



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Cabanillas-Rojas, William

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN Y LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN
DROGODEPENDENCIAS EN EL PERÚ

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 29, núm. 1, 2012, pp. 104-111

Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36323255016>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN Y LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN DROGODEPENDENCIAS EN EL PERÚ

William Cabanillas-Rojas^{1,a}

RESUMEN

Los factores de riesgo/protección (FRP) representan elementos fundamentales para el análisis, comprensión y formulación de respuestas preventivas de las drogodependencias. El objetivo de este artículo es mostrar una revisión de la literatura sobre los FRP y sus implicancias en el diseño de programas preventivos. Se focalizará en FRP individual (aspectos genéticos, experiencias tempranas y habilidades psicosociales), familiar (control y monitoreo parental, permisividad, estilos parentales), pares (presión grupal y normas sociales) y comunitario (desorganización). De otro lado, se evidencia la necesidad de incorporar un marco conceptual multifactorial para el abordaje preventivo de las drogodependencias, articulando ámbitos de intervención (escolar, familiar y comunitario) y la asunción de una perspectiva evolutiva que permita la implementación de acciones sostenidas. Además, se discuten las implicaciones para investigaciones futuras y formulación de políticas públicas.

Palabras clave: Formulación de políticas; Abuso de drogas; Factores de riesgo; Consumo de bebidas alcohólicas; Prevención y control (fuente: DeCS BIREME).

RISK/ PROTECTIVE FACTORS AND PREVENTION PROGRAMS FOR DRUG DEPENDENCE IN PERU

ABSTRACT

Risk/ protective factors (RPF) are main elements for the analysis, understanding and formulation of answers for the prevention of drug dependences. The objective of this article is to present a literature review about the RPF and their implications in the design of preventive programs. It will focus on individual (genetic aspects, early experiences and psychosocial skills), family (parental control and monitoring, permissiveness, parenting styles), peer (group pressure and social norms) and communitarian (disorganization) RPF. On the other hand, the need of incorporating a multifactor conceptual framework for the preventive approach to drug dependences, articulating the intervention spaces (school, family and community), assuming and evolving perspective allowing the implementations of sustained actions is evidenced. On top, the implications for future research and public policy formulation are discussed.

Key words: Policy making; Drug abuse; Risk factors; Alcohol drinking; Prevention & control (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas psicoactivas representa un problema complejo y es responsabilidad de diversos actores de la sociedad el contribuir a su resolución. Esta tarea no es sencilla dada la multiplicidad de elementos a intervenir y analizar. De acuerdo con los estudios realizados por CEDRO y DEVIDA, el consumo de drogas legales e ilegales se configura como un problema de salud pública que requiere de una intervención articulada y en distintos ámbitos. Sus costos son significativos y afectan a diversos sectores de la sociedad. Se estima

que su impacto social y económico en nuestro país asciende a 447 millones de dólares por año. De este monto, el 11,3% corresponde a costos de atención sanitaria, 57,4% en costos asociados con la pérdida de la productividad laboral, 7,5% a daños a la propiedad y 23,8% a gastos gubernamentales ⁽¹⁾.

En la población general de 12 a 64 años ⁽²⁾, se estima que el 85% ha consumido drogas legales (alcohol o tabaco) y cerca del 5% drogas ilegales (marihuana, clorhidrato de cocaína, pasta básica de cocaína, éxtasis) en algún momento de su vida. Asimismo, más de 500 000

¹ Área de Prevención y Rehabilitación, Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Lima, Perú.

^a Psicólogo

personas presentan signos de dependencia al alcohol, mientras que para el caso de las drogas cocaínicas, los signos se observan en uno de cada dos consumidores. Según grupos de edad, los consumidores de 12 a 18 años y 19 a 25 años presentan las prevalencias más altas de consumo de drogas ilegales. En el caso del consumo de alcohol se registra las mayores prevalencias en el grupo de edad de 26 a 35 años.

En el último año, la población escolar de nivel secundario ⁽³⁾ muestra una tendencia creciente (17,9%, tomando como referencia los estudios realizados el 2007 y 2009) en el uso de drogas ilegales; atribuible, principalmente, al incremento de consumo de marihuana y éxtasis. En el caso de las drogas médicas (uso de tranquilizantes y estimulantes sin prescripción), la tendencia al incremento es más acentuada (38,8%). De otro lado, 462 351 estudiantes mostraron su disposición favorable para el consumo de drogas ilegales. Un dato importante es que el promedio de edad de inicio es cada vez más precoz, tanto para drogas legales como ilegales, siendo prácticamente similares las medias de edad para ambos tipos de sustancias (13 años). En otro estudio con la misma población ⁽⁴⁾, se evaluó la “tasa de enganche” (indicador que evidencia cuál es la proporción de personas que, habiendo recibido ofrecimientos para el consumo de drogas, se involucran en ellas al menos una vez en la vida), y se encontró que las mayores tasas la presentan el consumo de cocaína con 0,3 (3 de 10) y éxtasis con 0,4 (4 de 10).

Este panorama del consumo de drogas y sus impactos asociados, nos lleva a diversas reflexiones. La primera, es la de resaltar las prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales y la tendencia al consumo precoz; sobre esto hay medidas preventivas y de control que requieren ser desplegadas para evitar mayores magnitudes e impactos. Segundo, sabemos que la no intervención en este problema genera costos importantes; por lo tanto, se deben realizar acciones de reducción de demanda de drogas con un criterio de racionalidad que permita cubrir las diversas necesidades de intervención y con la cobertura pertinente. Finalmente, los datos sobre edad de inicio de consumo, predisposición en los todavía no consumidores y “enganche”, nos van indicando la participación de aspectos psicosociales que deben considerarse en el análisis y respuesta al problema.

El Perú presenta una historia de respuesta a este problema a través de acciones y políticas desde los diversos niveles de gobierno y la sociedad civil. Sin embargo, es necesario reforzar múltiples aspectos: dotación de recursos presupuestales significativos, fortalecimiento técnico de operadores de proyectos y programas, formulación de políticas basadas en

evidencia, sistemas de seguimiento y evaluación de intervenciones, y ejecución de investigaciones asociadas al consumo de drogas. Siendo esta la coyuntura nacional, uno de los primeros pasos para lograr este articulado de procesos será el de asumir un marco conceptual que brinde soporte para el diseño de políticas y la promoción de actuaciones preventivas. En ese marco, creemos adecuado realizar una revisión de algunos aspectos teóricos y aplicados, vinculados a los FRP, entendiéndolos como elementos importantes para la prevención de drogodependencias.

IMPACTOS ACUMULATIVOS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Desde una perspectiva evolutiva, se ha sugerido que los factores de riesgo influyen a lo largo del todo el curso del ciclo vital, ejerciendo un impacto acumulativo a través del tiempo ⁽⁵⁾, como un efecto de “bola de nieve”. La exposición a estos factores en los primeros años de vida podría generar vulnerabilidades al individuo en etapas posteriores del desarrollo. Por ejemplo, el alcoholismo en la madre generará déficits físicos y psicológicos en el feto, lo cual posteriormente producirá un inadecuado desempeño académico y problemas de adaptación social en la etapa escolar, que podría propiciar, a través de situaciones de distrés inadecuadamente afrontadas, el consumo de alguna droga psicoactiva. Esta forma de observar las trayectorias acumulativas de riesgo implicaría la necesidad de implantación de intervenciones preventivas más tempranas.

Los antecedentes de labor preventiva en nuestro país muestran una concentración de intervenciones hacia la población adolescente de educación secundaria, con programas estructurados pero con efectos aún no determinados debido a la carencia de mecanismos de evaluación de eficacia. Asimismo, la coyuntura de efecto acumulativo de los factores de riesgo nos lleva a la necesidad de formulación de políticas públicas preventivas dirigidas a la población infantil, siendo la educación primaria un escenario propicio.

Existe evidencia de que la educación sobre drogas en la escuela primaria presenta impactos favorables en el corto plazo, pero no garantiza cambios conductuales a largo plazo ⁽⁶⁾, por lo que se recomienda ofrecer programas preventivos de forma sostenida y considerando las particularidades evolutivas. Si bien es cierto la aplicación de estos programas acogen objetivos preventivos, en la práctica funcionan como intervenciones encaminadas al mejoramiento de las relaciones sociales (pares y familia principalmente) y adquisición de habilidades socioemocionales, más que en aspectos específicos

del consumo de drogas que sí podrían ser enfatizados durante la educación secundaria.

De otro lado, las trayectorias de riesgo pueden comprenderse también como una secuencia acumulativa donde después de un tiempo de exposición se inician conductas de consumo. Este podría ser el caso de un adolescente que se encuentra expuesto al consumo de drogas por irresponsabilidad de amigos, vecinos o padres; que, a su vez, se complementa con un barrio donde se presenta microcomercio de drogas ilegales o quizá una familia permisiva respecto al consumo. A partir de esta complementariedad de eventos, las intervenciones podrían considerar una articulación de ámbitos de intervención para potenciar el impacto preventivo y evitar el efecto de acumulación de riesgo en un entorno específico.

En cuanto a intervención preventiva existe información sobre eficacia que es importante mencionar. En la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar se cuenta con una importante historia de evaluación, con resultados favorables. En su clásico estudio metanalítico, Tobler *et al.* ⁽⁷⁾ ofrecen evidencia sobre los componentes más efectivos de los programas preventivos implantados en la escuela:

- a) Información sobre drogas (incluyendo información sobre efectos a corto plazo y consecuencias a largo plazo).
- b) Entrenamiento en habilidades personales, sociales y de afrontamiento, para ayudar a identificar y manejar presiones internas (ansiedad, estrés) y externas (compañeros y publicidad, medios de comunicación).
- c) Énfasis en la educación normativa y refuerzo de la conciencia de que la mayoría de los adolescentes no consumen alcohol, tabaco u otras drogas.
- d) Formación en competencias personales y sociales generales, como establecimiento de metas, control del estrés, habilidades comunicativas, habilidades sociales generales y entrenamiento en asertividad.
- e) Formación a los profesores y apoyo a las personas que desarrollan programas y a los expertos en prevención.
- f) Participación activa de la familia y la comunidad.
- g) Adaptación cultural.

Tomando en cuenta el amplio potencial de cobertura y capacidad de implantación de programas preventivos estructurados en espacios curriculares y extracurriculares de la escuela, no debiésemos pasar por alto este ámbito como escenario priorizado. Desde la perspectiva evolutiva la escuela nos ofrece el espacio y oportunidad

para el despliegue de intervenciones preventivas sostenidas, cubriendo un importante rango de grupos de edad.

De otro lado, en el ámbito comunitario se han identificado estrategias efectivas asociadas con la educación sobre el problema de las drogas; promoción de la participación para el cumplimiento de leyes u ordenanzas locales vinculadas con la oferta y demanda de drogas; entrenamiento y supervisión de vendedores de autoservicios o bodegas para no expender tabaco o bebidas alcohólicas a menores. Estas acciones pueden complementarse con medidas regulatorias de tipo normativo a través de las autoridades locales ⁽⁸⁾. Otro elemento a comprender en el análisis de este ámbito, es el de la especificidad de riesgo en las comunidades, pues cada una puede tener diverso nivel de exposición y presencia de factores. La realización de estudios de magnitud de consumo y factores asociados a nivel comunitario son de valor estratégico para intervenir preventivamente, según necesidades y coyunturas epidemiológicas específicas.

Finalmente, se debe priorizar el ámbito familiar como parte esencial de la prevención. A través de esta estrategia se reconoce a la familia como una dimensión significativa para la adquisición y desarrollo de hábitos, creencias y estilos de vida, siendo además un ámbito preventivo que ha mostrado ser viable y efectivo ⁽⁹⁾. Los retos para este ámbito son diversos y se asocian con la disponibilidad de programas estructurados, nivel de intervención (universal, selectiva o indicada), elección del espacio de aplicación (barrio, escuela, centro de salud), adherencia, aspectos culturales y de roles de género (las madres suelen presentar una participación mayoritaria versus los padres).

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN Y LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

FACTORES GENÉTICOS Y DE EXPOSICIÓN TEMPRANA

No hay suficiente evidencia para afirmar que un gen explique el consumo de drogas, siendo más plausible la combinación de diversos factores genéticos a través de su interacción con factores ambientales. A pesar de que se reconoce influencia genética en las drogodependencias, es preciso aclarar que la existencia de factores de este tipo no significa que la dependencia sea un problema hereditario, existen más bien un conjunto de rasgos que son heredados (ej. sensibilidad a los efectos de las drogas psicoactivas). Se ha establecido, por ejemplo, que la influencia de los

genes podría ejercer mayor impacto durante el tránsito del consumo a la dependencia en asociación con rasgos de personalidad (impulsividad y toma de riesgos) y factores ambientales ⁽¹⁰⁾. Asimismo, se encontró que la dependencia a drogas legales e ilegales era más alta en individuos expuestos al alcohol durante el desarrollo fetal ⁽¹¹⁾.

Para este tipo específico de factores de riesgo podemos presentar dos experiencias de intervención útiles. Chang *et al.* ⁽¹²⁾ presentaron un ensayo aleatorizado sobre una intervención breve en madres gestantes que presentaban consumo de alcohol. Además de una evaluación exhaustiva de la conducta de beber, se aplicó una sesión de 45 min que incluyó el análisis sobre la necesidad de modificar el estilo de vida presente, discutir la priorización de un adecuado embarazo frente a la elección de beber alcohol e identificar los estímulos o situaciones de tentación para el consumo. Se culmina la sesión realizando un resumen que otorga énfasis a la meta de abstinencia, autocontrol en situaciones de riesgo o “tentación” y la generación de alternativas incompatibles con el beber. Recientemente ⁽¹³⁾ se ha realizado un ensayo aleatorizado en la misma población, incorporando equipos computacionales (uso de *tablets* y material audiovisual) para la evaluación e intervención breve. Se encontró reducciones importantes en el consumo de alcohol y obtención de mayor peso en los recién nacidos.

Asociado a lo anterior, se ha encontrado que la exposición prenatal al alcohol predice déficits en las funciones cognitivas ejecutivas en niños (habilidades superiores que permiten organizar y planificar nuestra conducta) afectando negativamente su desarrollo interpersonal y habilidades de afrontamiento ⁽¹⁴⁾. En los últimos años el estudio de los aspectos neurocognitivos, como el de las funciones ejecutivas, ha suscitado interés para una mejor intervención preventiva. Las funciones cognitivas ejecutivas se encuentran determinadas por las experiencias tempranas y estilos parentales, siendo su entrenamiento vinculado a cambios positivos en la conducta de consumo de drogas ⁽¹⁵⁾.

Los programas de prevención que incorporen aspectos neurocognitivos (y con pretensiones de fomento de control conductual y cognitivo) deberían emprenderse desde el principio de la infancia y continuar hasta la adolescencia. No obstante, esta consideración no debe excluir la idea de que el desarrollo neurocognitivo se desenvuelve en contextos socioambientales que influyen en la ocurrencia de conductas de consumo.

Una experiencia interesante de aplicación de elementos neurocognitivos en la prevención de drogodependencias

es el *The Promoting Alternative Thinking Strategies* (PATHS). Este es un programa de desarrollo socioemocional para niños de 7 a 9 años. En la aplicación de este programa ⁽¹⁶⁾ se encontró datos promisorios sobre su capacidad de mejorar el control conductual inhibitorio, fluidez verbal y autocontrol emocional. Se sugiere que los programas de prevención incorporen en sus diseños, acciones que promuevan la integración del desarrollo de las funciones cognitivas ejecutivas, procesamiento verbal y conciencia emocional.

FACTORES INDIVIDUALES: DE LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN A LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS

Diversas investigaciones han demostrado que las habilidades psicosociales deficitarias desempeñan un papel central en la etiología del consumo de drogas legales ⁽¹⁷⁾ e ilegales ⁽¹⁸⁾ en los adolescentes. Asimismo, se ha identificado que un grupo significativo de adolescentes y jóvenes acuden al uso de drogas para “afrontar” situaciones adversas. De esta forma, el uso de drogas se percibe como elemento que facilita la regulación del afecto negativo o de alivio al distrés, falta de sentido o significado por la vida, o indefensión percibida ⁽¹⁹⁾.

De otro lado, se ha identificado que el sentido positivo de identidad, autoeficacia, la autoestima y la sensación de bienestar psicológico, son aspectos que, en conjunto, pueden dirigir a los individuos en trayectorias positivas de desarrollo en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana. Por el contrario, experiencias repetidas de fracaso pueden conducir a una baja autoestima, autoconfianza pobre, sentimientos de desesperanza y angustia, y otros problemas relacionados con el ajuste psicológico. De hecho, se sugiere que cuando los adolescentes se ajustan inadecuadamente a un problema de desarrollo como el de la transición a la escuela secundaria, puede disminuir la autoestima, la motivación académica y poner en marcha trayectorias que resultan en una escasa adaptación, logro académico limitado e incremento de la probabilidad del uso de drogas ⁽²⁰⁾.

Este tipo de evidencia ha permitido la estructuración de programas preventivos ⁽²¹⁾ que incorporan habilidades personales (toma de decisiones, autocontrol emocional, afrontamiento, autoestima, autoeficacia), habilidades sociales y habilidades e información sobre drogas (incluye habilidades sociales de resistencia o de rechazo ante solicitudes de consumo). A este nivel cobra mayor fuerza la necesidad de insertar diversos componentes de desarrollo socioemocional y de afrontamiento en los programas de intervención preventiva.

La “buena voluntad” no es suficiente para generar efectos significativos. La autoestima, las habilidades sociales, el afrontamiento y otras variables de intervención no pueden ser modificadas con la información (cuyos formatos habituales son charlas, distribución de material o sesiones interactivas sin el entrenamiento de la habilidad o competencia a incrementar). Esto exige una reorientación de nuestra práctica preventiva que demandará vallas más altas de implantación, pasando de actividades esporádicas a programas estructurados. De forma paralela, los mecanismos de evaluación de los resultados y posteriores impactos deben ser contemplados.

LA DOBLE FAZ DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA FAMILIA: DEL RIESGO POR AUSENCIA A LA SUPERVISIÓN PROTECTORA

Algunas investigaciones ⁽²²⁾ sugieren que los factores asociados a la conducta de los padres pueden representar una importante influencia potencialmente protectora o riesgosa, sobre el consumo de drogas en los adolescentes. Estas influencias pueden ser conceptualizadas en términos de comportamientos, tales como el monitoreo y vigilancia, crianza, actitudes y la permisividad hacia el consumo de drogas. El monitoreo o control parental (grado en que los padres atienden o supervisan las actividades y el paradero de sus hijos) es un factor protector contra el abuso de alcohol y otros problemas en la adolescencia. Los niveles más altos de control parental se asocian con menores niveles de consumo de alcohol y reduce las probabilidades de aparición de consumos problemáticos ⁽²³⁾.

Las actitudes de los padres hacia las drogas constituyen un medio indirecto de modelos sociales y pueden ser comunicadas abierta o tácitamente a través de la aplicación de límites o por la expresión de valores. La permisividad de los padres puede ser particularmente influyente en la determinación de los adolescentes para la iniciación del consumo de alcohol y la transición hacia consumos problemáticos y dependientes. Se ha descrito que la permisividad de los padres ha sido asociada con un mayor consumo de alcohol y otras drogas ⁽²⁴⁾. De otro lado, el rechazo explícito de los padres hacia el uso de drogas, se ha sugerido como un factor de protección ⁽²⁵⁾.

Un aspecto que debe ser analizado es el de los estilos parentales. En un trabajo reciente ⁽²⁶⁾ se ha establecido que el estilo autoritativo (caracterizado por la aceptación progresiva de independencia en los hijos, comunicación abierta y aplicación de reglas flexibles) se encuentra asociado con un menor uso de drogas legales e ilegales, mientras que un estilo parental negligente se relaciona a su uso. Los autores indican que aunque estos

resultados se encuentran en la mayor parte de estudios, existe evidencia que puede obtenerse variaciones influenciadas por la cultura.

Sobre la base de lo expuesto, la respuesta a este conjunto de factores estará dirigida a la formulación de programas preventivos que promuevan una adecuada crianza, la asunción de actitudes no permisivas y mejora de las habilidades parentales. Se han diseñado diversos programas preventivos en el ámbito familiar, entre los que destaca el *Strengthening Families Program* que está compuesto por siete sesiones (estilos de crianza, establecimiento de reglas, refuerzo del buen comportamiento, aplicación de sanciones, establecimiento de mejores vínculos, protección contra conductas de riesgo y conexiones con la comunidad), articulando una labor en los padres y adolescentes. Este programa ha sido objeto de una gran cantidad de investigaciones y adaptaciones mostrándose eficaz en un ámbito preventivo de complejo abordaje ⁽²⁷⁾.

FACTORES ASOCIADOS AL GRUPO DE AMIGOS O PARES: LA IMPORTANCIA DE LAS “BUENAS JUNTAS”

La influencia de los pares o compañeros son un poderoso factor de riesgo para el consumo de drogas en la adolescencia ⁽²⁸⁾. Se identifican dos tipos distintos de influencia: la “activa” y la “pasiva”. Las influencias sociales activas se refieren explícitamente al ofrecimiento de drogas. En cambio, las influencias sociales pasivas se refieren a la percepción e interpretación que se tiene sobre el consumo de alcohol y otras drogas en los pares. Por ejemplo, un adolescente puede percibir que una droga en particular (por ejemplo, la marihuana) es mayoritariamente consumida, cuando en realidad no lo es. Este fenómeno denominado “normas sociales”, es un factor de riesgo importante. La investigación ha demostrado que las personas, especialmente adolescentes, sobreestiman la permisividad y consumo de sus pares respecto a las drogas. Al mismo tiempo, pueden subestimar las actitudes y comportamientos incompatibles al consumo, disuadiéndolos de realizar conductas saludables.

Para reducir la influencia activa del grupo de pares, las denominadas habilidades de resistencia han sido las estrategias de elección como parte de los programas de prevención en drogodependencias ⁽²⁹⁾. Su aprendizaje comprende la incorporación de diversas conductas verbales (ej. “no” o “no gracias”, “yo no tomo”) y no verbales (contacto visual, tono de voz, postura). En la práctica, su utilidad ha sido demostrada para la reducción de comportamientos de consumo ⁽³⁰⁾; sin embargo, no existe datos concluyentes sobre su rol como mediador de efectividad de los programas preventivos, más

aun cuando se presenta como único componente de intervención ⁽³¹⁾.

En el caso de la influencia pasiva, se han desplegado diversas estrategias para reducir la influencia de las normas sociales. Se han descrito experiencias de intervención preventiva aplicables en el nivel universal (implementación de campañas comunicacionales y de *marketing* social sobre las normas a través de medios electrónicos e impresos), selectivo (conformación de grupos de discusión, talleres o cursos donde se imparte educación normativa) e indicado (incorporándose corrección normativa en estrategias motivacionales para abusadores de alcohol). Los niveles son articulables y se sustentan en estrategias de corrección de las normas sociales erróneas ⁽³²⁾.

ÁMBITO COMUNITARIO:

EL ROL DE LA PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Diversas investigaciones han informado la significativa influencia del "barrio" o "vecindario" en el consumo de drogas legales e ilegales ⁽³³⁾. Cabe mencionar que, además de la red familiar y amical, la comunidad ejerce control social sobre nuestro comportamiento lo cual puede generar una mayor involucración bajo ciertas condiciones, entre ellas el de contar con una organización comunitaria estructurada y basada en relaciones de cooperación. Uno de los resultados de esta involucración es la capacidad de generar eficacia colectiva y organización social protectora sobre diversos problemas como las del consumo de drogas y la delincuencia ⁽³⁴⁾.

La comunidad barrial, según sus características, puede ser escenario de protección o de riesgo. Gran parte de la investigación disponible hace hincapié en la desorganización social, poniéndose en relieve que las características de desventaja o inestabilidad en los barrios están asociadas con problemas de comportamiento individual a través de mecanismos de recursos sociales, control social, socialización colectiva, modelado y estrés. La desorganización social impide la gestión comunitaria para la solución de diversos problemas, que influyen en las personas y las familias ⁽³⁵⁾.

Frente a esto, el incremento en los niveles de aplicación de normas (ej. ordenanzas municipales), el papel de modelos (padres y docentes sensibilizados y ejerciendo conductas saludables) y control en las oportunidades para el uso de drogas (aplicación de estrategias antimicrocomercio de drogas en articulación con la autoridad local), contribuirían a la reducción de prevalencias de consumo. Formulaciones de este tipo

apoyan la idea de que la influencia del entorno social puede ser tan relevante como los factores individuales, ofreciendo luces sobre la necesidad de diseñar políticas que articulen estrategias de reducción de la demanda y oferta.

CONCLUSIONES

El panorama de la multifactorialidad del consumo de drogas y la evidencia de su carácter de problema público en nuestro país, muestra la necesidad de generar políticas basadas en la investigación y orientadas a reducir la vulnerabilidad biológica, psicosocial y ambiental. La ejecución de actuaciones preventivas debe partir de modelos teóricos adecuados que permitan la estructuración de programas de intervención efectivos y tomando en consideración las características heterogéneas de las diversas poblaciones y comunidades.

La investigación sobre aspectos neurocognitivos muestra el camino hacia intervenciones preventivas más tempranas, considerando además el panorama epidemiológico de nuestro país, caracterizado en la actualidad por promedios de edad de inicio de consumo de drogas cada vez más precoces. Para ello será necesario promover la innovación preventiva para la incorporación de estrategias basadas en estos aspectos y poder iniciar labores desde la educación inicial y primaria. Además, será necesario complementar estas acciones con intervenciones preventivas prenatales con madres y padres en riesgo o en consumo. Estas intervenciones pueden ser factibles de implementación desde el sistema sanitario nacional, especialmente desde la atención primaria. De esta forma, nuestro país podría contar con un sistema de respuesta desde etapas tempranas del desarrollo.

En la actualidad, los programas preventivos incorporan acciones y estrategias encaminadas a disminuir al mayor nivel posible la influencia de estresores ambientales, incrementar la percepción de riesgo, el desarrollo adecuado de competencias socioafectivas y habilidades para eliminar o reducir las influencias sociales. Del mismo modo, se enfatiza la aplicación de estrategias encaminadas a desarrollar mejores competencias parentales y estilos de crianza en la familia, y la promoción de procesos de organización e involucramiento de la comunidad para la resolución de problemas como el del consumo y comercialización de drogas.

Se recomienda que en la formulación de políticas públicas y promoción de programas de intervención se contemple un marco de complementariedad de los ámbitos preventivos.

No obstante, existen todavía diversas complejidades de implementación aún por resolver. En el corto plazo se requieren estudios epidemiológicos cuyos resultados puedan darnos información distrital o barrial como insumo para la formulación de políticas locales y aplicación más precisa de programas. También se requiere emprender investigaciones que evalúen la eficacia de los programas preventivos actualmente disponibles, principalmente en el ámbito escolar y comunitario. Queda por resolver la formulación de programas de intervención en la población infantil, siendo necesario procesos de diseño y aplicación de experiencias preventivas piloto sustentadas teórica y metodológicamente.

Si bien es cierto, la vinculación entre prevención basada en evidencia y la formulación de políticas no es del todo clara en la práctica, el Perú tiene una “ventana de oportunidad” a través del programa presupuestal con enfoque de resultados de “Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas” que desde este año inicia labores en veinte departamentos. La asunción de un enfoque de gestión pública por resultados exige elementos lógicos y racionales de diseño de políticas que aseguren, a través de los programas de intervención preventiva, cambios concretos y evaluables en las poblaciones priorizadas. Este es sin duda un reto importante para los planificadores de programas y decisores políticos.

Fuente de financiamiento

Autofinanciado.

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). Estudio del impacto social y económico del consumo de drogas en el Perú. Lima: DEVIDA; 2011.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). III Encuesta nacional de consumo de drogas en población general de Perú. Lima: DEVIDA; 2008.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA). III Estudio nacional: prevención y consumo de drogas en estudiantes de secundaria. Lima: DEVIDA; 2011.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO). Epidemiología de drogas en población urbana peruana. Encuesta en hogares. Monografía de investigación No 26. Lima: CEDRO; 2011.
- Newcomb MD, Maddahian E, Bentler PM. Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses. Am J Public Health. 1986;76(5):525-31.
- Lloyd C, Joyce R, Hurry J, Ashton M. The effectiveness of primary school drug education. Drugs Educ Prev Pol. 2000;7(2):109-26.
- Tobler NS, Roona MR, Ochshorn P, Marshall DG, Streke AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. J Prim Prev. 2000;20(4):275-336.
- Pentz MA. Institutionalizing community-based prevention through policy change. J Community Psychol. 2000;28(3):257-70.
- Redmond C, Spoth R, Shin C, Lepper HS. Modeling long-term parent outcomes of two universal family-focused preventive interventions: one-year follow-up results. J Consult Clin Psychol. 1999;67(6):975-84.
- Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. Nat Neurosci. 2005;8(11):1450-7.
- Yates WR, Cadoret RJ, Troughton EP, Stewart M, Giunta TS. Effect of fetal alcohol exposure on adult symptoms of nicotine, alcohol, and drug dependence. Alcohol Clin Exp Res. 1998;22(4):914-20.
- Chang G, Wilkins-Haug L, Berman S, Goetz MA. Brief intervention for alcohol use in pregnancy: a randomized trial. Addiction. 1999;94(10):1499-508.
- Tzilos GK, Sokol RJ, Ondersma SJ. A randomized phase I trial of a brief computer-delivered intervention for alcohol use during pregnancy. J Womens Health (Larchmt). 2011;20(10):1517-24.
- Schonfeld AM, Paley B, Frankel F, O'Connor MJ. Executive functioning predicts social skills following prenatal alcohol exposure. Child Neuropsychol. 2006;12(6):439-52.
- Blume AW, Marlatt GA. The role of executive cognitive functions in changing substance use: What we know and what we need to know. Ann Behav Med. 2009;37(2):117-25.
- Riggs NR, Greenberg MT, Kusché CA, Pentz MA. The mediational role of neurocognition in the behavioral outcomes of a social-emotional prevention program in elementary school students: effects of the PATHS Curriculum. Prev Sci. 2006;7(1):91-102.
- Epstein JA, Griffin KW, Botvin GJ. Role of general and specific competence skills in alcohol use among inner-city adolescents. J Stud Alcohol. 2000;61(3):379-86.
- Griffin KW, Botvin GJ, Scheier LM, Epstein JA, Doyle MM. Personal competence skills, Distress, and well-being as determinants of substance use in a predominantly minority urban adolescent sample. Prev Sci. 2002;3(1):23-33.
- Colder CR, Chassin L. The stress and negative affect model of adolescent alcohol use and the moderating effects of behavioral undercontrol. J Stud Alcohol. 1993;54(3):326-33.
- Eccles J, Lord S, Roeser R, Barber B, Jozefowitz D. The association of school transitions in early adolescence with developmental trajectories through high school. En: Schulenberg J, Maggs J, Hurrelman K, editors. Health risks and developmental transitions during adolescence. Cambridge: Cambridge University Press; 1997. p. 283-321.
- Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: empirical findings and future directions. J Prim Prev. 2004;25(2):211-32.
- Turrisi R, Wiersma KA, Hughes KK. Binge-drinking related consequences in college students: Role of drinking beliefs and mother-teen communications. Psychol Addict Behav. 2000;14(4):342-55.

23. Reifman A, Barnes GM, Dintcheff BA, Farrell MP, Uhteg L. Parental and peer influences on the onset of heavier drinking among adolescents. J Stud Alcohol. 1998;59(3):311-7.
24. Hyatt S, Collins L. Using latent transition analysis to examine the relationship between perceived parental permissiveness and the onset of substance use. En: Rose J, Chassin C, Presson C, Sherman S, editors. Multivariate applications in substance use research: New methods for new questions. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2000. p. 259-88.
25. Welte JW, Barnes GM, Hoffman JH, Dintcheff BA. Trends in adolescent alcohol and other substance use: Relationships to trends in peer, parent, and school influences. Subst Use Misuse. 1999;34(10):1427-49.
26. Becoña E, Martínez U, Calafat J, Fernández-Hermida J, Secades-Villa R. Parental styles and drug use: a review. Drugs Educ Prev Pol. 2012;19(1):1-10.
27. Kumpfer KL, Alvarado R, Whiteside HO. Family-based interventions for substance use and misuse prevention. Subst Use Misuse. 2003;38(11-13):1759-87.
28. Borsari B, Carey KB. Peer influences on college drinking: a review of the research. Journal of Substance Abuse Treatment. J Subst Abuse. 2001;13(4):391-424.
29. Skiba D, Monroe J, Wodarski JS. Adolescent substance use: reviewing the effectiveness of prevention strategies. Soc Work. 2004;49(3):343-53.
30. Nichols TR, Graber JA, Brooks-Gunn J, Botvin GJ. Ways to say no: refusal skill strategies among urban adolescents. Am J Health Behav. 2006;30(3):227-36.
31. Donaldson SI, Graham JW, Piccinin AM, Hansen WB. Resistance-skills training and onset of alcohol use: evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private Catholic schools. Health Psychol. 1995;14(4):291-300.
32. Berkowitz AD. An overview of the social norms approach. En: Lederman L, Stewart L, editors. Changing the culture of college drinking: a socially situated prevention campaign. Creskill, NJ: Hampton Press.; 2004. p. 193-214.
33. Crum RM, Lillie-Blanton M, Anthony JC. Neighborhood environment and opportunity to use cocaine and other drugs in late childhood and early adolescence. Drug Alcohol Depend. 1996;43(3):155-61.
34. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. Science. 1997;277(5328):918-24.
35. Elliott DS, Wilson WJ, Huizinga D, Sampson RJ, Elliott A, Rankin B. The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. JRCD. 1996;33(4):389-426.

Correspondencia: William Cabanillas-Rojas
 Dirección: Av. Benavides 2199-B, Lima 18, Perú.
 Teléfono: (511) 2074800, anexo 1241
 Correo electrónico: wcabanillas@devida.gob.pe