



Trabajo Final de Grado

Monografía

**Retrasar la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas como principal  
objetivo de las estrategias de prevención**

María del Rosario Larrosa CI: 2.016.791-3

Tutor: Dr. Daniel Camparo

Co-Tutor: Dr. Paul Ruiz Santos

Revisor: Mag. Leticia Aszkinas

Facultad de Psicología – Universidad de la República

Montevideo, Julio 2022

## Resumen

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión, análisis y evaluación crítica de las estrategias de prevención de consumo problemático de sustancias psicoactivas llevadas adelante en distintos países, considerando las acciones orientadas a retrasar la edad de inicio en adolescentes y niños en el consumo de sustancias.

Existe evidencia del impacto negativo en la salud cuando el inicio de consumo de sustancias psicoactivas sucede a temprana edad, pudiendo observarse dicho impacto tanto en lo inmediato como a mediano y largo plazo.

La importancia de las consecuencias generadas por el inicio temprano de consumo en la niñez y adolescencia es lo que motiva la realización de este trabajo, en el entendido de que las intervenciones para retrasar la edad de inicio deberían ser fundamentales a la hora de diseñar políticas públicas y generar estrategias de prevención; aportando a una mejor calidad de vida en las etapas siguientes y contribuyendo a disminuir la cantidad de individuos que establecen un vínculo problemático con sustancias psicoactivas.

En Uruguay, los resultados muestran que no se ha logrado un impacto significativo en este sentido, por lo que se considera pertinente entender cómo se llevan adelante intervenciones en otros países, evaluar sus resultados, considerar su contexto así como las variables que se tuvieron en cuenta para su implementación, con el fin de lograr una visión que integre la mayor cantidad de aspectos posible a la hora de abordar esta problemática, pudiendo ser un aporte a la implementación de nuevas estrategias en los programas de prevención de consumo que puedan llevarse adelante mediante políticas públicas basadas en evidencia en nuestro país.

*Palabras clave:* intervenciones, prevención, sustancias psicoactivas, consumo problemático, retrasar edad de inicio en el consumo

## **Abstract**

The objective of this paper is to carry out a review, analysis and critical evaluation of the strategies for the prevention of problematic use of psychoactive substances, implemented in different countries, considering the actions aimed at delaying the age of onset of substance use by adolescents and children.

There is evidence of the negative impact on health when the start of psychoactive substance use occurs at an early age. This impact can be observed both immediately and in the medium and long term.

The importance of the consequences generated by the early start of consumption in childhood and adolescence is what motivates the realization of this work, in the understanding that interventions to delay the age of onset should be one of the fundamental aspects at the time to design public policies and generate prevention strategies. Being able to contribute to a better quality of life in the following stages and to reducing the number of individuals who establish a problematic link with psychoactive substances.

In Uruguay, the results show that a significant impact has not been achieved in this aspect, that is why it is considered pertinent to understand how interventions are implemented in other countries. Evaluate their results, consider the context in which they were carried out as well as the variables that were considered for its implementation, in order to achieve a vision that integrates as many aspects as possible when addressing this problem, and may be a contribution to carried out new strategies in consumption prevention programs that can be implemented through public policies based on evidence in our country.

*Keywords:* interventions, prevention, psychoactive substances, problematic use, age of onset of substances

## Introducción

La proporción de población que consume sustancias psicoactivas en el mundo ha ido en aumento; de acuerdo con datos del informe mundial sobre drogas de la Organización de las Naciones Unidas del año 2020, en el año 2009 se estimaba una cantidad de 210 millones de consumidores en la población mundial de 15 a 64 años, en el año 2021 la cifra pasó a 275 millones, y se espera que para el año 2030, esta cifra aumente en un 11% (United Nations, 2021).

El inicio del consumo de sustancias a edades tempranas produce graves consecuencias tanto en forma inmediata como a largo plazo, siendo este comportamiento un factor de vulnerabilidad frente al consumo, así como un fuerte predictor de consumo problemático en la edad adulta (Jackson et al., 2015).

Las consecuencias inmediatas se relacionan con una mayor probabilidad de sufrir accidentes graves y/o fatales, suicidios, situaciones de violencia interpersonal, de mantener relaciones sexuales no deseadas, de contraer infecciones por enfermedades de transmisión sexual y de generar embarazos no deseados.

Como consecuencias que pueden observarse a largo plazo, además de aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas como cirrosis, distintos tipos de cáncer, hepatitis C; el consumo temprano aumenta la probabilidad de desarrollar un consumo problemático de sustancias en la vida adulta con las consecuencias nocivas tanto a nivel individual como social que conlleva (Pedersen y Skrondal, 1998).

La adolescencia, como etapa del desarrollo donde se inicia el consumo de sustancias, presenta características que implican estrategias de intervención acordes a ellas.

Teniendo en cuenta los datos que surgen en nuestro país de la última encuesta realizada por el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) en el año 2018, donde la edad media de inicio

en consumo de sustancias es de 12.8 años (Junta Nacional de Drogas [JND], 2020), es relevante considerar retrasar la edad de inicio de consumo como parte fundamental dentro de las estrategias de intervención preventiva.

Para finalizar esta introducción se realizan las siguientes puntualizaciones:

- el presente trabajo aborda la temática de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas,
- no aborda la prevención en otras etapas ni la problemática del consumo de sustancias en adultos,
- distingue, para delimitar su alcance, entre consumo y consumo problemático de sustancias psicoactivas,
- el concepto sustancias psicoactivas se utiliza en lugar del término drogas, con la intención de incluir a todas las sustancias tanto las consideradas legales como ilegales, ya que algunos discursos suelen dejar fuera de la categoría drogas a sustancias como el alcohol y los psicofármacos.

### **Antecedentes**

Como forma de introducirnos en la temática, veremos algunos conceptos básicos en relación al consumo de sustancias psicoactivas, seguidos por una evolución a grandes rasgos de cómo ha sido considerado el consumo de dichas sustancias a lo largo del tiempo, según el enfoque epistemológico con que se ha ido abordando y en función de las circunstancias socio históricas en que se contextualiza.

Dichos conceptos refieren a qué entendemos por sustancias psicoactivas, qué son las intervenciones y cómo pueden clasificarse, la prevención y los ejes de prevención, el riesgo en el consumo de sustancias, la importancia de la percepción del riesgo y los modelos teóricos que la explican, entre otras nociones que se incluyen en este trabajo.

Con este marco teórico definido, seguiremos con una exposición de tipo descriptivo de algunas estrategias desarrolladas en distintos países, para luego realizar un análisis teórico de las estrategias descritas, concluyendo con algunas reflexiones acerca de cómo podemos, a partir de otras experiencias y la evidencia de su eficacia, pensar una estrategia de intervención en nuestro país.

## **Conceptos Básicos**

### ***Sustancia Psicoactiva***

Las sustancias psicoactivas son aquellas que al ingresar al organismo pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de un individuo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2005).

### ***Intervención y sus niveles***

El concepto de intervención refiere a un conjunto de acciones realizadas con el objetivo de evitar que se consuma, retrasar la edad de inicio, evitar que se convierta en un problema o reducir los daños ocasionados por el mismo, dependiendo de la etapa en que se encuentre el individuo o grupo objetivo (Organización de Estados Americanos [OEA], Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD]).

Las intervenciones pueden clasificarse en:

**Universales.** Se pueden aplicar en forma general para todos los individuos (por ejemplo, en relación a la higiene dental, al uso de cinturón de seguridad en un vehículo) (Gordon, 1983).

**Selectivas.** Son aquellas en las que la relación riesgo – beneficio es tal, que su aplicación sólo se recomienda cuando el individuo es miembro de un subgrupo de la población cuyo riesgo de padecer una enfermedad o sufrir un problema determinado, es mayor al promedio de la población general (Gordon, 1983).

**Indicadas.** Son aconsejables sólo para personas que presentan factores de riesgo específicos, condiciones personales o sociales que generan un riesgo lo suficientemente alto como para justificar intervenciones más específicas, que pueden no ser de bajo costo o no ser totalmente benignas (Gordon, 1983).

### ***Prevención y ejes de prevención***

De acuerdo con la OMS, la prevención se define como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Según el enfoque y el momento en que se realizan las intervenciones podemos clasificarlas en:

**Prevención primaria.** Entendida como la educación sanitaria en instituciones educativas, familias, organizaciones sociales.

**Prevención secundaria.** Refiere a la detección precoz de uso y abuso.

**Prevención terciaria.** Cuando el consumo es un problema ya instalado, el objetivo es detener o disminuir su frecuencia y sus consecuencias.

### ***Riesgo - Factores de riesgo y factores de protección***

Los factores de riesgo y de protección son variables que están relacionadas entre sí y responden a distintas áreas: individual, familiar, social, escolar, comunitaria, pudiendo determinar una mayor o menor vulnerabilidad frente al consumo de sustancias (López y Rodríguez, 2010).

Debido a la complejidad del consumo problemático de sustancias no es posible establecer sus causas en forma lineal o explicarlo por una de ellas. La investigación muestra

una serie de correlatos del consumo de sustancias como variables que se observan asociadas o correlacionadas con el consumo, y por ende, se consideran como posibles predictores del mismo. Por tanto, considerando las correlaciones de más peso se logran intervenciones más efectivas. En este sentido, estos factores de más peso son denominados de riesgo si aumentan la probabilidad de consumo y de protección si la disminuyen.

### **Disminución del riesgo y reducción del daño.**

La disminución del riesgo está relacionada a la prevención. Un ejemplo en nuestro país es la tolerancia cero y el control del consumo de alcohol en los conductores de vehículos como forma de disminuir el riesgo de accidentes de tránsito.

La reducción del daño se aplica en el ámbito asistencial, cuando ya existe el consumo problemático.

### **Percepción del riesgo.**

La percepción del riesgo es un factor importante en la adquisición y mantenimiento de los comportamientos relacionados con el consumo.

El concepto de percepción está relacionado a lo subjetivo y a conceptos como creencia y actitud. Según Pastor (2000) es un proceso cognitivo que depende de la información de cada persona acerca de algo; esta información se procesa influenciada por la motivación, las experiencias personales, la cantidad y calidad de la información, dando como resultado un juicio o valor, que condiciona su comportamiento. La percepción del riesgo se configura así como un proceso cognitivo individual, subjetivo, con incidencia de procesos básicos como experiencia, información, creencias, actitudes, motivación, que luego de procesado es adoptado como evidencia para el individuo.

En general los modelos de percepción de riesgo se desarrollan en el marco psicosocial cognitivo. A continuación, veremos los que se destacan: el Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada, y la Teoría de la Motivación Protectora (García del Castillo, 2012).

### ***Modelo de Creencias de Salud.***

Este modelo se basa en las creencias que una persona elabora en función de acontecimientos relacionados con la salud, interactuando en esta elaboración distintos elementos que darán como resultado que asuma o no un comportamiento de riesgo, según cuanto esté motivado para mantenerse sano y cómo perciba algunas creencias acerca de su vulnerabilidad a enfermar y la gravedad percibida de las posibles consecuencias en caso de enfermar. Es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida y los beneficios y costos que percibe en función de reducir los riesgos de salud adoptando conductas saludables y minimizando las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc. (García del Castillo, 2012).

### ***Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planeada.***

Las teorías de la Acción Razonada y la Conducta Planeada inicialmente intentaron dar una explicación empírica al comportamiento social, y posteriormente se derivaron al estudio de la conducta de salud, siendo uno de los objetos de estudio la prevención del consumo de tabaco y alcohol (García del Castillo, 2012).

La Teoría de la Acción Razonada considera que se puede predecir el comportamiento a través de la norma subjetiva y las actitudes, medidas mediante la intención. De acuerdo con esta teoría, la percepción de riesgo incluye elementos de la teoría donde el desarrollo subjetivo estaría mediado por la evaluación de las consecuencias del riesgo, las actitudes dirigidas hacia el riesgo, la percepción de riesgo de los demás y la norma subjetiva.

### ***Teoría de la Motivación Protectora.***

Esta teoría considera como premisa básica que el miedo a las consecuencias mediatiza el comportamiento final de las personas, motivándolas a buscar medidas de protección. Si a partir de allí la persona está motivada, sus conductas estarán dirigidas a evitar el riesgo. La motivación de la protección estaría determinada por dos variables: la valoración de la amenaza (la capacidad de adaptación a la amenaza menos la cantidad de amenaza recibida y el grado de vulnerabilidad que considera el sujeto frente a esa amenaza), y la valoración de la respuesta de afrontamiento (la eficacia de la respuesta y la autoeficacia menos los costos adaptativos). El concepto de percepción de riesgo desde esta teoría considera la mediación de la motivación protectora en el desarrollo subjetivo y la valoración, las dos variables fundamentales del modelo (García del Castillo, 2012).

### ***Dependencia o consumo problemático***

Dependencia refiere a un síndrome psicobiológico caracterizado por el deterioro del control sobre la sustancia, la capacidad adquirida de tolerar grandes cantidades, el uso continuo de la droga en presencia de consecuencias personales negativas y la experiencia de síntomas de abstinencia cuando se interrumpe su uso. El consumo problemático refiere a las consecuencias médicas, psicológicas, sociales y jurídicas asociadas a su uso (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010).

Se considera importante distinguir consumo de consumo problemático, en el entendido de que el individuo puede hacer uso de una determinada sustancia sin que ello implique un problema. Esta distinción es relevante en relación al enfoque utilizado a la hora de intervenir en prevención ya que, como se verá más adelante, dicho enfoque responde siempre a posturas atravesadas por las circunstancias políticas, económicas, sociales, culturales y de las relaciones

de poder establecidas en un determinado momento histórico. Estas circunstancias condicionan la definición del problema y en consecuencia, las políticas y estrategias a implementar para su abordaje.

Según Romaní (1999),

Se puede afirmar que como fenómeno socialmente relevante para una sociedad, las drogodependencias aparecen de forma característica en las sociedades urbano industriales contemporáneas centrales, y/o por influencia o imposición de las mismas, en sociedades subalternas generalmente (pero no necesariamente) asociadas a procesos de urbanización, ya que solo en ellas se dan las condiciones que lo permiten. La sustancia (o sustancias)-eje de una drogodependencia pueden ser, en nuestras sociedades, tanto drogas no institucionalizadas (p. ej., cocaína, heroína) como institucionalizadas (anfetaminas, alcohol, barbitúricos...). (p.55).

Hasta aquí realizamos un recorrido por algunas nociones básicas.

Veremos ahora la evolución de los modelos de intervención según el contexto socio histórico.

### **Evolución de los modelos de intervención**

Los modelos de intervención responden a posiciones epistemológicas, por lo que la comprensión e intervención en el campo del consumo problemático dependerá del modelo desde donde se explique.

Los modelos generan compromisos teóricos que producen determinadas soluciones para una problemática (Khun,1962). En lo que refiere al consumo de sustancias psicoactivas, podemos identificar cambios significativos en las intervenciones a lo largo del tiempo, en lo que hoy llamamos consumo problemático de sustancias, según cómo se determinó la problemática en cada momento.

## **El Modelo Jurídico - Prohibicionismo**

En 1961 en Viena se firma el Convenio Único de Estupefacientes seguido por una serie de convenios internacionales dando lugar al prohibicionismo, donde se considera como droga solamente a algunas sustancias psicoactivas (Romaní, 2008). Este paradigma de control y prohibición interviene desde una visión jurídico represiva, considerando que la ilegalización del producto tendiente a su eliminación, protege al individuo de los aspectos negativos asociados a su consumo. El individuo es considerado responsable del consumo, estigmatizándolo (drogadicto), sancionándolo judicialmente y propiciando el surgimiento de otro problema como el de un mercado alternativo ilegal para obtener la sustancia, que a su vez genera otras problemáticas relacionadas al narcotráfico que tienen un fuerte impacto social sobre todo en los sectores más vulnerables.

## **El Modelo Médico Sanitario**

Este modelo existe desde la antigua Roma como metáfora de la “ciencia alopática” (Romaní 1999).

Su utilización perdió relevancia con la aparición del modelo jurídico, pero con el cambio introducido por el proceso descriminalizador del consumo de sustancias recuperó protagonismo. En este modelo se define la adicción y el consumo como enfermedad, eliminando así la responsabilidad del individuo sobre sus actos. Cambia la estigmatización, pasando de ser un delincuente a un enfermo. Si bien este enfoque toma en consideración características psicoactivas de las sustancias y sus efectos, no considera aspectos psicosociales en el consumo.

El objetivo con este enfoque es lograr la abstinencia en el consumo, negando así la posibilidad de que existan distintas formas de relacionamiento posible con las sustancias por parte de los individuos.

## **El Modelo Bio-Psico-Social**

Este modelo surge ante la necesidad de incluir categorías psicológicas en la definición del problema y su diagnóstico (Apud y Romaní, 2016).

Se integran en este modelo el contexto social y la personalidad para comprender el consumo problemático. El estudio realizado por Zinberg en 1984 sobre el uso de la heroína en la guerra, dejó en evidencia la relación entre sujeto, sustancia y contexto. La imposibilidad de explicar el problema de las adicciones tomando en cuenta solamente el aspecto fisiológico centrado a nivel cerebral, permitió que se consideren otras variables de tipo social e individual.

## **El Modelo de Gestión de Placeres y Riesgos**

Este modelo toma en cuenta a las personas que no se identifican como enfermos por utilizar sustancias psicoactivas, permitiéndoles el acceso a los distintos dispositivos de intervención si lo requieren, sin considerarlos como enfermos o excluidos. Incluye una visión más amplia de los consumidores y de la realidad en que se enmarca el consumo teniendo en cuenta la posibilidad del uso de sustancias, sin que ello implique una estigmatización.

Este punto de vista permite manejar la posibilidad de tolerar ciertos consumos (abandonando la idea de abstinencia total). El individuo puede gestionar la relación placer/salud a partir de un aprendizaje. Plantea la información objetiva como forma de educar y responsabilizar a los usuarios sobre su propio consumo.

## **El Modelo Socio Cultural**

Según este planteo las variables socio-culturales serían centrales en la comprensión del fenómeno de las drogas, es decir que lo social es central para abordar el consumo problemático.

Integra aspectos que hacen a una visión del individuo inmerso en una sociedad y en una cultura, por lo que estas dos dimensiones son parte del problema.

Esta breve recorrida por distintos modelos aplicados a lo largo el tiempo nos permite visualizar las distintas variables que hacen al consumo problemático de sustancias psicoactivas, así como también el enfoque sobre el consumo en diferentes momentos, a partir de situaciones económicas, religiosas, culturales, psicológicas, políticas. Estas variables deben considerarse, definiendo las de más peso, en una estrategia integral que sea eficiente para abordar el consumo problemático de sustancias.

### **Algunas estrategias de intervención en el mundo**

Intentando abarcar la mayor cantidad de contextos, se resumen y analizan estrategias de prevención planteadas en distintos lugares del planeta que dan cuenta de distintos abordajes del consumo de sustancias psicoactivas.

En ese sentido se consideraron estrategias y/o intervenciones realizadas en: Kenia, Japón, España, Islandia, Chile y Uruguay.

El criterio para esta selección se definió, como se mencionaba anteriormente, con la intención de abarcar distintos contextos tomando países de todos los continentes, considerando las limitaciones que responden a la disponibilidad de información a la que se pudo acceder y a la extensión del presente trabajo.

#### **Kenia**

En Kenia, el National Authority for the Campaign Against Alcohol and Drug Abuse (NACADA), planteó una estrategia para la prevención del uso de alcohol y drogas en el año 2021. Anteriormente, el foco estaba puesto en la realización de actividades puntuales, difusión de información sobre mitos y efectos negativos del abuso de alcohol y drogas.

En esta estrategia 2021 se introduce la investigación y el enfoque científico. Se considera además que el abuso de alcohol y drogas es una gran amenaza para la vida y el desarrollo nacional.

Es por ello que se crea el NACADA, con el fin de reducir el uso de sustancias de riesgo antes de que el individuo establezca con ellas un uso problemático.

En 2017, los resultados de una encuesta realizada por NACADA indicaron que los abusos más comunes en Kenia refieren a alcohol, tabaco, cannabis, pegamento y khat; el 12,2% de las personas de entre 15 y 65 años son usuarios de alcohol, y un 10,4% de ellos sufren trastornos por consumirlo.

En 2019 una Encuesta Nacional sobre la Situación de las Drogas y Abuso de sustancias entre los alumnos de la escuela primaria en Kenia (NACADA, 2019) mostró que la edad promedio de aparición de al menos un fármaco o sustancia de abuso fue a los 11 años.

El objetivo de esta estrategia es la prevención del uso de sustancias psicoactivas en particular en las edades más jóvenes, evitando o retrasando el inicio del uso de sustancias psicoactivas, así como el desarrollo de trastornos por uso de sustancias.

Se considera la evidencia científica disponible que muestra la importancia de involucrar familias, escuelas, lugares de trabajo y comunidades para abordar los factores de riesgo y mejorar factores protectores para distintos grupos de edad. Los factores de riesgo y de protección difieren según la edad, por lo que la prevención del consumo de alcohol y drogas tiene como objetivo en este planteo lograr el desarrollo de niños y jóvenes para que visualicen sus talentos y potencial convirtiéndose en miembros contribuyentes de su comunidad y sociedad.

Las intervenciones y políticas se agrupan según los entornos en los que se van a implementar, en programas dirigidos a las principales etapas de desarrollo en la vida de un individuo.

Las directrices de este programa no abordan la prevención secundaria y terciaria, que incluiría el tratamiento de trastornos por uso de sustancias y la prevención de las consecuencias sanitarias y sociales.

## **Japón**

En Japón el abordaje de la problemática de la drogodependencia está en manos de los grupos de autoayuda, con apoyo limitado de las instituciones médicas.

En este país el foco está puesto en erradicar el consumo de sustancias psicoactivas, poniendo a los consumidores en el lugar de delincuentes principalmente ya que existe una fuerte legislación en esta materia; se promueve la cooperación internacional, destinando importantes sumas de dinero con este fin y colaborando con países que tienen un enfoque claramente punitivo hacia los consumidores de drogas, como es el caso de Rusia, con quién Japón colabora intensamente en el combate al narcotráfico.

En este contexto las cifras muestran una disminución del número de jóvenes de menos de 20 años arrestados por consumos de drogas entre 2012 y 2017, disminuyendo en un 65%.

Las medidas tomadas en Japón para abordar el problema desde 2008 tiene como centro los siguientes focos estratégicos:

1. erradicar el uso de drogas por parte de los jóvenes fomentando la conciencia normativa,
2. eliminar las organizaciones de tráfico ilícito de drogas,

3. ejercer un riguroso control de usuarios finales,
4. hacer cumplir la interdicción en la frontera,
5. promover la cooperación internacional.

## **Islandia**

En Islandia en el año 1999 se fundó el Centro Islandés de Investigación y Análisis Social (ICSRA en inglés), donde se recolectan datos a través del programa nacional de encuestas Youth in Iceland y se divulga información sobre el bienestar de las familias y los adolescentes, con el objetivo de abordar la prevención primaria mediante investigaciones y análisis de datos orientados a detener y revertir el fuerte aumento de consumo de sustancias sobre todo en los más jóvenes, ya que en 1998 el 42% de los jóvenes de entre 15 y 16 años en ese país reportaba estados de embriaguez en el último mes. En 2016 ese porcentaje bajó al 5%.

El programa está respaldado desde su inicio por la ECAD (Ciudades Europeas contra las Drogas) y la capital de Islandia. El foco estuvo puesto en el análisis y comprensión de los factores que influyen en el consumo por parte de jóvenes y adolescentes, integrando a todas las partes interesadas en el problema, principalmente en la comunidad (barrio, escuela, familia), buscando integrar un diálogo entre investigación, política y práctica.

Para ello aplicaron una metodología de cuatro pasos:

1. Un equipo conformado por científicos y legisladores utiliza los datos obtenidos para entender el alcance de la problemática y diseñar los lineamientos básicos de la estrategia a seguir.
2. El equipo trabaja a escala local, debatiendo en base a los datos locales de las comunidades y barrios de todo el país.

3. En un tercer paso se pasa a la práctica en múltiples lugares, considerando los datos nacionales, pero teniendo en cuenta las características e idiosincrasia de cada región o barrio
4. Por último se realiza una reflexión integradora, revisando las actividades locales, los procesos y resultados, generando nuevas rondas de discusión a nivel nacional.

Dentro de las medidas que se tomaron en general, se destacan modificaciones legales: se ilegalizó la compra de tabaco por parte de menores de 18 años y de alcohol por parte de menores de 20 años; se prohibió la publicidad de tabaco y alcohol. Se aprobó una ley que prohibía que los niños de entre 13 y 16 años estuvieran fuera de su casa después de las 22 hs. en invierno, y de la medianoche en verano.

Se establecieron por ley organizaciones de padres en cada centro, así como consejos escolares con representantes de padres. Se promovió su asistencia a charlas sobre la importancia de pasar una cierta cantidad de tiempo con sus hijos (en lugar del ocasional tiempo de calidad), de hablar con sus hijos acerca de sus vidas, conocer sus amistades y lograr que los niños permanezcan en casa por las noches.

Se firmaron acuerdos con los padres para evitar que sus hijos a partir de 13 años fueran a fiestas sin vigilancia, considerando que además de educar a los padres en estos temas, fortalecen su autoridad en el hogar, al lograr que la mayoría de los padres se manejen de la misma forma.

Desde el punto de vista de la utilización del tiempo libre, se amplió a nivel estatal la partida presupuestal destinada a financiar clubes de actividades deportivas, arte y actividades similares, para ofrecer alternativas a los niños y jóvenes de poder ser parte de un grupo sin tener

que recurrir al consumo para ello. Se apoyó también a las familias de bajos ingresos para que sus hijos pudieran participar.

Cada año se realiza una encuesta para actualizar los datos en base a los resultados de la estrategia.

Los estudios realizados en Islandia refuerzan la evidencia de que la falta de apoyo paternal, de control y de colaboración con otros padres, es el mayor factor de riesgo en relación con el consumo de drogas, así como un gran número de horas de inactividad sin supervisión ni organización.

Desde 2017 este programa mantiene colaboraciones con más de 36 ciudades de Chile, Portugal, España, Francia, Malta, Italia, Grecia, Turquía, Eslovaquia, Moldavia, Bulgaria, Lituania, Letonia, Estonia, Rusia, Suecia, Noruega, Islas Feroe, Kenia y Guinea-Bisáu.

El modelo exigió un cambio en la forma de pensar, pasar de una perspectiva individual a otra colectiva, y de una visión con objetivos a corto plazo a una con objetivos a largo plazo.

## **Chile**

Según la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 del Gobierno de Chile, el presidente Sebastián Piñera lanzó en abril de 2019 el Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas, con el objetivo principal de evitar, retrasar y disminuir el consumo de alcohol y otras drogas en niños y jóvenes, fortaleciendo sus ambientes de desarrollo familiar, escolar, comunitario y social.

En 1990 se crea en este país el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, encargado de la prevención, control, producción y tráfico ilícito de estupefacientes. En 2011 se transformó en el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), dependiente del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y

definido como el organismo público responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, así como del tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por el consumo problemático de estas.

Se acumuló experiencia y aprendizaje, que permitieron realizar una articulación importante entre distintas instituciones de nivel central, regional y local, y la construcción de un sistema de información que incluye la realización periódica de estudios, así como la implementación de una amplia oferta de programas preventivos y de intervención.

Actualmente, y de acuerdo con los últimos estudios nacionales en la población escolar chilena, los adolescentes se ubican en el primer lugar de los rankings latinoamericanos de consumo de cocaína, marihuana, pasta base de cocaína y tranquilizantes sin receta médica. Se considera un problema complejo, multifactorial y sistémico, marcado por diversos aspectos sociales y culturales que inciden en que no se logre protegerlos adecuadamente del consumo.

Se promueve entonces una cultura de menor tolerancia al consumo de sustancias, más orientada hacia el desarrollo saludable que libere las potencialidades de las personas, mejor informadas sobre los efectos perjudiciales del alcohol y otras drogas, y empodera a las comunidades, las escuelas y las familias para que puedan cumplir mejor sus funciones protectoras.

Se contrataron los servicios expertos de la Universidad de Chile para la evaluación técnica de la estrategia de prevención del consumo de sustancias de mayor alcance, el Continuo Preventivo, que llega a las comunas donde reside el 80% de la población de niños y adolescentes de Chile, a través de escuelas y liceos. Como resultado de esta evaluación, se establecieron los lineamientos del primer sistema de monitoreo y evaluación que tendrá dicha estrategia.

Se cuenta con la colaboración de la Universidad de Chile para la validación de instrumentos del programa de prevención selectiva e indicada del consumo de sustancias en el ámbito escolar, Actuar a Tiempo, y se integran procesos de evaluación externa al programa de tratamiento del consumo problemático de sustancias para personas en situación de calle, lo que resulta altamente relevante considerando la extrema vulnerabilidad que padece su población objetivo. Se espera que los procesos de la evaluación de la calidad de los programas permitan aplicar mejoras sustantivas a los mismos, así como posibilitar que se incorporen a la gestión el gran acervo de evidencia científica acumulada sobre los métodos más eficaces para prevenir y tratar el consumo de sustancias, llegando a una evaluación externa de la totalidad de los programas de tratamiento en el mediano y largo plazo.

En Chile los estudiantes de enseñanza secundaria se ubican en el puesto 10 en prevalencia de consumo de alcohol en el último mes, de una lista de 32 países de las Américas que reportan esta información. La prevalencia máxima la tiene Argentina con 50%, en tanto la mínima se aprecia en El Salvador, con 7% (CICAD, 2019).

Desde el punto de vista teórico, la Estrategia Nacional de Drogas en Chile para el período 2021-2030 se apoya en:

- El modelo ecológico de desarrollo humano de Bronfenbrenner.
- Los distintos niveles de prevención.
- El ciclo vital.
- Los factores de riesgo y protección.
- El análisis de la eficacia de intervenciones de prevención del consumo de sustancias.

Las metas de la estrategia que se desarrolla en Chile esperan lograr un cambio cultural a nivel nacional, generar un ambiente protector para niños, niñas y adolescentes y mejorar la

calidad de vida de los habitantes. Para lograrlas, los objetivos a alcanzar son: la reducción de la prevalencia de consumo de sustancias, y reducir y/o retrasar el consumo de alcohol y otras drogas, con foco en niños, niñas y adolescentes.

## **España**

En España existe una Estrategia Nacional sobre Adicciones por el período 2017-2024 plasmada en un documento elaborado con el consenso de todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales, las sociedades científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas.

Los objetivos de la estrategia son los siguientes:

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

Para llevar adelante la estrategia se toma como punto de partida los resultados obtenidos al realizar las evaluaciones de dos estrategias anteriores y tres planes de acción a partir de ellas. Se considera también como insumo, el análisis de la situación de las drogas y drogodependencias en España entre 2009-2015, y la estrategia de la Unión Europea 2013-2020 para la lucha contra la droga. La revisión de la evidencia científica también se considera en esta estrategia, sobre todo en relación a las nuevas tecnologías como facilitadoras del acceso y potenciadoras de algunas conductas adictivas.

Se establecen dos metas con sus objetivos estratégicos, con seis áreas transversales de actuación:

- Coordinación.
- Gestión del conocimiento (sistemas de información, investigación y formación).
- Legislación.
- Cooperación internacional.
- Comunicación y difusión.
- Evaluación y calidad.

Las metas se relacionan con la salud y la seguridad de la población, reduciendo la demanda de drogas y la prevalencia de las adicciones en general, a través de la reducción de la oferta.

Para llevar adelante esta estrategia se implementan dos planes de acción consecutivos, cuatrienales (uno 2017-2020 y el actual 2021-2024) los cuales se desarrollan con acciones específicas de las entidades nombradas anteriormente y con el monitoreo de indicadores e instrumentos que permitan evaluar estas acciones.

En relación a estos indicadores y evaluaciones, España cuenta con sistemas de información fiables e investigaciones que facilitan datos sobre aspectos fundamentales para desarrollar una estrategia como: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores, actitudes y percepciones de diversos sectores sociales, número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia, morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas, intervenciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como los relacionados con intervenciones judiciales y policiales en el control de la oferta.

España cuenta desde 1987 con indicadores de información anual sobre admisiones a tratamiento, urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas y mortalidad por

reacción aguda a sustancias psicoactivas. A estos datos se agregan desde 2006, indicadores sobre consumo problemático de riesgo de drogas.

En lo referente a encuestas, desde los años 90's se llevan a cabo en forma periódica por parte de la Delegación del Gobierno para el PNSD: la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), y la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Esta información estadística y epidemiológica es utilizada por un conjunto de Organismos Públicos Nacionales, así como por entidades privadas en la elaboración de sus estudios e informes. En cuanto a la demanda de drogas, el consumo de drogas ilegales en España sigue siendo una de las amenazas más persistentes para la salud y el bienestar de la sociedad. Se viene registrando además, un discreto aumento del consumo de sustancias psicoactivas legales, en particular, del alcohol y los hipnosedantes. Según datos de EDADES 2015-2016, las drogas con mayor prevalencia de consumo en España (en los 12 meses previos a la encuesta) entre la población de 15 a 64 años, son legales: el alcohol (77,6%; 9,3% a diario) y el tabaco (40,2%; 30,8% a diario), seguidas por los hipnosedantes, con y sin receta (12%; 6% a diario).

La edad media de inicio en el consumo se mantiene estable, con el inicio más precoz para las sustancias legales: el tabaco (16,4 años) y el alcohol (16,6). El cannabis comienza a consumirse a los 18,3 años; siendo el más tardío el inicio de consumo de los hipnosedantes (35 años). Con la excepción de los hipnosedantes, el consumo de todas las drogas está más extendido en el grupo de 15 a 34 años y en varones. Por otro lado, el patrón de policonsumo está muy extendido e incluye muy frecuentemente (90%), el consumo de riesgo de alcohol y cannabis.

Esta estrategia en España incluye un análisis de la situación de las adicciones desde la perspectiva de género. En este sentido los datos arrojan una prevalencia de consumo de

hipnosedantes, se trata de un consumo oculto, no ligado al estigma, considerado su consumo como “normal”, especialmente en mujeres, no existiendo campañas generalizadas de prevención y sensibilización.

El consumo excesivo de alcohol es el primer problema de salud pública en España, y causa un grave daño social y a terceros.

En esta estrategia se consideran los datos de que alrededor del 20% de los hombres que participan en programas de intervención para disminuir el consumo de drogas, y que conviven con sus parejas, han cometido alguna agresión hacia ellas durante el año anterior al inicio del tratamiento para la adicción.

Se informa también que es habitual encontrar en los programas de intervención para drogodependientes, participantes con una orden de alejamiento o denuncia por malos tratos. Además, parece ser que la relación entre consumo de alcohol y agresión es más fuerte entre hombres maltratadores que entre hombres de población general, y se considera que el consumo de riesgo de alcohol incrementa las probabilidades de que las agresiones sean más graves. Igualmente, el consumo continuado de sustancias se ha considerado un predictor de agresiones futuras contra la pareja.

Otro aspecto que incluye esta estrategia en España es acerca de la conducción y drogas, contando con información sobre consumo en los accidentes de tránsito con personas fallecidas.

Los valores que guían esta estrategia son:

- enfoque de salud pública integral, incluyendo a la persona, su entorno familiar y social, y al conjunto de la comunidad,
- universalidad,

- coherencia y colaboración entre administraciones públicas,
- atención a la diversidad,
- corresponsabilidad social y responsabilidad pública,

Principios rectores de la estrategia:

- equidad
- perspectiva de género
- transparencia
- evidencia científica
- participación
- intersectorialidad e interdisciplinariedad
- calidad, eficiencia y sostenibilidad.

## **Uruguay**

En nuestro país se elaboró la Estrategia Nacional de Drogas (END) 2021-2025, que fue aprobada por la Junta Nacional de Drogas en junio de 2021.

Desde el punto de vista institucional, la Junta Nacional de Drogas (JND) es el organismo rector en la materia, promoviendo el consenso al más alto nivel y brindando coherencia en su aplicación interinstitucional. La denominación Junta Nacional de Drogas y la creación de la Secretaría Nacional de Drogas fueron establecidas el 28 de octubre de 1999.

En junio de 2000 se definen sus cometidos e integración institucional.

Actualmente, es presidida por el prosecretario de la Presidencia de la República y está integrada por nueve subsecretarios de los ministerios con competencia en la materia, el

secretario general de la Secretaría Nacional de Drogas (SND) y el secretario nacional para la Lucha Contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

La JND tiene como misión establecer las directrices de la política de drogas garantizando la ejecución de las acciones que competen a los diferentes organismos del Estado.

En el año 2010 se crean en todo el país Juntas Departamentales de Drogas (JDD) y Juntas Locales de Drogas (JLD), ámbitos interinstitucionales para atender las diversas realidades en territorio.

La SND es la dependencia gubernamental especializada en materia de drogas, tiene como cometido brindar apoyo y asesoramiento técnico de alta calidad en el diseño, implementación y evaluación de la política, promoviendo su ejecución mediante la articulación interinstitucional.

La END considera los siguientes aspectos para abordar la problemática:

- es un fenómeno internacional que involucra la seguridad siendo necesaria una lucha frontal contra el tráfico ilícito de sustancias y el lavado de activos, lo cual requiere cooperación e intercambio regional e internacional,
- se considera necesaria una actualización permanente a nivel internacional en relación al debate y a las orientaciones estratégicas,
- el mantenimiento del respeto de la libertad individual a la hora de decidir, lo que implica decisiones informadas, en particular para los jóvenes,
- facilitar el involucramiento del sistema educativo por su rol en la promoción de trayectorias de vida resilientes y en la prevención de los usos problemáticos de drogas,

- que la prevalencia del uso problemático de drogas es mayor en poblaciones vulnerables (poblaciones privadas de libertad, en situación de calle o sin hogar, con patologías de salud mental, o con trayectorias de institucionalización infantil),
- que en las mujeres, el relacionamiento con las drogas es aún más estigmatizaste lo que dificulta la visibilidad del problema y la búsqueda de ayuda.

De acuerdo con lo establecido en la END 2021-2025, desde 1988, en Uruguay se ha apostado por la interinstitucionalidad, al considerar que se trata de un fenómeno de naturaleza compleja, actuando en forma conjunta y realizando una ejecución colectiva de varios organismos del Estado, haciendo confluir estrategias y unificando acciones para la consecución de los objetivos comunes.

En la END se considera que, para poder maximizar los beneficios, es necesario generar una red estable, sostenida en el tiempo, y resistente a las oscilaciones o a los vaivenes del quehacer político o institucional en otras áreas.

Se establece también que la Estrategia Nacional de Drogas (END) 2021-2025 es el resultado de un amplio proceso de consulta y trabajo interinstitucional con diversos actores vinculados a la temática de drogas. Se realizó en varias etapas, integrando los aportes de diversos organismos gubernamentales (ministerios, juntas, departamentales y locales de drogas, entre otros), así como de la sociedad civil y la academia, relacionados con el diseño, implementación y/o evaluación de la política de drogas.

Se recogen las lecciones aprendidas en los trabajos de evaluación de implementación de estrategias anteriores, realizados por la academia y la Secretaría Nacional de Drogas (SND).

El objetivo de la END en su cuarta edición, es renovar el compromiso del Estado Uruguayo en asumir y garantizar una respuesta integral a las necesidades del conjunto de la sociedad en materia de drogas, así como favorecer la coordinación de todos los actores

involucrados y responsables de su implementación, priorizando la salud desde un punto de vista integral, con estándares de calidad y respaldo en evidencia científica.

Se expresa el enfoque, principios y lineamientos estratégicos en cinco componentes:

1. Fortalecimiento institucional
2. Salud integral
3. Mercado: medidas de control y regulación
4. Justicia y convivencia
5. Relaciones internacionales y cooperación

Se apoya en un Plan de Acción basado en compromisos interinstitucionales, que posibilitan su adecuada implementación mediante la definición de metas e indicadores y su respectivo monitoreo y evaluación.

A nivel internacional, se estructura a partir de los lineamientos y compromisos acordados en las diferentes instancias en las que participa el país.

Se rige por los siguientes principios:

- derechos humanos,
- desarrollo con equidad,
- integralidad y equilibrio,
- corresponsabilidad,
- democracia,
- evidencia científica,
- transparencia.

Dentro de los lineamientos estratégicos incluidos en la END en nuestro país, relacionados con a la investigación, se incluye la generación de evidencia científica para el diseño y la implementación de políticas, así como fortalecer la vigilancia epidemiológica realizada por el OUD, e impulsar los sistemas de información en drogas.

### **Análisis teórico de cada estrategia**

Las estrategias expuestas anteriormente, varían de un país a otro en función de la forma en que la problemática se presenta en cada lugar y de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y culturales de cada país.

Aun así podemos decir, en base a los resultados obtenidos en los casos donde se implementaron y a la evidencia existente, que algunas variables deben ser consideradas como fundamentales, teniendo en cuenta cómo correlacionan con el consumo problemático de sustancias.

Analizaremos en base al marco teórico desarrollado las estrategias de intervención vistas anteriormente.

#### **Kenia**

En el caso de Kenia, la estrategia planteada es reciente (2021). Incluye la prevención primaria en niños y jóvenes y se apoya en la recolección de datos, la investigación y evidencia científica, reconociendo así su importancia en el abordaje de la problemática del consumo. Considera los factores de riesgo y de protección, involucrando a familia y comunidad y considerando el contexto de cada zona donde se llevará adelante.

Intenta dejar atrás una estrategia basada en acciones puntuales, especialmente en brindar información. Puede considerarse que tiene un peso importante en esta estrategia el enfoque del

modelo socio cultural al mover hacia el entorno el foco, que antes estaba puesto en los individuos brindándoles información; podemos considerar que toma además aspectos del modelo de intervención socio cultural.

## **Japón**

El enfoque en Japón adhiere claramente al modelo prohibicionista en relación con las sustancias ilegales, siendo tolerante con el consumo de alcohol y psicofármacos. El control se ejerce sobre todo con las drogas sintéticas como las metanfetaminas.

Considerando los datos, las medidas llevadas adelante en Japón son efectivas, pero a su vez la poca disponibilidad de datos nos hace pensar en que el control social y normativo, donde se criminaliza y estigmatiza a los consumidores, podría generar un subregistro.

Considerando las teorías que explican la percepción del riesgo, la teoría de la mediación protectora podría considerarse que se encuentra dentro de esta estrategia en la medida que la estigmatización social incide en cómo se percibe el riesgo, donde el miedo mediatizaría el comportamiento debido a las consecuencias negativas que genera incluso más social que legalmente en ese país. El hecho de que exista una normativa estricta y una fuerte estigmatización social de las personas que consumen drogas, también puede incidir en la calidad de los datos de las encuestas y en la solicitud de asistencia por parte de los consumidores problemáticos.

## **Islandia**

La estrategia llevada adelante en Islandia, se inició hace más de 20 años con foco en la intervención primaria. Se basa en la recolección sistemática de datos y su análisis, en relación

a los jóvenes y sus familias. Cuenta con el apoyo de los países del entorno. A esto se suma la modificación de algunas leyes relacionadas con el consumo en jóvenes, intentando así una coordinación entre investigación, política y puesta en práctica, la que tiene en cuenta el contexto de cada barrio, involucra a la comunidad y a las familias y sus resultados son evaluados con el fin de aumentar la eficacia en la siguiente implementación. Cuenta con recursos presupuestales para llevar adelante la estrategia, generando espacios para que los niños y jóvenes puedan usar su tiempo libre, fortaleciendo el control y apoyo paternal hacia sus hijos y entre sí, al considerar el apoyo paternal como un factor de protección, al igual que generar espacios controlados para uso del tiempo libre, siendo ambos los factores de protección con más peso. Su enfoque incluye aspectos del modelo socio cultural considerando el contexto y contiene elementos de la teoría de la acción razonada en relación a la percepción del riesgo ya que se considera la percepción de riesgo de los demás y la norma subjetiva. La definición de objetivos a largo plazo es otro aspecto a destacar en esta estrategia.

## **Chile**

En Chile la estrategia prevista para el período 2021-2030 cuenta con la colaboración del programa de prevención desarrollado en Islandia. Incluye como aspectos importantes el fortalecimiento del contexto familiar y social como factores de protección. Desde este punto de vista podemos ver aspectos del modelo socio cultural ya que considera el contexto y no solo al individuo.

Cuenta con el apoyo de la Universidad de Chile para evaluar los instrumentos a aplicar. Se plantea lograr una evaluación externa de los programas de intervención dentro de sus objetivos, con el fin de fortalecer la calidad de la estrategia.

Es una estrategia integral con objetivos claramente definidos, destacando la necesidad de proteger como sociedad a niños y adolescentes frente al consumo y con un sustrato teórico fuerte basado en evidencia, con una revisión previa de los programas de prevención y atención ya existentes en el país, y aspirando a ser líderes en latinoamérica en estrategias de prevención.

## **España**

La estrategia llevada adelante en España plantea un enfoque integral al abordar el uso problemático de sustancias, incluyendo además las adicciones comportamentales, basándose en información relacionada con el consumo proveniente de ámbitos diversos, como los accidentes de tránsito relacionados con el consumo, violencia familiar y enfoque de género. Como se explicita en la estrategia, el enfoque es hacia la salud integral, apoyándose en la colaboración entre dependencias estatales y con perspectiva de género y recabando y cruzando datos obtenidos desde diversas fuentes, relacionados con el consumo de sustancias. Los objetivos se plantean a largo plazo y se revisan los resultados obtenidos.

## **Uruguay**

La END en nuestro país, considera la importancia del trabajo interinstitucional, la generación de evidencia y las lecciones aprendidas de las estrategias llevadas adelante anteriormente en nuestro país. Plantea un enfoque orientado al respeto de los derechos humanos y la libertad individual. Este punto nos lleva a pensar inevitablemente en los proyectos impulsados actualmente para la internación compulsiva y en el peso de la evidencia en contrario en este tema, considerando la relevancia que se pretende dar a la academia y la evidencia científica, en la END, es una clara contradicción.

Los recursos financieros para la implementación de la estrategia a través de su plan de acción interinstitucional, se obtienen en parte de los bienes decomisados en el combate al narcotráfico básicamente, Fondo de Bienes Decomisados (FBD), planteando la necesidad de transparentar y fortalecer los procedimientos en relación a la gestión de estos. Se apoya en el sistema nacional de salud y se propone fortalecer el enfoque de perspectiva de género considerando además la interseccionalidad (origen étnico, nivel socioeconómico, entre otros).

Podemos pensar dos momentos en la END si consideramos que los lineamientos estratégicos refieren a desarrollar, posicionar, fortalecer; la estrategia planteada se encontraría en etapas iniciales en algunos lineamientos, y en un momento más avanzado en lo que refiere a medidas de control y regulación del mercado, donde se habla de profundizar y reforzar, aspecto importante a la hora de visualizar desde donde partimos. Por otra parte, no se visualizan objetivos en la END a mediano o largo plazo o un lineamiento en este sentido que incluya la idea de generar indicadores que permitan evaluar los resultados ni evaluar calidad de la estrategia. Desde el punto de vista de modelos teóricos, no se desprende un modelo claro, pero por momentos es claro que el foco está puesto sobre el individuo.

A continuación, vemos en la Tabla 1, un resumen de las medidas desarrolladas y consideradas por cada país en la estrategia llevada adelante, donde se señalan con “X” los países en los que sí se incluyó la medida mencionada dentro de la estrategia de intervención y con “-” los países en los que se encuentran consideradas.

**Tabla 1***Medidas consideradas por país*

<i>Medidas / País</i>	Kenia	Chile	España	Japón	Islandia
Evidencia científica	X	X	X	-	X
Recolección y análisis de datos	X	X	X	-	X
Involucramiento de Familias	X	X	X	-	X
Inclusión de Centros de Estudio	X	X	X	-	X
Foco en la Comunidad	X	X	X	-	X
Legislación	-	-	-	X	X
Control de padres	-	-	-	-	X
Actividades controladas en tiempo libre	-	-	-	-	X
Menor tolerancia al consumo	-	X	-	X	X
Información sistematizada	-	X	X	-	X
Participación de expertos	-	X	X	-	X
Apoyo en evidencia	X	X	X	-	X
Evaluación de calidad	-	X	X	-	X
Apoyo en modelos teóricos	-	X	X	-	X
Coherencia Institucional	-	X	X	X	X
Recursos presupuestales	-	X	X	X	X

## Reflexiones finales

Si bien las estrategias puestas en práctica y/o plasmadas como intención en un documento varían de un país a otro (en función de la forma en que la problemática se presenta en cada lugar y las condiciones socio económicas y culturales preexistentes), podemos pensar en base a los resultados obtenidos y a la evidencia existente, que algunas variables deben ser consideradas como fundamentales, como condiciones sine qua non a la hora de definir una política pública que permita elaborar una estrategia de abordaje eficaz.

En nuestro país, los aspectos básicos que se deberían incluir dentro de una estrategia son los siguientes:

- **Recursos presupuestales suficientes** que permitan implementar las acciones planificadas en la estrategia. En países como Islandia y España, este aspecto forma parte de la estrategia. En Uruguay el presupuesto destinado a los organismos que tienen como cometido desarrollar e implementar estrategias es insuficiente y se compone en parte por los recursos obtenidos de los bienes decomisados al narcotráfico, cuya gestión es lenta y burocrática, por lo que debería modificarse el proceso para agilizarlo y obtener recursos presupuestales propios y suficientes.
- **Bases de datos.** Es necesario obtener información con datos robustos, cruzando distintas bases de datos que abarquen las distintas variables relacionadas con el tema, sin lo cual es imposible comprenderlo y planificar acciones que permitan alcanzar las metas propuestas. Este aspecto también está presente en las estrategias que se desarrollan en países donde se han logrado resultados como Islandia y España fundamentalmente, donde se incluyen datos de violencia familiar, de género, accidentes de tránsito, entre otros relacionados con el consumo de sustancias.

- **Marco teórico y evidencia científica.** En países como Japón, España, Islandia, Chile, se aprecia un posicionamiento teórico que orienta la estrategia. Contar con un marco teórico es importante a la hora de definir los lineamientos estratégicos donde, en función de los datos se definen objetivos y acciones para alcanzarlos. Pero más allá de cuál es ese marco teórico, lo que interesa destacar es que está definido un enfoque teórico en el cual se apoya la estrategia, ya que desde allí surge por ejemplo, el considerar a los niños como resultado del medio, no como individuos con el nivel de racionalidad de un adulto a quienes responsabilizar por la decisión individual de consumir o no.. Para ello es imprescindible apoyarse en la evidencia. En el caso de nuestro país no se visualiza un marco teórico definido en las acciones que se llevan adelante y se nombra como lineamiento estratégico generar evidencia científica. Ya existe evidencia que puede considerarse inicialmente, más allá de generar nueva evidencia a partir de las distintas implementaciones a realizar
- **Objetivos a largo plazo.** Es necesario establecerlos, medir su cumplimiento, analizar las debilidades, generar acciones de mejora. Estos objetivos deben ser medidos para poder evaluar si se cumplieron y en qué grado y dónde se debe poner el énfasis para poder alcanzarlos en el siguiente “ciclo” de ejecución de las acciones, ya que la estrategia y las intervenciones, aun cuando se adapten a la dinámica que evidencian los datos, deben ser pensadas a largo plazo. En el caso de Chile, por ejemplo, se aspira incluso a una revisión externa del cumplimiento de objetivos. En nuestro país no accedimos a información de este tipo y no se desprende este aspecto en la END vigente. En otros casos los objetivos y los tiempos de implementación se establecen a largo plazo, permitiendo así avanzar e ir corrigiendo los desvíos en la implementación.

- **Liderazgo institucional** que integre a los diferentes actores públicos y privados, a todas las partes interesadas en el tema para que se enfoque como un tema social y no individual o que responda a intereses de determinados grupos sociales.

Si bien cada gobierno tendrá su enfoque ideológico respecto al tema, se debería trabajar para que pueda estar planteado por encima de intereses políticos o concepciones que en lugar de consolidar puedan generar retrocesos en los logros obtenidos

- **Legislación.** La legislación sobre sustancias como el alcohol, que surge como una de las más problemáticas en diferentes países y, específicamente en el nuestro como la de más prevalencia a edades bajas, es otro aspecto fundamental en el que debe considerarse la evidencia existente en relación con el desarrollo evolutivo y el daño que genera, por lo que debería revisarse la edad permitida legalmente para inicio del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y la marihuana. En este sentido, el marco regulatorio debe fortalecer los controles además de establecer las normas, es el caso de Japón, donde este aspecto es un punto fuerte para lograr bajar los niveles de consumo en los jóvenes. En nuestro país, la edad es de 18 años, cuando la evidencia científica demuestra que aún puede haber daños a nivel del desarrollo cerebral a esa edad, debería considerarse su aumento a 20 años.

- **Ampliar la desnaturalización del uso de las sustancias legales,** teniendo en nuestro país a favor la experiencia llevada adelante con el tabaco y medidas como la tolerancia cero en la conducción. Este aspecto está relacionado con la percepción del riesgo y es clave en una estrategia focalizada en niños y adolescentes, generando además un impacto en la población general.

En este sentido y, especialmente en función de la evidencia existente, aplicar al consumo de alcohol medidas similares a las aplicadas al tabaco en nuestro país, ya que

se encuentra naturalizado, sin control publicitario, siendo además de fácil acceso. Estas medidas deben ser sostenidas y con un control estricto de su cumplimiento.

Para finalizar podemos decir que, como punto de partida para desarrollar una estrategia efectiva en nuestro país, es imprescindible contar con recursos presupuestales, información confiable y sistematizada que permita planificar, establecer objetivos y medir su cumplimiento.

Como problema complejo y dinámico, debe enfocarse teniendo en cuenta todas las variables y poblaciones a las que va a ser dirigido, haciendo foco en los factores de riesgo y de protección que se consideran con mayor incidencia, basándose en la evidencia, con acciones de tipo universal como los aspectos normativos de regulación y control de su cumplimiento y aspectos como publicidad y disponibilidad de las sustancias.

El presente trabajo pone su foco en retrasar la edad de inicio de consumo por sus consecuencias negativas, por lo que además de medidas universales como las mencionadas, la estrategia debería considerar la percepción de riesgo de los niños y adolescentes frente a las sustancias, en experiencias como la de Islandia, el trabajo con los adultos evidencia que es fundamental propiciar un control paternal fuerte y espacios donde existan actividades de desarrollo social a las que puedan acceder también las poblaciones más vulnerables (actividades organizadas recreativas , extracurriculares, deportes).

El entorno de los individuos es parte de la problemática y los cambios en él dependen de políticas sociales que a su vez dependen de recursos y de una gestión integrada con una política sobre consumo de drogas.

En el caso de la END vigente en Uruguay, se hace énfasis en el fortalecimiento institucional, y en la intención de generar sistemas de información y mejorar las condiciones de vida de forma sostenida en el tiempo. Esta intención por parte del Estado, debería

consolidarse a través de un análisis de situación en todo el país, para lo que se necesita información y capacidad de análisis, evaluar qué acciones han sido las más eficientes y en qué marco teórico se apoyan y definir desde qué paradigma quiere basarse una estrategia y sus intervenciones en nuestro país, basándose en evidencia y considerando tanto lo social como lo comportamental, y como ya se mencionó, que fortalezca los factores de protección y mitigue los factores de riesgo. Para ello es necesaria una concientización a nivel social y político que permita llevarla adelante y anteponiendo la salud de niños y adolescentes a otros intereses.

## Referencias

- Apud, I., Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.  
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- Drug use, regulations and policy in Japan (2020)  
<https://idpc.net/es/publications/2020/04/consumo-regulaciones-y-politicas-sobre-drogas-en-japon>
- García del Castillo, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y drogas*, 12(2), 133-151.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>
- Gordon R. (1983) An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2):107-109.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>
- Junta Nacional de Drogas. (2020, febrero 20). Encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media Junta Nacional de Drogas  
<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/viii-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-estudiantes-ensenanza-media>
- Junta Nacional de Drogas (2021, junio 25). Estrategia Nacional de Drogas 2021-2025
- Jackson, K., Barnett N., Colby S., Rogers M. (2015) The prospective association between sipping alcohol by the sixth grade and later substance use. *Journal of Studies on Alcohol Drugs*. 76(2):212-21.  
[doi: 10.15288/jsad.2015.76.212.](https://doi.org/10.15288/jsad.2015.76.212)

Kuhn, T. (1962) *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press

López, S., Rodríguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(Número 4), 568-573.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8919>

National Authority for the Campaign Against Alcohol and Drug Abuse (2019), Strategic Plan 2019-2022

<https://nacada.go.ke/sites/default/files/201911/NACADA%20STRATEGIC%20PLAN%202019-23.pdf>

National Institute of Drug Abuse (2020) ¿Cuáles son los factores de riesgo y cuáles son los factores de protección?

<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas/capitulo-1-los-factores-de-riesgo-y-los-factores-de-proteccion/cuales-son-los-fa>

Organización de Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas, Manual para la prevención del uso de drogas

[http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/pdf/guias/manual%20de%20prevencion.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/pdf/guias/manual%20de%20prevencion.pdf)

Organización Panamericana de la Salud

<https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>

Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*.

Salamanca, Universidad Pontificia.

Pedersen, W., Skrondal, A. (1998) Alcohol consumption debut: predictors and consequences.

*Journal of Studies on Alcohol* 59:1 32-42

<https://www.jsad.com/doi/epdf/10.15288/jsa.1998.59.32>

Romaní, O. (1999) *Las drogas sueños y razones*. Barcelona. Ariel.

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*, 4 (3), 301-318.

<https://www.redalyc.org/pdf/731/73140304.pdf>

United Nations (2021, Junio) World Drug Report 2021

[https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021\\_booklet-1.html](https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-1.html)

Zinberg, N. (1984) Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University.