tiene personería jurídica, son identificados por quienes trabajan en prevención en su ciudad, cuentan con una estructura como programas preventivos y cubren alguna de las diferentes modalidades universal, selectiva e indicada.

Como limitante se reconoce que en los contactos telefónicos y por virtualidad, no se logró acceder a todos los programas de prevención identificados en la exploración. Se recogió información de un total de trece programas de las ciudades referidas.

Participantes

Operadores administrativos de 13 programas de prevención, contactados en igual número de instituciones y que accedieron voluntariamente a brindar la información entre otros aspectos, sobre las características de los programas, las dificultades con que se encuentran y las necesidades que observan para la prevención. También se tomaron en cuenta 10 operadores en terreno, entendiendo por tales a quienes están encargados de manejar los programas en sus

respectivos ámbitos de actuación. A ambos tipos de participantes se les solicitó un consentimiento informado.

La investigación se efectuó en el año 2016, y en específico se dio cuenta de cómo está la realidad en los meses de julio, agosto y septiembre, cuando se recogió la información.

Técnica e Instrumento

Como técnica se eligió la entrevista semiestructurada, por ofrecer la posibilidad de un acercamiento lo más natural posible, pero con mucho detenimiento a los programas de prevención. Se construyeron dos instrumentos: uno para los coordinadores de los programas y el segundo para operadores de los mismos, para indagar sobre las deficiencias que ellos consideran tienen dichos programas y las dificultades que se presentan para realizar su trabajo preventivo.

Recolección de la Información

Inicialmente se realizó un contacto con los operadores de los programas que podían participar, con el fin de presentarles el estudio, los responsables, los propósitos y los procedimientos necesarios para que se posibilitara el proceso de recolección. Se les indicó que la información se recogería con un criterio de anonimato, confidencialidad y voluntariedad, tanto de las instituciones como de las personas. Luego se procedió a realizar la entrevista la cual fue grabada y transcrita.

Sistematización, validación e interpretación de la información.

La información de todas las entrevistas fue organizada de acuerdo a las categorías previas en las cuáles se inscribían las preguntas de la entrevista; los párrafos fueron segmentados en unidades de sentido completo asignándole a cada uno palabras claves para facilitar el proceso de codificación,¹⁴ de allí emergieron las subcategorías para enriquecer los resultados. Posteriormente se realizó una lectura comprensiva y se procedió a hacer análisis de tendencias. Seguidamente se efectuó la búsqueda exhaustiva de fuentes documentales por parte del equipo de investigación, el juicio de expertos y el análisis de los resultados encontrados con el marco referencial.

Como estrategia de análisis conjunto, se partió de los resultados escritos que se cotejaron con lo hallado en fuentes secundarias y la respectiva interpretación de

los investigadores. Se hizo una devolución a expertos en el tema, se recogieron las apreciaciones para ajustar el análisis y continuar con el proceso de escritura de la discusión.

La validación cualitativa se llevó a cabo mediante un proceso de revisión permanente y sistemática de la información recogida. Para ello los procesos de identificación de categorías previas y emergentes, los hallazgos iniciales y los análisis finales fueron trabajados de manera individual por cada investigador y luego discutidos entre todos ellos. Esto permitió un análisis interno, para obtener una visión de conjunto, de tal manera que las unidades de sentido estuvieran presentes en sus relaciones, semejanzas y diferencias.

RESULTADOS

Las primeras deficiencias reconocidas tendencialmente por los operadores, están dadas en términos de construir una mayor argumentación de los programas, incluyendo un ejercicio de mejor conceptualización, sustentando con más rigor su enfoque, qué entienden por prevención e indicando que les ha servido y que no en las acciones preventivas realizadas.

Así mismo, los entrevistados expresaron que se deben identificar con gran precisión los factores de riesgo y los factores protectores para el consumo de sustancias psicoactivas como una de sus tareas básicas, con el fin de realizar una intervención pertinente, por lo menos, con respecto a esta categoría.

A manera de síntesis se evidencian los factores de riesgo y de protección, según lo afirman los operadores que trabajan en los programas de prevención a partir de las necesidades detectadas por ellos y expresadas por las diferentes comunidades.

Existe un gran riesgo en el ámbito familiar, que consiste en las carencias, en los lazos afectivos de parte de las familias con que trabajan, así mismo existe un riesgo subrayado como es el ausentismo por parte de los padres, la falta de comunicación entre los miembros de la familia y la falta de límites; lo cual es un elemento que favorece la aparición de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas. También al interior de la familia se señalan las actitudes favorables en la aparición del consumo por aprendizajes vicarios reforzados de los padres hacia sus hijos, mediando el consumo tanto de sustancias legales como ilegales.

Con respecto a los riesgos individualmente considerados, expresaron los entrevistados, que existen diferentes exigencias que abarcan al individuo en sus contextos y que pueden abordar un riesgo en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas; hay una connotación emocional que involucra diferentes factores dependiendo del ciclo vital, donde aparece un posible aumento de riesgo de consumo, en especial en la etapa juvenil. También en los programas resalta como factor individual en los jóvenes, la sensación de no límites y de invulnerabilidad.

En cuanto a los factores protectores, los coordinadores de los programas destacaron, el reconocimiento de habilidades para la vida, las estrategias de afrontamiento y herramientas en la construcción de la resiliencia y el acompañamiento, aunque parcial, de las entidades públicas y privadas, tanto a los participantes en la prevención, como a las instituciones.

Los operadores de los programas también destacaron como factores protectores: las redes de apoyo comunitario, la mejora en la calidad de la comunicación familiar, el fortalecimiento de la unión familiar, el acompañamiento seguro, retrasar la edad de inicio al consumo y, la escolaridad no sólo como minimizador de consumo, sino socializador y potenciador en la construcción de identidad.

De otra parte, los programas logran intervenir entre otros aspectos, sobre las dificultades de los niños y jóvenes y en específico sobre la necesidad de evitar o disminuir los consumos, en el desarrollo de habilidades y en las pautas de crianza de los padres, pero no siempre tienen gobernabilidad para incidir sobre las condiciones de pobreza y los problemas estructurales como el desempleo y el acceso limitado a la educación, lo que se constituye en un terreno abonado para que se propicie el consumo de sustancias psicoactivas y todo lo que conlleva; por tanto, los logros de los programas se ven limitados por la falta de oportunidades y la no inclusión social de las comunidades y sus habitantes. Es de anotar que se encontraron tres programas que si consideran las últimas variables enunciadas y no se quedan en intervenciones sobre lo individual.

Relacionada con la anterior dificultad, pero con un sentido distinto, los coordinadores de programas, que tienen sus ámbitos de actuación en entornos de pobreza, indican que los logros de los programas se ven disminuidos, porque muchos niños, jóvenes y adultos están vinculados al tráfico de sustancias psicoactivas al menudeo, como una estrategia de sobrevivencia. Con

excepción de tres programas, los discursos marcados por concepciones de intervención sobre aspectos individuales (como habilidades para la vida) pueden caer en terrenos áridos, porque falta complementarlos con intervenciones de otros órdenes, en concreto alternativas para que las familias y los jóvenes no tengan que subsistir del microtráfico y de otras actividades relacionadas como extorsión, prostitución y pandillerismo. Efectivamente muchos integrantes de las comunidades no consumen, pero si promueven el consumo, que les genera pequeñas ganancias y les propician relaciones problemáticas.

De otro lado, existen una serie de deficiencias de tipo administrativo; como recursos económicos para el desarrollo de programas llegan a las instituciones por temporadas, cada vez son más limitados y son dependientes de convocatorias estatales, generando dificultades presupuestarias para desarrollar la prevención, lo que trae como consecuencia la dificultad para la continuidad de los programas, aspecto muy sensible para la población participante, porque las necesidades preventivas se desarrollan, en esa misma forma, por temporadas cortas.

Con base a lo anterior, dadas las características de la contratación, el desarrollo de los programas no siempre coincide con las dinámicas de las comunidades; por ejemplo, el año escolar dura más de lo que puede cubrir un programa de prevención para este sector. Además, los programas de prevención escolar, están diseñados para todos los años escolares, no solo para intervenciones parciales en algunos años.

También en relación con los tiempos y por la complejidad de las problemáticas se puede afirmar que los horarios de los programas son muy cortos, por lo regular se hacen encuentros de una o dos horas por sesión con padres o con jóvenes y según los operadores se quedan interrogantes sin tratar o responder a profundidad. Además, se encontraron operadores que reconocen que no siempre hay coincidencia entre las metas propuestas y los tiempos cortos en que se desarrollan los programas, lo que puede generar frustraciones en los participantes, en sus ejecutores y en los financiadores. Esta última afirmación no es una tendencia, fue explicitada sólo por cuatro integrantes de instituciones, pero no por ello deja de ser un hallazgo importante a tener en cuenta en la revisión de los alcances y logros efectivos trazados por los programas.

“La falta de continuidad en la financiación lo que hace que se capacite en la comunidad las primeras cuatro fases, pero quedan faltando las

otras, la fase más importante que es la implementación y obviamente pues nos ha tocado asumirla a nosotros en ocasiones, pero obviamente eso hace que no se lleve a cabo y que no se logre bien el empoderamiento del proceso”. (E.3)

“La capacidad de respuesta, esa es la dificultad más grande que puede tener el programa, hay personas o profesionales que están con la responsabilidad de encargarse de pensar cómo mejorarla, pero la dinámica del departamento no permite que el tiempo que se le dé, sea el que se necesite para hacer todo lo que deberíamos hacer. Es por la cantidad de estudiantes y por la cantidad de psicorrientadores y por la cantidad de servicios que prestamos, porque cada psicorrientador o cada pareja de psicorrientadores tiene a su cargo un programa o un servicio”. (E.8)

“Genera malestar con la comunidad por las fechas en las que se va y se pierde el hilo que se va llevando año tras año. Tiempo de ejecución muy corto, las metas serían muy altas y no se da respuesta adecuada o bien establecida.” (E.10)

Lo anterior se combina con las deficiencias de recursos profesionales, éstas son de dos órdenes, uno por falta de recursos calificados con especialidad sobre el tema; esto es más cierto en algunas regiones apartadas, por ejemplo, de los Departamentos del Valle y Santander y otra por dificultades de contratación, porque la conformación de equipos interdisciplinarios con alta calificación es muy costosa para instituciones privadas pequeñas, como son las dedicadas a la prevención.

De otra parte, cada vez existe un mayor requerimiento internacional para que los programas preventivos sean validados; al respecto, se encontró un programa de prevención de origen internacional desarrollado en Colombia, con validación nacional y otro también internacional con ejecución en Colombia en proceso de validación. En el caso de los programas que son traídos del exterior, se reconocen dificultades para ser adaptados a nuestros entornos, por las diferencias culturales. Sin embargo, para que los programas sean certificados deben guardar todas las características de los programas de origen, entre otras razones para hacer los análisis de las evidencias, que exigen comparabilidad entre diversas aplicaciones de un mismo programa en diferentes contextos.

En ocasiones, les corresponde a los programas implementar prácticas exitosas de las comunidades locales para que les funcionen; en otras palabras, para

que los programas se adapten a las necesidades de los contextos y las comunidades y no a la inversa, con lo que el principio investigativo de comparabilidad no se puede lograr por la cantidad y profundidad de las variaciones realizadas. Para que esta tensión se aminore, es necesario reiterar la importancia de profundizar en los modelos de prevención que están utilizando, refinar los conceptos desde los que están partiendo y ampliar y aplicar con las comunidades el conocimiento contextual.

Complementariamente, los métodos para recoger evidencias, según los coordinadores, se basan principalmente en generar información con instrumentos de recolección tales como pretest y postest y registros cualitativos y cuantitativos de las actividades desarrolladas (por ejemplo, historiales de casos, registro de talleres, incluso pruebas de orina). También se acude a la narración de los participantes acerca del impacto que dicen haber tenido. Las organizaciones realizan ejercicios de evaluación internos más orientados a medir satisfacción con lo ejecutado, con el objetivo de mejorarlo, que de evaluar el programa en su totalidad. Se encontró un programa donde está en curso una evaluación de impacto y existe otro programa que ha aplicado una línea de base, realiza encuestas para conocer sus logros con respecto a sus objetivos y tiene una serie de indicadores que miden el desarrollo del programa.

Quienes manifiestan no evaluar aducen que no se ha contemplado, por falta de tiempo, pues además de desarrollar el programa hacen otro tipo de actividades; y por falta de recursos capacitados para hacer evaluaciones con base en la evidencia.

“Una queja es que la prevención en Colombia no ha servido, entonces quienes hacen prevención hemos fracasado es más o menos como la lectura que hacen, cuando nuestra lectura es que la prevención no se ha hecho como con los parámetros técnicos que se debe hacer”. (E.4)

“El programa no tiene la continuidad que nosotros deseáramos, o a un año se hace y al otro no se hace cierto, entonces eso a la hora de coger en un futuro evaluarlo obviamente, si el programa se evaluara por esa discontinuidad pues afectaría los resultados del mismo cierto porque no se ha hecho, no se hacen en las condiciones especiales en que debe desarrollarse”. (E. 7)

“La evaluación hace falta y no sé si sea de hecho por falta de recursos en dinero, pero sí creo que una de las falencias es el recurso humano, es

gente que sepa hacer buenas evaluaciones de sistemas de prevención, es muy difícil encontrar un recurso humano capacitado en eso”. (E.12)

DISCUSIÓN

Todos los programas deben mantener una reflexión constante sobre los fundamentos conceptuales de los que parten para su labor preventiva, entre muchas razones, porque los temas abordados son cambiantes y los contextos de intervención exigen actividades adaptables y flexibles ante nuevas circunstancias. Hoy se precisa que las acciones planificadas y diseñadas en los programas de prevención, no se deben quedar solo interviniendo sobre el individuo, sino que requieren abordar su ámbito comunitario y sus condiciones ambientales, como la exclusión y la falta de oportunidades que son un terreno abonado para la generación de consumo problemático de sustancias psicoactivas.¹⁵

La efectividad y la eficacia de un programa de prevención se pueden quedar cortas, sino se le da importancia en su implementación, a aspectos contextuales como la implicación de los actores, las adaptaciones culturales necesarias y las vivencias emocionales (no cognitivas) de los jóvenes.¹⁶ Estos aspectos a veces no coinciden, cuando se comparan con un programa aplicado en lugares diferentes, para mostrar confiabilidad en un estudio basado en las evidencias. Para el proceso de adaptación a las necesidades culturales, se requiere hacer modificaciones, que los padrinos internacionales de los programas no siempre están dispuestos a aceptar, puesto que podría terminar siendo otro programa. También por eso es que, en ocasiones la población objetivo, no conoce las motivaciones intrínsecas de los programas e incluso podían chocar con lo que sería pertinente para ellas en sus contextos.

Los programas de prevención requieren como base primordial conocer los factores de riesgo y de protección que inciden en su adecuada construcción y el logro de objetivos e indicadores.¹⁷

En cuanto a los principales factores de riesgo que atienden los trece programas estudiados se pueden agrupar en personales, familiares, comunitarios y escolares; su discusión se presenta desde el Institute on Drug Abuse-NIDA,¹⁸ quien trazó una serie de elementos a tener en cuenta en general en la prevención, con base en una revisión mundial de múltiples estudios y que se pueden considerar de actual vigencia para ser retomados por los programas preventivos.

Entre dichos fundamentos destaca, que los programas deben reforzar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo. Los programas tienen que incidir en todas las formas de consumo de drogas sean legales o ilegales, colocando especial acento en el uso de drogas por parte de menores. Los programas de prevención deben ubicar los problemas de abuso de drogas que viven las comunidades, interviniendo los factores de riesgo que sean modificables y reforzar los factores protectores encontrados.¹⁸

Aunque lo deseable es que los factores de riesgo se hubiesen diagnosticado desde un detenido conocimiento del contexto y desde una rigurosa investigación, no fue lo que se encontró en los programas estudiados. Recuerdan los autores que si los programas se basan en investigación se genera mayor efectividad en términos de costo beneficio e incluso indican que, por cada dólar invertido en prevención, se pueden conseguir un ahorro hasta de diez dólares en tratamiento, sea por sustancias legales o ilegales.¹⁹

Otra de las limitantes en la eficacia de los programas se debe a que, por la complejidad de lo social, ningún programa alcanza a controlar todos los factores involucrados, algunos de ellos que se pueden considerar problemas estructurales, no son competencia directa de la prevención, y aunque se aboga por una prevención integral, por ejemplo, se reconoce como satisfactorio que un programa incluya en su accionar a la comunidad, familia, escuela, sistema de salud y la esfera laboral.²⁰ No obstante, existen quienes afirman que no se encuentran pruebas que indiquen que los programas que se involucran en múltiples variables, sean más efectivos que los que manejan unas pocas e inclusive, el Centro que monitorea el consumo de drogas en Europa, afirma que los estudios muestran más efectividad y eficacia en los programas que apuntan a modificar pocas situaciones concretas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.²¹

Un argumento más explícito sobre las posibilidades limitadas de los programas de prevención y de reconocerlo en tanto una necesidad a reflexionar, está en el hecho de que la intervención preventiva puede modificar positivamente factores de riesgo personales, familiares, escolares y comunitarios que tengan que ver con el consumo, pero no logran incidir en forma significativa en variables que indirectamente impactan sobre la circularidad del problema en determinados contextos, como son la exclusión, la vulneración de derechos y las limitantes en oportunidades de crecimiento económico y desarrollo social.^{15,22}

De otra parte, uno de los criterios importantes para la calidad y la efectividad de los programas de prevención es su continuidad que a veces no se logra por deficiencias administrativas que disminuyen la operatividad de los mismos. Los coordinadores entrevistados hicieron referencia con insistencia a la necesidad de superar ese tipo de dificultades administrativas. En otras palabras, para el ejercicio eficiente y eficaz de la prevención, es un requerimiento que las instituciones tengan los recursos apropiados como el talento humano con gran formación profesional, capacitación permanente en políticas, planeación, implementación y evaluación de todas las acciones de prevención emprendidas. Al tiempo que deben contar con un presupuesto adecuado y con posibilidades de inversión a mediano y largo plazo para lograr su sostenibilidad y el impacto buscado.²³

Así mismo, los programas deben tener la posibilidad de investigar, y ligado a ello con oportunidad de validarlos en la evidencia. En otras palabras, de forma sistemática y estructurada, utilizando los métodos científicos y con sostenibilidad en el tiempo a mediano y largo plazo para demostrar resultados y que estén relacionados con los objetivos que dicho programa busca cumplir.²⁴

Es exigible desde los métodos empírico analíticos, que dichas investigaciones sean con diseños experimentales que puedan someter a verificación las hipótesis, muestreos representativos y aleatorios, que sean suficientes y con metodologías comparables para realizar contrastación de los resultados obtenidos.²⁵ No obstante, lo expresado por diez de las trece instituciones consultadas, quienes afirman que existen dificultades administrativas y presupuestarias para lograr realizar estos estudios de validación a profundidad.

Aunque se reitera desde un organismo internacional,¹⁷ que la forma más sistemática de prevenir el consumo de sustancias psicoactivas es la implementación de programas de prevención, no existe consenso, porque desde la primera década del 2000 se reportan estudios que discuten sus logros efectivos. Es así como se realizó un meta estudio sobre 1265 investigaciones ejecutadas en diferentes lugares del mundo y concluyen que con excepciones, los programas de prevención no han mostrado eficacia.²⁶ Para el caso de América Latina, con 40 años de iniciadas las intervenciones preventivas, se reconoce que los programas logran incidir en los factores de riesgo, los participantes mejoran la percepción del riesgo e incluso pueden modificar las actitudes; sin embargo, no se muestran los cambios buscados en los consumos de

sustancias psicoactivas. En este sentido los programas tampoco han mostrado eficacia y son muy pocos aquellos que han sido científicamente evaluados.²⁷ Esta reiteración en la falta de eficacia, desde lo hipotético, puede obedecer a algunas deficiencias que en la presente investigación fueron identificadas.

CONCLUSIONES

Existen una serie de deficiencias expresadas por los operadores de los programas, que sin menoscabo de los resultados que den las evaluaciones internas de cada programa, deben ser tenidas en cuenta por los implementadores de políticas preventivas para lograr mejoras en la ejecución y en los resultados preventivos. Sin duda, serán mejores los programas de prevención en la medida en que partan de conceptualizaciones sólidas y posibilidades de aplicación, así como con validaciones nacionales e internacionales.

Para una mayor precisión de los factores de riesgo a intervenir, es fundamental tener presente las necesidades contextualizadas de la población, el profesionalismo y experiencia de quienes lideran los programas y la utilización de la investigación, no sólo para el diagnóstico y la ejecución, sino para la evaluación.

Es necesario que se suplan falencias en los programas, que tiene que ver con los escasos presupuestos para hacer prevención, las dificultades de contar con recursos humanos altamente calificados y remunerados y especialmente con posibilidades de desarrollar actividades con continuidad, integralidad y completud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ministerio de Salud y Protección Social. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia; 2013. Observatorio de Drogas de Colombia. Reporte de drogas de Colombia 2016. Bogotá: Ministerio de Justicia y del Derecho; 2016.
- 2) Observatorio de Drogas de Colombia. Reporte de Drogas de Colombia. Bogotá. Ministerio de Justicia y del Derecho; 2016.
- 3) Torres de Galvis Y, Posada J, Mejía R, Bareño J, Sierra G, Montoya, L, et al. Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012. Medellín: Universidad CES; 2012.
- 4) Organización de Estados Americanos. Plan Hemisferio de Acción Sobre Drogas 2011-2015. Washington: OEA; 2011.
- 5) Organización de Estados Americanos. Escenarios para el problema de drogas en las Américas 2013- 2025. Cartagena de Indias: OEA; 2012.
- 6) National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders. 2ª ed. Bethesda: Diane Publishing; 2003.
- 7) Organización de Estados Americanos. El problema de las drogas en las Américas. New York: OEA; 2013.
- 8) Salvador, T. Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia: Región de Murcia; 2010.
- 9) Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito UNODC. Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas. New York: ONU; 2013.
- 10) Parra A. Ley 1566 del 2012. El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública. Bogotá: Ministerio de Salud; 2013.
- 11) Iñaki M. En X. Arana, & M. Iñaki, Los Agentes Sociales ante las Drogas. Madrid: Dykinson; 1998.
- 12) Becoña, E. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. PAP. PSICOL. 2007;28(1):pp11-22.
- 13) Gázquez M, García del Castillo JM. y Espada JP. Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. Universidad Miguel Hernández. SALUD Y DROGAS. 2009;9(2):185-208
- 14) Satrauss A. & Corbin J. Bases cualitativas. Técnicas y procedimientos para desarrollar teoría fundamentada. Editorial: Universidad de Antioquía. Colombia, 2002.
- 15) Amenta A. et. al. Guía sobre políticas de drogas. Washington: Consorcio internacional sobre políticas de drogas; 2012.
- 16) Burkhanrt G. ¿Confiamos demasiado en el valor de la cognición y de la educación en la prevención? Rev. esp. drogodepend. 2015;40(4):61-70.
- 17) Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en políticas sobre drogas-COPOLAD. Calidad y evidencia en reducción de la demanda de drogas: marco de referencia para la acreditación de programas. Madrid: MANGRAF, S.L; 2014.
- 18) National Institute on Drug Abuse. Preventing drug use among children and adolescents. New York: NIDA; 2003 Consultado en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventin_gdruguse_2.pdf
- 19) Kuklinsky M, Briney J, Hawkins D, Catalano R. Cost-Benefit analysis of Communities Tha Care outcomes at eight grade. Prev Sci. 2012; 13(2):150-61.
- 20) Jones L, Sumnall H, Witty K, Wareing M, McVeigh J, Bellis M. A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people (PHIAC 5.3a) [Internet]. Liverpool: John Moores; 2006.
- 21) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA Manuals No 7. European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. Luxemburg: EMCDDA; 2011.
- 22) Fernández S, Nebot M, Jané M. Evaluación de la Efectividad de los Programas Escolares de Prevención del Consumo de Tabaco, Alcohol y Cannabis: ¿Qué nos dicen los Meta-Análisis? Rev. Esp. Salud Pública. 2002;76(3):175-87.
- 23) Domínguez B. Estándares internacionales de la prevención del uso de drogas. México: Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2013.
- 24) International Centre for Credentialing and Education of Addiction Professionals. Participant Manual. Curriculum 1. Introduccion To Prevention Science. Washington: Department of State; 2015.
- 25) Comas D. ¿Qué es la evidencia científica y como utilizarla? Una propuesta para profesionales de la intervención; Madrid: Fundación Atenea; 2014.
- 26) Hawks D, Scott K, McBride, N, Jones P & Stockeell T. Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what Works in the area of revention. Ginebra: World Heath Organization; 2002.
- 27) Pérez A. El impacto del consumo de drogas en el mundo y en América Latina: ¿Qué funciona en el campo preventivo? Rev. Per. drogodepend. 2003;1(1):195-208.