



Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

**Alcohol-Infórmate**

[www.alcoholinformate.org.mx](http://www.alcoholinformate.org.mx)

## **Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos**

Constanza Londoño Pérez<sup>1</sup> y Stefano Vinaccia<sup>2</sup>

### COLOMBIA

El presente trabajo recoge una breve reflexión sobre los principales tópicos que deben ser tenidos en cuenta para el diseño e instrumentación de programas de prevención costo-efectivos dirigidos a disminuir el riesgo de abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios, y asimismo retoma aspectos tales como el tipo y nivel de prevención que se debe poner en ejecución, el soporte teórico de los programas, los métodos recomendados en la intervención, las características y cualidades de los responsables y la importancia de llevar a cabo la evaluación de los resultados. Además, se incluyen la presentación de aspectos psicosociales determinantes del consumo y algunas claves para la acción preventiva del abuso en el consumo dirigida a la población universitaria, a fin de que se diseñen e instrumenten dichos programas de prevención.

*Prevention of alcohol consumption abuse in university students: Guidelines for the design of cost-effective programs*

*The present work gathers a brief reflection on the main topics that must be considered for the design and instrumentation of cost-effective programs of prevention directed to diminish the risk of alcohol abuse in university students. This article retakes aspects as the type and level of prevention that is due to instrument, the theoretical support of the programs, the recommended practices in intervention, the characteristics and qualities of the people in charge, and the importance of carrying out the evaluation of results. In addition, there are included the presentation of determining psychosocial aspects of the consumption, and some keys for the preventive actions directed to university population of the consumption abuse, so that such prevention programs may be designed and instrumented*

### **INTRODUCCIÓN**

El consumo de alcohol ha sido asociado a la morbilidad y mortalidad prevenible en occidente (Secretaría de Salud de Bogotá, 2001) y es uno de los principales problemas de salud pública, pues las sustancias psicoactivas, en especial el alcohol y el cigarrillo, son usadas en mayor medida por adolescentes y jóvenes. En el sondeo nacional sobre consumo de drogas en jóvenes del Programa Presidencial RUMBOS 1999-2000 (Alcaldía Mayor de Bogotá y Presidencia de la República de Colombia, 2000) y en otros estudios posteriores se encuentra que aproximadamente 75% de los jóvenes en Colombia consumen alcohol (Dirección Nacional de Estupefacientes, 2000) y que el comienzo se hace cada vez más tempranamente, aumentando así tanto el riesgo de permanecer hasta la vida adulta in-giriendo la sustancia como el de llegar al nivel de dependencia. Se encuentran diferencias importantes respecto del género, ya que los hombres muestran una marcada tendencia al abuso del alcohol (Londoño, 2004) y eso los hace un grupo de alto riesgo en un número

importante de problemas asociados al consumo. Lo anterior evidencia que no todos los consumidores son iguales y que es preciso atender diferencialmente a los grupos poblacionales coetáneos y a grupos definidos por el género.

Entonces, es urgente diseñar paquetes de intervención de acuerdo con las características de los jóvenes, del nivel de consumo y del tipo de consumidor bajo la premisa de que la mayor efectividad en la prevención se alcanza cuando se interviene a más temprana edad, pues una vez iniciado el consumo alcohol ocurre un aumento escalonado en la frecuencia e intensidad de la ingesta de alcohol (Colder, Campbell, Ruel, Richardson y Flay, 2002) que luego se hace muy difícil de detener.

La conducta de ingerir alcohol es similar a la del consumo de otras sustancias en términos de su complejidad y de que, a pesar de la acumulación de grandes esfuerzos por comprenderla y prevenirla, aún no se ha logrado un conocimiento definitivo de la misma que conduzca a la formulación de programas de prevención costoefectivos.

Se asocia el consumo a una evitación o afrontamiento de los problemas que vive el joven (Lazarus y Folkman, 1986), a la necesidad de interactuar socialmente y ser aceptado (Muracen, Martínez, Aguilar y González, 2001), a la búsqueda de una mayor potencia sexual y a la disminución de la tensión (Mora y Natera, 2001).

Entre las explicaciones de por qué ocurre el consumo, se encuentran algunas centradas en las condiciones de reforzamiento que mantienen la ingesta, como los efectos de la sustancia valorados positivamente (Becoña, 2000) y otras de corte social que aluden a la aceptación que busca el joven para alcanzar el estatus de adulto; no obstante, ninguna de ellas ha sido suficiente en lo que respecta a dicho fenómeno, ya que además de ser complejo es multicausado (Londoño, Torres y Contreras, 2004), lo que aleja más la posibilidad de plantear estrategias para reducir el consumo de alcohol y prevenir su inicio. Lo que se plantea es, pues, una guía general en la que se tienen en cuenta dos aspectos centrales: la complejidad del consumo y la multicausalidad, pues el fenómeno involucra factores psicológicos, orgánicos, económicos, políticos y ambientales.

En los últimos diez años ha avanzado enormemente la comprensión del fenómeno del consumo, se han desarrollado diversos modelos para prevenirlo y se ha buscado que a través de la medida de ciertas variables sea posible predecir conductas alternativas.

Cada modelo da relevancia a ciertas variables, que si son modificadas o controladas conducirán al joven a reducir o abandonar totalmente la ingesta. Un primer grupo corresponde a los modelos que conceptúan el cambio como un proceso de etapas sucesivas con barreras específicas (modelos por etapas) (Prochaska, 2000; Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska y Velicer, 1997; Velásquez, Carbonari y DiClemente, 1999); un segundo grupo que incluye a los modelos que dan importancia a los factores cognitivos y a las condiciones de interacción social del joven (modelos cognitivo-sociales) (Conner y Norman, 1996; Ogden, 2003), y un tercer grupo diferente a los anteriores (otros modelos).

**Formulación de programas costo-efectivos de prevención del abuso en el consumo de alcohol** En todo el mundo se han formulado lineamientos básicos para diseñar y poner en marcha programas para la prevención del uso y abuso de las sustancias basados en la investigación de los modelos, en su acción en la adquisición de la conducta saludable y en los elementos claves que deben guiar el trabajo. Por ello, se llevó a cabo una revisión en las bases de datos PsyLit y PsyArticle de estudios realizados durante los últimos diez años acerca de prevención del consumo y abuso de alcohol en los jóvenes, con el fin de identificar los elementos o acciones considerados clave en el desarrollo de programas de prevención efectivos y eficaces; entre ellos destacan los textos de Perry y Kelder (1992) y Williams, Holmbeck y Greeley (2002), cuyo propósito fue semejante al de este trabajo. En la revisión se identificaron diversos factores asociados a la efectividad de los programas, y se agregan otros que para los presentes autores determinan el éxito de las acciones preventivas:

- La prevención debe ser específica más que universal, es decir, que se tenga en cuenta que cada conducta es un fenómeno complejo asociado de manera particular a ciertos factores. En

el caso del abuso en el consumo de alcohol en los jóvenes, es preciso tener en cuenta que el problema está mediado por la etapa de desarrollo en la que se encuentran, las características de la comunidad en la que viven y la aceptación cultural del consumo, así como por las habilidades personales específicas asociadas a la resistencia de la presión del grupo para que consuma y la capacidad del sujeto para controlar su ingesta (Donaldson, Graham, Piccinin y Hansen, 1995; Ouellette, Gerrard, Gibbons y Reis-Bergan, 1999; Rhodes y Jason, 1990; Sabih, Baker y Botvin, 1989; Wills, Baker y Botvin, 1989). La prevención específica está centrada en el entrenamiento de habilidades sociales y de afrontamiento específicas que se han asociado a la reducción del consumo.

- El programa de prevención debe incluir métodos de enseñanza centrados en orientar al individuo acerca de cómo debe ocurrir el cambio, en qué dirección y cuándo. Sus acciones, pues, deben estar basadas en el desarrollo de habilidades y en una instrucción interactiva que facilite la participación de los jóvenes tanto en la formulación del problema como en el diseño de alternativas de prevención (por ejemplo, círculos de prevención conformados por jóvenes gestores), todo ello para que logren superar las barreras cognitivas, sociales y comportamentales que les impiden controlar eficazmente el

consumo (Flórez, 2000a, 2000b; Prochaska y Velicer, 1997 Franco y Hernández, 2006).

- Las acciones preventivas deben estar sustentadas en una teoría explicativa del fenómeno que guíe la elección de la estrategia y los aspectos relevantes en los que hay que intervenir (Winett, 1995); es decir, que posea una sustentación científica sobre la etiología del consumo y la forma de intervenir para lograr la modificación esperada. La formulación de una teoría implica un esfuerzo dirigido a comprender cierto fenómeno, las variables que en él intervienen y las relaciones existentes entre dichas variables; ello facilita la comprensión del fenómeno estudiado, como es el caso del consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes; asimismo, toda teoría debe ser contrastada a través de métodos empíricos que permitan su ajuste y a la vez orienten nuevas formas de concebir el fenómeno, esto es, que debe haber una investigación amplia y suficiente de las propuestas derivadas de una teoría antes de aplicarla de manera general o de difundirla.
- Los programas de prevención del consumo del alcohol deben incluir una variedad de métodos de intervención para asegurar su impacto en todos los niveles, fortalecer los resultados de las acciones, facilitar la adquisición de habilidades en el control del consumo y promover la participación de los jóvenes en actividades diversas acordes a sus intereses.

Deben trascender el enfoque centrado en variables intraindividuales y de relación con otros, pues en éste se ignora la importancia de las modificaciones ambientales necesarias para que se facilite el cambio comportamental y se mantenga, y asimismo hacer modificaciones a la regulación de emisión de propaganda y anuncios comerciales que invitan al consumo, disminución o cierre de bares que expendan alcohol a menores de edad, aplicación rigurosa del control a establecimientos que expendan alcohol, entre otros, a fin de que la suma de las acciones facilite un cambio individual y colectivo que dé soporte a los logros alcanzados en las acciones de prevención en el nivel intrapersonal y permita la construcción de una nueva cultura del consumo.

No obstante, Franco & Hernández (2006) recomiendan combinar programas de prevención específica centrados en habilidades individuales con programas de prevención universal de manera que se complementen mutuamente y se cubran desde los aspectos más generales de la población hasta los más universales; todo para reforzar factores protectores como las habilidades sociales, la capacidad de tomar decisiones, la solución de problemas, el control del estrés y la autonomía. Del desarrollo de valores, competencias y actitudes que permitan a los jóvenes decidir sobre el consumo y controlarlo.

- Se debe diferenciar claramente el nivel preventivo al que corresponden los programas, ya que los de prevención primaria abordan el problema de la incidencia al evitar a la porción de nuevos casos, es decir esta dirigido a no consumidores y los de prevención secundaria apuntan a la reducción de la prevalencia apuntando a una población distinta conformada por los consumidores no adictos.

- Los programas de prevención deben ser socioculturalmente relevantes; es decir, que es preciso que tengan en cuenta las normas de la comunidad, las prácticas y creencias culturales, así como el papel que desempeñan en el consumo de alcohol (Turrissi y Wiersma, 1999; Turrissi, Wiersma y Hughes, 2000), para identificar los aspectos modificables y las estrategias para hacerlo.
- Deben proveer la oportunidad de construir relaciones más positivas entre los adultos (maestros, padres y profesionales de la salud) y los jóvenes, que faciliten una interacción que fortalezca la conexión joven-familia-maestroscomunidad y hagan posible alcanzar los objetivos de las acciones de prevención. Además, ofrecer modelos adultos positivos que faciliten la disminución o eliminación del consumo.
- La dosificación de los programas debe ser suficiente en términos de su intensidad, duración, calidad, cantidad y tiempo respecto de las necesidades planteadas. Así pues, la prevención, además de estar basada en las necesidades y características de las comunidades, debe cristalizar en programas conformados por proyectos y acciones que superen los problemas en la prevención, como el activismo, el continuo cambio de estrategias debido a la adopción de programas o estrategias "de moda", la poca o nula disposición de tiempo y recursos para las acciones de prevención, la reducción de las acciones a charlas informativas o estrategias meramente reflexivas y la realización de acciones aisladas que los profesionales llevan a cabo sin tener mayor conexión con otras áreas o niveles de intervención. Así el seguimiento de los resultados constituye un elemento importante en el establecimiento del soporte empírico que tienen los programas y sus alcances a través del tiempo.
- Las acciones de prevención deben ocurrir en el momento apropiado, cuando aún es tiempo de disminuir el riesgo, y no permitir que el problema de abuso aparezca. Ya que en las instituciones de educación superior el mayor consumo ocurre durante los tres primeros semestres, la prevención oportuna será aquella que se instrumente desde el ingreso a la universidad e incluya entre sus objetivos los de facilitar la adaptación a la vida universitaria y el desarrollo de habilidades personales que le permiten al joven controlar situaciones de consumo y el manejo de la presión social proveniente de avisos publicitarios y comerciales, sitios de consumo ubicados cerca de las universidades y consumo de pares y familiares, a todo lo cual se ve sometido.
- La evaluación de los resultados de los programas de prevención instrumentados se hace indispensable para determinar su efectividad, las ne-cesidades de reestructuración y sus componentes activos. Aquí es preciso diferenciar la evaluación de la gestión realizada (por ejemplo, el número de actividades realizadas o cobertura) de la evaluación del efecto producido a partir de la aplicación del programa (por ejemplo, la medida del efecto dada en términos de la disminución de frecuencia de la ingesta, el cambio en la incidencia o en la prevalencia). En este tópico hay una discusión que ha preocupado a muchos respecto de la baja o nula efectividad que tiene la mayor parte de los modelos de prevención aplicados al consumo de alcohol, que, a pesar de ello, siguen siendo utilizados sin mayores modificaciones o ajustes (Fernández- Ríos, Cornes y Codesino, 1999). De otra parte es clave anotar que no todos los resultados y exitos son extrapolables hacia otras comunidades o grupos, pues los procesos preventivos son tan particulares que puede ocurrir que un programa sea únicamente efectividad en una población bajo ciertas condiciones especiales.
- Los profesionales encargados de diseñar e instrumentar los programas de prevención deben estar entrenados y poseer un sólido conocimiento sobre los jóvenes, su salud, los principales problemas que los aquejan y los recursos con los que cuentan, para ello deben abrirse programas de formación en prevención basada en la evidencia especialmente dirigida a los docentes quienes deben actuar como facilitadores del proceso de involucramiento de la escuela en la prevención (Franco y Hernández, 2006). Estos profesionales deben ser sensibles, competentes, entrenados, con una visión global que permita la acción interdisciplinaria (Marks, 1995; Sandler y Chassin, 2002), además de recibir apoyo a través de redes de trabajo para que sus acciones no ocurran aisladas y puedan tener mayor alcance los programas formulados.

Desafortunadamente, en Colombia la mayor parte de las personas dedicadas a la prevención del consumo de sustancias no posee la formación necesaria para desempeñar tal labor, y aunque hacen grandes esfuerzos trabajando con buena voluntad en la disminución del consumo de alcohol, las cifras de incidencia y prevalencia siguen en franco aumento (Londoño, 2004; Secretaría de Salud de Bogotá, 2001a, 2001b, 2001c).

- La prevención debe sustentarse en la corresponsabilidad, pues la formación integral y la salud de los jóvenes no es un asunto exclusivo de la escuela o del sistema sanitario; este es un asunto que también compete a los agentes gubernamentales que formulan políticas, a las comunidades en las que viven los jóvenes, a las familias que sustentan las prácticas culturales, y a los mismos jóvenes, quienes deben asumir su responsabilidad en el problema del consumo. Esto debe trascender hasta la generación de procesos de participación comunitaria incluidos en planes concertados de desarrollo local y de salud que faciliten el empoderamiento comunitario sobre la solución de los diversos problemas de consumo; haciendo que la prevención sea verdaderamente integral con participación activa de diversos agentes sociales: educadores, directivos, padres, alumnos y otros agentes comunitarios. Brody, Murry, Gerrard, Gibbons, McNair, Brown, Wills, Molgaard, Spoth, Luo, y Chen, (2006) hallaron que los programas centrados en la familia reducen efectivamente el consumo de sustancias ya que contribuyen al desarrollo de competencias.

## **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA**

Entre los aspectos psicosociales que se han asociado generalmente a la conducta saludable, denominados "dimensión psicológica de la prevención" e identificados como predictores de la disminución del consumo de alcohol, se encuentran la información, la toma de decisiones, el compromiso personal en torno a una conducta, el manejo del estrés (estrategias para afrontar situaciones evaluadas como difíciles), las habilidades de resistencia y la autoestima (Rhodes y Jason, 1990; Hansen, 1992). Además, se incluyen la actitud específica hacia la conducta (conjunto de creencias en torno a una conducta), la intención de emitir la conducta, la autoeficacia y el autocontrol.

Un modelo para comprender cómo las variables antes mencionadas interactúan en el consumo la ofrece Flórez (2000a), quien propone que adquirir la conducta saludable y reducir el consumo implican un proceso dado por etapas claramente definidas que se muestran a continuación:

1) Conocimiento del riesgo en general; 2) Identificación del riesgo personal y la vulnerabilidad; 3) Intención de involucrarse en la modificación del riesgo identificado; 4) Decisión de emprender o no la acción de modificación del riesgo; 5) Planeación del manejo de contingencias para instrumentar la decisión tomada; 6) Mantenimiento de las acciones emprendidas, y 7) Elaboración de planes de manejo y control en caso de recaídas.

Dicho proceso se encuentra mediado por factores tales como el aprendizaje de ciertos repertorios comportamentales y cognitivos (como creencias acerca del consumo, sus consecuencias, problemas relacionados y ganancias obtenidas por emitir dicha conducta) que aumentan el riesgo de abusar en el consumo y la imposibilidad de controlar tanto la ingesta como sus consecuencias (Carmona y Chávez, 1991; Grube y Agostinelli, 1999; Ramos y Sánchez, 2001). Por otra parte, se suman factores como la asertividad, específicamente para manejar la presión del grupo para que el joven consuma, la disponibilidad y el acceso.

En el caso del consumo de alcohol, intervienen además factores biológicos asociados, como los efectos orgánicos del consumo -que el joven asume como deseables pues en primera instancia son estimulantes-, la predisposición de origen familiar hacia el consumo abusivo y las diferencias de género en la asimilación del alcohol (Geoffrey, 1995; Kershenovich y Vargas, 1994; Pérez, 1999; Sánchez, 1994).

## Formulación de programas

La formulación de programas de prevención dirigidos a los adolescentes debe hacerse atendiendo el problema en múltiples niveles, incluyendo el máximo de componentes psicosociales y usando metodologías variadas. En general, el proceso implica las siguientes acciones: a) Conformación de equipos interdisciplinarios de trabajo a partir del establecimiento de redes de cooperación que permitan aunar los esfuerzos y optimizar recursos. La escuela debe ser el eje articulador de las acciones de prevención, sin perder de vista la responsabilidad del sistema sanitario, la administración local, la comunidad, la familia y los jóvenes.

b) Realización de diagnósticos. Este paso incluye la descripción detallada del problema, los factores asociados, las condiciones institucionales y las necesidades.

c) Sensibilización hacia la corresponsabilidad de todos los actores involucrados antes mencionados, e implicación directa del joven en los procesos de formulación e intervención.

d) Formulación del problema y diseño o elección del modelo de intervención. Aquí se plantea el problema teniendo en cuenta las condiciones específicas de cada comunidad y tomando como base un modelo teórico integral que favorezca la verdadera comprensión de la situación y las posibles soluciones.

e) Diseño de estrategias de intervención que incluyan los aspectos más relevantes asociados al consumo y considerados predictores del cambio.

Es necesario tener en cuenta que cada joven puede encontrarse en una etapa diferente del camino del cambio, por lo que es necesario evaluar las necesidades individuales para dar seguimiento particular a cada grupo de intervención (Flórez, 2000a, 2000b, 2002a, 2002b).

f) Aumento de la percepción del riesgo. Las acciones en este nivel deben ofrecer información relevante acerca del riesgo del grupo poblacional específico, en este caso los adolescentes. No se espera que aquí el joven se vea a sí mismo en riesgo ni que manifieste alguna intención de cambiar.

g) Aumento de la percepción de la vulnerabilidad. Las acciones están centradas en que el individuo evalúe su propio riesgo de abusar del alcohol; es aquí, pues, donde el individuo debe referir el riesgo en términos personales. Se inicia el aumento de la motivación hacia el cambio del consumo, el establecimiento de metas y el uso de apoyos sociales. Este aspecto es muy importante ya que los jóvenes tienen a percibirse como invulnerables a los problemas asociados con el consumo excesivo de alcohol y a exagerar los beneficios derivados de dicha conducta (Golberg y cols., 2002). Se retoman la expectativa de autoeficacia y la expectativa de resultado como bases del proceso motivacional que precede a la fase de acción (Witkiewitz y Marlatt, 2004). h) Balance decisional. Se lleva a cabo la evaluación de los beneficios de consumir alcohol y de las dificultades asociadas al consumo, así como de los beneficios de dejar de consumir, y se determinan los beneficios, la aprobación, los costos y la desaprobación personal e interpersonal (Weins-tein, Lyon y Cuite, 1998; Weinstein, Rothman y Sutton, 1998). Se orienta el proceso para que el resultado desemboque en la decisión de dejar de consumir o disminuir el consumo hasta un nivel manejable, esto es, adoptar la conducta saludable. La motivación hacia el cambio es muy importante, y por ello es necesario ofrecer razones de peso al joven para que disminuya o deje de consumir alcohol, razones que deben corresponder a sus intereses y al sesgo de inmediatez de las consecuencias del consumo que tiene. Se realiza un análisis de los valores propios que se reflejan o no en la conducta de consumir.

i) Preparación del plan. Una vez que se ha decidido emprender el proceso de cambio, se propone un plan organizando un intento que se espera sea llevado a cabo en el corto plazo, e incluso cuando se ha intentado ya exitosamente dejar o disminuir el consumo en un tiempo corto. Se entrena al joven en la organización de un plan de modificación de la conducta de beber, determinando condiciones de reforzamiento que garanticen el mantenimiento del cambio (McClaul, Sandgren, O'Neill y Hinsz, 1993). Es necesario fortalecer la autoeficacia del joven en cuanto a su capacidad

para controlar la conducta de consumo y la eficacia del resultado positivo derivado del cambio propuesto. Se evalúan y organizan las prioridades de comportamiento y cómo es que el consumo puede oponerse a aquellas (Maisto, Connors y Zywiack, 2000; Taylor, 2000).

Se busca identificar las situaciones de alto riesgo de consumo excesivo, las consecuencias del consumo, los factores desencadenantes, las consecuencias positivas y negativas a largo plazo (Maisto y cols., 2000; Planes, 1995; Odgen, 2003); además, se realiza el análisis funcional y topográfico de la conducta, que incluye la evaluación de la disponibilidad, el tiempo dedicado a la situación de consumo, el nivel de consumo y las personas importantes que consumen.

j) Ejecución de la acción. Se organiza el mantenimiento del programa antes propuesto, observando algunos ajustes para el mantenimiento, el entrenamiento en autocontrol y cambios ambientales a realizar para sostener el proceso de disminución de la ingesta de alcohol. Es importante ofrecer educación sobre las recaídas, que forman parte del proceso de cambio e implican la imposibilidad de alcanzar la meta propuesta; entrenamiento en habilidades de afrontamiento e interpersonales que sustenten el cambio (Rhodes y Jason, 1990; Suelves y Sánchez- Turet, 2001), especialmente las que se refieren a la resistencia ante la presión del grupo (Donaldson y cols., 1995; Latimer, Floyd, Cariz y cols., 2004).

k) Manejo de las recaídas. Se entrena al joven a identificar situaciones que pueden actuar co-mo disparadores del consumo y en estrategias para afrontar la tentación y manejar las recaídas (Velicer, Hughes, Fava, Prochaska y DiClemente, 1995; Witkiewitz y Marlatt, 2004). También se le entrena en el uso de conductas alternativas para conseguir los beneficios obtenidos debido al consumo de alcohol. En general, se busca favorecer la disponibilidad al cambio, ya que si eso sucede la motivación aumenta y es posible que ocurra la búsqueda de alternativas.

l) Entrenamiento de otros agentes de la comunidad y de los padres para que actúen como facilitadores en el proceso de cambio y sean una fuente clara de motivación hacia éste.

m) Diseño e instrumentación de procesos de evaluación continuos que vayan acordes con la concepción de cambio y que determinen el nivel de las habilidades y competencias necesarias en cada momento (Londoño y cols., 2004); así como la instrumentación de la propuesta en todos los niveles.

Todas estas recomendaciones para la instrumentación de programas de prevención costo-efectivos se sustenta en la base de la formulación de una política pública prioritaria asociada a necesidades urgentes y reales que guíe las acciones en salud (Winett, 1995), en el destino de recursos para la puesta en marcha de dichas acciones y en el desarrollo social bajo los principios de equidad, igualdad y justicia que faciliten la formación integral de los adolescentes. Finalmente, este documento no debe ser tomado como una receta o manual de trabajo; por el contrario, pretende ser sometido a discusión para que se determinen sus alcances y limitaciones. Por ahora, constituye solamente la compilación de una experiencia de trabajo particular y de las discusiones que hay en ambientes académicos en torno al tema, como el de la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

## REFERENCIAS

Alcaldía Mayor de Bogotá y Presidencia de la República de Colombia (2000). *Programa Presidencial RUMBOS 1999-2000*:

*Sondeo nacional del consumo de drogas en jóvenes*. Bogotá: Autores.

Becoña, E.I. (2000). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional de Drogas.

Universidad Santiago de Compostela.

Brody, G., Murry, V., Gerrard, M., Gibbons, F.X., McNair, L., Brown, A.C., Wills, Th.A., Molgaard, V., Spoth, R.L., Luo, Z., y Chen, Y. (2006). The Strong African American Families Program: Prevention of Youths' High-Risk Behavior and a Test of a Model of Change, *Journal of Family Psychology*, 20, 1

Carmona, A. y Chávez, R. (1991). Expectativas de efectos positivos del alcohol adquiridas en el ambiente temprano (alcohólicos y no alcohólicos). *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 9, 151-162.

Colder, C., Campbell, R., Ruel, E., Richardson, J.L. y Flay, B. (2002). A finite mixture model of growth trajectories of

adolescent alcohol use: Predictors and consequences. *Journal of Consulting Psychology*, 70(4), 976-985.

Conner, P. y Norman, P. (1996). *Predicting Health Behaviours*. Philadelphia: Plenum Press.

Dirección Nacional de Estupeficientes (2000). *Lucha colombiana contra las drogas. Acciones y resultados*. Bogotá: Presidencia de la República.

Donaldson, S.I., Graham, I.W., Piccinin, A.N. y Hansen, W.B. (1995). Resistance-skills training and onset of alcohol use: evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private catholic schools. *Health Psychology*, 14(4), 291-300.

Fernández R., L., Cornes, J.M. y Codesino, M (1999). Psicología preventiva: situación actual. En M.A. Simón (Ed.): *Manual de psicología y de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

Flórez, L. (2000a). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18, 13-22.

Flórez, L. (2000b). Análisis del consumo de alcohol con fundamento en el modelo transteórico en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 4, 79-98.

Flórez, L. (2002a). *CEMA-PEMA. Un modelo de prevención primaria del consumo abusivo de alcohol con fundamento en el*

*modelo transteórico dirigido a estudiantes de secundaria y universitarios de Bogotá*. Ponencia presentada en el Encuentro Nacional de Investigadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá, Colombia.

Flórez, L. (2002b). *Análisis de la clasificación de etapas y de las variables psicosociales mediadoras propuestas por el modelo transteórico en estudiantes universitarios de Bogotá consumidores de bebidas alcohólicas*. Informe de Investigación Institucional. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.

Franco, M. Y Hernández, T, (2006). Programa de prevención del consumo juvenils de cocaína: Rayas. Manual de Aplicación. Madrid, ADES:

Geoffrey, L. (1995). Alcoholismo y drogadicción. En A. Lazarus y A. Colman (Eds.): *Psicología anormal*. México: Fondo de Cultura Económica.

Golberg, J.H., Halpern-Felsher, B. y Millstein, S. (2002). Beyond invulnerability: The importance of benefits in adolescent's decision to drink alcohol. *Health Psychology*, 21(5), 477-484.

Grube, J.W. y Angostinelli, G.E. (1999). Perceived consequences and adolescent drinking: Nonlinear



and interactive models of alcohol expectancies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 303-312.

Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum 1980-1990.

*Health Education Research*, 7, 403-430.

Kershenovich, D. y Vargas, F. (1994). Definición de los límites individuales de susceptibilidad ante el consumo de alcohol. En

R. Tapia (Ed.): *Las adicciones: dimensiones, impacto y perspectivas*. México: El Manual Moderno.

Latimer, W., Floyd, L.J., Cariz, T., Novotna, G., Exnerova, P. y O'Brien, M. (2004). Peer and sibling substance use: predictors of substance use among adolescents in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(4), 225-232.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Londoño, C. (2004). *Construcción de un modelo cognitivo-social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos*. Tesis para optar al título de Magíster en Psicología. Bogotá: Universidad Nacional

de Colombia.

Londoño, C., Torres, A. y Contreras, F. (2004). Validez empírica de los modelos de prevención aplicados a la conducta de

fumar. *Psicología y Salud*, 14(2), 269-277.

Maisto, S., Connors, G.J. y Zywiack, W.H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of

alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257-266.

Marks, D. (1995). The training needs of professional health psychologist. En J. Rodríguez-Marín (Ed.): *Health psychology and quality of life research*. Alicante (España): Universidad de Alicante.

McClaul, K.D., Sandgren, A.K., O'Neill, H.K., y Hinsz, V.B., (1993). The value of the theory of planned behavior, perceived control, and self-efficacy expectations for predicting health protective behaviors. *Basic and Applied Social Psychology*, 14, 231-252.

Mora R., J. y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43(2), 89-96.

Muracen, I.D., Martínez, A.J., Aguilar, J.M. y González, M.R. (2001). Pesquizaje de alcoholismo en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 17(1), 62-67.

Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22(4), 424-428.

Ouellette, J.A., Gerrard, M., Gibbons, F.V. y Reis-Bergan, M. (1999). Parents, peers, and prototypes. Antecedents of adolescent alcohol expectancies, alcohol consumption, and alcohol-related life problems in rural youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(3), 183-197.

Pérez, A. (1999). *Pilas con las drogas. Programa RUMBOS*. Bogotá: Presidencia de la República de

Colombia.

Perry, C.L. y Kelder, S.H. (1992). Models for effective prevention. *Journal of Adolescent Health*, 13, 355-363.

Planes, M. (1995). Expectativas de autoeficacia y su relación con los comportamientos sexuales preventivos frente al SIDA. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 13, 27-37.

Prochaska, J. (2000). Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success. *Journal of*

*Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 810-817.

Prochaska, J. y Velicer, W (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Health Promotion*, 12(1), 38-48.

Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.): *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Sitges.

Ramos, V. y Sánchez, J.M. (2001). *¿Qué piensan los estudiantes sobre el consumo de alcohol? Campaña Invierte en ti*.

Bogotá: Universidad Javeriana/Fondo de Prevención Vial.

Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1990). A social stress model of substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 395-401.

Sabih, T.W., Baker, E. y Botvin, G. (1989). Dimensions of assertiveness: Differential relationships to substance use in early adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 473-478.

Sánchez, N. (1994). Aspectos genéticos del abuso del alcohol. En R. Tapias (Ed.): *Las adicciones: dimensiones, impacto y*

*perspectivas*. México: El Manual Moderno.

Sandler, I. y Chassin, L. (2002). Training prevention researchers: perspective from the Arizona State University prevention research training program. *Prevention & Treatment*, 5, Article 6.

Secretaría de Salud de Bogotá (2000). Consumo de sustancias en la capital. *Boletín Epidemiológico del Distrito BED*, 5(2), Sem. 5-8.

Secretaría de Salud de Bogotá (2001a). Aproximación a una discusión conceptual sobre factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. *Boletín Epidemiológico del Distrito*, 6(4), Sem.13-16.

Secretaría de Salud de Bogotá (2001b). El proceso de formulación del plan de atención básica de Bogotá. *Boletín Epidemiológico del Distrito*, 6(5), Sem. 17-20. Secretaría de Salud de Bogotá. (2001c). *Informe de Gestión*. Bogotá: Autor.

Suelves, J.P. y Sánchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: resultados de un estudio

transversal. *Anales de Psicología*, 17(1), 15-22.

Taylor, M.J. (2000). The influence of self-efficacy on alcohol use among American indians. *Cultural Diversity and Ethnic*

*Minority Psychology*, 6(2), 152-167.

Turrisi, R. y Wiersma, K.A. (1999) Examination of judgments of drunkenness, binge drinking, and drunk driving tendencies in teens with and without a family history of alcohol abuse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1-8.

Turrisi, R., Wiersma, K.A. y Hughes, K. K. (2000). Binge-drinking- related consequences in college students: roles of drinking beliefs and mother-teen communications. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(4), 342-355.

Velásquez, M.M., Carbonari, J.P. y DiClemente, C.C. (1999). Psychiatric severity and behavior change in alcoholism: the

relative of the transtheoretical model variables. *Addictive Behaviors*, 24(4), 481-496.

Velicer, W., Hughes, S., Fava, J., Prochaska, J. y DiClemente, C. (1995). Addictive Behaviors. *Addictive Behaviors*, 20(3),

299-320.

Weinstein, N.D., Lyon, J.E. y Cuite, C.L. (1998). Experimental evidence for stages of health behavior change: the precaution adoption process model applied to home radon testing. *Health Psychology*, 17(5), 445-453.

Weinstein, N.D., Rothman, A. y Sutton, S.R. (1998). Stages theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 7(3), 290-299.

Williams, P.G., Holmbeck, G.N. y Greeley, R.N. (2002). Adolescent health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 828-842.

Wills, T.A., Baker, E. y Botvin, A. (1989). Dimension of assertiveness: differential relationships to substance use in early

adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(4), 473-478.

Winett, R. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*, 50(5), 341-358.

Witkiewitz, K. y Marlatt, G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drugs problems: That was Zen, This is Tao.

*American Psychologist*, 59(4), 224-235.

1 Maestría en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Av. Caracas 46-72, AA 029832, Bogotá, Colombia, tels.

245-32-59 y 245-22-39, fax 288-55-86, correo electrónico: clondonop@unal.edu.co. Artículo recibido el 25 de mayo y aceptado el 27 de

agosto de 2005.

2 Universidad de San Buenaventura en Medellín, Carrera 56C, Número 51-90, Medellín, Colombia, Apartado Aéreo 81240, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com.

## "PREVENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA : COMUNIDADES Y DROGAS"

AVISPA, Bogotá , marzo 15 y 16 del 2007.

Actualización 2007:

**FUENTE:** *Nuevos Rumbos/Investigación y Asesoría Para Prevenir el Consumo de Drogas.*

[http://w3.nuevosrumbos.org/documentos/Ponencia\\_Constanza\\_Londono.pdf](http://w3.nuevosrumbos.org/documentos/Ponencia_Constanza_Londono.pdf)

