



Diversitas: Perspectivas en Psicología

ISSN: 1794-9998

revistadiversitas@usantotomas.edu.co

Universidad Santo Tomás

Colombia

Cabarcas Acosta, Karen Liseth; Londoño Pérez, Constanza; Pulido Garzon, Diana
Constanza; Vélez-Botero, Helena

Validación del programa de intervención para el consumo abusivo de alcohol: pactos por
la vida

Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 13, núm. 1, 2017, pp. 55-68

Universidad Santo Tomás

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67952833004>

- ▶ 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

Validación del programa de intervención para el consumo abusivo de alcohol: pactos por la vida*

Validation of an intervention program against alcohol abuse: pacts for life

Karen Liseth Cabarcas Acosta
ORCID: 0000-0002-1363-063X
Universidad Católica de Colombia

Constanza Londoño Pérez**
ORCID: 0000-0003-3273-3658
Universidad Católica de Colombia

Diana Constanza Pulido Garzon
ORCID: 0000-0002-6583-6074
Universidad Católica de Colombia

Helena Vélez-Botero
ORCID: 0000-0002-4950-6438
Universidad Nacional de Colombia

Recibido: 20 de septiembre de 2016
Revisado: 1 de noviembre de 2016
Aceptado: 3 de diciembre de 2016

Resumen

El objetivo de este estudio era evaluar los alcances de la aplicación del programa de prevención del consumo abusivo y la dependencia alcohólica “Pactos por la Vida” propuesto por Flórez-Alarcón y Vélez (2012), en la modificación de factores asociados al consumo de drogas en un Municipio Pequeño. Los instrumentos usados para la evaluación cuantitativa y cualitativa de los alcances del programa fueron: entrevista en profundidad, diarios de campo, mapeo, encuestas y registros de observación directa. Se realizaron análisis cualitativos del material obtenido y comparaciones de medias de las medidas asociadas con el consumo de alcohol; además de incluir un cuadro de análisis de la eficacia del programa. Se concluye que la estrategia es probablemente efectiva, y que en su aplicación a Municipios pequeños requiere de un ajuste.

Palabras clave: Prevención, alcohol, moderación consumo.

* Artículo de investigación, de los grupos ENLACE (Universidad Católica de Colombia) y Estilo de Vida y Desarrollo Humano (Universidad Nacional de Colombia), como producto del proyecto de investigación “Validación del programa de intervención para el consumo abusivo de alcohol: pactos por la vida: saber beber, saber vivir, consumo seguro”. Municipio promotor del consumo seguro y convivencia. (doi: <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.05>)

** Karen Cabarcas Acosta, Universidad Católica de Colombia. Av. Caracas # 46-22, Bogotá, Colombia, Correo electrónico: klcabarcas@ucatolica.edu.co

Abstract

The aim of this study was to assess the scope of the implementation of the “Pacts for Life” program, designed to prevent alcohol abuse and dependence (Flórez-Alarcón & Velez, 2012), in modifying factors associated to drug use in a small municipality. Instruments used for the quantitative and qualitative assessment were: in-depth interview, field notes, mapping, surveys and direct observation records. Qualitative analysis of the material obtained and comparison of means of measurements associated with alcohol consumption were performed; and an analysis of the effectiveness of the program is included. We conclude that the strategy is probably effective, and that its application to small municipalities requires adjustment.

Keywords: Prevention, alcohol consumption moderation

La Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia (2014) estudiaron la prevalencia del consumo de drogas en el que se evidenció que el 61 % de los encuestados había consumido alcohol en el último año, y el 35 % lo había hecho en el último mes; con marcada predominancia de consumo en los hombres y en el grupo de 18-34 años de edad, de estratos 2 y 1 principalmente; con una edad de inicio entre los 16 y los 17 años, y el 35 % de los consumidores actuales presentaba un nivel de consumo riesgoso o perjudicial. El consumo de alcohol y drogas en la población en general ha sido asociado al incremento de problemas como embarazo en adolescentes, deserción escolar y accidentes de tránsito.

De hecho la Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud (2007), sugiere que la dependencia del alcohol puede ser considerada como un factor determinante en la evaluación de la carga de morbilidad en las Américas, y que el 8.8 % de los años de vida ajustados por discapacidad no solo en América Latina sino también en el Caribe se pueden relacionar con enfermedades asociadas al consumo de alcohol; además de la ya conocida asociación del inicio temprano del consumo de alcohol a una conducta delictiva (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2010; OPS, 2012).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas (2014) realizada por el Ministerio de Salud, en Co-

lombia el panorama de consumo no es más alentador, pues el 58.8 % de las personas han consumido alcohol en el último año, el 35.8 % lo habían hecho en el último mes y el 31 % presentaba consumo riesgoso; esto indica que más o menos 8 400 000 son consumidores regulares de alcohol y cerca del 50 % estaban entre 18 y 24 años, con una edad de inicio próxima a los 15 años. Según el dominio departamental, los municipios ubicados en Cundinamarca tienen una prevalencia de consumo del 37.5 %; particularmente Bogotá se ubica en el segundo lugar de prevalencia de consumo a nivel nacional con el 39.49 % debido a su densidad poblacional; sin duda el consumo de alcohol registrado en la capital tiene impacto negativo en los municipios pequeños (menor extensión, menor densidad poblacional, menores recursos económicos) que le son aledaños, como es el caso de Sibaté.

El estudio realizado por Pulido (2010) con población escolarizada en el municipio de Sibaté, evidenció que el 79 % había consumido alcohol alguna vez en su vida, el 30.5 % lo había hecho el último mes, y el 21.5 % en la última semana; con una edad de inicio reportada entre los 5 y 16 años. El 57 % de los encuestados afirmó que todas las sustancias eran de alta disponibilidad y fácil acceso, en especial el alcohol. Cabe anotar que a pesar de que a nivel local, regional y nacional se estaban adelantando campañas de prevención del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el 49 % de los jóvenes afirmó que no conocía programas de prevención al respecto.

Este panorama remarca la importancia de desarrollar acciones específicas de prevención efectivas con el mejor uso de los recursos disponibles, es decir que tenga alta calidad y que dé verdadera cobertura, que partan de diagnósticos específicos, recientes y multimétodo (cuantitativos-cuantitativos) en los que se incluyan diferentes actores sociales involucrados en la problemática (salud, educación, gubernamental-administrativo, religioso, entidades privadas y comunidad en general), para que con base en esta información se generen estrategias de intervención dirigidas a: a) potenciar factores protectivos, b) disminuir factores de riesgo en comunidades en alto riesgo y c) mitigar el impacto (Muñoz et al., 2010; Vinaccia y Londoño, 2005).

Los programas que han sido considerados exitosos por su impacto positivo en la reducción del consumo de alcohol alrededor del mundo se caracterizan porque: 1) incluyen acciones multinivel de prevención universal, prevención selectiva, promoción de la salud y establecimiento de alianzas sociales, 2) son multifactoriales y comprensivos pues atienden factores geográficos, políticos, escolares, sociales, del sistema, individuales culturales y ambientales relacionados con el consumo, 3) incorporan acciones multimétodo, 4) promueven la corresponsabilidad y la participación ciudadana mediante la inclusión de padres, maestros y agentes sociales sobre problemas y su capacitación acerca del problema y de sus posibles soluciones, 5) reconocen las características poblacionales específicas, es decir que tienen relevancia cultural, 6) incluyen procesos de cualificación profesional a profesionales de la salud y de educación en intervención para garantizar la sostenibilidad de los programas (sistema de detección, atención a casos, remisión, control al acceso, definición de políticas, 7) resaltan el uso de estrategias comunitarias de prevención sustentadas en la corresponsabilidad de los agentes sociales, educativos, gubernamentales y de la población en general (Alonso, Santiaga, Frederickson, Guzmán y López, 2008; Catálogo de Proyectos Piloto, 2008; Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas, 2009; Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, 2010; Fernández y Soto, 2007).

Según otros autores (CICAD, 2005; Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, 2006; Vinaccia y Londoño, 2005), también se ha recono-

cido que los programas preventivos alcanzan mayor éxito cuando:

1. Incluyen grupos de jóvenes líderes de la comunidad (círculos de prevención) que conocen las pautas culturales de consumo y moderación y pueden aportar en la generación de expresiones gráficas del problema y su solución.
2. Se ofrece entrenamiento en habilidades para la vida como competencia social, modificación de creencias, autocontrol emocional (ira), autorregulación basada en valores y principios, balances decisionales; entrenamiento en retraso de inicio de consumo, solución de conflictos, afrontamiento críticas, toma de decisiones; entrenamiento en habilidades para la resistencia y procesamiento crítico de la información promotora del consumo.
3. Incluyen la creación de redes interescolares para la prevención con entrenamiento a psicoorientadoras, maestros y agentes sociales en detección y manejo oportuno de casos y de ruta de remisión.
4. Se conforman organizaciones con padres dirigidas a apoyar las acciones preventivas.
5. Se aplican protocolos dirigidos a la cesación y moderación del consumo.
6. Se elabora material psicoeducativo centrado en la comprensión y manejo del problema bajo el modelo de aprendizaje social y análisis de los beneficios sociales de las acciones de prevención.
7. Se da apertura de grupos de discusión con agentes políticos.
8. Se incluye el uso de métodos interactivos para decrementar actitud positiva hacia el consumo y uso de redes sociales.
9. Se fortalecen mecanismos de control del tráfico y expendio de sustancias ilícitas y licitas.
10. Ocurre la definición de políticas para la integración de los sectores políticos que atienden juventud e instauración de corresponsabilidad y alineación de las políticas.

En suma, los programas de alto impacto se caracterizan por ser multicomponentes, multimétodo, participativos, relevantes culturalmente, aplica-

dos en distintos niveles macro y micro, por ser ejecutados por personal altamente calificado bajo una mirada integral de la salud. Entre los programas de prevención del consumo de drogas aplicados con éxito a nivel municipal en Colombia, se encuentra el programa *Pactos por la vida*, saber beber/saber vivir/consumo seguro, municipio promotor del consumo seguro y la convivencia diseñado por Flórez y Vélez (2012), investigadores de la Universidad Nacional y avalado por el Ministerio de Salud, el cual es considerado un programa integral multimodal del abuso alcohólico.

Este programa, que pretendía recoger la mayor parte de los criterios antes mencionados, surgió a partir de la evidencia científica disponible en el mundo, pero específicamente de la generada por el grupo Estilo de vida y desarrollo humano de la Universidad Nacional de Colombia y el Centro de Estudios e Investigaciones sobre Adicciones y Violencia ahora adscrito al grupo Enlace de la Universidad Católica de Colombia. Razón por la cual el Ministerio de Protección Social suscribió un convenio para incorporarlo a la política pública en materia de prevención del abuso y de la dependencia alcohólica, y por ello fue aplicado por los mismos Flórez y Vélez en 5 ciudades principales, con resultados positivos reportados en informes no disponibles.

El objetivo principal del programa *Pactos por la vida* es promover la moderación del consumo de alcohol, lograr la mitigación del daño y minimizar los riesgos asociados al consumo (Flórez-Alarcón, 2009), por ello encamina sus acciones multimodal a brindar información a quienes beben, sobre qué es beber bien con el fin de fomentar el desarrollo de habilidades y competencias que favorezcan los procesos de autorregulación motivacional hacia cómo beber bien, e incluye a los bebedores con diversas formas de consumo a partir de la generación de estrategias de prevención a la medida (Flórez-Alarcón, 2009). Sin duda *Pactos por la vida* puede ser considerado un programa de educación en salud que pretende tener un efecto duradero, y para ello contempla 9 componentes o etapas de desarrollo acordes con el modelo Preced-Proceed (Green y Kreuter, 1999) que tienen impacto sobre factores tanto personales como sociales, que han mostrado tener una relación causal con el consumo abusivo de alcohol (Flórez-Alarcón y Vélez, 2012).

La etapa 1 corresponde al diagnóstico (cubre las fases 1 a la 5) y su objetivo es el establecimiento de la línea base o panorama general de consumo de alcohol en el municipio. La etapa 2 es la de aprestamiento o puesta en marcha e intervención (cubre la fase 6 del modelo) e implica el diseño e implementación con la participación de los actores claves (de las esferas o escenarios evaluados en la fase anterior) de estrategias de formación para la generación de mesas de trabajo que permitan la formulación de planes de acción en los distintos ejes del programa. Y la etapa 3 o de seguimiento de la puesta en marcha tiene como objetivo la evaluación del impacto que han tenido las acciones de formación y capacitación, las acciones de promoción y prevención universales, selectivas e indicadas y los planes de acción en cada uno de los ejes del programa.

Teniendo en cuenta tanto la limitación de evidencia disponible acerca del éxito preventivo del programa *Pactos por la vida* como la falta de recursos en el sistema sanitario, el presente proyecto pretende aportar en primer lugar a la generación de evidencia respecto de la validación de la propuesta, y en segundo lugar a la ampliación de la cobertura hasta ahora alcanzada por el programa.

Es preciso anotar que cuando se habla de eficacia de programa se hace referencia a la evaluación válida de los efectos que tiene cuando se le compara con acciones alternativas o con una condición en la que no hay intervención alguna (Australian Society Science, 2006; Blatt, Shahar y Zuroff, 2005; Llobell, Frías y Monterde, 2004; Mustaca, 2004; Londoño y Valencia, 2005; Londoño y Cabarcas, en prensa), y analizar si la intervención genera costos tanto directos como indirectos al corto y al largo plazo no solo a los participantes sino al sistema de salud y a quienes encabezan la intervención desde una perspectiva profesional (Fernández y Pérez, 2001; Chambless y Ollendick, 2001; Mustaca, 2004; Llobell, Frías y Monterde, 2004).

Por tanto, la pregunta de la presente investigación apuntó a notar si el programa *Pactos por la vida* tiene efecto en la moderación del consumo de alcohol, la mitigación del daño y la minimización de los riesgos asociados al consumo en los habitantes del municipio de Sibaté, si la interven-

ción tiene en cuenta la capacidad municipal para ejecutar las actividades previstas de la misma y si esta condición afecta el logro de los objetivos.

Método

El presente estudio científico experimental de carácter ecológico pretendió la evaluación (tipo mixto) de programas sociales congruentes con el procedimiento propuesto en *Pactos por la vida*. Implicó una etapa exploratoria inicial que incluyó diagnóstico, ordenamiento y análisis de datos, un cronograma de inversión y acción, una etapa de informe, una de implementación, una de evaluación y seguimiento.

Población

Habitantes del municipio de Sibaté de todas las edades organizados a partir de un sistema de ordenamiento social y político específico, de ambos sexos, que habitan tanto en las áreas rurales como en el casco urbano del municipio, que son el público objetivo del programa *Pactos por la vida*.

Instrumentos

Instrumentos y técnicas cualitativas usados para la valoración, operacionalización del problema de consumo, orientadas a recabar datos acerca de

las condiciones de consumo, resultados y procesos descritos en términos de cualidades y atributos, como diarios de campo, entrevistas a profundidad, fichas de registro, mapeo, grabaciones de video, registro fotográfico y grupos focales.

Audit es un test que permite evaluar el abuso o dependencia en el consumo de alcohol, cuya versión original es el Alcohol Use Disorders Identification Test. La adaptación al idioma español fue realizada por Rubio, Bermejo, Caballero y Santo Domingo (2000), con una muestra de 326 pacientes de atención primaria de diversos centros de salud en España, alcanzando una validez interna bastante aceptable con un alfa de Cronbach's de 0.86 en el test y en el retest de 0.90. En el presente estudio se confirman los resultados del retest. Todas las preguntas que conforman la prueba mostraron un nivel de correlación aceptable con el resto de la escala. Se evidencia que el Audit puede ser usado con éxito en la detección de problemas de alcohol en programas de atención primaria y prevención (Rubio et al., 2000).

Procedimiento

El proyecto entonces se desarrolló teniendo en cuenta las etapas propuestas en apartados anteriores y que corresponderían a las siguientes actividades (Flórez-Alarcón y Vélez, 2012):

Tabla 1.

Cuadro resumen de actividades desarrolladas en el marco de PpV.

| Etapa | Actividades |
|--|--|
| Diagnóstico | Medición y evaluación: desarrollar línea base (diagnóstico) sobre la topografía del consumo, factores de riesgo, hábitos de consumo y calidad de vida en la población desde diferentes fuentes (entrevistas, grupos focales, mapa de consumo y lista de riesgos). |
| Aprestamiento, puesta en marcha e intervención | Formación a líderes y representantes de las diversas instancias para generar capacidad instalada. Se realizaron 5 sesiones para un total de 20 horas. Instalación de PpV con la participación de tenderos, representantes del sector salud, del gobierno (las distintas secretarías), de la fuerza pública, sector educativo (colegios), sector de medios de comunicación, iglesia, deportes, cultura, entre otros. Para sensibilizar a la comunidad se presentaron los resultados del diagnóstico. Instalación de las 5 mesas de trabajo (evaluación y seguimiento, comunicaciones, gestión del desarrollo, marco interinstitucional y capacitación). |
| Seguimiento de la puesta en marcha | Seminarios-talleres con docentes: identificación con el programa de Salud Escolar y su incorporación al P.E.I (dirigido a docentes, administrativos y directivos). Se realizan dos sesiones de 3 horas. |

Fuente: elaboración propia.

Resultados

Diagnóstico cualitativo y cuantitativo

La muestra tomada para hacer el diagnóstico cuantitativo o línea de base estaba conformada

por 400 personas entre 12 y 65 años, hombres y mujeres residentes en el municipio; fueron abordados a partir de grupos focales de discusión realizados en distintos escenarios. Se indagaron aspectos relacionados con la topografía de consumo, las expectativas y los factores de riesgo (tabla 2).

Tabla 2.

Resumen de los aspectos evidenciados en los grupos focales.

| Aspecto | Descripción |
|-------------------------|---|
| Topografía del consumo | <p>Se consume principalmente cerveza y en segundo lugar aguardiente; en la mayor parte de las ocasiones solo se consume alcohol pero no hay constancia del tipo de bebida.</p> <p>La mayoría bebe en ambientes familiares.</p> <p>La principal razón de consumo es sentirse bien y relajarse, y en segundo lugar olvidar los problemas y distensionarse.</p> <p>Hay una tradición cultural de consumo que relaciona celebraciones y alcohol.</p> <p>Todos en Sibaté consumen alcohol, incluso niños entre 9 y 12 años.</p> <p>El rito de inicio de consumo se da entre los 12 y los 13 años y lo hacen los padres con los hombres y entre familiares.</p> <p>La mayor parte de las personas no tienen una estrategia específica y constante de control de consumo.</p> |
| Factores de riesgo | <p>Consumo y abuso en el consumo de alcohol en familiares y durante actividades en las que la familia comparte, existencia de creencias positivas acerca del consumo de alcohol.</p> <p>Cultura de consumo de alcohol en el municipio: actividades sociales programadas por la Alcaldía incluyen consumo de alcohol y los actores políticos son reconocidos como consumidores de alcohol en actividades públicas, hay consumo de alcohol en actividades comunitarias y culturales.</p> <p>No aplicación de control sobre incumplimiento en la prohibición de la venta a menores.</p> <p>Falta de concepción de corresponsabilidad entre los distintos actores sociales.</p> <p>Alto acceso y disponibilidad de la sustancia: bajo control de expendio, la alta disponibilidad y el bajo precio de algunos licores.</p> <p>Violencia social e inseguridad.</p> |
| Lugares de consumo | <p>En cualquier parte, en frente de los colegios, en los colegios, en San Martín, en el estadio, en los bares, coliseo, cementerio, en casa de los amigos, en Tupia, en el parque central, en los parques, la unión, balcones, atrás de la iglesia, en la licorerías, en la plaza de toros, en los billares.</p> |
| Historias de consumo | <p>“En Sibaté para pasarla bien y chévere debo tomar trago y estar en ese ambiente... el fin de semana es muy de fiesta, la gente quiere desahogar lo que pasó toda la semana... curiosamente las mujeres son las que más consumen... lo que más se consume es aguardiente, cerveza... hay mamás que reconocen que son alcohólicas...”.</p> <p>“Desde el departamental las preocupaciones que hay de la cotidianidad desde el modelo familiar que todo tiene celebración... que el alcohol está socialmente aceptado, todo se celebra.... siempre acompañado de licor... obviamente también tabaquismo... los padres dicen que la pola no tiene problema, es que lo estoy volviendo machito...”.</p> |
| Problemáticas asociadas | <p>Violencia intrafamiliar.</p> <p>Accidentes de tránsito.</p> <p>Consumo de sustancias ilegales.</p> <p>Problemas económicos.</p> <p>Deserción escolar y bajo rendimiento.</p> <p>Baja productividad y problemas económicos.</p> |

Fuente: elaboración propia.

La muestra tomada para hacer el diagnóstico cuantitativo o línea de base estaba conformada por 392 personas y la de seguimiento por 276 personas; en ambos casos, hombres y mujeres en proporciones similares, con edades comprendidas entre 13 y 65 años con un promedio de edad de 39.3 años, principalmente de estratos 1 y 2, con un nivel educativo predominante de bachillerato y universitario; mayoritariamente empleados y estudiantes. De los cuales 41 de los entrevistados en la medida pre no eran consumidores y 37 en el pos. Cabe notar que en ambos momentos fue preciso obviar algunos casos debido a la omisión de ítems.

Las medidas de consumo son similares en el pre y en el pos, respecto del consumo de alcohol, la

proporción de consumo alguna vez en la vida es similar, 89.5 % para el pre y 86.6 % para el pos; con una media de riesgo de abuso de 3.65 considerada moderada. Para la medida pre así mismo se evidencia que el 87 % de los encuestados tenía riesgo alto de abuso, porcentaje que se mantuvo similar para la medida pos con un 88 %. Los participantes reportan que ingieren una combinación de varios tipos de bebidas que incluyen cerveza, aguardiente y vino (62.96 %), y en mayor parte de las ocasiones un consumo de más de 5 unidades (33 % y 48.95 %), es decir que beben hasta embriagarse, seguida del consumo entre 1 y 3 unidades (39.21 % y 33.47 %), y el 21.08 % entre 4 y 5 unidades. Así mismo, se evidencia que el 29.91 % y el 23 % consume entre 1 y 3 veces al mes, y el 53.6 % y 58.6 % lo hace más de una vez a la semana (tabla 3).

Tabla 3.
Riesgo de abuso en el consumo de alcohol.

| Variable | Pre | % | Pos | % | Variable | Pre | % | Pos | % |
|-----------------------------|-----|-------|-----|-------|-------------------------|-----|-------|-----|-------|
| No consumidor | 41 | 10.5 | 37 | 13.4 | Tipo de bebida | | | | |
| Consumidor | 351 | 89.5 | 239 | 86.6 | No sabe/ no Responde | 71 | 20.2 | 38 | 15.9 |
| Sin riesgo | 41 | 11 | 32 | 12 | Cerveza | 20 | 5.7 | 6 | 2.5 |
| Riesgo bajo | 1 | 0.1 | 0 | 0 | Aguardiente | 24 | 6.83 | 23 | 9.6 |
| Riesgo moderado | 9 | 1.9 | 1 | 0.1 | Ron | 7 | 1.99 | 10 | 4.18 |
| Alto riesgo | 341 | 87 | 238 | 88 | Whisky | 49 | 13.96 | 35 | 14.64 |
| Frecuencia de consumo | | | | | Otra | 221 | 62.96 | 163 | 68.2 |
| No sabe/no responde | 43 | 12.25 | 34 | 14.22 | Cantidad | | | | |
| Nunca | 1 | 0.28 | 1 | 0.41 | No sabe/ no responde | 43 | 12.25 | 33 | 13.8 |
| Menos de una vez al mes | 21 | 5.98 | 8 | 3.34 | 0 unidades | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Entre 1 y 3 veces al mes | 105 | 29.91 | 55 | 23 | Entre 1 y 3 unidades | 138 | 39.31 | 80 | 33.47 |
| Una o más veces a la semana | 188 | 53.6 | 140 | 58.6 | Entre 4 y 5 unidades | 74 | 21.08 | 44 | 18.41 |
| A diario | 32 | 9.1 | 38 | 15.9 | Más de 5 unidades | 117 | 33.33 | 96 | 48.95 |
| Consumo último mes | | | | | | | | | |
| No sabe/no responde | 46 | 13.1 | 33 | 13.8 | | | | | |
| Nunca | 71 | 20.2 | 95 | 39.7 | | | | | |
| Menos de una vez al mes | 146 | 41.59 | 86 | 35.98 | | | | | |
| Entre 1 y 3 veces al mes | 116 | 33.04 | 51 | 21.3 | | | | | |
| Una o más veces a la semana | 13 | 3.7 | 11 | 4.6 | | | | | |

Fuente: elaboración propia.

Disponibilidad al cambio

En la línea de base (pre) la mayor parte de los consumidores no mostró disponibilidad a modificar su forma de beber a pesar de tener un riesgo alto (51 %), es decir que de acuerdo con el modelo teórico de base estaban en la etapa de anticontemplación, el 28 % reportó alta disponibilidad al cambio, ya que consideraba importante moderar su consumo en el siguiente mes, el 21 % reportó un nivel moderado de disponibilidad al cambio, por ello se considera que estaban en la etapa de precontemplación. En el seguimiento se observa que la cantidad de anticontempladores desciende al 22.59 % y los precontempladores al

17 %, en contrate con los contempladores que suben al 31.38 % (tabla 4).

Comparativamente en los principios de moderación de consumo se observa un aumento de la importancia dada a la aplicación de las recomendaciones en torno al control de la calidad y cantidad de la bebida y al consumo de alimentos antes o durante el consumo, en la aplicación de los principios, en contraste disminuyó la proporción de personas que consideraban importante controlar la compañía con la que bebía, las de prevención del conflicto y las que concedían importancia a mantener el consumo de una sola clase de bebida (tabla 5).

Tabla 4.
Descripción nivel disponibilidad al cambio.

| Variable | f | % | f | % |
|--|-----|----|----|-------|
| En el curso de los próximos 30 días | 110 | 28 | 75 | 31.38 |
| Dentro de 1 a 6 meses aproximadamente | 53 | 14 | 26 | 10.87 |
| Pasarán más de 6 meses antes de que empiece a disminuir la cantidad que bebe | 28 | 7 | 12 | 5 |
| No planea disminuir en un futuro próximo la cantidad que bebe | 114 | 51 | 54 | 22.59 |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 5.
Descripción de los seis principios de moderación.

| | Irrelevante o poco importante | | Sí importa | | Irrelevante o poco importante | | Sí importa | |
|--|-------------------------------|-------|------------|-------|-------------------------------|-------|------------|-------|
| | Pre | % | Pre | % | Pos | % | Pos | % |
| Control de la calidad de la bebida ingerida | 43 | 17.40 | 204 | 82.6 | 38 | 21.6 | 138 | 78.4 |
| Control de la cantidad de la bebida ingerida | 53 | 25 | 199 | 75 | 40 | 21.97 | 142 | 78.02 |
| Compañía | 60 | 23.9 | 191 | 75.1 | 44 | 24.4 | 136 | 75.6 |
| Comida | 88 | 35.05 | 163 | 64.05 | 57 | 31.31 | 125 | 68.68 |
| Conflictos | 25 | 10 | 225 | 90 | 28 | 15.34 | 154 | 84.6 |
| Consistencia | 51 | 20.48 | 198 | 79.52 | 46 | 25.27 | 136 | 74.72 |

Fuente: elaboración propia.

Para determinar si era posible considerar el programa *Pactos por la vida* una estrategia de prevención costo efectiva, se llevó a cabo un análisis

de beneficios/alcances y barreras o costos referido a la experiencia específica de aplicación en el municipio de Sibaté (tabla 6).

Tabla 6.

Análisis de beneficios y alcances de la aplicación de pactos en el municipio de Sibaté.

Beneficios y alcances

Incremento de la capacidad técnica instalada, ya que 200 personas de distintos niveles (gubernamental, tenderos, JAC, docentes, profesionales de la salud, iglesia, jóvenes) fueron capacitadas acerca de la estrategia *Pactos por la vida* y sus componentes, respecto de los principios de moderación del consumo y acerca de la implementación de programas de prevención y promoción efectivos.

Entre las personas capacitadas se incrementa la percepción de riesgo y vulnerabilidad relacionada con el consumo riesgoso de alcohol, y se incrementa la intención de aplicar algunos de los 6 principios de moderación del consumo.

El programa cuenta con un sistema mixto de diagnóstico y seguimiento de los alcances (cuantitativo y cualitativo), en el que se incluyen indicadores directos e indirectos, los instrumentos han sido validados en población colombiana y se cuenta con una versión de registro electrónico que facilita la recolección de los datos en población con acceso a equipos de cómputo y que tienen un nivel educativo mínimo de bachillerato.

Los resultados inmediatos del programa se ven reflejados en el incremento de la disponibilidad al cambio de los participantes, y en el incremento de la percepción de riesgo y vulnerabilidad respecto de la consideración de la importancia de aplicar al menos 3 principios de moderación.

Se capacito a la policía de menores y a tres agentes de la policía, pero la alta rotación de los policías encargados de velar por la seguridad de los habitantes del municipio hace difícil que el personal capacitado sea quien garantice el control efectivo de la venta.

El programa *Pactos por la vida* es multimétodo y multinivel, ello favorece la participación activa de los distintos agentes sociales y gubernamentales. A pesar de que fue limitada la participación de la comunidad, los que hicieron parte de este proceso se mostraron altamente participativos y dispuestos a aprender y aplicar lo aprendido.

Barreras/costos

A pesar de que se capacitó a un número amplio de gestores del municipio, estos no tuvieron el tiempo requerido ni el apoyo suficiente para llevar a cabo las acciones de replicación. Esto, aun cuando se firmó un convenio entre el municipio y la Universidad Católica de Colombia.

La implementación del programa *Pactos por la vida* requiere una disponibilidad de tiempo dedicado exclusivamente al desarrollo de las actividades previstas en los planes. En el municipio los equipos gubernamentales de trabajo son pequeños, tienen alta carga laboral y baja percepción de corresponsabilidad en la solución del problema, probablemente por ello no se logró la institucionalización del proceso entre los líderes gubernamentales del municipio.

La recolección de las medidas de línea de base y de seguimiento que de acuerdo con las instrucciones pretende ser estratificada, aumenta la dificultad para conseguir la muestra y las muestras no resultan comparables en términos estadísticos, por ello se considera que este aspecto tiene dificultades metodológicas que incrementan el costo de la aplicación de la propuesta.

La complejidad del instrumento dificulta la comprensión de personas con bajo nivel educativo y obliga la heteroaplicación de los mismos.

El instrumento no evalúa el nivel de consumo en el último año y además la planeación de moderación de consumo debe leerse en el marco de la tendencia de consumo del participante; algunos ítems del instrumento utilizado para evaluar presentan dificultades de diseño, ya que no todas las opciones de respuesta ofrecidas eran claras para los participantes.

Específicamente:

- En el segundo apartado, pregunta 1 acerca del consumo de licor, al marcar la respuesta NO las siguientes preguntas no aplican, pero la instrucción no resultó clara para los participantes.
- La pregunta 5 del apartado 2, no permitía identificar el nivel de consumo ocasional ni el consumo en el último año.
- En el apartado 3, las preguntas no eran fácilmente comprendidas por personas con un nivel educativo bajo debido al lenguaje utilizado, a la forma en que estaban redactadas y a la estructura de cada ítem, lo que obligó a realizar en buena parte de los casos heteroaplicaciones.
- La complejidad de la estructura de las preguntas sobre los seis principios dificultó la comprensión e implicó heteroaplicación.

Beneficios y alcances

La alta diversidad de sitios en los que se expende bebidas alcohólicas en el municipio, sumado a la falta de regulación en el POT municipal, dificulta el diseño de una estrategia universal de clasificación de zonas seguras de consumo o de reconocimiento de establecimientos.

A pesar de la existencia de normas relacionadas con la prohibición de presencia en establecimientos de expendio de bebidas alcohólicas y del consumo en menores de edad, estas no se cumplen.

Aun cuando se hizo la capacitación a agentes no es posible observar el impacto de su acción debido a que no se programaron actividades de multiplicación del conocimiento, y solo se contó con el apoyo parcial de parte de los entes gubernamentales. Solo se aplican algunos componentes del programa debido a que no se cuenta con el equipo de trabajo consolidado.

El municipio diseña su propio logo y piezas publicitarias para promover la aplicación de los principios de moderación de consumo, pero se imprime una baja cantidad de ejemplares debido a la limitación del presupuesto aprobado por parte del municipio para la implementación del programa.

Fuente: elaboración propia.

Discusión y conclusiones

El análisis de efectividad del programa implica que se desarrolle una discusión acerca de cada una de las distintas etapas previstas para su desarrollo, acerca de los componentes de la intervención y una global sobre las características generales del programa. La etapa de evaluación y diagnóstico cualitativo y cuantitativo se llevó a cabo satisfactoriamente, ello permitió detectar que en el municipio de Sibaté se reportaba alta prevalencia tanto de consumo de alcohol como de consumo riesgoso, especialmente de cerveza. Existe alta disponibilidad de sitios de venta y fácil acceso para personas de todas las edades, ya que no se aplican los controles de la restricción en la venta a menores de edad. El consumo ocurre principalmente en actividades familiares, y la cantidad sobrepasa las 5 unidades por ocasión, lo que indica que se bebe en busca de la embriaguez, con una frecuencia entre 1 y 3 veces al mes en gran parte de la población. Estudios previos habían anotado la existencia de este problema (Pulido y Londoño, 2010), y han permitido ver que la situación de consumo en el municipio obliga a que la aplicación de estrategias de prevención deba hacerse de forma continua y de tal modo que privilegie el uso de estrategias con suficiente evidencia acerca de su costo efectividad.

De otra parte, los instrumentos utilizados para hacer el diagnóstico cuantitativo permiten tener un

panorama acerca del tipo de consumo prevalente, la disponibilidad al cambio, el conocimiento acerca de los principios de moderación del consumo y de la importancia de aplicarlos para lograr un consumo responsable. Aunque presentan algunas limitaciones que pueden afectar la validez de los datos obtenidos, por ejemplo, la prueba tiene un lenguaje que resultó complejo de entender para una buena parte de las personas encuestadas. Así mismo la extensión del cuestionario, la diversidad del tipo de preguntas y el uso de distintas opciones de respuesta generaron confusión y agotamiento en los encuestados. También fue posible determinar que la encuesta no incluía una opción de respuesta en la que se reflejaran las personas que habían consumido en algún momento de la vida pero que actualmente no lo hacían, por ello se veían obligadas a elegir la opción ofrecida que indicaba erróneamente que tenían consumo en la actualidad, esta situación puede sesgar los resultados obtenidos en el diagnóstico y en el seguimiento, pues se invalidaron un número importante de encuestados especialmente en la segunda aplicación durante el seguimiento.

En esta misma línea, es de suma importancia anotar que la estrategia de evaluación del impacto propuesta en el programa *Pactos por la vida*, en la que se hace seguimiento con muestras poblacionales diferentes, no permite hacer comparaciones estadísticamente válidas, y ello ratifica la importancia de modificar la estrategia de evaluación

usada para determinar los alcances, e incluso que las medidas sean tomadas por investigadores diferentes a los autores de la propuesta y así evitar el posible sesgo al respecto en los autores.

Evaluación del impacto

En el caso del programa *Pactos por la vida*, existe evidencia de su efectividad en la reducción del riesgo, moderación del consumo y mitigación del daño en municipios como Cali, Medellín, Neiva, Bucaramanga y Barranquilla (Flórez y Vélez, 2012), que parece repetirse en el caso de un municipio pequeño como Sibaté, ya que se observa disminución tanto en el consumo de riesgo como en la cantidad de unidades por ocasión, pero de otra la implementación se centró principalmente en la capacitación más que en la autogestión. Es importante notar que un requisito para aplicar esta estrategia multimétodo en diversos niveles de intervención es la conformación de 5 mesas de trabajo en las que deben participar entre 5 y 20 personas/mesa, con al menos 3 representantes de los entes gubernamentales, es decir que la estrategia implica la participación activa de entre 25 y 100 personas trabajando de forma coordinada. Sin duda esta dedicación de tiempo tiene implicaciones directas en el aumento de los costos y puede amenazar la viabilidad de la aplicación de la propuesta en municipios pequeños cuando no se cuenta con los recursos que en este estudio aportaron las dos universidades.

De acuerdo con Flórez y Vélez (2012), en ciudades grandes el tamaño de los grupos no reviste un problema, pues los equipos de gobierno son grandes, pero si se analizan los resultados del presente estudio, Sibaté es un municipio de menor tamaño, por tanto los equipos de trabajo por secretaría no sobrepasan tres personas de planta con un número alto de responsabilidades pre establecidas a las que se sumaban las del programa *Pactos por la vida*. Así mismo, existe evidencia de que la autogestión llevada a cabo a través de la conformación de distintos estamentos y grupos sociales es efectiva (Alonso, Santiaga, Frederickson, Guzmán y López, 2008; Catálogo de Proyectos Piloto, 2008; Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas,

2009; Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España, 2010; Fernández y Soto, 2007).

Sin embargo, en Sibaté una misma persona fue nombrada como representante en varias mesas o la falta de reconocimiento sobre la importancia de participar hizo que las entidades rotaran la asistencia entre diversos miembros, y en ambos casos el efecto fue negativo porque la persona se sentía sobrecargada laboralmente o no lograba articularse al proceso. Esta situación afectó de forma directa el cumplimiento de los objetivos propuestos en la etapa de aprestamiento, pues aunque se capacitó a un grupo importante de 200 gestores, estos no pudieron llevar a cabo la labor como multiplicadores debido a la falta de tiempo, de tal modo que el impacto del programa se amplió a la población general solo a través de los medios de comunicación locales (prensa, televisión y radio) y en la web.

Adicionalmente, el seguimiento cualitativo no mostró cambios en la topografía del consumo en la población entrevistada, solo fue posible registrar comentarios en las conversaciones cotidianas de las personas capacitadas acerca de los principios de moderación y el aumento leve de la disponibilidad a moderar el consumo de alcohol. No obstante, para lograr un cambio en la cultura de consumo se requiere de la aplicación constante y sostenida a lo largo del tiempo de programas de prevención de comprobada efectividad, esto porque la modificabilidad de las creencias arraigadas en el grupo social es limitada.

En la etapa de aprestamiento, fue posible observar que la información adecuadamente dispuesta puede provocar la modificación de la percepción de riesgo y vulnerabilidad, pero no es suficiente para provocar cambios comportamentales. Estudios anteriores como los de Flórez-Alarcón (2007); Muñoz et al., 2010; Vinaccia y Londoño, 2005, ya habían planteado que quienes reciben información estructurada de forma apropiada, específica y en una cantidad razonable, muestran cambios en la percepción del riesgo del consumo de cigarrillo, alcohol y marihuana entre otras conductas de riesgo (Pedersen et al., 2013; Yeomans-Maldonado y Patrick, 2015).

Es importante notar que el grupo poblacional fue altamente receptivo ante la propuesta y los principios de moderación, probablemente porque si las metas de cambio se perciben como alcanzables las personas tienden a comprometerse más fácilmente, se incrementa el control percibido y la autoeficacia, al tiempo que se disminuye la percepción de barreras para el cambio (Romano y Peters, 2015).

De otra parte, al analizar los cambios observados en la reducción del consumo riesgoso, la disminución del número de unidades por ocasión y la ingesta de comida antes o durante el consumo y el leve aumento de la disponibilidad al cambio, es posible pensar que se incrementó la actitud positiva hacia la moderación al beber (Dunn, Neighbors y Larimer, 2006; Magill, Apodaca, Barnett y Monti, 2010) y que de acuerdo con los principios tenidos en cuenta para clasificar una intervención como eficaz (Berrio y Hernández, 2004), se concluye que *Pactos por la vida* es una estrategia de prevención probablemente eficaz. No obstante, se debe anotar que la imposibilidad de comparar estadísticamente las muestras obliga a que los resultados sean leídos con mesura y que se lleven a cabo nuevas mediciones en 3 y 6 meses para corroborar la estabilidad del cambio.

En suma, aunque se puede pensar que las acciones realizadas tuvieron efecto sobre el inicio de la moderación del consumo, no es posible concluir acerca de la efectividad del programa aplicado en un municipio pequeño, pero sí se pueden listar los aspectos que deben ser considerados básicos para la implementación del programa:

1. Se requiere de la voluntad política de los entes gubernamentales que vaya más allá de la firma de convenios y se cristalice en acciones preparatorias para la aplicación del programa en un municipio.
2. Es preciso realizar acciones de sensibilización sobre el programa, dirigidas a incrementar la disponibilidad de las personas, de los entes gubernamentales y no gubernamentales, de tal modo que para la ejecución de la etapa de diagnóstico y aprestamiento se haya logrado incrementar la percepción de corresponsabilidad e incrementar la motivación por participar en el programa.

3. Es necesario alinear el programa con las políticas públicas para que se incorpore en los planes de gobierno, de tal modo que las acciones derivadas del programa no sean vistas como anexas a los procesos administrativos y se destinen los recursos necesarios para desarrollar la propuesta. Y los encargados de elegir a los representantes puedan considerar el tiempo real requerido para instrumentar la propuesta.
4. Contar con un equipo interdisciplinario de base, que pueda facilitar la implantación del programa y haga seguimiento periódico de las acciones.
5. Que la propuesta vaya respaldada por entidades gubernamentales nacionales y departamentales para lograr establecer el compromiso y apoyo de la alcaldía municipal.
6. En municipios pequeños es preciso modificar la estrategia de instalación de mesas y constituir un grupo global de trabajo con comités específicos de trabajo para facilitar su implementación.

Limitaciones y futuras direcciones

La no institucionalización de la propuesta es probablemente la principal limitación del presente estudio, ya que restringió la aplicación completa del programa *Pactos por la vida* en el municipio. Respecto de nuevas investigaciones, es preciso anotar que si bien en el programa pacto se conoce la efectividad de cada uno de los componentes que hacen parte de él, no se ha evaluado el efecto sumativo que pudo tener o de si al implementarse en conjunto se pueden provocar efectos inesperados, que como se mencionó anteriormente, tengan que ver con condiciones externas al proyecto y propias del municipio de aplicación y su funcionamiento gubernamental. Así mismo, es preciso ajustar el proceso de diagnóstico y seguimiento del programa antes de conducir nuevas investigaciones al respecto.

Agradecimientos

La investigación se llevó a cabo gracias a la participación económica y de recurso humano de las Universidades Católica de Colombia y Universidad Nacional de Colombia, además de la participación de la alcaldía de Sibaté.

Referencias

- Alonso, M., Santiaga, E., Frederickson, K., Guzmán, F., y López, R. (2008). Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 10(1), 79-92.
- Asociación Americana de Psicología. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Association*, 57(12), 1052-1059. doi: 10.1037//0003-066X.57.12.1052
- Australian Society Science. (2006). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review*. 3 Ed. Australia: The Australian Psychological Society Ltd.
- Blatt, J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical psychology review*, 459-486.
- Berrio, G., y Hernández, P. (2004). Tratamientos con apoyo empírico en psicología de la salud. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 3(2), 7-26.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual review of psychology*, 52, 685-716.
- CICAD. (2005). *Lineamientos hemisféricos de la CICAD en prevención escolar*. Washington: Organización de los Estados Americanos.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas. (2006). *Manual de prevención del consumo de drogas*.
- Comisión Interinstitucional Nacional de Drogas. (2009). *Los usos de drogas y su abordaje en la educación. Orientaciones para la promoción de salud y prevención*. Montevideo: Uruguay. Recuperado de https://www.infodrogas.gub.uy/html/material-educativo/documentos/2009_manual_secundaria.pdf
- Dunn, E. C., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of addictive behaviors*, 20, 44-52. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.20.1.44>
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España. (2010). *Guía de buenas prácticas: Fare*. Martín Impresores, S. L.
- Fernández H. J., y Pérez Á. M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*. 13(3), 337-344.
- Flórez-Alarcón, L. (2009). *Pactos por la vida. Saber vivir/Saber beber*. (Documento no publicado). Documento de trabajo, grupo de investigación Estilo de vida y desarrollo humano. Universidad Nacional de Colombia.
- Flórez-Alarcón, L., y Vélez, H. (2012). *Pactos por la vida: saber beber, saber vivir, convivencia segur*. Municipio promotor del consumo seguro y convivencia. Documento de trabajo, grupo de investigación Estilo de vida y desarrollo humano. Universidad Nacional de Colombia.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. 3rd. ed. Toronto: Mayfield Publishing Company.
- Gual, A. (2002). *Monografía alcohol*. Valencia, España: Adicciones.
- Instituto Colombiana de Bienestar Familiar y Dirección Nacional de Estupefacientes. (2010). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la Ley en Colombia 2009*. Bogotá D. C.: Alvi Impresores Ltda.
- Ireland, D., Lister-Shap, D. J., Lowe, G., y Bree, R. (2008). *Prevención primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes*. Foxcroft. Recuperado de <https://fare.es/uploads/pdfs/6d19433b0de258d3399a764ebaa80d89.pdf>
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Oliva, A., y Ramos, A. (2012). Evaluación de la implementación de dos programas de prevención de drogodependencias en el sistema educativo andaluz: Dino y Prevenirt para vivir. *Revista*

- de educación, 358, 334-356. doi 10.4438/1988-592X-RE_2011-358-081.
- Junta de Castillo y León. (2012). *Modelo de formación del profesorado para la aplicación de los programas "discover" y "construyendo salud"*. Recuperado de <https://www.educa.jcyl.es/es/programas/programas-prevencion-escolar-consumo-drogas>
- Londoño, C., y Valencia, S. (2005). La investigación en el proceso de soporte empírico de las terapias: alcances y limitaciones. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 163-181.
- Londoño C. y Cabarcas, K. (en prensa) En: Londoño, C. Cabarcas, K., Pulido, D. y Velez, H. (en prensa). *Pactos Por La Vida una experiencia de prevención de consumo abusivo de alcohol basada en la evidencia: Una aproximación crítica*. Editorial Universidad Católica de Colombia. 35-52.
- Llobell, J., Frías, M., y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Magill, M., Apodaca, T., Barnett, N., & Monti, P. (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of substance abuse treatment*, 38(3), 299-305.
- Ministerio de Salud. (2014). *Encuesta nacional de drogas. Informe final*. Bogotá D. C.: autor.
- Ministerio de Salud de Chile. (2005). *Guía clínica: detección y tratamiento del consumo problema y la dependencia a alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria*.
- Muñoz, L., et al. (2010). Elementos para programas de prevención de consumo de alcohol en universitarios. *Universitas Psychologica*, 11(1), 131-145.
- Mustaca, A. (2004). Terapias con apoyo empírico. *Revista mexicana de psicología*, 21(2), 105-118.
- Organización Mundial de la Salud - OMS y Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2007). *Salud en las Américas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (2012). *Salud en las Américas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Recuperado de https://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/La%20politica%20de%20drogas%20y%20el%20bien%20publico.pdf
- Pedersen, E., Miles, J., Ewing, B., Shih, R., Tucker, J., & D'Amico, E. (2013). A longitudinal examination of alcohol, marijuana, and cigarette perceived norms among middle school adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 133(2), 647-653.
- Pulido, D. (2010). *Diagnóstico municipal de factores de riesgo y protección y del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes del municipio de Sibaté. Plan territorial de salud Sibaté se siente bien*. Cundinamarca.
- Rubio, V. G., Bermejo, V. J., Caballero S. M., & Santo-Domingo, C. J. (2000). *Validation of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in primary care*. Departamento de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid.
- Thornton, L., Baker, A., Johnson, M., & Lewin, T. (2013). Perceived risk associated with tobacco, alcohol and cannabis use among people with and without psychotic disorders. *Addictive Behaviors*, 38(6), 2246-2251.
- Vinnaccia, E., y Londoño, P. (2005). Prevención del abuso de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costoefectivos. *Psicología y salud*, 15(2), 241-249.
- Yeomans-Maldonado, G., & Patrick, M. (2015). The effect of perceived risk on the combined use of alcohol and marijuana: Results from daily surveys. *Addictive behaviors reports*, 2, 33-36.
- Zarco, J., Caudevilla, F., López, A., Álvarez, J., y Martínez, S. (2007). *Actuar es posible: el papel de la atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Barcelona: sociedad española de medicina familiar y comunitaria.