

¿Por qué *prevención selectiva*?

María Elena Castro y Jorge Llanes¹

En relación con la problemática de las drogas suele invocarse la conveniencia de prevenir el reiterado consumo de sustancias, ya sea porque “más vale prevenir que remediar” (los datos estadísticos demuestran el ahorro que implica para los sistemas sanitarios frente a los costos del tratamiento de adictos), o porque evita la destrucción del tejido comunitario; además de otros argumentos de importancia humana, económica y social.

¿Cuál es la mejor prevención?, ¿cómo se hace?, ¿en qué consiste prevenir? son preguntas a las que, desde hace mucho tiempo, se ha intentado dar respuesta, ya sea a partir de posturas ideológicas de lo más diverso, o con base en experiencias que se pretenden demostrativas, o en testimonios de quienes han participado en ellas; o más recientemente, a partir de evidencias científicas con las que se va construyendo la ciencia de la prevención.

En la actualidad, las nociones sobre prevención –sea universal, selectiva o indicada– abandonan antiguas clasificaciones en el campo de la salud (las tradicionales de prevención primaria, secundaria y terciaria), ampliando así la gama de los profesionales especializados en la prevención, y abriendo horizontes para nuevas estrategias y políticas más eficaces de intervención en las comunidades con problemas de consumo de sustancias y otros riesgos psicosociales.

La *prevención universal* se define como el conjunto de actividades diseñadas para abarcar a todos los individuos de la población, sin reparar en el mayor o menor número de riesgos individuales que los llevan a iniciarse en el consumo y el abuso de drogas; la *prevención selectiva* se enfoca a intervenciones educativas a los grupos de alto riesgo; y la *prevención indicada*, enfoca sus actividades a las personas

que muestran señales tempranas de abuso de drogas y otras conductas de riesgo relacionadas, con la pretensión de detener la progresión del abuso de drogas y las conductas problemáticas relacionadas, es decir, reducir el daño.²

Las experiencias en intervenciones preventivas en escuelas y comunidades han dado pauta para establecer los componentes de una buena política social de prevención semejante a como indica la práctica en el campo comunitario: las mejores aproximaciones descansan en la participación comunitaria, y ésta debe ser debidamente organizada y actuar de manera sistemática.³

¿Como empatar las intervenciones de prevención selectiva dirigidas a las personas de alto riesgo con una aproximación comunitaria, en la que es la misma comunidad la que participa activamente y no los técnicos y profesionales, “expertos” o “especialistas” de los centros de atención?

Está demostrado que los programas institucionales no son suficientes cuando no se traducen en planes de acción que dispongan de una evaluación diagnóstica, de un seguimiento del proceso y de una evaluación de los resultados. Asimismo, que la concientización pública y las campañas de difusión de información no necesariamente logran la movilización social requerida para conseguir el impacto social deseado. También ha debido reconocerse que la prevención basada en la capacitación de promotores y especialistas en aula no produce planes de acción en la comunidad, es decir, consigue únicamente que los expertos sepan más, pero no que actúen y consigan la participación comunitaria, lo que hace imperativo modificar este patrón formativo y que la prevención se haga sobre la acción, directamente realizando intervenciones. Recordemos que la prevención efectiva incluye una dosis de saber que debe llevarse a una práctica, asimilarse en la vida propia y en la convivencia para que sea eficaz y actúe su fuerza protectora en el momento oportuno.

Un camino que resuelve la unión de intervenciones preventivas de tipo selectivo, dirigidas a toda la comunidad y aplicadas por la comunidad misma, es el uso de métodos probados, que la investigación preventiva ha demostrado que son eficaces y que usan tecnología y materiales que permiten que los nuevos aprendizajes de habilidades para la vida y la práctica solidaria en las comunidades locales sean potentes neutralizadores del alto riesgo. Estos aprendizajes que están basados en competencias para la prevención, son desarrollados tanto por el promotor que lleva la tecnología a la comunidad, como por la red de voluntarios que la recibe y que la hará permanente en el pequeño colectivo donde se desenvuelve, como puede ser el caso de una escuela y la zona alrededor de ella u otra comunidad (barrio, colonia).

La prevención selectiva debe de ser la estrategia prioritaria, ya que el enfoque positivo de la intervención se basa en lograr los nuevos aprendizajes que permitirán encarar exitosamente la adversidad que significa el riesgo y la complejidad de esta conducta, no únicamente a la población con altos

consumos y/o alta vulnerabilidad (los llamados focos rojos), sino a toda la comunidad a la que pertenecen.

La investigación en comunidades mexicanas bajo el *modelo de riesgo-protección* nos ha permitido saber que, en la actualidad, los focos rojos están en las escuelas, los hogares, los barrios y los centros de trabajo, sin distinción, y que conviven con personas que en este momento están protegidos y/o en alerta de incrementar sus riesgos, lo cual nos pone frente al dilema de estigmatizarlos y tratarlos con medidas especiales, interviniendo en un fenómeno tan variable y cambiante como el riesgo acumulado, donde la experimentación con sustancias tóxicas, como variable dependiente, está rodeada de una serie de variables independientes o predictivas que explican el consumo (con diferentes pesos predictivos). La hipótesis de trabajo y de intervención con este modelo parte del hecho de considerar las conductas de riesgo como un todo, lo que conforma la llamada *vulnerabilidad psicosocial*, susceptible de ser neutralizada o disminuida con factores de protección.⁴ Es este fenómeno el que debe ser objeto de estudio y de intervención, y no las conductas de riesgo por separado. Ver este fenómeno en su conjunto, analizarlo y darle seguimiento, ofrece un panorama totalmente diferente a sólo considerar las prevalencias del consumo de sustancias tóxicas. Este consumo de sustancias tóxicas, el manejo de la sexualidad, el autocuidado de la salud, el uso del tiempo libre y los estilos de vida, la calidad del enfrentamiento a los eventos significativos en la vida y la conducta antisocial, constituyen un todo de vulnerabilidad psicosocial que puede ser neutralizado con oportunidades de desarrollo social y comunitario, educación preventiva incluida.

El riesgo acumulado y la vulnerabilidad psicosocial han sido conceptualizados por algunos autores como *adversidad acumulada* y como un fenómeno de estrés psicosocial –por los múltiples estresores que esta adversidad genera–, y se considera como la clave para entender patrones de conducta negativa que están experimentando muchos sectores de población, y que son susceptibles de ser neutralizados con intervenciones de prevención selectiva dirigidas a todo el colectivo al que pertenecen las personas de alto riesgo (su escuela, su hogar, su barrio, su lugar de trabajo). Tales intervenciones que son hechas por su misma red comunitaria de pertenencia, pero bajo el seguimiento de un método que se aprende en la acción. Así un “acompañante” lo trasmite y cada uno lo asimila para posteriormente aplicarlo por sí mismo con su comunidad y dentro de su comunidad, es una aproximación de autoayuda y ayuda mutua para la prevención selectiva, en la que el método es fundamental.

Dentro de este marco de referencia teórico, llamado Estrés/Riesgo/Resiliencia (ERR), en la actualidad, se está investigando e interviniendo en poblaciones de niños, adolescentes, jóvenes y adultos, promoviendo redes comunitarias y el aprendizaje de habilidades para la vida, tanto en los planteles escolares y estudiantiles, como en los barrios, los grupos de vecinos,

los hogares y los centros de trabajo. Las teoría de resiliencia y riesgo tratan de explicar por qué algunas personas responden mejor que otras al estrés y a la adversidad. La teoría de resiliencia dice que hay factores internos y externos que protegen contra el estrés social, la ansiedad o el abuso. En otras palabras, los programas de habilidades para la vida diseñados para prevenir conductas problemáticas específicas o promover conductas positivas específicas, no se ocupan directamente de las conductas de riesgo, más bien, acrecientan las aptitudes o habilidades que han demostrado ser mediadoras de esas conductas, es decir, las habilidades para la vida hacen posible la prevención. Los avances metodológicos han permitido que estas conductas complejas puedan ser estudiadas de manera sencilla y objetiva.

Hay muchas encuestas epidemiológicas y estudios de perfiles de riesgo en poblaciones de jóvenes que muestran, cuando se hace un análisis por tipo de sustancia, que los consumidores altos también están localizados en las categorías de vulnerabilidad alta, es decir que presentan también otras conductas de riesgo, sea dicho consumo alto de drogas ilegales o de uso médico (aunque en este caso las proporciones sean menores). Menos estudiada está la relación entre factores de riesgo y factores de resiliencia que poco a poco reúne más evidencias demostradas con investigación empírica, dando sólido sustento a la teoría que está detrás de las intervenciones que se enfocan en resiliencia y en habilidades para la vida. Esta relación varía dependiendo del tipo de población. Pero en diversos estudios con adolescentes de secundaria y jóvenes universitarios, se encontró una relación significativa entre factores de riesgo asociados a la sexualidad y a los factores escolares negativos (bajas calificaciones, reprobación y deserción). Los estudiantes con alto riesgo en estas áreas obtuvieron medias significativamente menores en la escala de resiliencia. También en los factores de eventos negativos se encontró relación con fortaleza interior, autoestima y manejo de las emociones. Asimismo, en el área de salud con manejo de las emociones y el vínculo con los abuelos, con fortaleza interior y clima familiar. El consumo de drogas legales tienen relación con la autoestima. Es decir, en las áreas mencionadas, quienes se localizaron en la categoría de alto riesgo, tuvieron medias significativamente menores de resiliencia, lo que confirma para estas áreas la relación entre a mayor riesgo menor resiliencia.⁵

Con todo lo anterior se comprende porqué propugnamos una prevención selectiva para todos. El eje de la argumentación está en el nexo entre vulnerabilidad psicosocial y consumo de sustancias, y en la posibilidad de intervenir con habilidades para la vida que se practican con y en la comunidad misma de pertenencia, y no es algo que se aprende en la consulta individual con especialistas. De aquí entonces la conveniencia de obtener los datos diagnósticos de las comunidades que se están interviniendo. El asunto de diagnóstico comunitario y no individual es esencial en nuestro punto de vista, porque libera de prejuicios y disminuye la presión ideológica sobre el método de intervención. Hay múltiples formas de lograr una aproximación suficientemente exitosa dependiendo de cuáles son los niveles de la

problemática psicosocial, el consumo de sustancias incluida, con miras a iniciar intervenciones preventivas.⁶ Usando la metáfora del semáforo, es fácil saber cuál es la percepción de los “focos rojos” que existen en una población, percepción que, está demostrado, correlaciona en forma positiva con la realidad juzgada epidemiológicamente, pero sobre todo, es fundamental para lograr la identificación con la causa de la prevención en la población objeto de la intervención. Seleccionar con base en los “focos rojos” (la población con altos consumos y/o alta vulnerabilidad) las habilidades para la vida que son las convenientes para desarrollar las competencias que permitan enfrentar los riesgos, es una estrategia trascendente tanto porque esa población es el objetivo de la intervención en cuanto a preocupación social, como porque al generalizar la estrategia a toda la comunidad intervenida, se evita la estigmatización en que redundaría someter a esa minoría a un trato excluyente y hasta posiblemente discriminatorio. Quienes están en niveles de menor riesgo (digamos los “focos amarillos” o los “focos verdes”) también se ven beneficiados del desarrollo de competencias en cuanto a habilidades para la vida, al extremo puede decirse que a nadie le cae mal un nuevo aprendizaje sobre cómo mejorar la calidad de la vida cotidiana en los ambientes proximales, la integración biopsicosocial que es la esencia de la prevención bajo el enfoque de riesgo-protección.

Las intervenciones preventivas en comunidades, independientemente del modelo que asuman, se enfocan a fortalecer los factores de protección y disminuir los factores de riesgo, el consumo de sustancias incluido. Su apuesta con medidas de prevención selectiva seleccionadas por el porcentaje de estudiantes que está localizado como “foco rojo” facilita adoptar medidas de atención comunitaria, que se formen redes de voluntarios en las escuelas, atendiendo al sentido de solidaridad, y a establecer grupos para el aprendizaje de habilidades para la vida en un ambiente de animación proactiva a nuevos aprendizajes. Con esta estrategia muchas comunidades han logrado disminuir los focos rojos, decrementar los focos amarillos, y mejorar la protección al aumentar los focos verdes que es la forma de poner en positivo la prevención. Además está comprobado que las redes de voluntarios son capaces de aprender el método en la acción y que también son capaces de continuar su practica en red en su escuela, su hogar o su barrio o grupo de pertenencia.

En la experiencia del Inepar, el modelo de intervención debe ser construido con bases empíricas, producto de la epidemiología y los estudios de riesgo, pero la intervención tiene que guiarse por las condiciones concretas de la población objeto de la intervención. Por ello, un punto fundamental en toda intervención preventiva exitosa es la formación en las escuelas, en los barrios y en los grupos vecinales, de redes de voluntarios a partir de las cuales se hacen los diagnósticos –sistematizando la percepción de sus miembros sobre la presencia de los riesgos que existen en la comunidad y la disposición al cambio de las personas que la conforman–. Un aspecto formativo importante, en estas intervenciones de prevención selectiva, es

que los miembros de las redes practican también habilidades para la vida, con lo cual se refuerza el mensaje preventivo por la convicción personal de los beneficios concretos. Los miembros de las redes colaboran en el aprendizaje de habilidades formando grupos que logran la máxima transversalidad en la vida de la escuela, del hogar y del barrio, lo cual promueve un ambiente favorable. En este enfoque de prevención selectiva que es una intervención y no únicamente una sensibilización educativa, las herramientas de medición antes y después de la intervención son indispensables para demostrar el impacto, no sólo en la percepción de las redes comunitarias, sino en los comportamientos de riesgo reportados por los mismos alumnos y/o miembros de la comunidad. El seguimiento sistemático de las actividades es un punto que debe enfatizarse, a la luz de resultados exitosos, cuando el registro es continuo durante el proceso, frente a cuando no lo es. La habilitación de una red de voluntarios que sean capaces de aplicar el método y continuar con los ciclos preventivos de forma permanente es el tránsito a la sustentabilidad, venciendo el grado de resistencia que se presenta en la disposición a la acción preventiva. La convicción de las redes es la actitud que deseamos para incrementar la sensibilización y la participación para avanzar a la anhelada autogestión preventiva en las comunidades

En conclusión, podemos puntualizar.

1. Una intervención de prevención selectiva exitosa permite documentar las distintas fases de su proceso, principalmente las siguientes:

- a) Diagnósticos de riesgo psicosocial en la población (epidemiológicamente, de ser posible y, al menos diagnósticos de percepción de riesgo) y de disposición al cambio. Esto nos lleva a precisar la importancia de los temas que habrán de abordarse en la programación.
- b) Programación de la intervención de acuerdo con el diagnóstico y seguimiento continuado de los avances del proceso, básicamente las actividades de la red. La calidad de la intervención se incrementa con los materiales adecuados (manuales, cuadernos de trabajo, carteles de animación, etcétera).
- c) Evaluación final y diseño, y planeación de un siguiente ciclo preventivo. El *desideratum* es dar sustentabilidad a la prevención selectiva, para que sea la propia comunidad la que la continúe y no los servicios de especialistas y centros comunitarios.

2. La programación debe guiarse para lograr disminuir la presencia de "focos rojos", es decir, quienes tienen alta vulnerabilidad y son medianos o altos consumidores, sin llegar a ser "casos" y dirigirse a toda la comunidad, estos es, hacer prevención selectiva para todos. (Es obvio que los "casos" deben ser canalizados a su atención clínica conveniente).

3. El enfoque proactivo, dirigido a lograr comportamientos resilientes, reduce el grado de experimentación con sustancias tóxicas en tanto que el consumo de sustancias se relaciona con otras conductas de riesgo que indican vulnerabilidad psicosocial, y hacen posible que los miembros de la comunidad que están en menor riesgo y/o que están protegidos también participen.

4. Las redes deben ser consideradas como “parte de la tecnología la intervención”. En nuestra experiencia, una red mejor organizada, consolidada y con plena identificación con la causa, que aprende el método, correlaciona positivamente con la eficacia para promover un mejor ambiente comunitario y desarrollar las habilidades para al vida y reducir la percepción de la existencia de “focos rojos” en su comunidad.

5. Relacionar costos y beneficios de una intervención preventiva con enfoque selectivo, trabajada por la misma red comunitaria, en su propia comunidad, seguramente tendrá más impacto que hacer una detección precoz individualizada en el centro comunitario o en el centro preventivo.

El Sistema de Transferencia Tecnológica Chimalli (SITT Chimalli) desarrollado por el Inepar, A.C. aporta los componentes para hacer las tareas de investigación en prevención selectiva a la par de lograr la formación de recursos humanos. Es decir, al lado de permitir el aprendizaje del método en una intervención con un diagnóstico adecuado, suficiente para la misma intervención, permite monitorear la ejecución y calificar el grado de calidad del desempeño. Debidamente utilizado, el SITT es base para incrementar la motivación al cambio, en los promotores que se capacitan y en los miembros de la red comunitaria al enfatizar el impacto positivo que tiene la práctica de habilidades que integran cuerpo-mente-espíritu y el estilo de vida que se aprende y mantiene para protegerse de los riesgos. Puede consultarse en la página de Internet: <http://www.inepar.edu.mx>.

Notas

¹ Directora general y presidente de la Junta Directiva, respectivamente, del Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, AC (Inepar).

² Consúltese por ejemplo <http://www.cij.gob.mx/>

³ Véase Castro Sariñana ME: “Hacia una política social de prevención de las adicciones. Siete puntos básicos para la reflexión.” Cuadernos de Prevención LXXXI. Revista *Liberaddictus*.

⁴ BuraK, Solum Donas (1999). “Protección, riesgo y vulnerabilidad”, en *Adolesc. Latinoam.*, vol.1, no. 4, pp. 222-230.

⁵ Para el análisis de algunos cifras, véase <http://inepar.edu.mx> (botón de Investigación epidemiológica. diversas bases de datos).

⁶ Véase, por ejemplo: Llanes J. “Métodos de evaluación rápida.” Cuadernos de Prevención p. LIX. Revista *Liberaddictus*.

Bibliografía

BuraK, Solum Donas (1999). “Protección, riesgo y vulnerabilidad”, en *Adolesc. Latinoam.*, vol.1, no. 4, pp. 222-230.

Castro Sariñana ME: "Hacia una política social de prevención de las adicciones. Siete puntos básicos para la reflexión", en Cuadernos de Prevención LXXXI. *Revista Liberaddictus*.

Llanes J: "Métodos de evaluación rápida", en Cuadernos de Prevención p. LIX. *Revista Liberaddictus*.

Pantoja L. (ed.) (2006): Prevención selectiva del consumo de drogas en menores vulnerables. Planteamientos teóricos y experiencias internacionales. Instituto de drogodependencias. (Serie Avances en Drogodependencias) Universidad de Deusto. Bilbao.

más artículos en: www.infoadicciones.org