



DOCUMENTO TÉCNICO: CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN JÓVENES

PROGRAMA HABLEMOS DE TODO - INJUV

INTRODUCCIÓN

En el marco de la Asesoría para el Diseño Integral del Programa Hablemos de Todo (HDT), el presente documento contiene los principales factores de riesgo que afectan a la población juvenil en términos físicos, mentales y sociales. Su función es servir de fundamento técnico para la validación de las temáticas basales del Programa HDT con los actores relevantes (jóvenes, organizaciones de la sociedad civil, intersector) y la creación de contenidos en lenguaje web para el programa HDT. Por tal razón, y en base a lo establecido en los Términos de Referencia de la consultoría, el objetivo es dar cuenta de una revisión teórica de las principales temáticas que afectan el bienestar y autocuidado de las y los jóvenes, incluyendo una conceptualización de cada una de ellas, datos cuantitativos respecto de su prevalencia y percepción de importancia entre los/las jóvenes, y complementando esta visión con políticas públicas nacionales e internacionales. Esta revisión contempla referencias tanto del ámbito académico, como de organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales.

Cuando se inició el trabajo a finales de diciembre 2019, el punto de partida fueron las dimensiones temáticas de referencia del programa Hablemos de Todo de Argentina, contextualizadas a la realidad social de Chile (algunos temas fueron eliminados en ese proceso por considerarlos no atingentes); adicionalmente se realizó una búsqueda amplia de otras posibles problemáticas a incluir en función de su relevancia para las juventudes en Chile, desde un punto de vista de percepciones (encuestas de opinión) y epidemiológico; teniendo como criterio de selección que existiese alguna oferta programática en Chile para cada problemática, de manera que fuese posible ofrecer recursos de apoyo concreto a la población joven del país.

A través de ese proceso inicial de ampliación se llegó a un listado de 20 posibles temas. El 24 de enero de 2020, en reunión con la contraparte, se acortó ese listado a 14 temas que serían los que se trabajarían en detalle en el documento técnico y se presentarían a las y los jóvenes para la primera fase de validación, de la cual debían emerger los 10 temas definitivos. Con posterioridad, se realizó una redefinición que significó reducir a priori el listado a 8 temáticas, que son las que pasarán a validación y se presentan en este documento.

Cada una de las problemáticas fue agrupada a partir de temas/capítulos. Cabe señalar que todas ellas se estructuran de la siguiente forma: problematización (que da cuenta sobre los debates teóricos conceptuales sobre la dimensión); evidencia empírica nacional (que describe cuantitativamente el panorama actual de la problemática en el país); y oferta programática (revisión de las principales políticas públicas nacionales que abordan cada una de las problemáticas). Junto con ello, se muestra la evidencia internacional (se revisan y describen las cifras internacionales de cada una de las problemáticas) y también se incorporan medidas internacionales (que dan cuenta de las principales políticas públicas en el ámbito internacional, además de buenas prácticas). A partir de todo ello, y de acuerdo a lo establecido en los Términos de Referencia de la Asesoría, se pretende describir el panorama general de los principales riesgos físicos, mentales y sociales que afectan a la población juvenil en Chile.

La juventud¹ resulta un concepto teórico que posee una multiplicidad de perspectivas de aproximación². Para fines de este documento, justamente se comprende que “la juventud, como

1 El documento también presenta evidencia acerca de la adolescencia. No obstante, se mantiene la noción conceptual del INJUV.

2 Álvarez (2016) distingue diversas entradas que han caracterizado este campo de estudio, reconociendo tres enfoques principales, a saber: el de enfoque sociodemográfico donde la categoría de juventud se constituye desde

toda categoría socialmente constituida, que alude a fenómenos existentes, tiene que ser analizada desde los distintos aspectos simbólicos, materiales, históricos y políticos en los que toda producción social se desenvuelve” (Margulis y Urresti, 1996). Esto implica reconocer las diversas formas de ser y hacerse joven en el contexto de una sociedad histórica determinada; las prácticas y significaciones culturales que despliegan quienes son considerados socialmente como jóvenes; los imaginarios sociales construidos en torno a la noción de juventud; reconociendo a su vez, la conflictividad social en los modos de relación generacional que se ejercen en nuestras sociedades adultocéntricas (Duarte, 2016).

Por este mismo motivo, las juventudes residentes en Chile no deben tomarse un por grupo homogéneo; contrario a ello, estas tienen sus propias diversidades. El país actualmente vive un proceso de expansión de la pluralidad (Rubio, 2012), lo cual ha causado que fenómenos como el aumento de la migración³ afecten la construcción social de las juventudes, generando cambios en este grupo poblacional durante los últimos años y meses (INJUV, 2019).

La Novena Encuesta Nacional de la Juventud (2019) demuestra la diversidad de las juventudes en Chile, contextualizando que el 10,5% de las y los jóvenes se siente parte de algún pueblo originario y el 4,8% declara haber nacido en otro país. Acerca de la sexualidad y el género de las y los jóvenes en Chile, la misma encuesta demuestra que el 9,5% de las y los jóvenes declara una orientación sexual diferente a la heterosexual o no responde ante dicha pregunta y el 2,1% declara que su sexo no coincide con su percepción de género. Sumado a ello, 1 de cada 4 jóvenes es madre o padre, y el 48% se encuentra soltera o soltero.

Además de dichos antecedentes, la pluralidad también se manifiesta en los modos de participación de las y los jóvenes en Chile, en donde aproximadamente la mitad de este grupo poblacional declara haber participado en alguna organización social en el último año. Cabe destacar que el 14,4% corresponde a organizaciones que defienden una causa o ideal u organizaciones de identidad cultural (INJUV, 2019).

En ese sentido, se trata de reconocer a las juventudes como portadoras de diferencias y singularidades. Para recoger la riqueza propia de aquella pluralidad, se requiere de miradas caleidoscópicas hacia y/o desde el mundo juvenil que permitan un acercamiento a su complejidad constitutiva e irreductible; viendo a las y los jóvenes como sujetos con capacidades y potencialidades, considerándoles como actores en tiempo presente en las sociedades en que habitan (Duarte, 2000).

Para comprender la complejidad de los problemas que inciden en la salud de las y los jóvenes, es necesario identificar los factores de riesgo y de protección presentes en su ambiente físico y humano (Bronfenbrenner, 1979; Compas y Reeslund, 2009). Los impactos de estos factores de riesgo en la salud física y mental dependen de la capacidad de abordarlos mediante la activación y desarrollo de factores protectores que contribuyan a generar interacciones favorables con su entorno (Munist et al., 1998).

Respecto a lo anterior, los factores de riesgo se comprenden como la probabilidad que tiene un individuo de sufrir en el futuro un daño en su salud y se encuentran estrechamente relacionados

rangos de edad y como preparación de la vida adulta; el enfoque conservador, adultocéntrico y psicológico, cuya preocupación radica en la maduración psicobiológica del sujeto juvenil, y el enfoque sociocultural, donde se asume que el concepto de juventud está socialmente construido.

3 Información extraída de <https://www.extranjeria.gob.cl/noticias/poblacion-extranjera-en-chile-aumentaron-en-19-en-relacion-a-2018/>. Fecha de consulta: 28 de septiembre 2020.

con determinantes sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos, y la calidad del acceso servicios, como los de salud (Munist et al., 1998). Por su parte, los factores protectores son aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del individuo o que disminuyen el riesgo de un desarrollo alterado; se pueden potenciar, destacando y desarrollando las mejores herramientas en cada persona para enfrentar la adversidad (Bronfenbrenner, 1979; Munist et al., 1998). De este modo, el presente documento ahonda en los principales factores de riesgo que afectan a la población juvenil, buscando que la ejecución del Programa Hablemos de Todo potencie y desarrolle factores protectores que garanticen la protección y desarrollo de las juventudes, desde un enfoque basado en derechos humanos⁴.

En cuanto a la estructura del documento, el primer capítulo denominado Salud Sexual y Reproductiva aborda tanto las problemáticas de VIH/Sida e ITS como de Embarazo Adolescente. El segundo capítulo denominado Violencia en jóvenes hace referencia a los distintos tipos de violencia y discriminación a los que se ve expuesta la población juvenil. El tercer capítulo aborda el tema de Salud Mental en jóvenes, específicamente la Angustia, la depresión y el suicidio, así como también el Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Finalmente, el cuarto capítulo refiere al Acoso en Jóvenes, que involucra y afecta tanto a quienes lo ejercen como a quienes son víctimas, especificándose tanto el Bullying y cyberbullying como el Ciberacoso. Al ser un documento eminentemente descriptivo, más que analítico, no se ha considerado un apartado de conclusiones, ni una discusión de hallazgos.

CAPÍTULO: SALUD MENTAL

La OMS define la Salud Mental como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”⁵. En ese sentido, la salud mental es parte integral de la salud de las personas y posibilita tanto el bienestar individual como el funcionamiento eficaz de una comunidad.

Por su parte, el Ministerio de Salud en Chile, define salud mental como:

la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (Minsal, 2017, p.31)

Al igual como sucede con la salud en general, la Salud Mental no solo se encuentra condicionada por características individuales, tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con otros, sino que también por factores sociales, culturales, económicos, políticos, físicos y ambientales también moldean la experiencia de salud mental de las personas. Así, la pobreza, los bajos niveles de educación, la violencia de género, las malas

4 Este enfoque supone analizar las normas de género, las diferentes formas de discriminación y los desequilibrios de poder, a fin de garantizar el acceso a las ofertas a dichos grupos de la población. A la vez, las intervenciones han de basarse en los principios de los derechos humanos, a saber: universalidad e inalienabilidad; indivisibilidad; interdependencia e interrelación; igualdad y no discriminación; participación e inclusión; rendición de cuentas y estado de derecho (ONU, 2003).

5 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

condiciones de la vivienda, los bajos ingresos, el maltrato infantil, la exposición a las adversidades a edades tempranas, la pertenencia a minorías sexuales y étnicas, entre otros, se configuran como factores de riesgo para la salud mental (Minsal, 2017; OMS, 2013).

Además, los problemas de salud mental afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a las y los más jóvenes, a las mujeres, impactan de manera particular a personas de pueblos originarios y empiezan tempranamente en la vida, entre las niñas y los niños de 4 a 11 años, el 27,8% presenta alguno de estos trastornos (Vicente et al., 2016). Ejemplo de esto es que las mujeres sufren violencia de género, aumentan el doble sus probabilidades de sufrir depresión, en 87% de sufrir trastorno por consumo problemático y en 4 veces el riesgo de suicidio (Minsal, 2017), o que la prevalencia de depresión en los últimos 12 meses es mayor en mujeres chilenas (10,1%) que en hombres chilenos (2,1%) (Minsal, 2018), así como en el nivel educacional más bajo (20,8%) (Minsal, 2017). Por lo tanto, dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales corren un riesgo mayor de sufrir problemas de salud mental.

Entre los grupos de mayor riesgo se encuentra la población juvenil, ya que se tienen propensión de vivir situaciones que les lleven a desestabilizarse y querer, inclusive, acabar con su vida. En este sentido, las y los jóvenes con problemas de salud mental sobrellevan una doble exclusión: su condición juvenil y su salud mental que les hacen más vulnerables. Igualmente, dentro de este grupo, las y los más afectados por bajos niveles de salud mental son las y los jóvenes de bajos recursos, ya que carecen de soporte social y; junto con ellos, las mujeres jóvenes, por sus elevados niveles de riesgo de trastorno emocional (Irrarázaval, 2019). De este modo, es importante poner atención a este segmento de la población.

En el año 2018, la OMS dedicó el Día Mundial de la Salud Mental especialmente para hablar de las y los jóvenes. Dando cuenta que alrededor de un 20% de niñas, niños y adolescentes tienen problemas de salud mental en el mundo, y al menos la mitad de los casos comienza antes de los 14 años. A la vez, el suicidio se instala como la segunda causa de muerte de jóvenes entre 15 y 29 años en todo el mundo (Siebert, 2018).

Para un mejor entendimiento de la condición de la Salud Mental, es necesario realizar una distinción entre esta y los trastornos mentales, que, si bien se encuentran relacionados, no refieren a lo mismo. Aun así, para asegurar una buena salud mental para todas y todos, es fundamental atender y dar respuestas a quienes padecen de trastornos mentales.

Los trastornos mentales comprenden una amplia gama de enfermedades que tienen diversos y específicos síntomas, pero todas tienen en común que afectan las emociones, sentimientos y el comportamiento de las personas afectadas. Factores como el estrés, la herencia genética, la alimentación y los riesgos ambientales pueden causar trastornos mentales⁶.

Desde otra perspectiva, los trastornos mentales se asocian a obstáculos para la manifestación de las capacidades humanas (intelectuales, emocionales, afiliativas, morales, etc.) y por tanto más que enfermedades serían grupos de comportamientos que varían (Minsal, 2017).

Las personas con trastornos mentales presentan tasas muy elevadas de discapacidad y mortalidad. Por ejemplo, una persona con depresión, tiene una probabilidad de muerte prematura entre un 40% y 60% mayor que la población general, debido a muchos problemas de salud física que no

⁶ Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

son oportunamente atendidos y/o al suicidio (OMS, 2013).

Por otro lado, los trastornos mentales constituyen factores de riesgo de otras enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, infección por VIH, entre otras, y, a su vez, se ven influidos por estas. Además, existe una coincidencia considerable entre trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. De hecho, tomados en conjunto los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, representan un 13% de la carga mundial de morbilidad en el 2004 (OMS, 2013).

Adicionalmente, los trastornos mentales con frecuencia llevan a las personas y sus familias a la pobreza, exacerbando su marginación y vulnerabilidad. Así como también sufren de la discriminación y estigmatización, siendo víctimas de violaciones de los derechos humanos, negándoles muchas veces derechos económicos, sociales y culturales, reproductivos, civiles y políticos, generándoles restricciones para el trabajo y la educación, contraer matrimonio, fundar una familia y votar. De este modo, las personas con trastornos mentales suelen vivir excluidas y marginadas de la sociedad, lo cual representa un importante impedimento para la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales (OMS, 2013).

Sin embargo, los trastornos mentales no son necesariamente condición de una mala salud mental (aun cuando pueden condicionarla bastante), ya que personas que padecen de un trastorno mental, pueden gozar de un nivel alto de salud mental si recibe un tratamiento adecuado, cuenta con buenas y dignas condiciones de vida (acceso a vivienda, trabajo, educación), formas de protección social adecuadas y, un clima social y cultural de respeto por las diferencias. A la inversa, una persona sin trastorno mental, puede tener un nivel bajo de salud mental si no cuenta con las oportunidades de realización de sus capacidades para lidiar con sus problemas cotidianos (Minsal, 2017).

Por lo tanto, las políticas nacionales de salud mental no pueden ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino que deben reconocer y abordar cuestiones amplias, donde se fomente la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Así como también, trabajar en conjunto con otros servicios y sectores: educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, asistencia social. Por otro lado, es necesario que las políticas relativas a la salud mental no solo protejan y promuevan el bienestar mental, sino que se satisfagan las necesidades de las personas con trastornos de salud mental⁷.

De este modo, la promoción de la salud mental consistiría en la generación de acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas mantener y adoptar modos de vida saludables. La necesidad de un ambiente de respeto y protección de los derechos, civiles, políticos socioeconómicos y culturales básicos es crucial cuando se habla de salud mental⁸.

Frente a esta manera de abordar la salud mental, la OMS (2013) plantea la importancia de la prevención para evitar la angustia y las enfermedades mentales entre adolescentes y jóvenes, para ello: 1. Propone que se deben enseñar los signos y síntomas que alertan un posible inicio de enfermedad mental, de manera que las personas logren reconocerlos y entenderlos; 2. Otorga a mundos adultos, entornos comunitarios e instituciones como las escuelas el rol de apoyo psicosocial para niñas, niños y jóvenes; 3. Recalca el deber iniciar, mejorar o ampliar la capacitación de profesionales

7 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

8 Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

sanitarios para que puedan detectar y tratar trastornos mentales.

Ahora bien, aun cuando la salud mental constituye un tema importante para los sistemas de salud de todo el mundo, todavía quedan muchos desafíos para que esta se consiga a nivel mundial y de manera equitativa en todos los grupos sociales (OMS, 2013). Los sistemas de salud no han dado respuestas adecuadas a la carga de trastornos mentales existentes, por lo que la diferencia entre la necesidad de tratamiento y la prestación es muy grande. Lo mismo ocurre con la necesidad de apoyo y atención social. Esto es aún más problemático en los países de ingresos bajos y medios, donde entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento, aunque, la cifra también es elevada los países de ingresos altos: entre un 35% y un 50%⁹

Irarrázaval (2019) plantea que, dado que los trastornos mentales se encuentran muchas veces asociados a otras enfermedades o bien, configuran factores de riesgo común, inclusive en términos de terminar con la propia vida, requieren que se realicen intervenciones que vinculen estos elementos y que permitan la movilización de recursos comunes. Y que, dado los elevados números que presentan las juventudes en términos de falta de salud mental, la atención prioritaria en el diseño de iniciativas públicas y/o privadas, destinadas a mejorar los niveles de salud, debiese estar pensada para dicho grupo (Irarrázaval, 2019).

Pese a que se reconoce la importancia de la salud mental en jóvenes, y existe conocimiento respecto al deber mejorar los diagnósticos a edades tempranas, el acceso a consultas, el acceso a tratamientos, y prevenir factores de riesgo, las acciones programáticas y políticas han sido lentas. Sobre todo, dada la consideración que estas medidas resultan fundamentales para controlar y disminuir las tasas de suicidio en las y los jóvenes (Irarrázaval, 2019).

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS EN JÓVENES

El uso de alcohol y otras drogas - sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas – por parte de la población es un problema de salud pública que debe ser abordado con múltiples estrategias; particularmente el uso por parte de adolescentes y jóvenes, respecto del cual hay amplio consenso de los riesgos que implica.

La definición del problema, así, no debe estar exclusivamente acotada al campo de las adicciones y, por lo tanto, de los trastornos por consumo de alcohol o drogas, sino al área de las consecuencias de salud y también sociales del consumo que no constituye trastorno, en ciertas situaciones o poblaciones particulares. De este enfoque, por ejemplo, dan cuenta algunas recientes publicaciones de OPS/OMS, “Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos (OPS/OMS, 2018) y “La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas” (OPS/OMS 2016), así como la Estrategia Global sobre Alcohol (OMS, 2010) y la Estrategia Nacional sobre Alcohol (MINSAL, 2011).

De esta manera, potencialmente podría hablarse de dos clases de problemas diferentes. Por una parte, los trastornos por consumo de alcohol o drogas, formas de consumo que cumplen ciertos criterios clínicos, y que requieren tratamiento y rehabilitación para su abordaje. De entre las y los consumidores, sin embargo, la población que pertenece a este grupo es la minoría y, luego, no todas las formas de consumo constituyen trastornos y requieren tratamiento.

⁹ Información extraída de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

Por otro lado, todas las formas de consumo sí representan ciertos riesgos y consecuencias sociales y sanitarias, y estas se ven todavía aumentadas en las y los jóvenes y, particularmente, en las y los menores de 18 años. Este tipo de relación con el consumo puede ser denominado “consumo de riesgo” y refiere a cantidades, frecuencias o condiciones del consumo que representan mayores riesgos. El consumo de riesgo y, en general, el consumo de alcohol y otras drogas, es abordado a partir de estrategias promocionales y preventivas. La prevención, en estos casos, no solo cumple con el propósito de evitar que se desarrollen trastornos por consumo de sustancias – lo que, de todas maneras, ocurriría en la menor cantidad de casos – sino que, principalmente, prevenir las consecuencias a la salud y también sociales, familiares, educacionales, que el mismo consumo tiene en jóvenes.

En este documento se busca desarrollar una perspectiva amplia del uso de alcohol y otras drogas en jóvenes y, por lo tanto, se abordan ambos problemas relacionados con el consumo. No obstante y entendiendo que los procesos de tratamiento corresponden a la acción de la red de salud y de programas de tratamiento, se espera que la acción intersectorial, del Estado y de la sociedad civil, vaya más bien encaminada hacia abordar el consumo de alcohol y drogas en jóvenes (el consumo de riesgo) y, de esa manera, se enmarque en el desarrollo y fortalecimiento de acciones de promoción y prevención, incluyendo la detección temprana y su intervención, así como programas socio-comunitarios de reducción de condiciones de riesgo.

La OMS (2013) señala que el consumo de drogas en adolescentes y jóvenes debe ser considerado como un problema de salud pública, ya que es causa fundamental de traumatismos, en específico de los causados por el tránsito, violencia y muertes prematuras. Se ha demostrado que el tratamiento para el consumo de drogas reduce los costos sociales y de salud en una escala mucho mayor que el costo mismo del tratamiento. Ante ello, se debe asumir que el consumo problemático de drogas es un fenómeno complejo que abarca la triada droga(s), sujeto y contexto.

Los niveles de consumo están relacionados con el vínculo que las personas establecen con la sustancia (Minsal, 2013b). De este modo, el primer nivel sería el uso de una sustancia, que se caracteriza por operar de manera aislada y ocasional sin mayor dependencia de la droga(s). El abuso, corresponde a un uso inadecuado por la cantidad, frecuencia y finalidad que se consume. Finalmente, el nivel de dependencia, se considera cuando existe una necesidad inevitable respecto el consumo (Camarotti et al., 2013; Camarotti y Kornblit, 2015; Kornblit et al., 2010).

Desde el discurso social se construyen diversos estereotipos sobre el consumo de drogas. En relación a ello, (Camarotti et al., 2013) señalan que un primer estereotipo tiende a dibujar la noción de droga desde una perspectiva singular, es decir, como una sustancia o cosa homogénea que se encuentra al centro de la problemática, sin considerar las influencias que conllevan a que las personas incurran en esa práctica, ni las diferencias entre los tipos de sustancias y sus efectos. Un segundo estereotipo es pensar la droga como un flagelo que se produce como resultado de una sociedad hedonista marcada por procesos de modernización y secularización. Asimismo, cuando se asocia el consumo de droga a la población juvenil el análisis se enfoca de manera exclusiva en las conductas individuales del sujeto joven, invisibilizando las condiciones estructurales y el involucramiento generacional; por ejemplo, el de personas adultas que influyen el consumo juvenil. Finalmente, otro estereotipo predominante es aquel que establece una relación correlativa entre drogas y criminalidad como si fueran variables interdependientes. De esta manera, estos estereotipos vinculados pueden dar lugar a la discriminación de los usuarios y estigmatización a partir de operaciones de generalización y descalificación.

En lo que concierne a grupos juveniles, diversas investigaciones (Becoña, 2000; Bukstein, 2005; Maturana, 2011; Minsal, 2013b) señalan que la adolescencia es una etapa del ciclo vital que traería consigo un conjunto de modificaciones fisiológicas, neurobiológicas y psicosociales que harían de ella un período de especial vulnerabilidad a las conductas de riesgos; entre ellas, la de consumo de diversas sustancias.

En relación a ello, según Maturana (2011) la construcción de la identidad propia es una de las tareas críticas en la adolescencia, pues durante ella existe una preocupación excesiva por la imagen que se proyecta y la manera en que se es percibido por las demás personas. Esta necesidad de afirmación puede conllevar asumir y compartir ciertos ritos específicos que se practican en esta etapa evolutiva, como el consumo de alcohol y otras drogas utilizadas como generadoras de vínculos sociales. A su vez, existiría una necesidad de transgresión en la adolescencia que intenta contravenir el orden social establecido a modo de provocación frente al mundo adulto y sus normas. Así, esta transgresión puede ser expresada a través de conductas como el consumo de drogas.

Otro elemento relacionado apunta a la vulnerabilidad que existiría en la adolescencia frente a la presión ante el grupo de pares; las y los jóvenes serían más susceptibles frente a las presiones del entorno, específicamente aquellas que son incentivadas por las lógicas del mercado a través de la cultura del consumo y campañas publicitarias (Maturana, 2011; Sánchez, 2009). No obstante, el consumo de drogas alberga significados y valoraciones distintos para hombres y mujeres: mientras que dentro del grupo de pares varones, el riesgo principal se vincula con los tipos de comportamiento y socialización fomentados por la cultura heterosexista que van definiendo qué actos o prácticas puede considerarse como viriles, entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes, siendo víctimas de mayor estigmatización y rechazo social (Maturana, 2011; Sánchez, 2009).

Respecto a ello, Barrenegoa (2019) enfatiza cómo las trayectorias y subjetividades de jóvenes que han desarrollado consumos problemáticos están dadas por condiciones sociohistóricas de producción de subjetividad neoliberal y su relación con una matriz adictiva del consumo. En ese sentido, el autor sugiere descentrar la mirada sobre las sustancias para dar cuenta sobre los resortes socioculturales que posibilitan el mundo de la adicción. De tal manera, la adicción sería una “patología” socialmente instituida, que solo es posible en coordenadas socioculturales específicas.

Otra mirada desde el campo de la salud y neurobiología propone a la adicción como una enfermedad cerebral de carácter crónico, definida por la búsqueda y el consumo excesivo de drogas a pesar de las consecuencias negativas. Esta enfermedad tendría su explicación en el hecho de que las drogas cambian la estructura y funcionamiento del cerebro de manera prolongada en el tiempo (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2018; Volkow et al., 2016).

A lo largo de la historia es posible identificar algunos de los enfoques o modelos que han predominado en la forma de comprender y abordar el consumo de droga (Camarotti et al., 2013; Camarotti y Kornblit, 2015; Kornblit et al., 2010). Un primer modelo, más bien tradicional, es el punitivo basado en el derecho, donde el consumo de drogas es categorizado como un delito que debe restringirse, perseguirse y castigarse. Un segundo modelo, médico- sanitario, configuró al drogadicto como un paciente enfermo que tenía posibilidad de tratamiento y que por tal razón requería de un diagnóstico y cura para reinsertarse en la sociedad. El modelo psicosocial, a su vez, puso el acento en la complejidad de cada individuo y el peso que tienen los elementos psicosociales y de su entorno sobre sus decisiones. Un cuarto enfoque, el socioestructural, enfatizó cómo la sociedad condiciona el consumo de sustancias, de esta forma, aquellos detonantes sociales tales como po-

breza, abandono, discriminación, entre otros, deben considerarse como factores causantes de la masificación del consumo de drogas. Finalmente, se distingue un modelo que acentúa la adicción, entendiendo que esta ocurre cuando una actividad/conducta recompensante se vuelve frecuente en una persona, causando que su organismo se adapte a la presencia, en este caso, de una droga y desarrolle un síndrome de abstinencia si no la consume. En esta teoría la adicción deviene de alguna patología, y juntamente, se convierte en una patología del sistema motivacional. Por demás, existen factores que influyen en ella: 1. los individuales, 2. los grados de placer o motivación que causa en la persona y provoca adicción, y 3. los culturales (West y Brown, 2013).

A partir de estos enfoques se construyen distintos paradigmas de prevención del consumo de drogas (Camarotti et al., 2013; Camarotti y Kornblit, 2015; Kornblit et al., 2010). Uno de ellos refiere al abstencionismo que supone la normativización y persecución legal como una vía para controlar y prohibir el fenómeno del consumo para establecer la abstinencia total. Una segunda perspectiva refiere a la reducción de la demanda, la que busca evitar y prevenir el primer consumo de drogas, y ahondar las consecuencias negativas para implementar tratamiento de mejora y rehabilitación. Un tercer paradigma, considera la reducción del daño en el consumo de sustancias como estrategia que reconoce al sujeto con su capacidad de decisión, donde se busca reducir los daños más allá de lo que sustancia produce. Por último, un cuarto paradigma se basa en precursores empíricamente verificables (factores de riesgo y factores de protección), siendo extensamente utilizado en programas de prevención basados en la evidencia. Este paradigma refuerza los factores de protección, mientras elimina o reduce los factores de riesgo para el consumo de drogas (Nida, 2003; Hawkins et al., 2002).

Evidencia Empírica Nacional

Según datos de la Novena Encuesta Nacional de la Juventud (2019b), las y los jóvenes en Chile presentan un alto porcentaje de consumo de sustancias lícitas o ilícitas¹⁰; dicho porcentaje asciende a un 65,6% y es similar al consumo en adultos. Al desagregar estos datos por sexo, se obtiene que los hombres (71,3%) consumen más que las mujeres (59,7%). Según rango etario, el mayor consumo de sustancias está entre los 25 y 29 años (74,8%) seguido del tramo 20 a 24 (73,4%). Por otro lado, de acuerdo al nivel socioeconómico, el consumo es mayor en jóvenes pertenecientes a los estratos altos (68,4%) y es menor en los niveles socioeconómicos más bajos (64,5%), aunque la diferencia es pequeña.

Según la misma encuesta del INJUV (2019b) respecto al consumo de alcohol y otras sustancias, demuestran que durante el último año el 59% de las y los jóvenes ha consumido alcohol, el 33,9% tabaco y el 27,9% marihuana. De los tres tipos de sustancias, el tabaco es el que tiene mayor frecuencia de consumo diario y semanal (61,8%), seguido de la marihuana (43,2%) -la que ha subido exponencialmente a través de los años- y por último el alcohol (13%). Desde el año 2012, tanto la marihuana como el alcohol evidencian una tendencia al aumento en la frecuencia de su consumo (de 36,9% a 43,2% y de 11,6% a 13% respectivamente), mientras que el porcentaje de frecuencia de consumo de tabaco va disminuyendo, pasando de un 67,1% en 2012 a un 61,8% en 2018.

Por otro lado, según Senda en su Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile (2019), la prevalencia mensual de consumo de alcohol es de 43,3% a nivel nacional, continuando la tendencia de un mayor consumo en hombres que en mujeres. Respecto a tramos de edad, se observa una diferencia importante en el de 12 a 18 años que tiene el porcentaje

¹⁰ Porcentaje de consumo se atribuye a al menos un tipo de sustancia durante el último año.

más bajo de la población general (18,7%) en comparación al rango de 19 a 25 años, que tiene la mayor prevalencia (53,2%). Los tramos de edad también se separan porcentualmente en cuanto la embriaguez en el último mes, donde el grupo de 12 a 18 años presenta una prevalencia de 10,1%, mientras el de 19 a 25 años de 32,1%. Respecto al consumo mensual de alcohol según ingreso económico de la persona, a nivel de población general aumenta según ingreso: 39,7% en el nivel socioeconómico bajo, 42,7% en el nivel socioeconómico medio y 46,7% en el nivel socioeconómico alto.

También se muestra que el consumo diario de tabaco en la población general tiene una prevalencia de 19,6%, más alta que para las categorías de 12 a 18 años que es de 3,5% y de 19 a 25 años que es de 16,6%. La panorámica general del fenómeno también indica valores más altos en hombres (20,4%) que en mujeres (18,8%)¹¹ y mayor consumo a mayor nivel socioeconómico.

Respecto a la marihuana, en el mismo estudio se expone una prevalencia de consumo anual en la población total de 12,7%, siendo mayor en hombres (18,1%) que en mujeres (7,4%), y se da más en el sector socioeconómico alto que en otros, aunque no es significativa esta diferencia. El tramo de edad de 12 a 18 años tiene una prevalencia de consumo de 10,1% y se observan cambios significativos a la baja en el uso de marihuana prensada en hombres. El tramo de 19 a 25 años tiene una prevalencia de consumo de 32,1%, y al igual que con el tramo etario anterior la marihuana consumida con mayor frecuencia es la verde con 72,2%, mientras la marihuana prensada reduce casi a la mitad su consumo en dos años puntuando 3,5%.

La cocaína también es una droga presente en el contexto nacional, siendo mayor la prevalencia de consumo anual en hombres (1,8%) y en el nivel socioeconómico bajo (1,6%), y menor en mujeres (0,3%) y en el nivel socioeconómico alto (0,7%). Si bien la prevalencia de consumo es casi nula en tramos de edad de 12 a 18 años (0,1%), el tramo de 19 a 25 años es el más alto y excede el promedio total nacional de 1% con una prevalencia de consumo de cocaína del 2% (Senda, 2019).

El mismo estudio del Senda informa acerca de la evolución de prevalencias en otras drogas¹² en el último año. Los porcentajes más altos del 2018 fueron los tranquilizantes sin receta médica (1,4%) y los analgésicos sin receta médica (1,2%). Para los tranquilizantes sin receta médica el grupo etario con mayor prevalencia de consumo fue el de 18 a 25 años con el 1,9%, superando nuevamente el total nacional (1,4%). Estas cifras si bien pueden parecer bajas, posicionan a Chile dentro de los países con mayor consumo de tranquilizantes a nivel regional, ya que la prevalencia anual de consumo que compara 11¹³ países oscila entre 2,2% y 0,1% (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [Cicad] y Organización de los Estados Americanos [OEA], 2019).

Finalmente, se observa que las principales sustancias consumidas en el año 2018 fueron el alcohol con una tasa de incidencia del 21,9%, el tabaco con una tasa del 8,7% y la marihuana con una tasa de 2,8%. Esta tendencia se mantiene para el grupo etario de 12 a 18 años -con 18,3% en la tasa de incidencia de alcohol, 6,3% en la tasa de incidencia de tabaco y 4,1% en la tasa de

11 Si bien entre la población general el consumo de último mes de alcohol y tabaco se concentra mayoritariamente entre los hombres, en el caso de la población escolar de 8° básico a 4° medio la prevalencia de último mes de ambas sustancias es mayor entre las mujeres, tendencia que se da desde el 2001 en el caso del tabaco (año en que inicia la medición) y desde 2011 en el caso del alcohol (SENDA, 2018).

12 Tranquilizantes sin receta médica, Inhalables, Estimulantes, Éxtasis, Alucinógenos, Analgésicos sin receta médica, Hachís, Marihuana Sintética.

13 Estados Unidos, México, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Uruguay, Bolivia, Chile, Argentina, Colombia, Guyana, Jamaica y Las Bahamas.

incidencia de marihuana- y el rango de 19 a 25 años – 35,8% en la tasa de incidencia de alcohol, 15,6% en la tasa de incidencia de tabaco y 11% en la tasa de incidencia de marihuana (Senda, 2019).

El Senda en su Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile (2018) recopila información de estudiantes de 8° Básico a 4° Medio de instituciones escolares de 121 comunas de las 15 regiones de país. Sobre el alcohol se puede observar que desde el año 2003 se tiende a una mayor precocidad¹⁴ en el inicio de la ingesta de alcohol, y que dos de cada tres escolares que lo han consumido alguna vez en su vida lo probaron antes de los 15 años, siendo 13,7 años la edad promedio. La prevalencia mensual de consumo de alcohol en escolares también ha bajado durante los últimos años, en el caso de los hombres el disminuye de 34,2% en 2017 a 28,7% en 2018 y en el de las mujeres desciende de 37% en 2017 a 33,4% en 2018. El tipo de establecimiento se mantiene en la constante de municipalizados con menor prevalencia y particular pagado con mayor porcentaje, sin embargo, también ha ido disminuyendo a lo largo de las versiones de la encuesta. De aquellos que son consumidores, el 63% de los hombres y el 60% de las mujeres han tenido un episodio de embriaguez en los últimos 30 días.

El estudio también muestra que el 65,3% de jóvenes han consumido tabaco en promedio a los 13,8 años, el 61,2% de los hombres y el 68,6% de las mujeres lo han consumido antes de los 15 años de edad. La prevalencia del consumo diario ha descendido más del triple desde el año 2003 al 2017, siendo el 4,3% de estudiantes encuestados quienes lo consumen, el 4,8% de mujeres y 3,9% de hombres. Cabe mencionar que este fenómeno es mayor en colegios de dependencia municipal (4,9%) que en particulares subvencionados (4,1%) o particulares pagados (3,8%) (Senda, 2018).

La marihuana ha sido consumida por el 48,5% de los varones y el 51,7% de las mujeres, situándose el primer consumo, en promedio, en los 14,4 años. En el caso de los hombres se observa una disminución porcentual de 1,6 puntos respecto del año 2015, mientras que en las mujeres aumentó 3,3 puntos. El 61,4% de encuestados menciona que la última vez que le ofrecieron marihuana lo hizo algún amigo o polola/a y el 45,7% considera “fácil” o “muy fácil” conseguir marihuana (Senda, 2018).

En cuanto a la prevalencia de su consumo, los resultados del estudio muestran un cambio en el último año respecto de la tendencia sostenida al alza que venía observándose desde el 2011 (en donde la prevalencia de consumo anual llegaba al 19,5%), descendiendo por primera vez en la última década la prevalencia de consumo anual. En el año 2017 el 30,9% señala haber consumido marihuana, frente al 34,2% en 2015. Resta por ver, desde luego, si este cambio es circunstancial o representa un quiebre en la tendencia previa. Al desagregar por sexo se observa que las mujeres por primera vez superan a los hombres en consumo, 30,9% hombres y 31,2% mujeres, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Respecto a los cursos de las y los estudiantes el consumo aumenta a medida que se sube de grado académico (mayor edad); y sobre dependencia administrativa de los establecimientos educacionales, aquellos que son municipales y particulares subvencionados rodean el 31% de prevalencia de consumo marihuana y los particulares pagados 27,2%. Un hecho preocupante es que según la escala CAST¹⁵ aplicada en el estudio se demuestra que los

14 Proporción que declara haber probado tabaco por primera vez antes de los 15 años.

15 La Cannabis Abuse Screening Test (CAST) es una escala de tamizaje para detectar consumo perjudicial de marihuana en adolescentes, compuesta por 6 preguntas que buscan identificar conductas de riesgo con la finalidad de prevenir problemas asociados al consumo de marihuana antes de que ocurran. A partir del puntaje obtenido, el instrumento asocia 3 niveles de riesgo: Uno a dos puntos CAST: bajo nivel de riesgo. Tres puntos CAST: moderado nivel de riesgo. Cuatro o más puntos CAST: alto nivel de riesgo.

consumidores prevalentes presentan un consumo de marihuana de alto riesgo (Senda, 2018).

El tipo de marihuana más consumida es la verde con un 68,1%, aumentado casi 10% en comparación al año 2015, en colegios de toda dependencia administrativas se consume por sobre el 60%. La prensada por su parte cae 11,9% respecto del mismo año de comparación, siendo mayormente consumida por mujeres (8,9%) y estudiantes de colegios municipales (9,6%) (Senda, 2018).

En cuanto a la cocaína en esta población encuestada, se puede observar que la precocidad y la prevalencia de su consumo han descendido del año 2015 al año 2017. El 33,6% de las mujeres y 23,2% de los hombres han probado la cocaína en promedio a los 15,1 años de edad; y la prevalencia anual de consumo del total de estudiantes es de 3%, número mayor en hombres (3,7%) que en mujeres (2,4%), y mayor en colegios municipales (4,3%) que en particulares subvencionados (2,7%) o particulares pagados (1,7%). Este porcentaje en el consumo de cocaína también aumenta al subir de curso en el que se pregunta, existiendo una diferencia de un poco más de 2 puntos porcentuales entre 8° Básico (1,9%) y 4° Medio (4,1%) (Senda, 2018).

El consumo de inhalables¹⁶ ha aumentado su precocidad (un 71,8%, 64,3% en hombres y 76,7% en mujeres), disminuyendo a 13,1 años la edad promedio en que se consume por primera vez. También disminuye la prevalencia anual pasando de 5,5% en 2015 a 3,8% en 2017. En el año 2017 la prevalencia en mujeres es de 4,2% versus un 3,4% en hombres, y se observan diferencias según dependencia administrativa de la institución escolar: 4,3% en municipales, 3,8% en particular subvencionado y 2,4% en particulares pagados (Senda, 2018).

Finalmente, el consumo de tranquilizantes sin receta médica alcanza un 55,9% de precocidad en su consumo, con una edad promedio de 13,9 años y su prevalencia desciende en relación al año pasado, siendo 7,2% en hombres y 9,9% en mujeres. Las diferencias en la prevalencia del consumo de tranquilizantes sin receta médica no son relevantes entre dependencias educacionales municipalizadas (8,9%) y particulares subvencionadas (8,8%), sin embargo, es más bajo en particulares pagados (6,8%) (Senda, 2018).

Por último, resulta de interés señalar que conducir bajo el efecto del alcohol y otras drogas es considerado un factor de riesgo clave para la seguridad vial según la OMS (2016). El alcohol es una droga legal psicodépresora que, incluso en pequeñas dosis, influye negativamente en la conducción, ya que perturba las aptitudes del conductor. En tal sentido, Chile ha implementado medidas como la Ley de Tolerancia Cero y la Ley Emilia que han permitido reducir el porcentaje de fallecimientos a causa de la conducción con alcohol en los últimos años en la población general, pasando de un 13% de fallecimientos en siniestros viales por esta causa en 2011 a 9,8% en 2019. Sin embargo, en la población juvenil el porcentaje de fallecimientos por esta causa respecto del total de jóvenes fallecidos/os en siniestros viales, representa un 14%, siendo la tercera causa de muerte en jóvenes por siniestros viales, después de la velocidad imprudente y la imprudencia del conductor. Como ya se señaló, las y los mismos jóvenes son también víctimas de estos accidentes en gran medida.

Oferta Programática Nacional

Tabla 6: Oferta Programática Nacional para Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en jóvenes

¹⁶ Pegamentos, Neoprén, Tolueno, Aerosoles caseros, Pinturas, Spray, Disolventes, Bencina, Parafina, Gas, Poppers, Cloruro de éter y otros analgésicos, Acetona.

Oferta programática / Recursos de ayuda	Dependencia	Descripción del programa
<p>Fono Drogas y Alcohol, 1412.</p>	<p>Ministerio del Interior y Seguridad Pública.</p> <p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>El Fono Drogas y Alcohol es un servicio gratuito, anónimo y confidencial, que funciona las 24 horas del día y SENDA pone a disposición de personas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas, sus familiares, amigos o cercanos¹⁷.</p> <p>A través del número 1412, un personal altamente capacitado brinda tanto información sobre riesgos asociados al consumo de drogas y alcohol, como orientación oportuna a través de prácticas de intervención en crisis, intervenciones breves, consejería y psicoeducación. También puede referenciar a la red de Atención Primaria de Salud y otras redes de atención, en caso de que quien llame necesite evaluación y tratamiento¹⁸.</p> <p>El Fono Drogas y Alcohol 1412 recibe más de 26 mil llamados anuales, los cuales aumentaron 161% en la región Metropolitana luego de que comenzara en los medios de comunicación la campaña “Escuchar es parte de la solución”. El 70% de los llamados son realizados por padres, familiares y parejas de las personas afectadas directamente por el consumo de drogas y alcohol. Y las principales consultas son acerca del consumo de pasta base, alcohol, cocaína y marihuana, en orden descendente¹⁹.</p>

¹⁷ Información extraída de <https://www.senda.gob.cl/conoce-como-funciona-y-en-que-consiste-el-servicio-de-fono-drogas-y-alcohol>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

¹⁸ Información extraída de <https://www.gob.cl/noticias/nuevo-numero-de-fono-drogas-y-alcohol-comenzo-su-marcha-blanca/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

¹⁹ Información extraída de <https://www.gob.cl/noticias/sendalanzo-la-campana-escuchar-es-parte-de-la-solucion/>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

Fono Drogas 135.	Carabineros de Chile.	<p>El Fono Drogas es una línea gratuita y anónima puesta a disposición para que cualquier persona pueda contribuir al combate del tráfico, consumo de drogas y estupefacientes. También entrega orientación a los afectados respecto de la problemática de las drogas e información sobre Centros de Rehabilitación.</p> <p>Otro servicio de la línea 135 es solicitar apoyo preventivo. Mediante el Departamento Drogas O.S.7., de Carabineros de Chile, se realizan cursos, seminarios, charlas, exposiciones, reuniones de coordinación, programas radiales y otras actividades educativas sobre drogadicción, sus efectos y formas de prevenir²⁰.</p>
Senda Previene.	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).	Este programa busca instalar y/o fortalecer un sistema integral de articulación y gestión territorial de promoción, prevención, tratamiento e integración social del consumo de riesgo de drogas y alcohol en el ámbito local. En este sentido, a través de la instalación de dispositivos en distintas comunas del país, articula y gestiona las políticas públicas y los recursos existentes en el nivel local e implementa la oferta institucional de los Programas de SENDA ²¹ .
Prevención del Consumo Abusivo de Alcohol.	<p>Ministerio del Interior y Seguridad Pública.</p> <p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	El programa busca resolver el consumo de riesgo en alcohol de las personas entre los 12 y 65 años de edad, focalizado particularmente en grupos que presentan mayor vulnerabilidad biológica, social, física y/o psíquica. A través de una estrategia de intervención comunal que aborda aspectos asociados a tres características: La conducción asociada a consumo de alcohol, el consumo de alcohol de riesgo en adolescentes y la capacidad de respuesta comunal frente al fenómeno de consumo abusivo. El programa también es reforzado por campañas comunicacionales sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol ²² .

20 Información extraída de, <http://www.carabineros.cl/secciones/fonosEmergencia/>. Fecha de consulta: 22 de junio 2020.

21 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20\(11-1\)/SENDA%20Previene\(Seguimiento\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20(11-1)/SENDA%20Previene(Seguimiento).pdf). Fecha de consulta: 31 de agosto 2020.

22 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20\(11-1\)/Preveni%C3%B3n%20del%20Consumo%20Abusivo%20de%20Alcohol\(Seguimiento\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20(11-1)/Preveni%C3%B3n%20del%20Consumo%20Abusivo%20de%20Alcohol(Seguimiento).pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>Programa Continuo Preventivo.</p>	<p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>El programa busca enseñar a niñas y niños de educación parvularia hasta jóvenes de enseñanza media sobre la prevención del consumo de drogas y alcohol. Para ello implementa tres mallas diferenciadas y distintos objetivos:</p> <p>Descubriendo el Gran Tesoro, para educación parvularia. Sus objetivos son que las niñas y los niños conozcan información y experiencias preventivas de su propio contexto de vida; examinen comportamientos preventivos a nivel personal y otros entornos significativos; y tomen decisiones de protección y prevención en situaciones cotidianas y contextualizadas, movilizan-do información y habilidades a nivel individual y en la interacción con su entorno cercano. Para cumplir con estas metas refuerza el contenido con sesiones a apoderados/as.</p> <p>Aprendemos a Crecer, para 1° a 6° básico, y La Decisión es Nuestra, 7° básico a 4° medio. En el trabajo con niñas, niños y jóvenes se desarrollan habilidades protectoras para vida; el estilo de vida saludable y una actitud crítica frente a las drogas y alcohol; además de fortalecer las redes y participación en la comunidad. El trabajo con apoderadas/os se enfoca en potenciar un estilo familiar cercano y protector; desarrollar un estilo de vida saludable y crítico frente a las drogas y alcohol en la familia; y fortalecer competencias parentales que promuevan el desarrollo de habilidades protectoras en sus hijos e hijas²³.</p>
--------------------------------------	---	---

23 Información extraída de <https://www.senda.gob.cl/prevencion/iniciativas/prevencion-escolar/programa-continuo-preventivo/objetivos-del-programa-continuo-preventivo/>. Fecha de consulta: 30 de agosto 2020.

<p>Elige Vivir sin Drogas.</p>	<p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>El objetivo del programa Elige Vivir sin Drogas es prevenir el consumo de drogas en niños, niñas y jóvenes, involucrando para ello a las familias, a los establecimientos educacionales, al sector privado y a la sociedad civil en general.</p> <p>El programa consta de 3 etapas: 1. Diagnóstico mediante la aplicación de una encuesta anónima y confidencial acerca de las condiciones de vida de las y los jóvenes, la que permite identificar la situación de consumo de drogas y conocer las condiciones que pueden generar o prevenir el consumo; 2. Coordinación de programas preventivos, en la que distintos actores públicos y privados conforman una mesa de trabajo con el fin de planificar los planes de acción para los ámbitos: familiar, escolar, comunitario y tiempo libre; y 3. Evaluación de resultados, a realizar cada dos años mediante una encuesta sobre la evolución de conductas familiares, escolares y comunitarias que permiten prevenir el consumo de droga²⁴.</p>
<p>Aulas de Bienestar.</p>	<p>Ministerio de Educación (Mineduc). Ministerio de Salud (Minsal). Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>Aulas de Bienestar tiene el propósito de asegurar el buen logro de trayectorias educativas en todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de las Escuelas y Liceos públicos, mediante la construcción de comunidades protectoras e inclusivas, que se ocupen del bienestar y cuidado integral de sus estudiantes, enseñando a cuidar la relación entre ellos, y las relaciones en general que se dan entre todos los integrantes de la comunidad educativa. Esta estrategia incluye realizar acciones de tamizaje, intervenciones motivacionales y referencia asistida a aquellos adolescentes y jóvenes que lo requieran²⁵.</p>

24 Información extraída de <https://www.senda.gob.cl/prevencion/iniciativas/elige-vivir-sin-drogas/>. Fecha de consulta: 30 de agosto 2020.

25 Información extraída de <http://convivenciaescolar.mineduc.cl/wp-content/uploads/2019/09/Cartilla-Orientaciones-2019.pdf>. Fecha de consulta: 29 de septiembre 2020.

<p>Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol. (Convenio Senda-Minsal)</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal). Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>Este programa tiene por objetivo que personas adultas con consumo problemático de sustancias adictivas modifiquen su patrón de consumo. Para ello cuenta con prestaciones de salud y planes de tratamiento diferenciados, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de los consultantes. El tratamiento es gratuito y se realiza en centros públicos y privados a personas adultas beneficiarias del Sistema Público de Salud, FONASA. El programa contempla como población objetivo personas mayores de 20 años que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas que manifiestan la voluntad de tratarse²⁶.</p>
<p>Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada.</p>	<p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>El programa busca modificar positivamente el patrón de consumo de personas consumidoras problemáticas de alcohol y otras drogas condenadas a cumplimiento de libertad vigilada simple e intensiva. Para ello, desarrolla planes de tratamiento ambulatorios intensivos y planes de tratamiento residenciales, preferentemente en centros de tratamientos especializados. Y trabaja con equipos multidisciplinarios en las regiones en donde se presenta la prevalencia más alta (Metropolitana, Antofagasta, Valparaíso y Araucanía).</p> <p>El plan de tratamiento ambulatorio intensivo y residencial para infractores adultos contiene un conjunto de prestaciones terapéuticas individuales, familiares y grupales, dado que la población atendida es compleja, requiriendo de un diagnóstico integral donde participe un profesional médico, psicólogo, trabajador social y otros profesionales afines.</p> <p>Además, se realiza seguimiento a las personas beneficiarias del programa que incluye informes mensuales para el delegado de libertad vigilada, que dan cuenta del avance del proceso terapéutico, así como reuniones de coordinación con el delegado y con el Juez, en caso que este último lo solicite²⁷.</p>

²⁶ Información extraída de <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/100059398/2016/3>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

²⁷ Información extraída de <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/5150/2017/3>. Fecha de consulta: 30 de agosto de 2020.

<p>Tratamiento a Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol. (Convenio Senda-Minsal)</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal). Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>El presente programa busca responder las necesidades de rehabilitación (tratamiento) de consumo de drogas y alcohol, de personas adultas que se encuentran a disposición de la justicia penal.</p> <p>La población beneficiaria son quienes cuentan con beneficios de salida alternativa de suspensión condicional del procedimiento, y a condenados en cumplimiento de condena privativa de libertad y en el medio libre.</p> <p>El tratamiento se efectúa mediante la contratación de recursos humanos especializados, para que entreguen prestaciones e intervenciones terapéuticas de diagnóstico, sesiones individuales, grupales, sesiones familiares, y rescate. Los tratamientos se dan en los Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA) y en los Centros de Referencia de Salud (CRS), y duran en promedio 17 meses²⁸.</p>
<p>Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS).</p>	<p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>El programa tiene como objetivo mejorar la condición de integración social de personas de la red de recuperación del consumo problemático de drogas y alcohol, a través del desarrollo de habilidades, el mejoramiento de condiciones laborales, de habitabilidad, y la vinculación a beneficios sociales²⁹.</p> <p>Para lograr su objetivo, el programa brinda a las personas en proceso de recuperación por consumo problemático de sustancias -que hayan finalizado su proceso de tratamiento y rehabilitación y que no cuentan con un soporte familiar o un espacio de convivencia que les facilite, la consolidación de sus logros de cambio- las Viviendas de apoyo a la integración social (VAIS). Una instancia habitacional transitoria, que permite facilitar el desarrollo de un conjunto de habilidades de sociales y de convivencia que permitan el logro de una vida independiente y autónoma, socialmente normalizada y plenamente integrada en su entorno familiar, laboral y social. Estas existen para hombres y mujeres de manera independiente³⁰.</p>

28 Información extraída de <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/5019/2016/3>. Fecha de consulta: 30 de agosto 2020.

29 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20Eval%20Ex%20ante/Reformulados/Integraci%C3%B3n%20Social%20Chile%20Integra\(Evaluaci%C3%B3n\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20Eval%20Ex%20ante/Reformulados/Integraci%C3%B3n%20Social%20Chile%20Integra(Evaluaci%C3%B3n).pdf). Fecha de consulta: 30 de agosto 2020.

30 Información extraída de <https://www.senda.gob.cl/integracion-social/programas/viviendas-de-apoyo-a-la-in>

<p>Programa de tratamiento para niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de alcohol y otras drogas.</p>	<p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>Este programa está dirigido a resolver el consumo problemático de drogas y alcohol en niñas, niños y adolescentes, entregándoles tratamiento para modificar su patrón de consumo.</p> <p>Para ello, el programa contiene planes de tratamiento que con distintas modalidades de intervención -ambulatorias, residenciales y tratamiento para población en situación de calle- según el nivel de complejidad del consumo y grado de compromiso biopsicosocial. Además, de asesorías y capacitación continua para los equipos profesionales y técnicos de los centros de tratamiento y rehabilitación, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención de acuerdo a las especificidades de cada persona tratada³¹.</p>
---	---	--

tegracion-social/. Fecha de consulta: 30 de agosto 2020.

31 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20\(11-1\)/Tratamiento%20y%20Rehabilitaci%C3%B3n%20para%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes%20%20Alcohol%20y%20Otras%20Drogas.pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primera_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20(11-1)/Tratamiento%20y%20Rehabilitaci%C3%B3n%20para%20Ni%C3%B1os%20y%20Adolescentes%20%20Alcohol%20y%20Otras%20Drogas.pdf). Fecha de consulta: 30 de agosto 2020.

<p>Programa Intervención y Referencia (DIR) Asistida en Alcohol, Tabaco y otras Drogas.</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>El programa busca resolver el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, en adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. El programa cuenta con 2 componentes; un primer componente de tamizaje (screening), y un segundo componente de intervención breve para reducir el riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. El tamizaje de riesgo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, se realiza en población de 10 años en adelante, inscrita en los Centros de Salud. A partir de los resultados del tamizaje se establecen patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y se define el tipo de intervención a realizar. En los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas de bajo riesgo se realiza intervención mínima, en los consumos de riesgo de alcohol, tabaco y otras drogas se realiza intervención breve y en los posibles consumos perjudicial o dependencia se realiza una derivación asistida³².</p> <p>En población adolescente y juvenil, todo consumo es considerado de riesgo, por lo que en esta población el programa permite: identificar el patrón de consumo, realizar una estrategia motivacional, pesquisar la eventual presencia de un trastorno por consumo de sustancias y realizar la referencia para su atención lo más oportuna posible. El programa actualmente presenta una cobertura de edad desde los 10 años en adelante, abarcando todo el ciclo infanto-juvenil.</p> <p>Las intervenciones son realizadas por los equipos de sector de los establecimientos de APS, tanto profesionales como técnicos, en el marco de las acciones regulares de salud. En adolescentes, la detección de consumo de sustancias es a través de ficha CLAP. Si se pesquisa consumo de riesgo, se deriva al adolescente para la aplicación del cuestionario CRAFFT y la consiguiente Intervención Motivacional, diseñada particularmente para realizarse según las características y necesidad de esta población.³³</p>
---	--------------------------------------	--

32 Información extraída de <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/59208/2018/3>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

33 Información extraída de https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2018/PRG2018_3_59208.pdf. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>Integración Social Chile Integra.</p>	<p>Ministerio del Interior y Seguridad Pública.</p> <p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p>	<p>El programa busca que personas mayores de 18 años, beneficiarias de FONASA, con consumo problemático de drogas y alcohol, que accedieron o actualmente están en un programa de recuperación, mejoren su integración social a través del desarrollo de habilidades personales, familiares y comunitarias, y que logren incorporarse a la fuerza laboral y a otras instancias de participación social³⁴.</p> <p>El programa articula una red de trabajo conformada por Senda nacional y regional, los centros de tratamiento y todos los servicios sociales disponibles en el contexto local. Senda Nacional forma y habilita a los centros de tratamiento en 2 herramientas de intervención: 1. Instrumento de evaluación de Perfiles de Integración Social, que permite a los centros de tratamiento diagnosticar y evaluar necesidades de integración social de sus usuarios. 2. Portafolio Metodológico de Competencias de Integración Social, que permite habilitar en competencias personales, familiares, comunitarias y en empleabilidad a los usuarios³⁵.</p> <p>El encargado de integración social en el centro es responsable de que los usuarios que lleven 4 o más meses en tratamiento sean diagnosticados en sus necesidades de integración social (a través del instrumento de evaluación de perfiles). Luego se construye un itinerario personalizado de recuperación y los usuarios son habilitados en competencias para la integración social³⁶.</p>
--	---	---

34 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20Eval%20Ex%20ante/Reformulados/Integraci%C3%B3n%20Social%20Chile%20Integra\(Evaluaci%C3%B3n\).pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20Eval%20Ex%20ante/Reformulados/Integraci%C3%B3n%20Social%20Chile%20Integra(Evaluaci%C3%B3n).pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

35 Información extraída de <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/5151/2015/3>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

36 Información extraída de <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas/5151/2015/3>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas (ex Tratamiento para Adolescentes con Consumo Problemático de Drogas).</p> <p>(Convenio Minsal, senda, Gendarmería de Chile y el Servicio Nacional de Menores).</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p> <p>Ministerio del Interior y Seguridad Pública.</p> <p>Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda).</p> <p>Servicio Nacional de Menores (Sename).</p>	<p>El programa busca resolver el consumo problemático de drogas y alcohol en adolescentes imputados o condenados bajo la Ley 20.084 (que hayan cometido delito siendo mayores de 14 años y menores de 18 años), entregándoles un tratamiento para un cambio en el patrón de consumo³⁷.</p> <p>Los planes de tratamiento y rehabilitación para adolescentes que han infringido la ley, y el tiempo de ejecución de cada plan, va a depender de las distintas modalidades de intervención: modalidad de tratamiento ambulatorio intensivo en medio privativo de libertad, hospitalización de corta estadía en medio privativo de libertad, ambulatorio intensivo en medio libre, residencial en medio libre y hospitalización de corta estadía en medio libre. Cada plan incluye un conjunto de prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo. El programa contempla modalidades de atención diseñadas en base a una conceptualización integral del fenómeno del consumo problemático de drogas y la salud mental juvenil, que incorpora desde un enfoque biopsicosocial la perspectiva de género, las etapas del desarrollo vital, la integración social y las conductas transgresoras/delictivas³⁸.</p>
--	--	--

37 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20\(11-1\)/Tratamiento%20J%C3%B3venes%20Ingresados%20por%20Ley%20N%C2%B020.084.pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20(11-1)/Tratamiento%20J%C3%B3venes%20Ingresados%20por%20Ley%20N%C2%B020.084.pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

38 Información extraída de [https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20\(11-1\)/Tratamiento%20J%C3%B3venes%20Ingresados%20por%20Ley%20N%C2%B020.084.pdf](https://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas%202017/primer_subcomision/21%20Des.%20Social/3953SES/Inf%20monitoreo%20cierre%202016/Ministerio%20de%20Interior/SENDA%20(11-1)/Tratamiento%20J%C3%B3venes%20Ingresados%20por%20Ley%20N%C2%B020.084.pdf). Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

<p>Tratamiento en alcohol y otras drogas en la red de salud³⁹: Atención Integral de Personas con Trastornos por consumo de Sustancias Alcohol y Drogas en Atención Primaria de Salud.</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>La Atención Primaria de Salud otorga tratamiento a aquellas personas que presenten un trastorno en el área del consumo de sustancias y que cuenten con un compromiso biopsicosocial leve a moderado, incluyendo adolescentes y jóvenes.</p> <p>Las actividades a desarrollar en el contexto de tratamiento son: Intervenciones psicosociales individuales; intervenciones psicosociales grupales; consultas médicas; prescripción de fármacos; Visitas Domiciliaria Integral; Consultoría⁴⁰.</p>
<p>Tratamiento en alcohol y otras drogas en la red de salud: Programa de Prestaciones Valoradas en atención de especialidad (PPV).</p>	<p>Ministerio de Salud (Minsal).</p>	<p>La oferta en los servicios públicos de salud disponibles para la población infanto-adolescente son los aquí mencionados (La disponibilidad de cada servicio depende de las prioridades de planificación del SS): Plan ambulatorio intensivo-alcohol y drogas en infanto adolescentes; Plan ambulatorio comunitario infanto adolescentes-alcohol y drogas; Plan residencial, por consume de alcohol y drogas en infanto adolescentes; Plan desintoxicación alcohol y drogas en infanto adolescentes; Los jóvenes mayores de 18 acceden a la oferta disponible para la población adulta⁴¹.</p>

39 En relación con el tratamiento en la Red de Salud Pública, según el diseño de cada Servicio de Salud, existen centros de salud tanto de atención primaria, como de especialidad ambulatoria que brindan atención en la problemática del consumo de sustancias. De esta forma, existen Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), Consultorios Generales, Centros de Salud Mental Comunitaria y Hospitales Generales, entre otros, que pueden brindar prestaciones en esta área, bajo el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental. No existen programas de tratamiento segmentados por sustancia principal de uso, sino más bien los servicios se organizan por complejidad de las necesidades de los usuarios y por tanto por la intensidad de la intervención. La red de salud se rige por directrices para la atención integral y oportuna de todas las personas que requieran atención de salud, incluyendo a quienes presentan consumo perjudicial y/o dependencia de alcohol y otras drogas. Información extraída de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=OFICIOFISCALIZACIONRESPUESTA&prmID=71729&prmNUMERO=4884&prmRTE=14>. Fecha de consulta: 29 de septiembre 2020.

40 Información extraída de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222c0667853b8f8e04001011f016146.pdf>. Fecha de consulta: 29 de septiembre 2020.

41 Información extraída de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=OFICIOFISCALIZACIONRESPUESTA&prmID=71729&prmNUMERO=4884&prmRTE=14>. Fecha de consulta: 29 de septiembre 2020.

<p>Tratamiento en alcohol y otras drogas en la red de salud: Garantía Explícita de Salud (N° 53), Consumo Perjudicial o Dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años.</p>	<p>Fonasa / Isapres.</p>	<p>La implementación de una Garantía Explícita en Salud busca intervenir tempranamente sobre los consumos problemáticos de la población joven⁴². Es dirigida a personas menores de 20 años con confirmación diagnóstica de riesgo bajo a moderada de alcohol y drogas. Las beneficiarias y los beneficiarios de Fonasa e Isapre pueden acceder a medicamentos y exámenes contemplados en este GES mediante un copago de arancel calculado de acuerdo al tipo de prestación de la persona⁴³.</p>
---	--------------------------	---

42 Información extraída de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTIPO=OFICIOFISCALIZACIONRESPUESTA&prmID=71729&prmNUMERO=4884&prmRTE=14>. Fecha de consulta: 29 de septiembre 2020.

43 Información extraída de, <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-3705.html>. Fecha de consulta: 29 de septiembre 2020.

Evidencia Empírica Internacional

Alcohol:

La Región de las Américas tiene el consumo de alcohol promedio más alto del mundo (OPS, 2007; OPS, 2015a) y un elevado consumo excesivo, especialmente en jóvenes (Monteiro, 2007). Datos de la OPS 2016⁴⁴ muestran que el 54% de población de más de 15 años en la región son consumidores de alcohol y que el 18,3% de jóvenes entre 15 y 19 años son bebedores con episodios de consumo excesivo.

Según el Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018 (OPS, 2019), en el año 2016 el consumo nocivo de alcohol causó más de 3 millones de muertes, es decir, 5,3% de todas las muertes en el mundo, y la región de las Américas se encuentra en el segundo lugar más alto de muertes atribuibles al consumo de alcohol. A nivel mundial la muerte prematura por consumo de alcohol representa el 7,2%, siendo las personas más jóvenes las más afectadas por el alcohol en comparación a personas mayores.

En América del sur⁴⁵, según el Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019⁴⁶ de la Cicad y OEA (2019), los países con mayor prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de enseñanza secundaria son: Argentina, alrededor de la mitad de las y los estudiantes ha bebido alcohol en el último mes, Colombia y Uruguay, con el 41,5% y 40% de estudiantes respectivamente. Además, los valores mínimos y máximos de esta prevalencia en jóvenes, son los mayores al comparar por subregión del hemisferio: 11,9% mínimo y 50,1% máximo, quedando en promedio 12 puntos porcentuales por encima de América Central, que es la segunda subregión con la mayor prevalencia.

Siguiendo con la línea anterior, el porcentaje de estudiantes de enseñanza secundaria con consumo nocivo de alcohol⁴⁷ rebasa el 60% en América del Sur (a excepción de Argentina), posicionándose Uruguay, Surinam, Chile, Perú y Guyana en orden descendente porcentual por consumo excesivo en jóvenes (Cicad y OEA, 2019). Al disgregar por sexo esta misma categoría, en todos estos países se observa un mayor porcentaje de hombres que de mujeres con consumo nocivo, sin embargo, estas diferencias no superan el 10% (Cicad y OEA, 2019).

En el mismo informe, en cuanto a la prevalencia de alcohol en el último mes para estudiantes universitarios los cuatro primeros países en la tabla de América del Sur⁴⁸ presentan puntos porcen-

44 Información extraída de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14679:the-burden-of-alcohol-in-the-americas&Itemid=40342&lang=es. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

45 Los países de América del Sur que comprenden sujetos de enseñanza secundaria para preguntas sobre el consumo de alcohol en este estudio son Argentina, Colombia, Uruguay, Surinam, Chile, Bolivia, Paraguay, Venezuela, Guyana y Perú.

46 El Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019, se basa en datos de encuestas nacionales adscritas al Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), los que se analizan a partir de diferentes variables para conocer sobre uso de drogas en el Hemisferio occidental. Los años de cada encuesta varían según país, comprendiendo data entre los años 2008 y 2016.

47 Se entiende por consumo nocivo de alcohol beber cinco o más vasos de bebidas alcohólicas en un solo evento. Esta categoría solo contempló al total de estudiantes secundarios que manifestaron haber consumido alcohol durante los últimos 30 días.

48 Los países de América del Sur que comprenden estudiantes universitarios para las categorías de preguntas

tuales sobre el 50%, quedando en primer lugar Uruguay (76,9%), segundo Brasil (60%), tercero Colombia (56%) y cuarto Ecuador (51%). Al respecto del sexo de quienes consumieron alcohol en los últimos 30 días la tendencia de todos los países es mayor en hombres que en mujeres, al igual que al preguntar por consumo problemático de alcohol. De la misma muestra de jóvenes el 41% de hombres de Ecuador refiere haber tenido ese comportamiento, cercano al promedio porcentual de hombres que lo indica en Bolivia (38,5%).

Los signos de dependencia del alcohol en estudiantes universitarios, consumidores en el último año, se dan mayormente en hombres de la región. De los países de América del Sur que contemplan esta categoría⁴⁹ Bolivia lidera la lista con un promedio de 15,2% de estudiantes con signos de dependencia, de estos el 18% aproximadamente son hombres y 13% mujeres, Ecuador es el país que le precede con aproximadamente 13% de jóvenes con dependencia al alcohol, aproximadamente 18% son hombres y 7% mujeres (Cicad y OEA, 2019).

Tabaco:

El Informe sobre el consumo de drogas en las Américas de la Cicad y OEA (2019), demuestra que el consumo de tabaco general en la Región de América varía por subregión, concentrando las prevalencias más altas en América del Sur y América del Norte, y las más bajas en El Caribe y América Central. Si se compara esta realidad con la de estudiantes de enseñanza secundaria se puede ver una baja general en la prevalencia del último mes de consumo de tabaco, sin embargo, se conserva América del Sur en primer lugar de consumo, principalmente con Chile y Argentina, 23,7% y 15,1% respectivamente, y El Caribe y América Central con los menores porcentajes. Cabe destacar que México es el país con consumo más alto de la región de América del Norte (13,4%), seguido por Estados Unidos (5,9%). Sobre la relación entre sexos de este mismo grupo muestral, solo tres países de América del Sur presentan mayor prevalencia en mujeres que en hombres: Chile (25,6% versus 21,8%), Argentina (15,9% versus 14,4%) y Uruguay (9,8% versus 8,5%). Finalmente, de los países con que se cuenta información de la prevalencia del consumo de tabaco durante los últimos 30 días en estudiantes universitarios, se supera el 20% de casos en Uruguay, Brasil y Ecuador.

Marihuana:

La prevalencia del último año de consumo de marihuana entre estudiantes de enseñanza media secundaria varía bastante según país y subregión en el hemisferio occidental, además “en los hombres es mayor que entre las mujeres en la mayoría de los países y es al menos el doble en algunos de ellos” (Cicad y OEA, 2019, p.85). Los datos del Informe sobre el consumo de drogas en las Américas (2019) indican que, en América del Norte, Estados Unidos (22,6%) es el país con mayor consumo anual en conjunto a Canadá, que casi alcanza los 20 puntos porcentuales, mientras en México se observa un 9,1% de consumo de cannabis. América Central posee valores un poco más bajos que los de las demás subregiones, siendo Belice con 15,8 puntos porcentuales el más alto. En el Caribe la mayoría de los países fluctúa en el rango de 10% y 25%, Antigua y Barbuda es el país de esta subregión con mayor punto porcentual (23,9%), contrario a República Dominicana y Haití que tienen los más bajos, cercanos al 1%.

Por último, la prevalencia anual en América del Sur difiere bastante de país en país, desde valores máximos como el 32,8% de Chile, sobre 15% en Uruguay y sobre 10% en Argentina, hasta el

sobre el consumo de alcohol en este estudio son: Uruguay, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Bolivia.

49 Los países mencionados son Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y Uruguay, en orden porcentual descendente de dependencia de alcohol.

valor mínimo de 0,9% en Venezuela. De los países con que se cuenta información de la prevalencia del consumo de marihuana durante los últimos 30 días en estudiantes universitarios de ambos sexos, Uruguay es el país con mayor tasa de consumo 29,8%, seguido por Colombia 20,8%, en este caso la tasa en todos los países fue mayor en hombres que en mujeres.

Cocaína:

En el Informe sobre el consumo de drogas en las Américas de la Cead y OEA (2019), se muestra que Estados Unidos tiene un 1,9% de prevalencia anual de consumo de cocaína en la población general, convirtiéndose en el país con mayor consumo del hemisferio. Luego de este se encuentran Uruguay (1,6%), Argentina (1,6%) y Canadá (1,5%). Para el caso de estudiantes secundarios y universitarios los porcentajes de prevalencia máximos son más altos que en la población general. De la prevalencia en estudiantes secundarios, Chile Colombia y Canadá son países con porcentajes superiores a 2,5%, además sobre el 2% se encuentran estudiantes de Granada, México, Ecuador, Brasil y Uruguay. De la prevalencia de estudiantes universitarios, esta es mayor en Uruguay, Brasil y Colombia, cuyos porcentajes se aproximan al 3%; al contrario, Bolivia, Perú, Venezuela, El Salvador y Panamá están bajo los 0,5 puntos porcentuales. En ambos casos mencionados los hombres consumen más que las mujeres, destacando de la población escolar universitaria que en Uruguay cada dos hombres que consumen cocaína una mujer lo hacen, o Colombia y Ecuador, países en que cada seis hombres que son consumidores de cocaína cuatro mujeres lo son.

Inhalables:

El Informe sobre el consumo de drogas en las Américas de la Cead y OEA (2019) presenta que el uso de inhalables entre estudiantes de enseñanza secundaria varía según la subregión que se analice, siendo la que presenta mayor prevalencia anual El Caribe, con puntos porcentuales sobre 9 en los países de Barbados, Granada, San Vicente y las Granadinas y Santa Lucía. La segunda subregión de mayor prevalencia es América del Sur, en donde los puestos más altos los lideran Brasil y Chile con una prevalencia en población estudiantil secundaria de 5,2%, y Guyana de 4,2%. En América Central y América del Norte, Belice (5,5%) y México (3,9%) son los países con mayor consumo respectivamente. En cuanto al sexo de dichas/os estudiantes, existe gran variación en el consumo anual entre hombres y mujeres, siendo mayor en hombres o relativamente equitativo entre sexos. No obstante, queda fuera de esta constante la región de El Caribe, de los 12 países consultados, 8 de ellos poseen una tasa mayor en mujeres que en hombres en el uso de inhalables en los últimos 30 días. Para el caso de estudiantes universitarios el indicador de prevalencia anual cambia bastante, ya que los países de América del Sur y América Central presentan un consumo estudiantil bajo 0,5%, a excepción de Brasil que continúa con la prevalencia más alta (6,5%).

Medicamentos de Prescripción Controlada (MPC):

El consumo de medicamentos de prescripción controlada (MPC) usados sin una prescripción médica son las sustancias controladas que más utilizan estudiantes de enseñanza secundaria, después del alcohol y la marihuana en la región de América (Cead y OEA, 2019). En ellos se encuentran los de tipo 1. Tranquilizantes y 2. Estimulantes, y en el Informe sobre el consumo de drogas en las Américas (2019) se otorgan datos acerca su consumo en estudiantes secundarios y universitarios:

1. Tranquilizantes: En estudiantes secundarios de la región de América, los niveles de prevalencia de consumo anual de este tipo de MPC varían entre 1% y más del 9%, dentro de este rango los países con valores sobre el 6% son Bolivia, Chile, Surinam, Haití y República Dominicana. En

estudiantes universitarios de siete países⁵⁰, la prevalencia del consumo de tranquilizante durante los últimos 30 días es mayor en Uruguay (6,3%) y El Salvador (2,1%), en los demás países el consumo de MPC relajantes es inferior al 2%.

2. Estimulante: En población escolar secundaria los países con mayor prevalencia de consumo anual de estimulantes son Dominica con el 6,4%, República Dominicana con el 4,2%, Bolivia con el 4% y Honduras y Surinam con el 3% aproximado. Los seis países⁵¹ que tienen datos sobre la prevalencia anual de uso de estimulantes en estudiantes universitarios, tienen valores porcentuales más bajos en comparación con la información de estudiantes secundarios, los tres países con prevalencias de consumo más altas en universitarios son El Salvador (0,7%), Ecuador (0,6%) y Colombia (0,4%), los demás países consultados poseen tasas menores a 0,3 puntos porcentuales para dicha población.

Medidas Internacionales

Existen organizaciones internacionales que instauran y promueven lineamientos y acuerdos acerca de diferentes temáticas y problemas sociales, en este caso la OMS (2010) se refiere al consumo de alcohol en la sociedad en general en su publicación Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol. En ella se explicita la responsabilidad que recae en los Estados Miembros sobre formular, aplicar, supervisar y evaluar políticas públicas de reducción del uso nocivo del alcohol. Se proponen opciones de política e intervenciones aplicables a nivel nacional agrupadas en 10 esferas de acción recomendadas, que se apoyan y complementan entre sí,

- a) liderazgo, concienciación y compromiso
- b) respuesta de los servicios de salud
- c) acción comunitaria
- d) políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol
- e) disponibilidad de alcohol
- f) marketing de las bebidas alcohólicas
- g) políticas de precios
- h) mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica
- i) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal
- j) seguimiento y vigilancia. (OMS, 2010, p.10)

Comprendiendo que no todas ellas son aplicables en todos los Estados Miembros o de interés para ellos, por lo que las medidas quedan a discreción de cada Estado Miembro en función de la realidad de su cultura, contexto, recursos y prioridades⁵².

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en conjunto a la OMS (2018), realizan un sumario de la evidencia sobre la prevención de drogas (tabaco, alcohol, estimulantes, etc.) a nivel mundial, identificando estrategias preventivas efectivas basadas en la evidencia. Mediante los siguientes componentes y características que debe poseer un sistema de prevención nacional efectivo, se guía a los actores en la creación de programas y políticas que aseguren el correcto desarrollo de niñas, niños y jóvenes en su trayectoria vital:

50 El Salvador, Panamá, Uruguay, Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia.

51 El Salvador, Panamá, Ecuador, Colombia, Bolivia y Perú.

52 Si se desea ahondar en cada uno de los lineamientos o ver más información puede acceder al siguiente link, https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

- Realización de una revisión comprensiva de las intervenciones y políticas que han sido eficaces o efectivas en prevenir el uso de sustancias. Ello comprende disponer de políticas y un marco legal de respaldo, contar con evidencia e investigaciones científicas, coordinación en los múltiples sectores y niveles, formación en la creación de políticas y compromiso de destinar recursos adecuados que preserven el sistema a largo plazo.
- Diferenciar grupos de personas a trabajar, desarrollar estrategias adecuadas para cada uno de ellos y llegar a la población a través de múltiples escenarios.
- Intentar implementar solo estrategias basadas en la evidencia y contar con un sistema de acreditación.
- Recolectar y monitorear regularmente la información en cuanto a la prevalencia, iniciación y vulnerabilidades de las personas frente al tema del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Monitorear y evaluar la implementación de los programas basados en la evidencia, ello permite adaptar los programa y medir su efectividad.
- Definir roles y coordinar los sectores que participan en intervenciones y políticas de prevención. Los diversos sectores como educación, ONG, salud, juventudes, entre otros, deben estar integrados con roles definidos en los distintos niveles administrativos y de acción.

Acerca de programas preventivos en las escuelas, Faggiano et al. (2014) y National Crime Prevention Centre (NCPC, 2009) analizan estudios de Estados Unidos y Canadá respectivamente, con el fin de indagar sobre la pertinencia de programas escolares en la prevención del consumo de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Ambos autores convienen que las escuelas son un ambiente adecuado para implementar programas preventivos que busquen reducir el riesgo de factores e incrementar los factores protectores sobre el uso y abuso de sustancias. Faggiano et al. (2014) manifiesta que los programas de prevención de consumo de drogas en la escuela basados en la evidencia, interactivos y centrados en los jóvenes han demostrado tener éxito en la reducción o prevención del uso inadecuado de drogas. Añadiendo que, además, la prevención efectiva denota otras características como: intervenciones proporcionadas por profesionales capacitados y comprometidos; trabajo con números limitados de estudiantes; sesiones de refuerzo para jóvenes de mayor riesgo; y trabajo en conjunto a asociaciones comunitarias.

De igual forma el NCPC (2019), estipula que el éxito de los programas preventivos en la escuela se da en la combinación de enfoques de competencias sociales e influencia social. Adicionalmente, propone que los programas escolares en prevención de drogas deberían formar parte de estrategias más amplias a fin de lograr un impacto a nivel de la población.

En el contexto Latinoamericano, el Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas de la OPS (2015b) expone que, dado que la reducción de la accesibilidad de las bebidas alcohólicas cumple un rol importante en la prevalencia, frecuencia e intensidad de beber alcohol, los países toman medidas para reducir el acceso a ellas y así disminuir su consumo. Los impuestos a las bebidas alcohólicas son una manera en que los países aumentan el valor del alcohol para utilizar dichos ingresos extras en el financiamiento de servicios de salud y sociales que ayuden con los costos del alcohol en la sociedad. En América del sur Brasil, Chile y Perú aplican impuesto específico no ajustado a la inflación en bebidas alcohólicas, y Argentina integra impuesto específico al consumo de alcohol ajustado a la inflación.

La prohibición de beber alcohol restringido en edad también es una vía utilizada por países de hemisferio, en Argentina existe la Ley Nacional N°24.788 que prohíbe en todo el territorio nacional el expendio de todo tipo de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad⁵³. En Brasil durante los carnavales de 2003 y 2004 de Paulinia, debido a la alta prevalencia de ingresos a salas de urgencia durante el carnaval y el aumento de disturbios entre jóvenes embriagados, se vetó la compra de licores cerca del Sambódromo y la venta de alcohol a menores, incrementando además el costo de la cerveza en 100%, estas medidas redujeron casi 70% los incidentes policíacos y médicos (Monteiro, 2007).

En Argentina existe la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (Sedronar) y, dentro de esta, la Subsecretaría de Atención y Acompañamiento en materia de Drogas. Ambas cuentan con iniciativas en conjunto al Instituto Nacional de la Juventud (INJUVE).

El Sedronar trabaja sobre ejes estratégicos: Prevención, Abordaje territorial, Tratamiento, Programa Municipios en Acción, Desarrollo del conocimiento científico y Articulación institucional⁵⁴. En el primer eje se encuentran las Acciones específicas de prevención de consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes (CEEAA), marco en el que se realiza campañas de sensibilización sobre los riesgos y daños del CEEAA en contextos juveniles, como la escuela, vía pública y eventos, se articula el trabajo en conjunto a asociaciones de padres para implementar dichas estrategias y se implementan capacitaciones en hospitales y centros de salud sobre estrategias para la atención de caso (Sedronar, 2016). Un ejemplo de ello es la iniciativa Hablemos de alcohol de Verdad, que tiene por objetivo la prevención mediante la información y recomendaciones para padres y jóvenes secundarios en vísperas del llamado Último Primer Día, que se ha instalado como un ritual entre las y los jóvenes que inician su último año de secundaria⁵⁵.

A su vez, la Subsecretaría de Atención y Acompañamiento en materia de Drogas se preocupa de coordinar, generar y promover dispositivos de atención y acompañamiento en el consumo problemático de sustancias, además de implementar actividades con instituciones y organizaciones de diferentes niveles. También se le asigna el rol de colaborar en la elaboración de políticas nacionales y planificación de estrategias territoriales en drogas⁵⁶.

Uruguay contempla en su organigrama estatal la Junta Nacional de Drogas (JND), el que tiene su Estrategia Nacional para el Abordaje del Problema Drogas, Período 2016-2020 (2016) los componentes para la política de drogas el Fortalecimiento institucional, Equidad social, Salud integral, Justicia y convivencia, Mercado: medidas de control y regulación, y Relaciones internacionales y cooperación. Otra institución relevante es el Instituto Nacional de la Juventud, ya que es el encargado de articular y coordinar de las políticas públicas de juventud en coordinación con organismos estatales⁵⁷.

Esta última institución tiene iniciativas de prevención de las drogas otorgando información re-

53 Información extraída de <https://www.argentina.gob.ar/prevencion-y-cuidado/consumo-de-alcohol>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

54 Información extraída de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional-reduccion-deman-da-drogas.pdf. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

55 Información extraída de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/hablemos-de-alcohol-de-verdad-la-campa-na-de-sedronar-por-el-ultimo-primer-dia>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

56 Información extraída de <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/sedronar/atencion>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

57 Información extraída de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-juventud>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

lacionada, por ejemplo, con la reducción de riesgos asociados al consumo de cannabis y alcohol⁵⁸, o la conformación de Juntas Departamentales y Locales de Drogas⁵⁹. Desde el año 2018 se implementa el programa Promover la salud y prevención de usos problemáticos de drogas en el ámbito educativo, familiar y comunitario, con el objetivo de desarrollar un sistema integral de prevención orientado al ámbito educativo, familiar y comunitario. Las acciones que contempla este programa es la realización de encuentros barriales de sensibilización y trabajo de situaciones problemáticas para generar factores de protección en la comunidad, la revisión y actualización de protocolos con el enfoque de promoción de la salud en discoteques y espacios públicos, además de la capacitación y reflexión para un abordaje apropiado de las situaciones de consumos de drogas en la comunidad educativa⁶⁰.

Un caso de buena práctica sobre la temática de consumo problemático en jóvenes es Islandia, en la década de los 90' un grupo de científicos de Icelandic Centre for Social Research and Analysis (ICSRA), Reykjavik University (RU) desarrollaron el modelo Planet Youth. El programa ha sido apoyado desde el inicio por European Cities Against Drugs (ECAD) y la ciudad de Reykjavík, capital del país (Sigfusdottir et al., 2008).

Este Modelo Islandés para la Prevención Primaria del Uso de Sustancias tiene un enfoque preventivo basado en la teoría y evidencia científica, el que busca fortalecer los factores protectores y mitigar factores de riesgo dentro de la comunidad: Padres, jóvenes, ambiente escolar y uso del tiempo libre (Kristjansson et al., 2019). Durante los últimos 20 años el programa ha logrado reducir el consumo de drogas en Islandia, al comparar las cifras de consumo en jóvenes de 1988 con las de 2007 se da cuenta que las y los estudiantes de 10° grado redujeron 50% el “beber durante los últimos 30 días”, 58% el “fumar cigarrillos diariamente” y 60% “alguna vez haber usado hachís”. El “emborracharse en los últimos 12 meses” también cae de 21% en 1995 a 14% en 2003 y “reportar heridas o incidentes relacionados al alcohol” baja de 14% en 1995 a 4% en 2003 (Sigfusdottir et al., 2008).

En el artículo Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use de Kristjansson et al. (2019) se describen los 5 principios por los que se guía el modelo,

- Prevenir el inicio del consumo de sustancias, mediante la alteración del medioambiente social de las y los jóvenes. Se intenta aumentar los factores protectores sociales ambientales asociados a la prevención o retraso del inicio del uso de sustancias y disminuir los correspondientes factores de riesgo.
- Barrio (desde la escuela) como unidad primaria de intervención, por lo que el trabajo se enfoca en la familia, colegio, pares, comunidad social y otras. Fortalecer las conexiones entre dichos espacios y actores sociales permite lograr un equipo cohesionado dedicado a prevenir el uso de sustancias.
- Desde datos duros locales y diagnósticos sobre el barrio y colegio los miembros de cada comunidad toman todas las decisiones pertinentes a su caso. De este modo el modelo captura,

58 Información extraída de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/comunicacion/publicaciones/informacion-relacionada-consumo-cannabis-bebidas-alcoholicas>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

59 Información extraída de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/tramites-y-servicios/servicios/juntas-departamentales-locales-drogas>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

60 Información extraída de <https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/politicas-y-gestion/programas/promover-salud-prevencion-usos-problematicos-drogas-ambito-educativo-familiar-comunitario>. Fecha de consulta: 5 de junio 2020.

enfoca y mantiene la atención de la comunidad sobre los factores locales para prevenir el uso de sustancias, además de guiarles en la selección de estrategias.

- El modelo se basa en la idea de equipo-ciencia-práctica para la prevención en el uso de drogas. Por ello, integra a investigadores, a diseñadores de políticas públicas, profesionales y miembros de la comunidad, para formar un equipo de trabajo que resuelve problemas del mundo-real en áreas específicas o barrios durante periodos prolongados.
- Los problemas asociados al uso de droga suelen ser de largo plazo y el modelo se basa en un esfuerzo continuado para cambiar la sociedad para proteger a jóvenes sobre el abuso de sustancias, por lo que las soluciones diseñadas deben considerar la extensión y magnitud de ello. Esto requiere una visión, planificación, compromiso y atención sostenida de largo plazo de la comunidad, adhiriendo a estrategias repetitivas y recursos financieros permanentes.