SENDA
Ministerio del Interior
y Seguridad Pública

Gobierno de Chile

Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030

PARA UN CHILE QUE ELIGE VIVIR SIN DROGAS

eligevivir
SIN DROGAS

SENDA
Ministerio del Interior
y Seguridad Pública

Gobierno de Chile

Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030

PARA UN CHILE QUE ELIGE VIVIR SIN DROGAS

PLAN NACIONAL
eligevivir
SIN DROGAS

Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Para un Chile que Elige Vivir sin Drogas

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)
Ministerio del Interior y Seguridad Pública
Gobierno de Chile
Santiago, Chile
2021

© SENDA
Registro de Propiedad Intelectual N° 2021-A-775
ISBN: 978-956-9141-65-2

Impresión: Andros Impresores

CONTENIDOS

PRÓLOGO 5

PRESENTACIÓN 7

CAPÍTULO 1.
DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CHILE 11

1.1. Panorama general del consumo de sustancias en Chile 13

CAPÍTULO 2.
FUNDAMENTOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021-2030 25

2.1. Rol institucional de SENDA 27

2.2. Fundamentos teóricos y conceptuales 31

CAPÍTULO 3.
ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN 35

3.1. Principios orientadores de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 37

3.2. Componentes de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 40

3.2.1. Sistema integral de intervención o Sistema SENDA 40

3.2.1.1. SENDA INICIA 44

3.2.1.2. SENDA PREVENCIÓN - ELIGE VIVIR SIN DROGAS 45

Programa Elige Vivir sin Drogas 53

Programa Tolerancia Cero 57

3.2.1.3. SENDA TRATAMIENTO 58

Programas de tratamiento 59

Fortalecimiento del sistema de evaluación de los programas de tratamiento 63

3.2.1.4. SENDA OPORTUNIDADES 65

3.2.2. Componente de desarrollo de capacidad institucional para la gestión orientada a resultados ... 68

Observatorio Nacional de Drogas ... 68

Capacitación y formación ... 69

Cooperación intersectorial ... 71

Cooperación internacional en materias científicas, innovación e intercambio ... 75

3.2.3. Componente de innovación y desarrollo tecnológico ... 76

Sistema de Alerta Temprana (SAT) de drogas ... 76

Políticas de prevención, tratamiento e integración social basadas en evidencia científica ... 79

3.2.4. Desafíos de los programas de prevención, tratamiento e integración social en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 ... 80

CAPÍTULO 4.
OBJETIVOS Y METAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021-2030 ... 83

4.1. Objetivos estratégicos ... 85

4.1.1. Objetivo general (fin) ... 85

4.1.2. Objetivos específicos (propósito) ... 85

4.2. Metas del período 2021-2030 ... 86

4.2.1. Población general ... 86

4.2.2. Población escolar ... 88

REFERENCIAS ... 91

ANEXO 1:
DIAGNÓSTICO DETALLADO POR SUSTANCIA ... 107

ANEXO 2:
ACTUALIZACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LOS EFECTOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ... 123

ANEXO 3:
MODELOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES QUE FUNDAMENTAN LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021-2030 ... 135

PRÓLOGO

El segundo gobierno del Presidente Sebastián Piñera se ha centrado en el bienestar de las familias mediante la promoción y el desarrollo de cuatro principios fundamentales: la libertad, la justicia, el progreso y la solidaridad. Todos ellos presentados en cuatro pilares fundamentales, como lo son un Chile más libre que progresa creando oportunidades para todos; un Chile justo y solidario; un Chile seguro y en paz para progresar y vivir; y un Chile para vivir una vida más plena y feliz.

Es en razón de lo anterior que prevenir el consumo de alcohol y otras drogas ha sido una prioridad para nuestro Gobierno desde un principio, toda vez que estamos convencidos de que la droga destruye vidas, familias y sueños, causa dolor y sufrimiento, y no sólo al que la consume, sino también a toda su familia y a todos sus seres queridos. En este sentido, hemos estado trabajando duramente para impedir que el consumo de sustancias arrebate la libertad, la voluntad y la felicidad de todos los chilenos, pero especialmente de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Para lo anterior, el mismo Presidente Sebastián Piñera lanzó en abril del año 2019 por cadena nacional el Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas, cuyo objetivo principal es evitar, retrasar y disminuir el consumo de alcohol y otras drogas en nuestros niños y jóvenes mediante el fortalecimiento de sus ambientes de desarrollo familiar, escolar, comunitario y social.

Este Plan Nacional de prevención fue nuestro referente al momento de elaborar la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030, la cual recoge todos los esfuerzos realizados para el mejoramiento de los programas e iniciativas que el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) ofrece a la población en materia de prevención, rehabilitación e integración social.

Este documento, además, establece los objetivos y metas concretas a lograr en materia de consumo de alcohol y otras drogas, sobre todo en prevención del mismo, toda vez que estamos convencidos de que esa es la herramienta más efectiva para evitar que las personas se vean afectadas por el uso de sustancias. Junto a lo anterior, está nuestra voluntad de llegar a tiempo y adoptar todas las medidas que sean necesarias antes que el consumo de drogas y alcohol produzca daños y sufrimientos irreversibles en nuestra población.

Como Ministro del Interior y Seguridad Pública, presento esta nueva herramienta con mucho orgullo, optimismo y determinación, pues permitirá fijar el foco en las políticas públicas que permitan reducir la cantidad de droga disponible en la calle, lo cual no será suficiente sólo con desbaratar bandas delictuales, sino incentivando a que la población simplemente ya no necesite más de las mismas.

Hemos recorrido un largo camino, pero en ningún caso hemos llegado a la meta de alejar a los niños, niñas y adolescentes de nuestro país del flagelo de la droga. Es por ello que como Gobierno de Chile seguiremos trabajando firmemente contra quienes pongan droga a disposición de los barrios y calles y ofreceremos una mano amiga a quien busque fortalecer la prevención.

Rodrigo Delgado Mocarquer
Ministro del Interior y Seguridad Pública

PRESENTACIÓN

El 03 de octubre de 2018 asumimos el desafío de liderar el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), institución que nació en 1990 como el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) y que estaba encargada de la prevención, control, producción y tráfico ilícito de estupefacientes. En 2011, a través de la Ley N° 20.502, CONACE fue reemplazado por SENDA, con dependencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública y definido como el organismo público responsable de elaborar las políticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, así como del tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por el consumo problemático de estas.

Hoy, a 30 años de la creación de CONACE y a 9 años de su transformación en SENDA, podemos señalar que se han realizado grandes esfuerzos técnicos y presupuestarios dirigidos a la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias en nuestro país. Estos esfuerzos han permitido una enorme acumulación de experiencia y aprendizaje, una articulación relevante con distintas instituciones de nivel central, regional y local, la construcción de un sistema de información que incluye la realización periódica de estudios, y la implementación de una amplia oferta de programas preventivos y de intervención. Por todo lo anterior, reconocemos y valoramos el trabajo realizado por tantos y tantas en los años y décadas pasadas.

Sin perjuicio de los avances logrados, Chile enfrenta enormes desafíos respecto al consumo de alcohol y otras drogas. La cara más visible y delicada de este problema es que, de acuerdo con los últimos estudios nacionales en población escolar, nuestros adolescentes se ubican en el primer lugar de los *rankings* latinoamericanos de consumo de cocaína, marihuana, pasta base de cocaína y tranquilizantes sin receta médica. Constatar este hecho, tras 30 años de trabajo, nos impulsó a revisar nuestras acciones y a desarrollar mejoras en diversas áreas del Servicio.

En razón de lo anterior, uno de los énfasis de este proceso de aprendizaje y cambio para hacer un trabajo más efectivo, apunta a otorgar mayor relevancia a las características de los contextos en los que viven los niños y niñas de Chile y que pueden constituir correlatos o causas de la alta prevalencia de consumo de sustancias que presentan en la actualidad. El problema que sufren no se explica solamente por factores individuales y decisiones personales, sino que se trata de un problema complejo, multifactorial y sistémico, marcado por diversos aspectos sociales y culturales que inciden en que no logremos protegerlos adecuadamente del consumo. Por ello, promoveremos una cultura menos tolerante al consumo de sustancias, más orientada hacia el desarrollo saludable que libera las potencialidades de las personas, mejor informada sobre los efectos perjudiciales del alcohol y otras drogas, y empoderaremos a las comunidades, las escuelas y las familias para que puedan cumplir mejor sus funciones protectoras.

Así, como parte del Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas (EVSD) lanzado por cadena nacional el 01 de abril de 2019 por el Presidente de la República, Sebastián Piñera, hemos avanzado progresivamente en la identificación de los factores individuales, familiares, sociales y comunitarios que tienen mayor relación con el consumo de sustancias, sea como factores de riesgo o factores protectores. La implementación de este Plan nos ha permitido levantar más información y de mejor calidad sobre estos factores —de la manera que nunca se había tenido en SENDA— lo que nos permitirá comprender el problema del consumo en la población, a partir de un cúmulo de datos empíricos locales que podremos monitorear para verificar la efectividad de nuestro trabajo durante el curso de la próxima década.

Por otro lado, y a fin de continuar avanzando en la mejora de calidad y efectividad de nuestra oferta, seguiremos realizando una revisión profunda del diseño de los programas de SENDA y estableceremos sistemas de monitoreo y evaluación en iniciativas en las cuales este tipo de sistemas eran débiles o, inclusive, inexistentes. En este sentido, continuaremos con el proceso de evaluación de la oferta de tratamiento e integración social de personas que tienen o han tenido consumo problemático de sustancias, iniciado en 2017 con el apoyo técnico de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda. Además, durante nuestros primeros meses de gestión, presentamos rediseños de programas preventivos y de tratamiento al proceso de evaluación ex ante de la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO), obteniendo resultados positivos en la evaluación externa de tres programas.

Siguiendo en el ámbito de la mejora de calidad, contratamos los servicios expertos de la Universidad de Chile para la evaluación técnica de la estrategia de prevención del consumo de sustancias de mayor alcance en Chile, el Continuo Preventivo, que llega a las comunas donde reside el 80% de la población infanto-juvenil de Chile a través de escuelas y liceos. Como resultado de esta evaluación, se establecieron los lineamientos del primer sistema de monitoreo y evaluación que tendrá dicha estrategia.

Asimismo, hemos dispuesto la colaboración de la Universidad de Chile para la validación de instrumentos del programa de prevención selectiva e indicada del consumo de sustancias en el ámbito escolar, Actuar a Tiempo, y hemos integrado a procesos de evaluación externa al programa de tratamiento del consumo problemático de sustancias para personas en situación de calle, lo que resulta altamente relevante considerando la extrema vulnerabilidad que padece su población objetivo.

Estos procesos de evaluación de la calidad de nuestros programas no sólo nos permitirán aplicarles mejoras sustantivas a los mismos, sino que también posibilitará que incorporemos en nuestra gestión el gran acervo de evidencia científica acumulada sobre los métodos más eficaces para prevenir y tratar el consumo de sustancias. En este sentido, y a fin de potenciar las fortalezas y corregir las debilidades de los programas que el Servicio ofrece a la comunidad, esperamos llevar a evaluación externa la totalidad de nuestros programas de tratamiento en el mediano y largo plazo.

Para que el trabajo de SENDA se oriente a resultados de manera más efectiva, estamos adoptando progresivamente una serie de prácticas y modelos conceptuales y de gestión que han demostrado su valor en otros países, aplicando los ajustes

que sean necesarios para cautelar la pertinencia de estas iniciativas a la realidad social y cultural de nuestro país.

En este sentido, estamos incorporando con mayor énfasis el criterio de evidencia científica al momento de ajustar el diseño de estrategias y programas pre-existentes, y en la definición de nuevos programas que se incorporan a la oferta de servicios que SENDA pone a disposición de las personas, familias, escuelas y comunidades. Esto se traduce en mayores esfuerzos por revisar la literatura científica actualizada e incorporar sus hallazgos en las definiciones de contenidos de nuestras estrategias y programas, de manera que estas tengan mayores oportunidades de producir el impacto social positivo que buscamos, en beneficio de la salud y el bienestar de la población.

Aunque seguiremos trabajando más y mejor en materia de tratamiento e integración social, el sello distintivo de nuestra gestión será una fuerte modernización de los programas de prevención. Esto se funda en la constatación de que la prevención ha demostrado ser la herramienta más efectiva para evitar que las personas inicien trayectorias vitales ligadas al consumo de alcohol y otras drogas, especialmente los niños, niñas y adolescentes, y en la voluntad política de llegar a tiempo y actuar antes que el consumo de sustancias produzca daños, sufrimiento y riesgos a su salud y a sus oportunidades de desarrollo. Esto es a lo que se refiere el mandato presidencial de poner a los niños y niñas primeros en la fila.

Teniendo presente que esta estrategia recoge todos los esfuerzos realizados para el mejoramiento de la oferta de servicios de prevención, tratamiento e integración social —así como la implementación del Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas y los avances en una gestión más orientada a resultados, entre muchas otras acciones— consideramos que es viable comprometer, en un plazo de 10 años, reducir el consumo de alcohol y de marihuana, y mantener una baja prevalencia de consumo de ciertas sustancias de menor circulación —como cocaína y pasta pase— en población general y escolar.

Estamos convencidos de que este trabajo por mejorar el impacto social de nuestros programas e iniciativas puede derivar en grandes beneficios tanto para las personas que atendemos como para la sociedad en general. Chile demanda y merece nuestros mejores esfuerzos, especialmente en materias de cuidado de la salud y bienestar.

Carlos Charme Fuentes
Director Nacional SENDA

Capítulo 1.

DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CHILE

1.1. PANORAMA GENERAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN CHILE[1]

Uno de los desafíos que como país hemos tenido que enfrentar por años es terminar con el consumo de alcohol y otras drogas, especialmente en niños, niñas y adolescentes. Es en razón de ello que SENDA ha desarrollado diversos estudios que, además de haber logrado posicionarse como instrumentos de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias en nuestro país, han permitido determinar el uso de alcohol y otras drogas tanto en población escolar como en población general. Dichos estudios entregan la información necesaria para la adopción de políticas que sean efectivas y eficientes, y que logren no solamente disminuir la prevalencia de uso consumo de sustancias, sino también retrasar el uso de las mismas.

En esta misma línea y gracias a las muestras desarrolladas por el Servicio, se pudo evidenciar que el consumo de drogas en los jóvenes chilenos se encuentra hoy en niveles muy altos, superando incluso el consumo de los adultos, salvo en el caso de alcohol. Así, los estudios en población general y en población escolar de SENDA indican que el consumo de marihuana, cocaína, pasta base y tranquilizantes sin receta médica, es mayor en los estudiantes entre 8° Básico y 4° Medio que en el resto de la población.

En términos más específicos, el consumo de marihuana en escolares es el doble, el de cocaína es 1,9 puntos porcentuales más alto, y el de tranquilizantes sin receta es 6,6 veces mayor que el consumo de la población general. En este sentido, si bien la prevalencia de consumo anual de marihuana disminuyó de 30,9% en 2017 a 26,8% en 2019 (descenso porcentual de 13,3%)[2], y el uso de alcohol durante el último mes bajó de 31,1% en 2017 a 29,8% en 2019 (descenso porcentual de 4,2%), igualmente estos niveles de consumo de alcohol y otras drogas ubican a los niños, niñas y adolescentes chilenos en un triste y preocupante primer lugar entre todos los países de las Américas, en el consumo de marihuana (26,8%), cocaína (2,9%), pasta base (1,7%) y tranquilizantes sin receta médica (9,3%)

1 La persona interesada en un diagnóstico más detallado sobre la prevalencia del consumo de sustancias en Chile, encontrará en el Anexo 1 de este documento una descripción de prevalencia para distintas sustancias y en distintos segmentos de población. Adicionalmente, puede consultar los estudios de prevalencia citados en esta sección en la página web institucional de SENDA. Ver www.senda.gob.cl

2 Los porcentajes entre paréntesis de este párrafo son porcentajes de prevalencia; es decir, la estimación puntual de consumidores respecto del total de niños, niñas y adolescentes, representativo a nivel nacional. Aunque la estimación puntual facilita la comunicación de los datos, debe tenerse en consideración que toda estimación tiene asociados márgenes de error e intervalos de confianza. Estos detalles técnicos se han omitido en este documento para facilitar la lectura.

(Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol [SENDA], 2020).

Las cifras publicadas a inicios de 2019 por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), dan cuenta de la magnitud del problema de uso de drogas en Chile. La preocupación es aún mayor cuando se observa que la edad de inicio de consumo de nuestra población escolar es alrededor de los 14 años para la mayoría de las drogas, pues la evidencia científica ha demostrado en los últimos años que el desarrollo del cerebro continúa incluso después de los 18 años de edad, de manera que el inicio temprano del consumo pone en riesgo el desarrollo neurológico en las estructuras centrales.

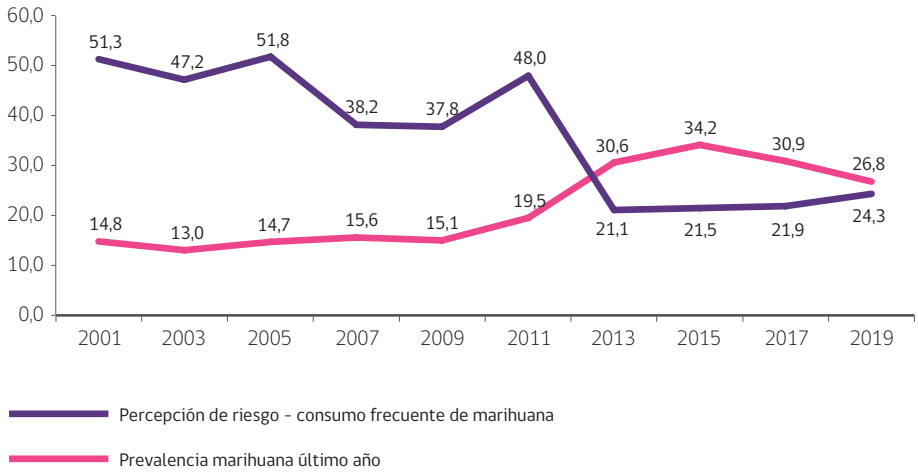
En el caso del consumo de alcohol, si bien los jóvenes chilenos entre 13 y 18 años no se encuentran entre los primeros lugares de uso (29,8%) —y considerando además la baja en la prevalencia de consumo antes señalada— en 2019 aumentó el porcentaje de estudiantes que declaran embriagarse al menos una vez en el último mes, pasando de 61,7% en 2017 a 64,0% en 2019. Este porcentaje mantiene posicionados a los estudiantes chilenos en el cuarto lugar y refleja claramente un problema en el patrón de consumo que están adquiriendo niños, niñas y adolescentes (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2019). Además, es importante mencionar que un 38,0% de los escolares reportan que le es fácil o muy fácil conseguir alcohol, y cerca de la mitad de ellos lo consiguen a través de un adulto, ya sea a través de familiares mayores de 18 años (18,2%) o de terceros mayores de edad (18,4%) (SENDA, 2020).

Muy preocupante también es que en el año 2019, por tercer estudio consecutivo, la proporción de mujeres escolares que consumen alcohol durante el último mes es mayor a la de hombres, con 32,5% y 27,2% respectivamente. Con relación a lo anterior, cabe también destacar que en el caso de la marihuana —y por primera vez en la serie de estudios— el uso de esta sustancia es mayor en mujeres que en hombres, con 27,7% y 25,9% respectivamente. Además, se observa una muy rápida progresión en el consumo de alcohol a medida que aumenta la edad de los estudiantes. Es así que mientras 1 de cada 10 estudiantes de 8° Básico declara consumo de alcohol en el último mes, en 4° Medio esta cifra llega a 1 de cada 2 (SENDA, 2020).

Desde la perspectiva de la demanda[3], una de las causas del alto consumo de drogas en el país está asociado a que, durante los últimos años, se han ido generalizando creencias falsas o no validadas por parte de sociedades científicas. Esto ha ocurrido especialmente en el caso de la marihuana y otras drogas, de las que se afirma que, supuestamente, no dañan la salud. El impacto de este discurso es evidente y así lo muestran los estudios en población escolar de SENDA, donde se puede observar, por ejemplo, como a partir del 2011 se produce una reducción muy importante en la percepción de riesgo sobre consumir marihuana, bajando un 49,0% entre los años 2011 y 2019, mientras el uso de esta droga se ubica entre sus niveles más altos, subiendo un 37,0% en ese mismo periodo (SENDA, 2020).

3 Las causas del consumo también se relacionan con el ámbito de la oferta de drogas, es decir, la cantidad de drogas que se trafica en el país, las características de los puntos de venta, entre otros aspectos. Dado que el rol de SENDA se limita, por ley, al ámbito de la demanda de alcohol y otras drogas, en este documento hemos omitido la discusión respecto a las hipótesis causales del fenómeno de consumo desde la perspectiva de la oferta.

Figura 1
PREVALENCIA DE CONSUMO DE MARIHUANA (AÑO) Y PERCEPCIÓN DE RIESGO DEL CONSUMO FRECUENTE DE MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR (%). CHILE, 2001-2019.

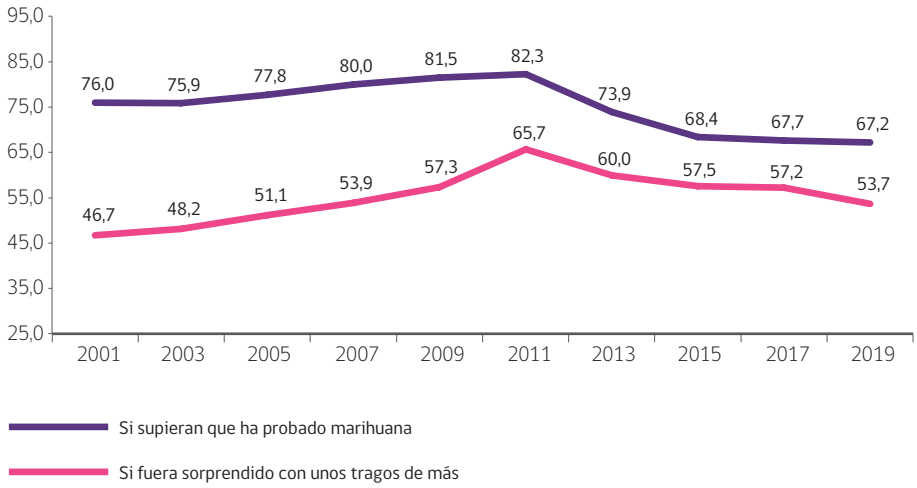


Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

Con relación a lo anterior, y por primera vez desde el año 2011, podemos observar cómo aumentó significativamente la percepción de riesgo de consumir marihuana frecuentemente, pasando de 21,9% en 2017 a 24,3% en 2019, lo que representa un aumento porcentual de un 11,0%. Si bien es un gran avance en cuanto a la efectividad de tener un discurso coherente y sustentado en la evidencia del consumo de drogas, es una tendencia que esperamos que se confirme en los próximos estudios y así lograr nuestra meta de aumentar la percepción de riesgo asociada al consumo de marihuana y reducir la prevalencia de consumo. Se considera, además, la baja percepción que los estudiantes tienen sobre los daños que puede provocar el consumo de marihuana, toda vez que 3 de cada 5 encuestados dicen que consumir cocaína frecuentemente y beber alcohol diariamente es riesgoso (SENDA, 2020).

En cuanto a la percepción de los estudiantes sobre la desaprobación que manifestarían sus padres ante conductas de consumo de alcohol y marihuana, la Figura 2 muestra que dicha percepción viene bajando de forma sostenida desde el año 2011.

Figura 2
PERCEPCIÓN DE ESTUDIANTES SOBRE LA DESAPROBACIÓN PARENTAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS (%). CHILE, 2001–2019.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

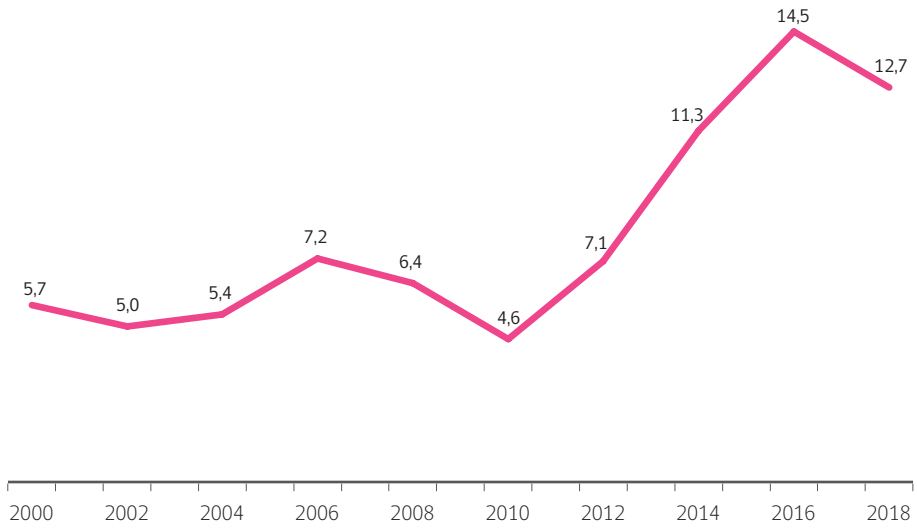
Otra droga cuya prevalencia anual de consumo entre menores de edad aumentó entre 2017 y 2019 son los tranquilizantes sin receta médica, pasando de 8,6% a 9,3% respectivamente. Lo anterior se debe principalmente al fácil acceso que reportan tener los jóvenes a esta sustancia, toda vez que el 19,5% declara que le es fácil o muy fácil conseguir estos medicamentos. Además, y al igual que lo que se observa en el consumo de alcohol, las mujeres presentan un mayor consumo que los hombres (9,9% frente a 8,5%) (SENDA, 2020).

Estos datos son aún más alarmantes si se considera que el 80% de los escolares —esto es, 8 de cada 10 niños, niñas y adolescentes—, consiguen estos tranquilizantes en su propio hogar, lo que demuestra que quienes debiesen ser el principal factor de protección, como son los padres, madres y adultos cuidadores, pueden actuar como un factor de riesgo. Lo anterior pone de manifiesto que la ejecución de estrategias efectivas de prevención de consumo de drogas en nuestros niños, niñas y adolescentes requiere del trabajo y esfuerzo no sólo del Estado, sino también del involucramiento positivo de padres, madres y familia en general (SENDA, 2020).

Por último, el estudio en población escolar de 2019 confirma la urgencia de tratar un fenómeno emergente en el país, como es el caso de las drogas sintéticas, específicamente el éxtasis. En efecto, entre 2017 y 2019 la prevalencia anual de consumo de dicha sustancia en población escolar aumentó de 1,2% a 2,6% respectivamente, resultando ser el valor más alto de toda la serie.

Por otro lado, el *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* de SENDA, mostró —por primera en la última década— un descenso en las declaraciones de consumo de marihuana en el último año, pasando de 14,5% en 2016 a 12,7% en 2018. Este descenso representa un quiebre en la tendencia al alza observada desde el año 2010. La disminución observada en el último estudio se puede explicar, en parte, por el descenso reportado en mujeres (de 10,6% en 2016 a 7,4% en 2018) y en el nivel socioeconómico alto (de 16,6% en 2016 a 13,3% en 2018).

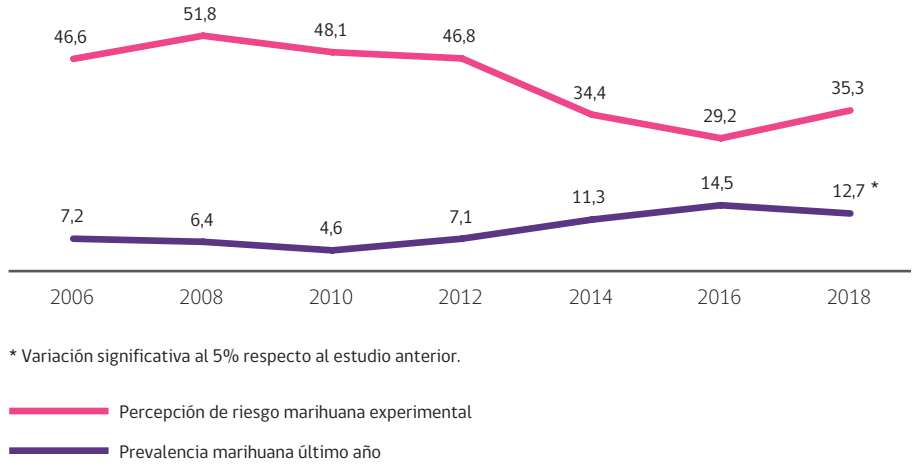
Figura 3
EVOLUCIÓN DE PREVALENCIAS DE CONSUMO DE MARIHUANA (ÚLTIMO AÑO). CHILE, 2000-2018.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

En esta misma línea, se observó un aumento en la proporción de personas que declaran que consumir marihuana de manera experimental es riesgoso (de 29,2% en 2016 a 35,3% en 2018), y un descenso en la percepción de la facilidad de acceso a esta sustancia (de 56,5% en 2016 a 50,3% en 2018).

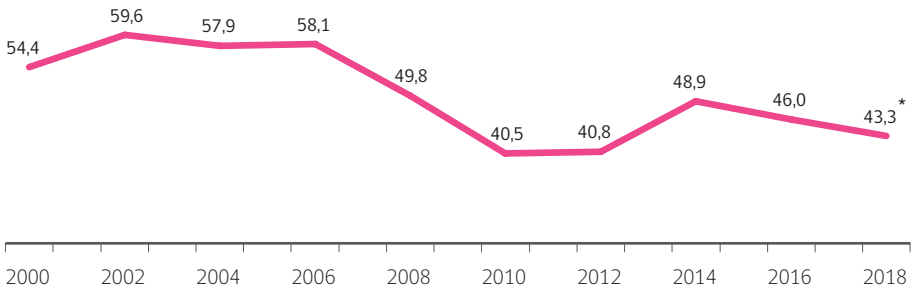
Figura 4
EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO DE CONSUMIR MARIHUANA DE MANERA EXPERIMENTAL Y PREVALENCIA DE CONSUMO (ÚLTIMO AÑO) DE MARIHUANA. CHILE, 2006-2018.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

En el caso de alcohol, también se observa un descenso en las declaraciones de consumo en los últimos 30 días, de 46,0% en 2016 a 43,3% en 2018, estableciéndose entre los menores valores de toda la serie de estudios. Sin perjuicio de esta disminución, se advierte un aumento en la proporción de individuos que iniciaron su consumo el último año[4], pasando de 21,9% en 2016 a 28,3% en 2018.

Figura 5
EVOLUCIÓN DE PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL (ÚLTIMO MES). CHILE, 2000-2018.



* Variación significativa al 5% respecto al estudio anterior.

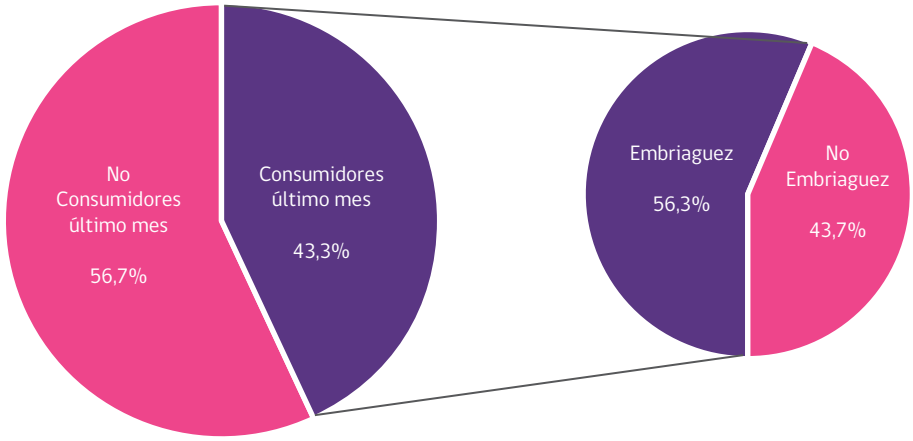
Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Respecto a la percepción de riesgo de uso de alcohol, en 2018, el 85,9% de la población percibe como un gran riesgo el consumo de cinco o más tragos al día, cifra que representa una disminución con respecto al estudio anterior (88,0% en 2016). En esta misma línea, se observa un aumento de 5,2 puntos porcentuales en la proporción de personas que declaran haberse embriagado[5] en el último mes. En 2018, más de la mitad de quienes consumen alcohol en el último mes dice que ha tenido a lo menos un episodio de embriaguez durante ese período de tiempo.

4 Proporción de individuos que declaran iniciar el consumo de una droga durante los últimos 12 meses, respecto a la población que no ha declarado uso alguna vez en la vida.

5 Proporción de consumidores del último mes que declaró haber bebido cinco o más tragos en una sola ocasión (cuatro o más para mujeres) durante los últimos 30 días.

Figura 6
PORCENTAJE DE CONSUMIDORES DE ALCOHOL (ÚLTIMO MES) Y EPISODIOS DE EMBRIAGUEZ. CHILE, 2018.



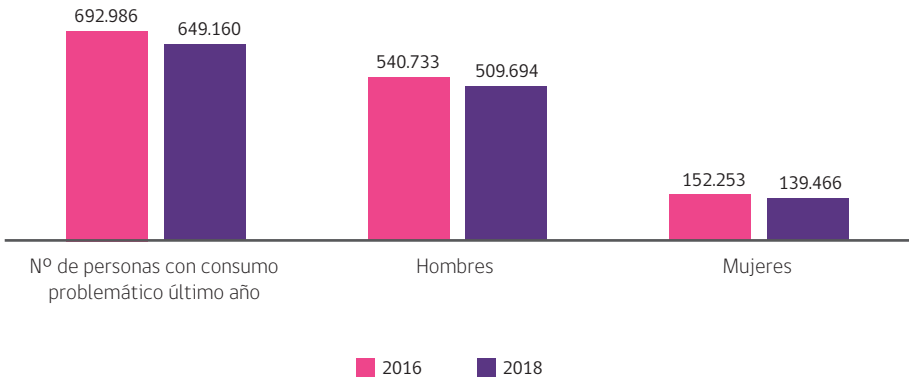
Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Por otro lado, una gran preocupación es el aumento en el consumo de éxtasis durante el último año de un 200% entre 2016 y 2018, pasando de un 0,1% a un 0,3%. Asimismo, el uso de analgésicos y tranquilizantes sin receta médica llegó en 2018 a 1,2% y 1,4%, respectivamente, y su consumo se ubicó por sobre el de cocaína (1,0%) y pasta base (0,4%). Estos datos dan cuenta de la urgencia de tratar estos dos fenómenos que se vienen consolidando en Chile —el uso de las drogas sintéticas y el uso de medicamentos sin receta—, que traen una serie de nuevos riesgos a la salud y al bienestar de las personas, y nos obligan a estar atentos a su desarrollo en nuestro país.

Finalmente, el estudio en población general muestra una disminución de cerca de 40.000 personas que presentan un consumo problemático[6] de sustancias, pasando de 692.986 en 2016 a 649.160 en 2018.

6 La definición de consumo problemático de drogas considera a quienes presentan síntomas de abuso de alcohol según DSM-IV y/o presencia de síntomas de abuso DSM-IV o dependencia según CIE-10 para usuarios de último año de marihuana, cocaína y/o pasta base.

Figura 7
PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO (ÚLTIMO AÑO), SEGÚN SEXO. CHILE, 2016-2018.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Si se desglosan las cifras de consumidores problemáticos en 2018, se observa que 17.182 corresponden a personas entre 12 y 17 años, y 631.978 son usuarios entre 18 y 64 años de edad. Por otro lado, utilizando como referencia los datos de la serie de estudios en población general, se observa la baja cobertura que existe en materia de tratamiento en el país. Si bien disminuyen las personas que presentan un consumo problemático de alcohol u otra droga, aún existe una brecha importante considerando que solamente 1 de cada 10 adultos y 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes entre los 12 y 17 años son efectivamente tratados por su consumo.

En cuanto a los correlatos del consumo de sustancias en población adolescente, SENDA desarrolló un modelo estadístico multiviable para determinar los principales factores de riesgo y de protección en niños, niñas y adolescentes chilenos, a partir de los resultados de la encuesta "Juventud y Bienestar" implementada durante el año 2019 en 46 comunas de Chile en el marco del programa Elige Vivir sin Drogas.

La encuesta fue aplicada a estudiantes de 2° Medio de 1.275 colegios de 46 comunas, con 85.907 encuestas completadas. La variable dependiente fue consumo de drogas, con dos niveles de riesgo, que se definen operacionalmente a continuación:

- **Consumo de riesgo alto**

  Incluye todos los casos que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

  - Emborracharse 3 o más veces en los últimos 30 días.
  - Usar cannabis 10 o más veces alguna vez en la vida.
  - Usar LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína alguna vez en la vida.

- **Consumo de riesgo bajo**

  Incluye todos los casos que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

  - Emborracharse 0, 1 o 2 veces en los últimos 30 días.
  - Haber consumido cannabis 9 veces o menos en la vida.
  - No haber usado nunca en la vida LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína.

De acuerdo con el modelamiento desarrollado, 11.981 casos (14,64%) se ubican en la categoría de consumo de riesgo alto, mientras 69.841 casos (85,36%) están en la categoría de riesgo bajo. Los factores que tienen mayor influencia sobre la probabilidad de que un niño, niña o adolescente entre en una de las dos categorías descritas son los siguientes:

Figura 8
FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN POBLACIÓN ESCOLAR CHILENA

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
Pares consumen drogas	Desaprobación parental del uso de drogas
Transgresión a la norma social	Pasar toda la noche en casa
Hacer la cimarra	Tiempo compartido con los padres, madres o adultos responsables
Pasar tiempo fuera de casa en las noches	Intensidad de entorno religioso
Presencia de uso de tabaco en familia y/o amigos	Presencia de vínculo barrial
Lugares de consumo de alcohol: en casa	
Desconocimiento de actividades fuera de la escuela y nocturnas	
Violencia sexual en algún momento	
Rendimiento académico relativo	
Ha ejercido violencia a terceros	
Pares buscan peleas	
Presencia de pensamiento o intento suicida	
Desapego a las normas	
Desconocimiento del grupo de pares	
Participación de pares en actos delictivos	
Presencia de intentos suicidas en pares o conocidos	
Ser parte de grupo que ejerce violencia	
Conductas impulsivas	

Fuente: Elaboración propia.

La importancia de variables familiares y comunitarias como factores protectores que contribuyen a la prevención del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes, otorga relevancia al enfoque de prevención ambiental incorporado al Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas. Es en virtud del potencial preventivo

de las variables socioambientales, que dicho Plan realiza acciones orientadas a informar acerca de los riesgos y consecuencias que implica el consumo de alcohol y otras drogas a la comunidad y los padres, a promover la movilización comunitaria a favor de la salud y el bienestar, y a activar las redes de capital social para mejorar el cuidado de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país.

Adicionalmente, es preciso considerar que los niños y niñas en Chile llegan a la enseñanza media con una significativa exposición a otros factores de riesgo teóricamente relevantes, a saber (SENDA, 2019):

- **Factores de riesgo individuales**
  - La percepción de riesgo se define como la proporción de estudiantes que declaran que consumir una sustancia (por ejemplo, marihuana), en un patrón determinado de uso (por ejemplo, uso experimental o uso frecuente) representa una conducta de riesgo. El 54,8% de los estudiantes considera que el uso frecuente de tabaco es una conducta de riesgo; el 63,4% considera que el uso diario de alcohol implica riesgo. En el caso de la marihuana, sólo 24,3% de los estudiantes percibe que su uso frecuente es riesgoso. Finalmente, la percepción de riesgo de uso frecuente de cocaína se limita a 58,8%.
  - En cuanto a las actitudes específicas hacia el consumo de marihuana, 53,4% de los estudiantes declara pensar que —probar marihuana una o dos veces no hace daño—, mientras que un 50,1% cree que "la marihuana tiene un bajo poder adictivo".

- **Factores de riesgo familiares**
  - La desaprobación parental del consumo de marihuana llegó a 67,2%, su nivel más bajo desde 2001; en tanto, la desaprobación parental del consumo de alcohol es de 53,7%.
  - El conocimiento de los padres respecto al lugar donde se encuentra su hijo al salir de la casa, se asocia a una menor prevalencia de consumo de marihuana respecto a la de aquellos estudiantes cuyos padres no presentan dicha conducta (40,4% frente a 23,2% en 2019); lo mismo se observa en el consumo de cocaína total (7,7% frente a 2,7%).

- **Factores de riesgo sociocomunitarios**
  - La facilidad de compra de alcohol, entendida como la proporción de estudiantes que declaran que les sería fácil o muy fácil comprar alcohol, llega a 37,6% en 2019.
  - La proporción de estudiantes que declara que le sería fácil conseguir marihuana es de 42,9% en 2019; los estudiantes que declaran haber recibido ofertas recientes de marihuana llegan a 34,8%; el último lugar donde se realizó el ofrecimiento de marihuana fue en las vías de acceso relacionadas al colegio

(7,6% en 2019), fiestas (13,3%), alrededores de la casa (4,3%) y casa de amigo o amiga (8,9%); la facilidad de acceso a cocaína alcanza 10,4% en 2019, mientras que en pasta base llega a 7,4%.

En cuanto a los costos que enfrenta el país debido a la prevalencia del consumo de sustancias, cabe destacar un estudio dado a conocer en 2019 por la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC) y SENDA, que analizó el costo económico y social del consumo de alcohol en el país. Este estudio entregó dos grandes conclusiones. La primera es que en el 2014 en Chile se produjeron, en promedio, 36 muertes diarias vinculadas al consumo de alcohol, 13.260 muertes al año, lo que representa el 13% del total de muertes ocurridas ese año en el país. La segunda es que sólo el consumo de esta sustancia le cuesta a Chile 1,5 billones de pesos ($1.488.776.225.023). De estos, los costos en salud llegan a alrededor de 447.937 millones de pesos, y los asociados al crimen y violencia —que incluye accidentes de tránsito, costos de litigación y justicia, costo de daños y robos sobre la propiedad, entre otros— se estiman en 231.388 millones (Departamento de Salud Pública - Pontificia Universidad Católica de Chile, 2018).

Capítulo 2.

FUNDAMENTOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021–2030

2.1. ROL INSTITUCIONAL DE SENDA

De acuerdo con el marco normativo que da origen al Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, este *"tendrá por objeto la ejecución de las políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas y, en especial, en la elaboración de una estrategia nacional de drogas y alcohol"* (Ley N° 20.502, 2011).

En cumplimiento de dicho objeto corresponderá al Servicio:

a. Ejecutar las políticas y programas propios de su objeto.

b. Colaborar con el Ministro del Interior y Seguridad Pública, y con el Subsecretario de Prevención del Delito, en el ámbito de sus atribuciones, en la elaboración de políticas en materia de prevención del consumo de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas, cuando estas conductas constituyan un factor de riesgo para la comisión de delitos.

c. Impulsar y apoyar, técnica y financieramente, programas, proyectos y actividades de Ministerios o Servicios Públicos destinados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, así como al tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo, y ejecutarlos, en su caso.

d. Elaborar una estrategia nacional de prevención del consumo de drogas y alcohol, coordinar su implementación, y dar apoyo técnico a las acciones que las entidades de la Administración del Estado emprendan en el marco de su ejecución.

e. Administrar el fondo establecido por el artículo 46 de la Ley N° 20.000.

f. Vincularse con organismos nacionales que se ocupen de temas propios de su competencia, y celebrar con ellos acuerdos y convenios para realizar proyectos de interés común. Con el mismo propósito podrá también, previa autorización del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, relacionarse con organismos internacionales.

g. Elaborar, aprobar y desarrollar programas de capacitación y difusión, orientados a la prevención del consumo de drogas y alcohol, y estimular la participación ciudadana en estas materias.

h. Certificar, de acuerdo a criterios técnicos, los proyectos cuyo financiamiento provenga de donaciones destinadas a los objetivos señalados en la letra anterior.

i. Mantener una base de datos actualizada y pública que contenga información sobre los objetivos, metas comprometidas, entidades beneficiadas, presupuestos y acciones realizadas durante la ejecución y evaluación de los planes y programas del Servicio, y recopilar, sistematizar y analizar los antecedentes relevantes sobre el fenómeno de las drogas y el alcohol.

j. Celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, incluyendo las municipalidades, que digan relación directa con la ejecución de las políticas, planes y programas de prevención del consumo de drogas y alcohol, así como el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por la drogadicción y el alcoholismo.

k. Desempeñar las restantes funciones y ejercer las demás atribuciones que le encomiende la ley.

A partir del marco normativo señalado, se derivan consideraciones que inciden sobre la manera en que SENDA define su rol en la Estrategia Nacional de Drogas para el período 2021-2030, a saber:

PROPÓSITO FUNDAMENTAL DE LA ESTRATEGIA

En algunas versiones anteriores de la Estrategia Nacional de Drogas, el propósito fundamental hacía alusión a enfrentar el "problema de las drogas", el cual de acuerdo con las Naciones Unidas incluye dos grandes dimensiones: la reducción de la demanda de drogas y el control de la oferta de drogas. Sin embargo, la nueva normativa de SENDA establece que el objeto del servicio se enfoca en "políticas en materia de **prevención del consumo** de estupefacientes, sustancias psicotrópicas e ingestión abusiva de alcohol, y de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas por dichos estupefacientes y sustancias psicotrópicas" (Ley N° 20.502, 2011).

Resulta evidente que el marco normativo actual otorga prioridad a la dimensión de la reducción de la demanda de drogas, al definirla como objeto de SENDA. En consecuencia, el propósito fundamental de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 se enfocará en la reducción de la prevalencia de consumo como indicador principal de la demanda de sustancias psicoactivas. La dimensión del control de la oferta de drogas será pertinente para SENDA en la medida que contribuye a la demanda de sustancias y, en tal sentido, el Servicio seguirá colaborando con otros organismos públicos en estas materias, pero sin incluir medidas de control del narcotráfico como propósitos estratégicos institucionales.

DEFINIR OBJETIVOS Y FIJAR METAS EN MATERIA DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

Como organismo rector de las políticas de prevención del consumo de alcohol y otras drogas, SENDA asume el rol de fijar objetivos estratégicos y metas de largo plazo en materia de reducción de demanda de sustancias, utilizando para tal efecto sus instrumentos de medición bianual de la prevalencia de consumo de sustancias en población general y en población escolar.

PRIORIZACIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

La constatación de prevalencias de consumo de sustancias superiores en el segmento de población infanto-juvenil en comparación con la población adulta, constituye en sí misma una justificación técnica suficiente para priorizar las acciones de prevención y tratamiento que contribuyan a reducir la dimensión de este problema en dicho segmento.

Sin embargo, es parte del rol de SENDA —como organismo rector en la materia— consignar que la reducción de la prevalencia del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes constituye una obligación legal, moral y política.

Desde el punto de vista legal, la población infanto-juvenil goza de un marco de derechos especial, adoptado por el país al suscribir la Convención Internacional de los Derechos del Niño y, como parte de este marco normativo, hemos adoptado el interés superior del niño como un criterio rector de la política pública.

Desde el punto de vista moral, la comprensión de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y como personas que requieren cuidados especiales consistentes con su estadio de desarrollo, obliga a que el Estado y el Gobierno realicen esfuerzos adicionales de protección y cuidado de la salud, aún más allá del marco de garantías legalmente exigibles. En consecuencia, se entiende que priorizar la protección y el cuidado de los niños, niñas y adolescentes es lo correcto para cualquier país que aspire al desarrollo.

Finalmente, desde el punto de vista político, el Gobierno del Presidente Sebastián Piñera ha asumido un compromiso especial con los niños, niñas y adolescentes, en el sentido de ofrecer garantías de protección y cuidar de sus oportunidades de integración a una sociedad libre y democrática. Este compromiso debe traducirse en medidas concretas transversales a toda la gestión del Estado, especialmente en aquellos ámbitos que afectan tanto la vida de las personas como es el cuidado de la salud y la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

IMPULSAR UNA ESTRATEGIA QUE MEJORE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Al igual que en otros ámbitos de la gestión pública, como la educación y la salud, nuestro país ha logrado avances sostenidos en la expansión de la cobertura de servicios de prevención y tratamiento del consumo de sustancias. Sin embargo, prevalecen brechas de cobertura y el desafío de procurar un alto nivel de calidad en los servicios que el Estado ofrece a la población. En el ámbito de acción de SENDA, la mejora de calidad depende de utilizar más y mejor conocimiento técnico y evidencia científica en el diseño de programas, y desarrollar mejores prácticas de gestión en la implementación de estas iniciativas.

2.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES[7]

El desarrollo de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 nos ha llevado a revisar y precisar nuestra adscripción a una serie de modelos teóricos y conceptuales que sustentan la manera en que interpretamos los fenómenos de consumo de sustancias (es decir, nuestra visión del problema) y la forma en que creemos que los desafíos de prevención, tratamiento e integración social deben abordarse (es decir, nuestra visión sobre la solución).

MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO

El primer modelo teórico a mencionar es el Modelo Ecológico del Desarrollo Humano propuesto por Uri Bronfenbrenner a fines de la década de 1970. Este modelo se mantiene vigente por su énfasis en comprender el proceso de desarrollo humano en el contexto de múltiples y complejas interacciones bidireccionales entre las personas y su entorno, o "ecología social", la cual influye en la conducta mediante procesos que se desenvuelven en distintos niveles de sistema.

En el nivel más cercano a la persona, el nivel microsistémico, se producen interacciones habituales altamente significativas con otras personas, con quienes compartimos más tiempo y que, en virtud de ello, tienen mayor influencia sobre nosotros. En el nivel de microsistema podemos encontrar las actitudes parentales hacia el consumo de sustancias, la calidad de la supervisión parental, y la asociación con amigos que consumen (o que no consumen). Estas influencias son sumamente potentes y pueden determinar en gran medida la trayectoria vital de una persona.

También existen otros niveles de sistema más amplios, en los que la persona en desarrollo interactúa con instituciones, organizaciones, grupos y con el macrocontexto social y cultural. En estos niveles más amplios adquieren relevancia los mensajes y discursos sociales que inclinan las actitudes de las personas hacia el consumo de sustancias, o bien hacia la promoción de un desarrollo saludable incompatible con dicho consumo.

7 Para personas interesadas en esta materia, en el Anexo 3 de este documento se ofrece una presentación más detallada de los fundamentos teóricos y conceptuales que hemos incorporado en el desarrollo de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 y en el trabajo regular de SENDA. De manera complementaria, el Anexo 2 ofrece una síntesis de evidencia empírica actualizada sobre los efectos del consumo de sustancias.

NIVELES DE PREVENCIÓN

Además de comprender estos niveles de micro- y macrosistemas de interacción e influencias, hemos adoptado el modelo de niveles de prevención universal, selectiva e indicada, propuesto por Robert Gordon en 1983. De acuerdo con esta conceptualización, debemos articular un sistema de prevención que incluya algunas medidas de alta cobertura, baja intensidad y bajo costo, de alcance universal, con otras medidas más focalizadas y menos eficientes, en la medida que sus beneficios en personas específicas superen los costos. El balance e integración de los distintos niveles de prevención en distintos niveles de sistema, nos permitirá desarrollar un modelo de servicios que, en su conjunto, será más efectivo y más eficiente.

CICLO VITAL Y CURSO DE VIDA

De acuerdo con el modelo de ciclo vital, debemos considerar que las personas enfrentan distintos tipos de desafíos y exigencias en las diversas etapas de la vida, y que los períodos de transición de una etapa a otra suponen exigencias adicionales de adaptación a la vida social. Lo anterior puede implicar una mayor vulnerabilidad a involucrarse en conductas disfuncionales, como lo es el consumo de alcohol y otras drogas. La incorporación de este modelo nos lleva a adaptar los contenidos de nuestros programas a las distintas etapas del ciclo vital en que se encuentran las personas que atendemos y a poner especial cuidado en las etapas de transición.

Por su parte, el modelo epidemiológico del curso de vida es una aproximación interdisciplinaria para el estudio del desarrollo y la salud humana, enfocada en los efectos de largo plazo sobre la salud o sobre el riesgo de enfermedad, de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist y Power, 2003). Incluye el estudio de las trayectorias biológicas, conductuales y psicosociales que operan a través de la vida de las personas, así como a través de distintas generaciones y que influyen sobre el desarrollo de enfermedades crónicas (Ben-Shlomo, 2002).

Problemas de salud como el consumo problemático de alcohol y otras drogas, se pueden analizar de manera comprehensiva si se tienen en consideración las interacciones entre el proceso de desarrollo del individuo y la exposición a factores protectores y de riesgo en distintos niveles del sistema, desde las relaciones e influencias más cercanas y poderosas al interior de la familia, hasta los aspectos macrosistémicos sociales que contribuyen a la exposición a riesgos o a su mitigación (Halfon, Forrest, Lerner y Faustman, 2017).

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

El cuarto modelo conceptual que hemos adoptado es el denominado modelo de factores de riesgo y factores de protección. De acuerdo con este modelo, existe un amplio conjunto de variables o factores que se asocian a la conducta de consumo de alcohol y otras drogas. Es importante estudiar estos correlatos del consumo, pues entre ellos puede haber elementos causales cuya intervención puede tener un efecto significativo sobre la prevalencia de consumo.

La identificación de factores relevantes requiere un estudio empírico, pues los correlatos del consumo pueden ser específicos de distintos segmentos de la población, mostrando variabilidades entre hombres y mujeres, niños, adolescentes y adultos, y diferencias por cada tipo de sustancia. Adoptar este modelo da cuenta de la renovada vocación empírica y científica del trabajo de SENDA.

CIENCIA DE LA PREVENCIÓN

En el ámbito de la intervención, hemos adoptado el enfoque de salud basado en evidencia científica y en la ciencia de la prevención. De acuerdo con estos enfoques, las medidas para la promoción, prevención y restitución de la salud no deben decidirse con base en disquisiciones teóricas ni opiniones de expertos, sino fundamentalmente en virtud de la evidencia científica de efectividad. Lo anterior implica asumir una visión pragmática, en la cual sólo implementaremos aquellas iniciativas que demuestren ser eficaces en la prevención y tratamiento del consumo de sustancias, y en la integración social de personas que consumen o solían consumir alcohol u otras drogas.

Dentro del gran enfoque de salud basado en evidencia científica, hemos integrado dos modelos de intervención más específicos: el modelo transteórico del cambio y la entrevista motivacional.

- **Modelo transteórico del cambio.** El modelo transteórico del cambio asume, en virtud de la evidencia empírica, que los cambios repentinos de patrones de conducta son eventos poco frecuentes. Al contrario, la mayor parte de las personas que logran cambiar patrones de conducta, lo hacen siguiendo una secuencia predecible de etapas que empiezan en la precontemplación (no asumir el problema de conducta) y avanzan progresivamente en la problematización, preparación y acción para un cambio gradual y progresivo. El proceso de cambio puede incluir recaídas en el patrón de consumo previo, pero la recaída no es necesariamente una pérdida de todo el esfuerzo realizado, en especial cuando se aprovecha para aprender nuevas habilidades para protegerse de futuras recaídas.

- **Entrevista motivacional.** El modelo de entrevista motivacional se concentra en los estilos de entrevista que pueden usar los profesionales que trabajan en el sistema de tratamiento e integración social. La entrevista motivacional puede ayudar a las personas a

transitar desde posturas precontemplativas (o de negación de sus problemas) hacia actitudes de mayor apertura (comprender que tienen problemas de consumo) y disposición a hacer esfuerzos concretos para abandonar el consumo y evitarlo en el futuro. La entrevista motivacional no se enfoca en la persuasión, sino en ayudar a la persona a descubrir su potencial de cambio y acompañarla hacia estilos de vida más saludables, aportándole la información, asesoría, motivación y apoyo que necesite en cada etapa.

El corolario de esta sección consiste en que tenemos muy buenas razones para perseverar en el esfuerzo por reducir la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas en Chile, considerando los fundamentos empíricos de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 que documentan, de manera categórica, que las conductas de consumo comprometen la salud y el desarrollo de las personas. Además de lo anterior, los fundamentos conceptuales que hemos revisado y adoptado permiten comunicar nuestra visión del problema como un fenómeno multicausal que debe atender consideraciones sistémicas, de ciclo vital y de conjuntos complejos de correlatos, así como explicar en términos generales nuestra visión sobre la solución, la cual debe basarse en la evidencia científica respecto a las iniciativas que funcionan mejor para efectos de prevención, tratamiento e integración social.

Capítulo 3.

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

3.1. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021–2030

La implementación de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030 está orientada a resultados que se definen en términos de reducir o mantener niveles de prevalencia de consumo de sustancias. Lo anterior requiere del planteamiento de una serie de principios orientadores de la gestión general de SENDA, que incida también sobre los procesos de desarrollo de contenidos de las iniciativas y programas de prevención, tratamiento e integración social.

Estos principios orientadores deben, además, jerarquizarse apropiadamente, de manera que los equipos directivos, profesionales y técnicos del Servicio cuenten con una guía clara respecto a cuáles de ellos priorizar en situaciones en que dos o más entren en conflicto.

1. **Eficacia.** Las intervenciones desarrolladas por SENDA en materias de prevención y tratamiento del consumo de sustancias, deberán atender a la necesidad de estar diseñadas e implementadas de manera que se incremente al máximo posible su probabilidad de producir el impacto social esperado en términos de reducir la prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas.

2. **Base en evidencia científica nacional e internacional.** Para efectos de mejorar las oportunidades de que las intervenciones de SENDA sean eficaces, estas deben sustentarse a partir de los hallazgos de investigaciones científicas de calidad suficiente para informar decisiones de políticas públicas, que sean rigurosas en términos metodológicos y lo más actualizadas posible.

   Para efectos de esta Estrategia, se consideran estudios empíricos "de calidad suficiente para informar decisiones de políticas públicas" aquellos estudios correlacionales transversales y longitudinales sobre el efecto relativo de factores de protección o factores de riesgo del consumo/abuso/dependencia de sustancias en distintos segmentos de población; y aquellos que miden la efectividad de intervenciones preventivas o de tratamiento a partir de diseños cuasiexperimentales o experimentales. También se consideran estudios de buena calidad las revisiones rápidas de evidencia que clarifiquen sus limitaciones por sesgo de publicación (entre otros sesgos), las revisiones sistemáticas y los meta-análisis.

3. **Efectividad.** Se refiere al logro de eficacia o impacto social en condiciones de implementación reales, generalmente no óptimas. Típicamente, la implementación de programas sociales debe realizarse en condiciones administrativas, financieras y de gestión técnica que no son las mejores. No siempre es posible contar con operadores de programas preventivos y de tratamientos con amplia experiencia, o con supervisores técnicos con amplia formación especializada. El uso de este criterio supone que las intervenciones de SENDA sean lo suficientemente estructuradas y estandarizadas para que tengan la capacidad de producir impacto social, inclusive en contextos de trabajo que puedan verse dificultados por condiciones o contingencias propias de los distintos escenarios de implementación.

4. **Eficiencia.** Se refiere al logro del máximo impacto social posible, al menor costo posible en términos de tiempo, de esfuerzo laboral y de gasto financiero. Este criterio dice relación con la responsabilidad fiscal en el buen uso de recursos públicos escasos para atender grandes y crecientes demandas sanitarias y sociales, entre otras. El criterio de eficiencia es secundario a los de eficacia y eficiencia, de manera que la búsqueda de eficiencia nunca podrá imponerse por sobre la búsqueda de impacto social, en términos de reducir la prevalencia del consumo de sustancias en el país.

5. **Descentralización progresiva para la pertinencia local.** El desarrollo de intervenciones de prevención y tratamiento eficaces, efectivas y eficientes, requiere sensibilidad por parte de SENDA respecto a las diferencias locales, particularmente en un país como Chile, caracterizado por diversidades geográficas, demográficas, culturales, de legado étnico, de condición migratoria, de género, entre muchas otras.

   En el marco de esta Estrategia, los niveles de gestión regional de SENDA adquirirán progresivamente más relevancia en tareas de diseño, implementación, administración y control de gestión de las intervenciones preventivas y de tratamiento, como un mecanismo para facilitar la adecuación de las intervenciones a las diferentes características de las poblaciones objetivo en las distintas regiones del país.

6. **Participación de la comunidad.** SENDA asume que el consumo de sustancias se produce, fundamentalmente, dentro de la esfera de las decisiones y conductas individuales. Sin embargo, limitar la explicación a dicha esfera nos llevaría a un reduccionismo disfuncional. En consecuencia, también debemos tener en consideración las múltiples y complejas influencias familiares, comunitarias y macrosistémicas que inciden sobre el comportamiento individual. Los cambios de comportamiento relativos al consumo de sustancias sólo serán viables si se comprenden las necesidades, inquietudes, motivaciones y circunstancias en las que la comunidad vive y se desarrolla.

En este contexto, SENDA desarrollará acciones de diseño, implementación y rendición de cuentas progresivamente más abiertas a la comunidad, basando decisiones en los criterios ya señalados, pero también acogiendo las demandas y siendo sensible a las necesidades de la comunidad en la ejecución de todos sus procesos.

7. **Cooperación para el desarrollo científico.** SENDA, como organismo técnico de referencia en la temática de prevención y tratamiento del consumo de sustancias, debe asumir un rol activo en promover que los distintos fenómenos relacionados con dicho consumo se transformen en materias prioritarias de la agenda nacional de investigación. Para estos efectos, se desarrollarán gestiones con el nuevo Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, con el objeto de incrementar progresivamente la alineación de agendas de investigación en esta materia tan relevante para el país; con el Ministerio de Educación y las Universidades para promover la enseñanza e investigación de materias relacionadas con el consumo de sustancias, sus determinantes sociales y métodos de tratamiento, como parte de los currículos de pregrado y postgrado; y con el Ministerio de Salud para coordinar acciones conjuntas que mejoren el traslado del conocimiento científico actualizado a las prácticas clínicas y comunitarias de prevención y tratamiento del consumo de sustancias.

8. **Cooperación para el cambio cultural.** SENDA debe liderar la entrega de información específica y comprensible a la población sobre el consumo de sustancias y sus efectos, para informar verazmente las decisiones individuales y familiares en estas materias y promover proactivamente actitudes y conductas consistentes con el cuidado de la salud. Para tal efecto, se realizarán coordinaciones y actividades de colaboración con diversas instituciones del Estado central, con los gobiernos locales y regionales, con el sector privado, con las organizaciones no gubernamentales, con los medios de comunicación, y con las diversas organizaciones y colectivos dedicados a la producción y difusión de contenidos culturales a través de la prensa, las artes, la producción audiovisual, entre otros.

3.2. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021–2030

3.2.1. SISTEMA INTEGRAL DE INTERVENCIÓN O SISTEMA SENDA

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol está desarrollando un profundo análisis y ajuste de la oferta de servicios que pone a disposición de la comunidad. Este proceso está orientado, principalmente, a examinar la calidad del diseño de las estrategias y programas pre-existentes, el grado en que su oferta está basada en los últimos hallazgos de la investigación científica en materia de consumo de sustancias, y la calidad de la implementación de dicha oferta.

El análisis y ajuste señalado apuntan a estructurar un sistema de intervención que se ha denominado **Sistema SENDA**, que incluye un conjunto integral y comprehensivo de intervenciones para la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias, y para la integración social de las personas tratadas. Dicho sistema se basa en evidencia científica de resultados, a fin de cautelar la eficacia y calidad de la oferta de servicios.

Las estrategias, planes y programas del Sistema SENDA pueden incluir programas pre-existentes bien evaluados y ajustados para rectificar sus debilidades, y nuevas iniciativas incorporadas a la oferta a fin de mejorar la capacidad del Servicio y atender las necesidades de las personas.

El desarrollo del Sistema SENDA considera cinco premisas, a saber:

- **Valores y principios.** Ética, fe pública, alto estándar de servicio a la población beneficiaria de estrategias y programas de SENDA.
- **Procedimientos.** Procesos y etapas de implementación de estrategias y programas claramente definidas, respeto a los plazos de desarrollo e implementación de actividades en beneficio de la población, sensibilidad a las urgencias y contingencias nacionales y locales.
- **Coberturas y metas.** Definición clara de la población objetivo, cobertura y metas de estrategias y programas, tomando en consideración criterios de buena práctica en el diseño de políticas públicas establecidos por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia; apropiada documentación del diseño y la implementación de estrategias y programas como medio de

respaldo para efectos de gestión, comunicación y rendición de cuentas.

- **Registro y evaluación.** Énfasis en el control de gestión para asegurar la oportunidad, eficiencia y calidad de los procesos de implementación de estrategias y programas; uso de plataformas informáticas para la recolección y análisis de información; capacitación permanente de funcionarios directivos, técnicos y de unidades de apoyo a la gestión; y confiabilidad de los datos y registro integral de información de casos.

- **Comunicación y difusión.** Uso de recursos territoriales, virtuales y comunicacionales para acercar la oferta institucional a la comunidad.

A su vez, el Sistema SENDA se conforma por cuatro ejes de acción:

1. SENDA Inicia, donde se encuentra el Área de Contacto Ciudadano encargada de establecer un puente de comunicación entre la ciudadanía y SENDA, mediante el diseño y operación de plataformas para la entrega de información, apoyo y difusión del conocimiento en materias relativas al consumo de sustancias, sus consecuencias, y la oferta programática a disposición de la comunidad. Se conforma por tres subáreas: una Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS); Fonodrogas y Alcohol 1412, línea de asistencia telefónica con servicios disponibles 7 días a la semana, las 24 horas al día; y el servicio Bibliodrogas consistente en una biblioteca especializada en temáticas de alcohol y otras drogas.

2. El Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas como principal iniciativa en el ámbito de la prevención de SENDA.

3. SENDA Tratamiento, que incluye las diversas modalidades de tratamiento del consumo de sustancias, con ofertas diferenciadas para adolescentes y adultos, por género, y para distintos niveles de intensidad de tratamiento.

4. SENDA Oportunidades, que incluye las iniciativas del Servicio para asegurar la sostenibilidad en el largo plazo de los resultados positivos que se logran con la intervención programática, por medio de la articulación de los apoyos intersectoriales requeridos en los ámbitos de educación, empleo, vivienda y protección social.

Para responder de manera satisfactoria a la ciudadanía, SENDA dispuso el objetivo de mejorar y aumentar la fidelidad[8] de implementación, monitoreo, evaluación y gestión por resultados[9] de las iniciativas institucionales.

Figura 9
ESQUEMA DEL SISTEMA SENDA

Fuente: Elaboración propia.

Se espera que el Sistema SENDA sea una experiencia pionera a nivel internacional, en el sentido de convertir a SENDA en uno de los primeros servicios públicos que disponibilice programas basados en evidencia[10] en el ciclo completo de su operación, marcando un claro liderazgo en la materia en la región latinoamericana.

8 En el ámbito de la prevención y el tratamiento basados en la evidencia científica, el término "fidelidad" se refiere al grado en que la implementación de intervención es "fiel" al diseño. Se afirma que un programa opera con alto nivel de fidelidad cuando sus prácticas y servicios ofrecidos a la población son plenamente consistentes con los estándares y procedimientos establecidos en el diseño del programa. Al contrario, cuando la implementación del programa es poco respetuosa de los lineamientos operativos establecidos en el diseño, se afirma que el programa opera con bajo nivel de fidelidad.

9 La gestión orientada a resultados se refiere, en general, a un enfoque de gestión que establece como propósito de la actividad del programa el logro de determinados resultados pre-establecidos. Las actividades a realizar se estructuran de manera que estén bien alineadas con el logro de dichos resultados esperados, y se implementan acciones de monitoreo y evaluación que permiten verificar la marcha del programa en función de su capacidad para acercarse a las metas de resultados. En este enfoque, la mayor prioridad del monitoreo y evaluación no es la actividad en sí misma, de manera que cumplir con todas las tareas programadas no deriva necesariamente en una buena evaluación. Las actividades se evalúan positivamente cuando el programa demuestra que su gestión produce los resultados esperados.

10 En el ámbito de la Ciencia de la Prevención, "programa basado en evidencia" se refiere a la adopción de un criterio en formulación de la oferta programática, de manera que sólo se ofrece a la comunidad estrategias y programas que han demostrado efectividad en la experiencia nacional o internacional, de acuerdo con los hallazgos de estudios científicos rigurosos desde el punto de vista metodológico (evaluaciones experimentales o cuasiexperimentales favorables). Por el contrario, este sesgo de gestión promueve el abandono de las estrategias o programas que no han demostrado efectividad, o bien su reestructuración para que incluyan componentes que mejoren su efectividad.

La construcción de este Sistema es un proceso paulatino iniciado en octubre de 2018, cuando se puso en marcha la evaluación de los procesos internos y de los programas implementados en Chile en materia de prevención y tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas. Este proceso continuará hasta el año 2021 con la reestructuración de programas pre-existentes para fortalecer su diseño y con la introducción de nuevos programas basados en evidencia científica de resultados (SENDA, 2020).

Con relación a esto último, durante el año 2020 iniciamos la licitación de un proceso de asesoría, implementación y evaluación del pilotaje de un programa basado en evidencia en materia de prevención selectiva y centrado en la generación de habilidades preventivas, el que fortalecerá el Pilar Familia en materia de prevención. Dicho programa buscará fortalecer las habilidades parentales de los padres, madres y adultos cuidadores, a fin de que sean agentes de cambios para la prevención de conductas en sus hijos e hijas, especialmente respecto el consumo de sustancias. En esta misma línea, también se comenzó un proceso de asesoría, implementación y evaluación del pilotaje de otro programa basado en evidencia en materia de terapia familiar para el tratamiento de problemas de conducta, asociación con pares antisociales, uso de sustancias y sus interacciones familiares adaptativas en el ámbito ambulatorio. Este programa permitirá fortalecer la oferta programática institucional en el área de tratamiento mediante un modelo de intervención familiar intensivo, estructurado y a corto plazo, con enfoque en los factores de riesgo y factores de protección que impactan al adolescente y su entorno, y cuya focalización será en los niveles iniciales de consumo de sustancias.

Figura 10
ETAPAS DE INSTALACIÓN DE LA OFERTA PROGRAMÁTICA BASADA EN EVIDENCIA DEL SISTEMA SENDA

Fuente: Elaboración propia.

3.2.1.1. SENDA INICIA

SENDA Inicia es un pilar fundamental para el desarrollo de la acción sistémica del Servicio, siendo su principal objetivo la detección temprana y focalización de la demanda institucional. Así, el Área de Contacto Ciudadano se constituye como un vínculo entre el Servicio y la ciudadanía, a través del diseño y la implementación de sistemas de acceso a información y de difusión de conocimiento en materias relacionadas al consumo de alcohol y otras drogas. Sus tres componentes son Fonodrogas y Alcohol 1412, Bibliodrogas y Atención Ciudadana (OIRS).

SENDA Inicia desarrolla acciones de detección temprana y focalización de la demanda institucional, mediante el trabajo territorial para la búsqueda de personas, familias e instituciones que requieran de los servicios de SENDA. En este sentido, Fonodrogas y Alcohol 1412 ofrece atención confidencial y gratuita, los 365 días del año, las 24 horas del día, a todas aquellas personas afectadas directa o indirectamente por el consumo problemático de sustancias, y es atendido por profesionales del área psicosocial especializados en brindar servicio de consejería e intervención en crisis. Considerando que es el principal programa del pilar SENDA Inicia, se definió la necesidad de mejorar sus estándares e innovar en su actuar para responder de manera pertinente a su rol en el Sistema, razón por la cual desde 2019 —tras haber resultado ganador nuestro proyecto en el primer concurso del Servicio de Consultoría de Innovación Pública—, se ha trabajado junto al Laboratorio de Gobierno a fin de entregar el servicio de excelencia que es requerido por la ciudadanía.

Asimismo, y en miras de transformar el modelo de servicio de consejería telefónica en un modelo articulador de la red de apoyo, la asistencia de Fonodrogas y Alcohol 1412 permite desde el año 2020, además de orientar a las personas con problemas de consumo, derivar los casos atendidos por el programa al Área de Tratamiento para fortalecer la referencia asistida de quienes son atendidos por Fonodrogas y quieran tratamiento, mediante un protocolo de derivación.

Por su parte, el servicio Bibliodrogas permite entregar a las personas información fidedigna y orientación pertinente en todos aquellos temas relacionados con el consumo problemático de sustancias. Desde su inicio en 1993, ha acopiado una colección de más de 7.400 títulos y acceso a distintas bases de datos extranjeras para la lectura de revistas especializadas en los temas de alcohol y otras drogas, desplegándose a lo largo del territorio nacional en los llamados puntos Bibliodrogas ubicados en bibliotecas municipales, bibliometro, bibliotecas de instituciones de educación superior, entre otros.

Finalmente, respecto a Atención Ciudadana, este pilar cuenta con la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), espacio de participación ciudadana que permite brindar información del Servicio y recibir reclamos, sugerencias y comentarios pertinentes a la institución.

3.2.1.2. SENDA PREVENCIÓN – ELIGE VIVIR SIN DROGAS

La alta prevalencia de consumo de sustancias en el país, especialmente en el segmento de población infanto-juvenil, así como la creciente relevancia que otorga la administración del Estado a la protección de niños, niñas y adolescentes en cuanto a brindarles oportunidades para el ejercicio de sus derechos y para el desarrollo de sus potencialidades, ha llevado a nuestra institución a hacer una profunda revisión de la oferta de estrategias y programas de prevención y tratamiento.

La historia institucional de SENDA se remonta al año 1990 cuando se funda el organismo que lo precede[11]. A contar de esa fecha, se han desarrollado múltiples estrategias y programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias, las que han permitido al Servicio una progresiva adquisición de experiencia en el desarrollo e implementación de políticas en sus materias de competencia. La experiencia previa ofrece fortalezas y lecciones aprendidas que sirven como recursos en el proceso de revisión y actualización de la oferta de intervención, y contribuyen a abordar el desafío de mejorar su eficacia y calidad.

Considerando lo anterior, establecimos como elementos prioritarios a trabajar (i) el desarrollo y fortalecimiento de los factores protectores contra el consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes; (ii) la creación de discursos y la promoción de ambientes más efectivos en la función de proteger a los niños, niñas y adolescentes de las situaciones que los exponen al consumo; y (iii) la priorización de la prevención temprana dentro de las acciones institucionales, como una expresión del mandato presidencial de "poner a los niños y niñas de Chile primeros en la fila".

La magnitud del desafío antes mencionado llevó a los equipos técnicos y directivos de SENDA a revisar la evidencia científica internacional disponible en materias de prevención del consumo de sustancias. En el marco de este proceso, se identificó como referencia el modelo "Planet Youth", desarrollado en Islandia, el cual, en un período de 20 años, consiguió disminuir la prevalencia de la embriaguez de 42% a 6%, la prevalencia de consumo diario de tabaco de 23% a 2%, y la prevalencia de consumo de marihuana de 17% a 7% en población adolescente, llegando a posicionarse entre los países con las más bajas tasas de consumo de Europa (Kristjansson et al., 2020).

Luego del análisis técnico de "Planet Youth" y considerando las recomendaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), se estudió la pertinencia y la viabilidad de replicar en Chile esta iniciativa con evidencia de impacto sobre las conductas de consumo. Lo anterior implicó el gran desafío de instalar lógicas de colaboración e intersectorialidad efectiva que permitieran una sinergia de actores claves en la materia. Así, se establecieron coordinaciones intersectoriales para obtener apoyo a la implementación por parte de los ministerios de Educación, Salud, Desarrollo Social, y Deporte y Cultura. En este mismo sentido, se suscribió un convenio con el Centro Islandés de Investigación y Análisis Social (ICSRA) para obtener, por un lado, capacitación de un grupo de profesionales del Servicio en Islandia y, por otro, la adaptación de materiales y recursos técnicos necesarios para cautelar la calidad de esta estrategia de prevención del consumo de sustancias basada en el modelo islandés. El diseño de la estrategia en Chile contó, además, con el aporte de sociedades médicas y

11 Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE).

científicas, exdirectores de SENDA, alcaldes, representantes de municipalidades y de la sociedad civil.

El resultado de este proceso de desarrollo es el Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas, anunciado por el Presidente de la República, Sebastián Piñera, a la ciudadanía en cadena nacional de medios de comunicación el día 01 de abril de 2019. Este plan se basa en cuatro pilares fundamentales, a saber:

1. Las familias, entregándoles herramientas e instrumentos eficaces para cuidar y proteger mejor a sus niños, niñas y adolescentes.
2. La escuela, a través de programas preventivos que involucran a estudiantes, padres, madres, adultos cuidadores y profesores, cuya participación y compromiso es fundamental.
3. El tiempo libre, como la alternativa para generar mayores oportunidades para que los niños y niñas puedan practicar deportes o desarrollar actividades culturales y/o artísticas.
4. El grupo de pares, promoviendo los liderazgos sanos entre los jóvenes, a fin de potenciar sus capacidades para ser agentes sociales positivos que lideren iniciativas y acciones preventivas.

Las acciones de prevención dirigidas específicamente a cada pilar del modelo, se desarrollan en un contexto de trabajo orientado a la promoción y prevención ambiental y comunitaria del consumo de alcohol y otras drogas, las cuales pueden definirse operacionalmente como *"intervenciones que son entregadas por comunidades completas y que apuntan a toda la comunidad"*. Las intervenciones que entran en esta categoría incluyen (i) programas de prevención del abuso de sustancias que usan múltiples componentes para apuntar a distintos sectores de la comunidad, y (ii) aquellos que son diseñados para prevenir a través de estrategias y políticas ambientales de prevención (Imm, Chinman, Kulesza, Hunter y Acosta, 2018).

El enfoque de sistemas comunitarios de prevención reconoce que el uso de alcohol y otras drogas y sus problemas asociados, son el resultado de la interacción compleja entre múltiples factores que influencian la oferta y demanda de sustancias. Las intervenciones preventivas de nivel comunitario pueden abordar intereses individuales, sociales y comerciales que inciden en el problema. Los sistemas comunitarios comprenden un conjunto de relaciones basadas en teorías económicas, fenómenos de disuasión, influencia de pares, teoría del aprendizaje social, y otros enfoques conceptuales que subyacen a las fuentes hipotéticas del cambio de conducta a escala individual y organizacional (Saltz, Grube y Treno, 2015).

La pertinencia local comunitaria de las acciones de prevención ambiental que ejecuta el Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas se cautela a través de la colaboración con gobiernos locales y la realización de actividades colectivas con vecinos, organizaciones sociales, escuelas, clubes deportivos y agrupaciones artísticas o culturales. Además, la implementación del Plan tiene en consideración los resultados de diagnóstico de factores de riesgo y factores protectores específicos de cada comuna y establecimiento educacional.

El Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas fue definido por el Presidente de la República, Sebastián Piñera, como el marco general de la política de prevención del consumo de alcohol y otras drogas en Chile. Este Plan establece la preeminencia del trabajo preventivo con énfasis en la atención de niños, niñas y adolescentes, con una orientación proactiva en beneficio del desarrollo, la salud y el bienestar, y asumiendo una comprensión del problema del consumo de sustancias basada en el conocimiento científico. Lo anterior implica ir más allá de las conductas y decisiones individuales de consumo, a fin de poner atención en los contextos de vida de los niños, niñas y adolescentes, de manera que las familias, escuelas y comunidades puedan desempeñar un mejor rol protector con el apoyo del Estado. En consecuencia, el Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas define el marco político y conceptual del componente de prevención de esta Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030.

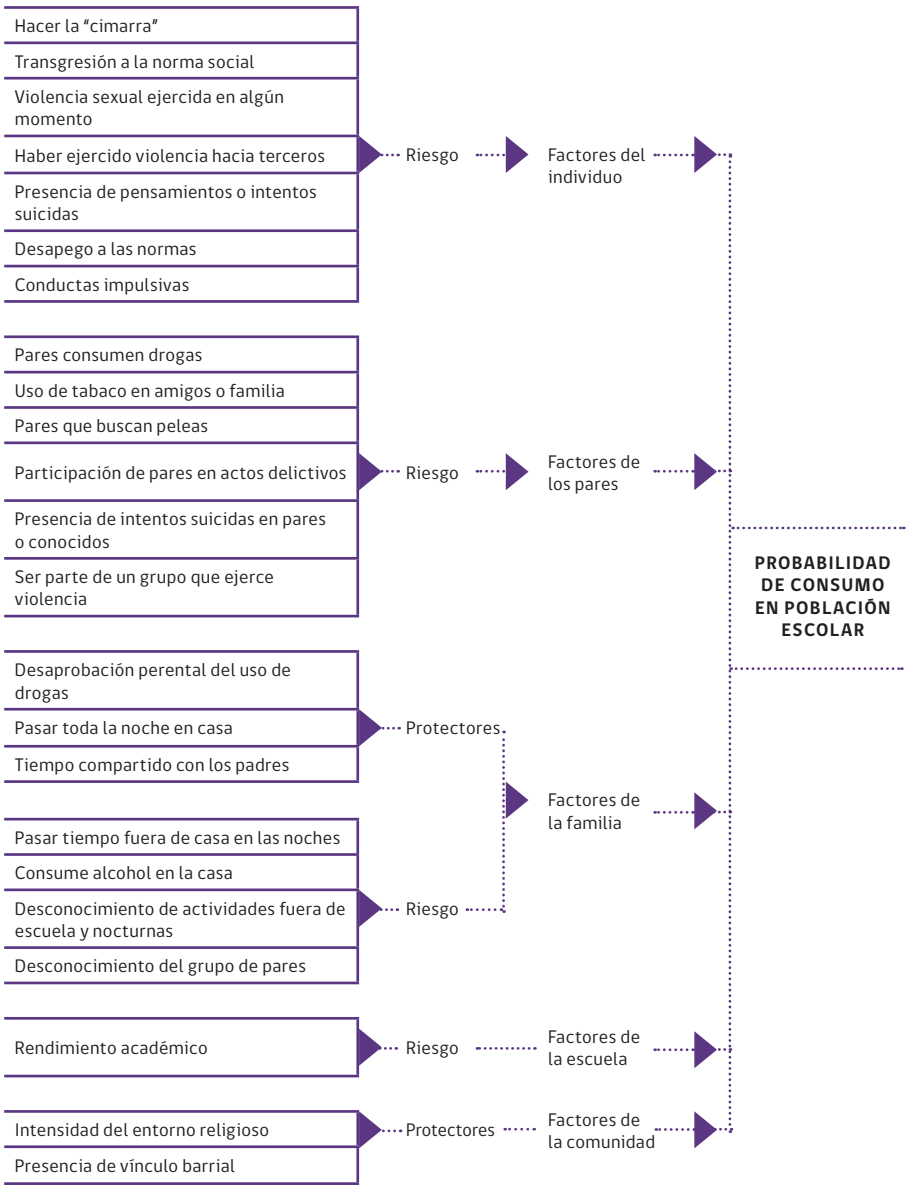
En virtud de los criterios técnicos y de priorización política mencionados, hemos definido este Plan —eje de acción principal en el pilar de prevención—, es el más importante de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030, debido a que las metas establecidas implican la atención de fenómenos de prevalencia que afectan a amplios grupos de población, con especial énfasis en los niños, niñas y adolescentes, por tratarse de personas jóvenes y en desarrollo. Este último grupo presenta prevalencias de consumo de alcohol cercanas a la población general, y prevalencias que duplican o triplican a la población general en marihuana, cocaína y tranquilizantes sin receta médica.

Las iniciativas de prevención tienen ventajas de oportunidad y costo-efectividad, comparadas con las acciones de tratamiento e integración social. Oportunidad, en el sentido de que la prevención permite "llegar a tiempo", antes que se inicien y acumulen daños personales y sociales derivados del consumo de sustancias; y costo-efectividad, porque las iniciativas de prevención permiten producir impactos sociales relevantes, irrogando menores costos al Estado que las acciones de tratamiento (National Institute on Drug Abuse [NIDA], National Institutes of Health y U.S. Department of Health and Human Services, 2016b).

La Figura 11 muestra el conjunto de factores asociados al consumo de sustancias en población escolar, obtenidos a partir del análisis de datos de una encuesta aplicada en comunas de Chile, para la implementación del Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas.

Figura 11

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN A PRIORIZAR POR LA OFERTA DE SERVICIOS PREVENTIVOS



Fuente: Elaboración propia.

Los factores protectores y factores de riesgo identificados empíricamente en niños, niñas y adolescentes que asisten a nuestras escuelas, se adscriben a los distintos pilares fundamentales del Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas. Cuando las acciones y programas de prevención se enfocan en uno o más de estos pilares, tienen mejores oportunidades de convertirse en instrumentos efectivos para evitar o retrasar el consumo de sustancias.

Así, respecto al Pilar Familia, considerado como uno de los más relevantes en materia de prevención, SENDA cuenta con el programa de Parentalidad, cuya finalidad es contribuir a la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a través del aumento del involucramiento parental de padres, madres y adultos cuidadores con sus hijos e hijas, a través del fortalecimiento de habilidades parentales. En este sentido, cabe destacar que la variable del involucramiento parental es considerada por la literatura como un factor protector clave para evitar, retrasar o disminuir el consumo de alcohol y otras drogas en esta población, existiendo una relación inversa entre los indicadores de involucramiento parental y el consumo de sustancias, lo que permite afirmar que se constituye como un factor protector altamente relevante para la prevención del consumo (Valencia Recabarren, 2015).

Con relación a lo anterior, la evidencia ha demostrado que, tanto el monitoreo parental como el conocimiento de sus grupos de pares y el establecimiento de límites, son factores protectores frente al consumo (Sharmin et al., 2017; Bo y Jaccard, 2018). Esto está relacionado a que la transmisión de valores, actitudes y relaciones positivas entre padres e hijos, permite en niñas, niños y adolescentes fortalecer herramientas para resistir la influencia de pares ante el posible inicio del consumo (Gilligan et al., 2019; Cerutti, Ramos y Argimon, 2015; Bo y Jaccard, 2018). Asimismo, se ha comprobado que los programas basados en entrenamiento general de habilidades parentales —como, por ejemplo, fortalecer las habilidades de monitoreo— son eficaces en la prevención del consumo en esta población (Stockings et al., 2016; Allen et al., 2016).

Para efectos del programa, "parentalidad" se define como competencias y habilidades que el mundo adulto debe tener para el cuidado y protección de niños, niñas, jóvenes y adolescentes. Estas competencias constituyen el conjunto de capacidades que les permiten a los adultos afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de la crianza, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos e hijas y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad, aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades.

El programa se dirige a padres, madres o adultos cuidadores de al menos un niño, niña o adolescente de 9 a 14 años, con bajo involucramiento parental, pertenecientes a hogares de las 110 comunas que cuentan con SENDA Previene y programas preventivos en sus niveles universal, selectiva e indicada.

Las intervenciones preventivas del programa se desarrollan en tres componentes:

a. Sensibilización y entrega de información a la comunidad respecto de factores de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas.

b. Formación de actores claves para el despliegue de la estrategia preventiva.

c. Fortalecimiento y/o desarrollo de condiciones y habilidades para aumentar el involucramiento parental.

En cuanto al Pilar Escuela, la oferta preventiva en establecimientos educacionales incluye intervenciones diseñadas para todos los estudiantes, sin distinción de

factores de riesgo, entendiéndose de esta manera que abarca la mayor parte del llamado "continuo de prevención"[12].

En este contexto, se encuentra el Programa de Prevención en Establecimiento Educacionales (PPEE), programa de prevención ambiental-universal cuyo objetivo principal es fortalecer las competencias preventivas de estudiantes, familias y agentes educativos respecto del consumo de alcohol y otras drogas. Por su parte, en el nivel de prevención universal, la Estrategia Continuo Preventivo cuenta con contenidos de prevención del consumo de sustancias para todo el ciclo escolar, que el Servicio pone a disposición de la comunidad educativa de manera gratuita desde el nivel parvulario hasta 4° Medio.

Por otro lado, dentro de la oferta programática en materia de prevención se encuentra el Programa Actuar a Tiempo (AAT), estrategia de prevención selectiva e indicada que se implementa en establecimientos educaciones de enseñanza básica y media, y que busca aumentar factores protectores y disminuir factores de riesgo en los estudiantes, a fin de evitar el consumo de sustancias y evitar los riesgos y daños asociados al mismo.

Sin perjuicio de lo anterior y en miras de alinear nuestros programas bajo las orientaciones de una gestión por resultados y diseños basados en evidencia, durante el año 2020, el Programa Actuar A Tiempo y el Programa de Prevención en Establecimientos Educacionales fueron rediseñados en una iniciativa conjunta denominada PrePARA2. Esta iniciativa articula ambos programas en uno solo, introduciendo elementos de diseño recomendados por la literatura científica en la materia, y procurando evitar la duplicación de procesos y la pérdida de esfuerzo laboral y de gestión por parte de los equipos ejecutores. Dicho rediseño considera la importancia de la prevención del consumo de alcohol y otras drogas en el espacio educativo, siendo este un escenario privilegiado para el despliegue de estrategias de promoción y prevención.

En este sentido, el establecimiento educacional constituye un ámbito socializador clave donde tiene lugar el desarrollo de las personas en sus etapas iniciales, ejerciendo un importante papel en la configuración de la conducta y los valores personales y sociales de la infancia y adolescencia. Se trata de un ambiente propicio para que niños, niñas, jóvenes y adolescentes vivan de manera sana, involucrando en ellos patrones cognitivos, emocionales, afectivos, culturales, conductuales y sociales, que fortalezcan los factores protectores frente al consumo de sustancias.

En razón de lo anterior, PrePARA2 se constituye como un programa multimodal y multinivel para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas desde el ámbito escolar. Es multimodal, porque incluye modalidades de intervención complementarias a través de la provisión de servicios a la población infantil y adolescente escolarizada; a sus padres, madres, apoderados y otros adultos cuidadores de la familia; y a la institución escolar y la comunidad educativa. Es

12 Se entiende por continuo de prevención a las intervenciones integrales que se desarrollan en contextos y comunidades y que consideran el trabajo de prevención ambiental-universal (orientada a toda la población sin distinción de riesgo), prevención selectiva (dirigida a grupos que presentan factores de riesgo colectivos) prevención indicada (orientada a personas que presentan factores de riesgo). Las estrategias de prevención relacionadas se vinculan estrechamente con los conceptos de promoción, prevención ambiental, prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada. Estas estrategias de prevención se complementan entre sí y son necesarias para poder generar intervenciones preventivas integrales (SENDA, 2017).

multinivel, porque dispondrá servicios en los niveles promocional[13] y de prevención universal[14], selectiva[15] e indicada[16] del consumo de tabaco, alcohol y drogas.

El propósito del programa consiste principalmente en obtener factores de riesgo disminuidos y factores protectores incrementados en relación con el consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes en edad escolar, entre los 4 años y los 17 años y 11 meses de edad, ambos inclusive. La población objetivo del programa se estima en aproximadamente 300.000 casos anuales, en el período 2020-2021, para iniciar una expansión progresiva de cobertura a contar del año 2022.

Las acciones del programa PrePARA2 se articulan en cuatro componentes, a saber:

1. **Desarrollo universal de competencias sociales preventivas.**

   El objetivo del componente consiste en desarrollar competencias sociales para la prevención del consumo de sustancias. A tal efecto, se realizarán talleres grupales interactivos en cada ciclo anual de ejecución, los que incluyen la entrega de material educativo y la realización de ejercicios prácticos y lúdicos sobre habilidades sociales y competencias para resistir la presión de pares. Los materiales y las actividades se diseñan teniendo en consideración la edad y el nivel de desarrollo evolutivo de los niños, niñas y adolescentes. También se ofrecerán sesiones de taller a los padres, madres u otros adultos cuidadores de los beneficiarios.

2. **Desarrollo de competencias institucionales para la prevención del consumo de sustancias.**

   El objetivo del componente consiste en desarrollar competencias institucionales para realizar actividades de prevención del consumo de sustancias que involucren a toda la comunidad escolar e instituciones y actores del entorno comunitario. A tal efecto, se proveerán servicios de asistencia técnica a las escuelas para el

13 La promoción de la salud mental se define como intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad de lograr tareas apropiadas al nivel de desarrollo (competencias de desarrollo) y un sentido positivo de autoestima, capacidad [mastery], bienestar e inclusión social, y a fortalecer la capacidad de afrontar la adversidad (O'Connell, Boat y Warner, 2009).

14 Las medidas preventivas —aquellas que deberían ser aplicadas a personas no motivadas por sufrimiento actual pueden ser clasificadas operacionalmente sobre la base de los grupos de población entre los cuales son de uso óptimo. Las de tipo más generalmente aplicable, que se pueden llamar universales, son medidas deseables para todos. En esta categoría caen todas aquellas medidas que se pueden recomendar con confianza para el público general y que, en muchos casos, se pueden aplicar sin consejo o asistencia profesional. En el ámbito de la salud física el mantener una dieta adecuada, la higiene dental, el uso de cinturón de seguridad en automóviles, el dejar de fumar, y muchas formas de inmunización, caen claramente en la categoría universal, pues sus beneficios superan sus costos y riesgos para todos (O'Connell et al., 2009).

15 Existen medidas en las cuales el balance riesgo-beneficio es tal, que el procedimiento puede ser recomendado sólo cuando el individuo es un miembro de un subgrupo de la población, distinguido por edad, sexo, ocupación, u otras características obvias, cuyo riesgo de enfermar está por sobre el promedio. Estas medidas se denominan selectivas (Gordon, 1983).

16 La tercera clase de medidas preventivas, denominadas indicadas, engloba aquellas que son aconsejables sólo para personas que, al ser examinadas, manifiestan factores de riesgo, condiciones o anormalidades que les identifican, individualmente, como encontrándose en un riesgo suficientemente alto para requerir intervención preventiva (Gordon, 1983).

desarrollo de competencias institucionales y la elaboración de productos, como planes y protocolos, entre otros instrumentos de gestión escolar preventiva. Se incluirá en el proceso a representantes de todos los estamentos de la comunidad educativa (directivos, docentes, paradocentes, estudiantes y familias).

3. Prevención selectiva del consumo de sustancias.

El objetivo de este componente es disminuir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores de consumo de sustancias en población expuesta al desarrollo de estos factores, en los tramos de 10 a 13 años y de 14 a 17 años, atendiendo las necesidades específicas de ambas etapas del desarrollo. El servicio provisto consiste en la realización de talleres grupales de intervención psicológica de tipo cognitivo-conductual, enfocados en el aprendizaje de estrategias cognitivas de afrontamiento y resolución de problemas, estrategias para el manejo de factores de riesgo, promoción de factores protectores, profundización en competencias sociales y asertividad, y profundización en estrategias de manejo de influencias sociales a favor del consumo de sustancias.

4. Prevención indicada del consumo de sustancias.

El objetivo de este componente es disminuir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores de consumo de sustancias en población expuesta al desarrollo de estos factores, en los tramos de 10 a 13 años y de 14 a 17 años, atendiendo a las necesidades específicas de ambas etapas del desarrollo. El servicio provisto consiste en actividades de intervención psicológica individual y familiar, orientada específicamente al perfil de factores de riesgo y factores de protección observado en los casos priorizados.

Sin perjuicio de lo anterior, se mantendrá para personas adultas el programa Trabajar con Calidad de Vida (TCV), programa de prevención ambiental-universal orientado a prevenir el consumo de alcohol y otras drogas al interior de las organizaciones laborales, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de sus trabajadores y trabajadoras, además de desarrollar una cultura preventiva capaz de fortalecer ambientes laborales promotores de redes de cuidado y protección frente al consumo de sustancias.

De acuerdo con lo anterior, el ambiente laboral debe ser considerado como un espacio muy beneficioso para la labor preventiva, tomando en cuenta que en cada lugar de trabajo se comparte identidad, sentido de pertenencia y procesos de creación, entre otros. En este sentido, la cultura organizacional puede generar un ambiente propicio para el despliegue de estrategias preventivas en el ámbito laboral, contribuyendo tanto a la disminución del riesgo de accidentes laborales como a mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores y trabajadoras.

Los objetivos del programa Trabajar con Calidad de Vida son:

- Desarrollar una cultura preventiva que contribuya al bienestar de los trabajadores y trabajadoras, capaz de fortalecer ambientes laborales promotores de redes de cuidado y protección frente al consumo de alcohol y otras drogas.
- Generar compromiso por parte de los altos mandos de las organizaciones, facilitando el adecuado desarrollo del programa, y promoviendo la participación y validación interna del mismo.
- Sensibilizar y capacitar equipos de prevención -representativos de todos los estamentos- al interior de las organizaciones para llevar adelante el proceso de construcción de políticas y planes preventivos.
- Identificar factores de protección y de riesgo tanto de las organizaciones, como de los propios trabajadores y trabajadoras, a través de un diagnóstico de Calidad de Vida Laboral.
- Informar y sensibilizar a los trabajadores y trabajadoras respecto a la prevención del consumo de drogas y alcohol.
- Integrar en las políticas y planes de acción preventivos medidas de apoyo en el tratamiento, rehabilitación e integración laboral de trabajadores y trabajadoras identificados con consumo problemático de alcohol y otras drogas.
- Integrar en las políticas y planes de acción preventivos actividades enfocadas a fortalecer la gestión organizacional, competencias preventivas individuales y el rol y habilidades preventivas de padres y madres trabajadores.

Para el logro de estos objetivos, el programa entrega servicios de capacitación, diagnóstico de calidad de vida laboral, asesoría técnica para el desarrollo de una política preventiva y un plan de acción para la mejora de la calidad de vida laboral, materiales preventivos de sensibilización sobre las consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas en la vida personal, familiar y laboral; y la opción de certificación como Espacio Laboral Preventivo.

PROGRAMA ELIGE VIVIR SIN DROGAS

Elige Vivir sin Drogas es un programa[17] orientado a abordar la alta presencia de factores de riesgo familiar y sociocomunitarios relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas en niños, niñas y adolescentes en edad escolar, entre los 5 y 17 años de edad, ambos inclusive.

17 Es pertinente clarificar la diferencia entre el Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas —marco general de la política de prevención y componente de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030— y el Programa Elige Vivir sin Drogas, el cual constituye una de las múltiples iniciativas del plan homónimo y se enfoca en la prevención universal en los ámbitos familiar y escolar.

La población potencial incluye a toda la población nacional entre 5 y 17 años de edad, ambos inclusive, que estén matriculados en instituciones educativas del país. Este segmento de la población estaría integrado por 2.970.624 personas (Instituto Nacional de Estadísticas, 2019). La población potencial incluye a la totalidad del segmento de población en edad escolar y escolarizada, sin perjuicio de que ni los factores de riesgo ni las conductas de consumo alcanzan al 100% del segmento.

La razón de incluir al 100% del segmento radica en la necesidad de darle al programa un carácter preventivo de alcance universal. Por ejemplo, si bien sólo 77,7% de los estudiantes de 8° Básico a 4° Medio consumió alcohol alguna vez en la vida, durante la implementación de un programa de prevención no es posible determinar con certeza qué proporción de la población infantil total escolarizada llegará a consumir alcohol u otras drogas durante la adolescencia.

Además, el programa pretende producir efectos preventivos creando cambios en el contexto social con el que interactúan niños y niñas en los ámbitos familiar y sociocomunitario, pues el consumo de sustancias no se explica sólo por aspectos individuales, sino fundamentalmente por las vulnerabilidades contextuales que dificultan el normal desarrollo del niño o niña (National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health y U.S. Department of Health and Human Services, 2016a). En la medida que factores contextuales pueden potencialmente producir riesgo de consumo en todos los niños, niñas y adolescentes, el programa entiende que todos deben beneficiarse de acciones de prevención universal, las que pueden obtener efectos acotados pero consistentes al cubrir grandes grupos de población (Faggiano, Minozzi, Versino y Buscemi, 2014).

Las acciones del programa Elige Vivir sin Drogas se articulan en dos componentes, a saber:

1. **Fortalecimiento del liderazgo local en prevención del consumo de alcohol y drogas en población en edad escolar**

   Este componente convoca tanto a los propios niños, niñas y adolescentes, como a sus padres, madres, adultos cuidadores, profesores y personal paradocente, para que participen en talleres de sensibilización en los que podrán compartir información sobre el abuso de alcohol y otras drogas.

   En estas actividades se les informarán las tasas de prevalencia locales de consumo de sustancias, se les reportarán condiciones protectoras y de riesgo observadas en la comuna, y se entregarán contenidos para incentivar a las familias a pedir ayuda y para reducir las actitudes de tolerancia hacia el consumo de sustancias en todos los actores involucrados. También se transmitirá información sobre factores de protección y riesgo que generan consenso nacional e internacional, y sobre las acciones de intervención que tienen mayor evidencia científica de efectividad en prevenir o reducir el consumo de sustancias.

   Las charlas tendrán una duración aproximada de 90 a 120 minutos, y se realizarán tanto en escuelas como en organizaciones sociales de base y centros comunitarios, con el objeto de alcanzar a la mayor proporción de población potencial que sea posible. Las charlas

se repetirán y avanzarán progresivamente hacia contenidos más complejos a medida que sean desarrolladas por más tiempo o ante demandas de apoyo de beneficiarios de "arrastre" que hayan participado en ciclos previos de intervención. Aunque el ciclo de implementación del proyecto es de 12 meses, las charlas se concentrarán en los 9 meses que van de abril a diciembre de cada año, ambos meses inclusive.

2. Intervención promocional y de prevención universal para la prevención del consumo de alcohol y drogas en población en edad escolar

El objetivo de este componente es desarrollar competencias sociales y emocionales en los niños, niñas y adolescentes, para la prevención del consumo de sustancias, mediante actividades de carácter deportivo, artístico o cultural. En el marco de estas actividades, se realizarán sesiones abiertas de taller (es decir, que no requieren que el mismo grupo estable de participantes se sostenga por varias sesiones) de 60 a 90 minutos de duración, para promover el desarrollo de factores protectores como la competencia social (Faggiano et al., 2014), resistir la presión de pares hacia el consumo de sustancias (U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration y Center for Substance Abuse Prevention, 2017) y desarrollar habilidades cognitivas para la prevención de comportamientos impulsivos y la resolución de problemas.

Las actividades formativas y de taller se realizarán principalmente en las escuelas o en recintos de uso público, en alianza con departamentos municipales de deportes, arte y cultura. En su defecto, se establecerán alianzas con organizaciones locales que operan en los barrios donde se ubican las escuelas expuestas a mayores factores de riesgo evaluados por encuesta. Dicha encuesta se aplica previa operación del componente en cada comuna ingresada al programa, aunque las acciones de intervención siempre serán realizadas por el personal del programa, o por profesores o funcionarios municipales directamente capacitados por el personal del programa.

Los gestores a cargo de este componente promoverán activamente la participación equitativa de niños, niñas y adolescentes en cuanto a su condición de género, intentando evitar el típico sesgo de población masculina mayoritaria en actividades deportivas. Esta medida es particularmente relevante, toda vez que las mujeres muestran edad de inicio de consumo más temprana y prevalencia de consumo más alta para algunas sustancias en población escolar chilena (SENDA, 2020). Al respecto, se ha propuesto que la condición de género podría explicar interacciones entre factores personales y contextuales que juegan en contra del perfil de riesgo de mujeres adolescentes. Por ejemplo, se ha detectado que, en algunas muestras, el desarrollo puberal temprano estaría asociado a un consumo más temprano de tabaco, sin que esta asociación sea aún consistente.

Las actividades deportivas, culturales, artísticas y de desarrollo de competencias, serán implementadas durante todo el ciclo de intervención de 12 meses, cada año.

Finalmente, el programa Elige Vivir sin Drogas se implementará en un proceso de tres fases en cada comuna, a saber:

- **Fase 1:** Se orienta al levantamiento de información sobre los niveles de consumo de alcohol y otras drogas en cada comuna y establecimientos educacionales, además de los factores de riesgo y protectores, asociados a este consumo.
- **Fase 2:** Se realiza el diseño, planificación e implementación de la oferta programática. La introducción de programas preventivos basados en evidencia permitirá asegurar el logro de cambios positivos en los factores detectados a partir de las encuestas que fueron aplicadas en la fase 1.
- **Fase 3:** Se realizan mediciones de los cambios producidos por el Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas en el segundo y quinto año, tras el inicio del plan de acción en cada comuna.

Durante el año 2019, el programa Elige Vivir sin Drogas logró completar la fase de diagnóstico en 46 comunas de todas las regiones del país, las que sumadas a las 6 comunas que iniciaron en 2018, representan un 59,1% del total de la matrícula escolar a nivel nacional. Este diagnóstico inicial se realizó a través de la encuesta "Juventud y Bienestar", aplicada en 1.275 establecimientos educacionales, lo que nos permitió acceder a la mayor muestra estadística de la historia del país y Latinoamérica, con 85.907 encuestas completadas. Durante el año 2020, se incorporaron 98 nuevas comunas que iniciaron la fase I mediante la aplicación de la encuesta, la que, debido a la contingencia sanitaria mundial y la suspensión de clases a nivel nacional, fue adaptada a una modalidad remota. Con la incorporación de estas nuevas comunas, se logró una representatividad del 85,3% de la población escolar, lo que permitirá continuar avanzando para alcanzar el 100% de cobertura nacional hacia el año 2022.

Cabe destacar que la implementación del programa Elige Vivir sin Drogas requiere aplicar instrumentos de diagnóstico de prevalencia de consumo de sustancias, y el análisis de factores de riesgo y factores protectores del consumo de sustancias para cada región, comuna y escuela incluida en la cobertura del programa. Como resultado de este proceso, SENDA maneja más información de la que nunca había manejado para caracterizar los correlatos del consumo de sustancias en adolescentes que viven en Chile. La información disponible permitirá ajustar los servicios preventivos a la realidad específica de cada región o comuna.

PROGRAMA TOLERANCIA CERO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una de las cinco estrategias que han demostrado ser más costo-efectiva respecto al consumo de alcohol, es tomar acciones para el control del tránsito.

El programa Tolerancia Cero busca disminuir el número de personas que consumen alcohol y otras drogas al momento de conducir, mediante el despliegue de operativos de control en calles y carreteras del país. En este sentido, el objetivo principal de este programa es coordinar la ejecución de las iniciativas preventivas en conductores y aquellas referentes a los riesgos y daños asociados al consumo de alcohol y otras drogas.

Así, desde su inicio en el año 2012, Tolerancia Cero ha desarrollado controles preventivos en sectores estratégicos de diferentes ciudades a través del Alcotest, operativos en los que el Servicio pone a disposición de Carabineros de Chile una ambulancia y personal capacitado para ello. Se ha logrado un importante efecto disuasivo en la población, considerando la disminución de la cantidad de fallecidos por alcohol en la conducción —de 224 casos en 2006 (antes de la entrada en vigencia de este sistema control) a 158 en el año 2019— y la disminución de 4,3% en 2012 a 1,0% en 2019 respecto al porcentaje de alcotest positivos.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objetivo de cumplir íntegramente el mandato legal que prohíbe la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias estupefacientes o sicotrópicas, durante el año 2019 se complementó la aplicación del Alcotests con controles preventivos mediante el Narcotest, instrumento capaz de detectar la presencia de marihuana (cannabis), cocaína, anfetaminas, metanfetamina y opiáceos en conductores, siendo la primera iniciativa que aplica masivamente este tipo de controles a los conductores en Chile. La implementación del Narcotest requirió grandes esfuerzos de coordinación interinstitucional y la capacitación masiva de funcionarios de Carabineros de Chile que participan en estos controles, los cuales permitieron detectar un 21,52% de conductores controlados con presencia de sustancias a nivel nacional, desde el comienzo de su aplicación en abril hasta finales del año 2019.

La gestión regular del programa se ha incrementado para incluir operativos de control específicos en beneficio de la seguridad y protección de la salud de la población, enfocando procedimientos de fiscalización con Alcotest y Narcotest en conductores de buses intercomunales, conductores de transporte público local urbano, conductores de furgones escolares, y motoristas de empresas de *delivery*.

Por otro lado, y con la finalidad de complementar los controles preventivos junto a Carabineros, desde el año 2020, el programa Tolerancia Cero puso en marcha el componente de educación a conductores, cuyo objetivo principal es sensibilizar a la población sobre los efectos y consecuencias que implica el consumo de alcohol y otras drogas al momento de conducir.

3.2.1.3. SENDA TRATAMIENTO

Los servicios de tratamiento contribuyen al logro de los objetivos estratégicos y metas señalados en el presente documento, y serán particularmente relevantes en el manejo de sustancias de baja prevalencia, tales como la cocaína y la pasta base de cocaína, por dos razones fundamentales: i) las sustancias de baja prevalencia tienen más oportunidades de verse impactadas por estrategias de focalización de tratamiento; y ii) las sustancias de baja prevalencia en Chile que han sido priorizadas en la formulación de metas de la Estrategia, típicamente son consumidas por personas que ya han tenido múltiples experiencias previas de consumo, por lo que es posible suponer que estos casos se encuentran más allá del alcance de las iniciativas de prevención.

En virtud de estas consideraciones, mantendremos la operación de los programas que conforman nuestro sistema de tratamiento actual. Sin embargo, en consistencia con los lineamientos de esta Estrategia, desarrollaremos un conjunto de iniciativas dirigidas al mejoramiento progresivo de la calidad de los servicios de tratamiento, de manera que estos adquieran mayor capacidad de incidir sobre problemas de consumo de las personas, y sobre la prevalencia del consumo a escala local.

Entre las iniciativas que desarrollaremos para el mejoramiento de la calidad de servicios, se incluyen:

1. Someteremos la totalidad de los programas de tratamiento del consumo de sustancias a diversas instancias de evaluación externa, lo que nos permitirá contar con opiniones técnicas independientes sobre su diseño, implementación, desempeño y resultados. En virtud de los resultados de estas evaluaciones, aplicaremos ajustes al diseño de programas pre-existentes, que mejoren su potencial impacto social.

2. Realizaremos revisiones periódicas de la literatura científica, que nos permitan mantener un conocimiento actualizado de la evidencia empírica sobre las prácticas más efectivas en materia de tratamiento del consumo de drogas. Realizaremos ajustes periódicos de nuestros programas para que integren estas evidencias actualizadas en beneficio de las personas que atendemos.

3. Identificaremos programas específicos de tratamiento del consumo de drogas para impulsar iniciativas de prueba piloto de estos programas en Chile. En virtud de los resultados de las experiencias piloto, desarrollaremos ajustes para cautelar la pertinencia local y reducir problemas propios del proceso de importación de prácticas extranjeras, y tomaremos decisiones de réplica y expansión de los programas que resulten más efectivos con la población nacional.

4. Participaremos activamente de iniciativas tendientes al control y aseguramiento de la calidad de los servicios de tratamiento, tales como sistemas de acreditación de programas, aplicación de instrumentos para la evaluación de satisfacción usuaria, entre otras.

5. Profundizaremos nuestro trabajo de evaluación de resultados de tratamiento para la totalidad de las personas que acceden a estos servicios. En este ámbito, identificaremos y controlaremos aspectos

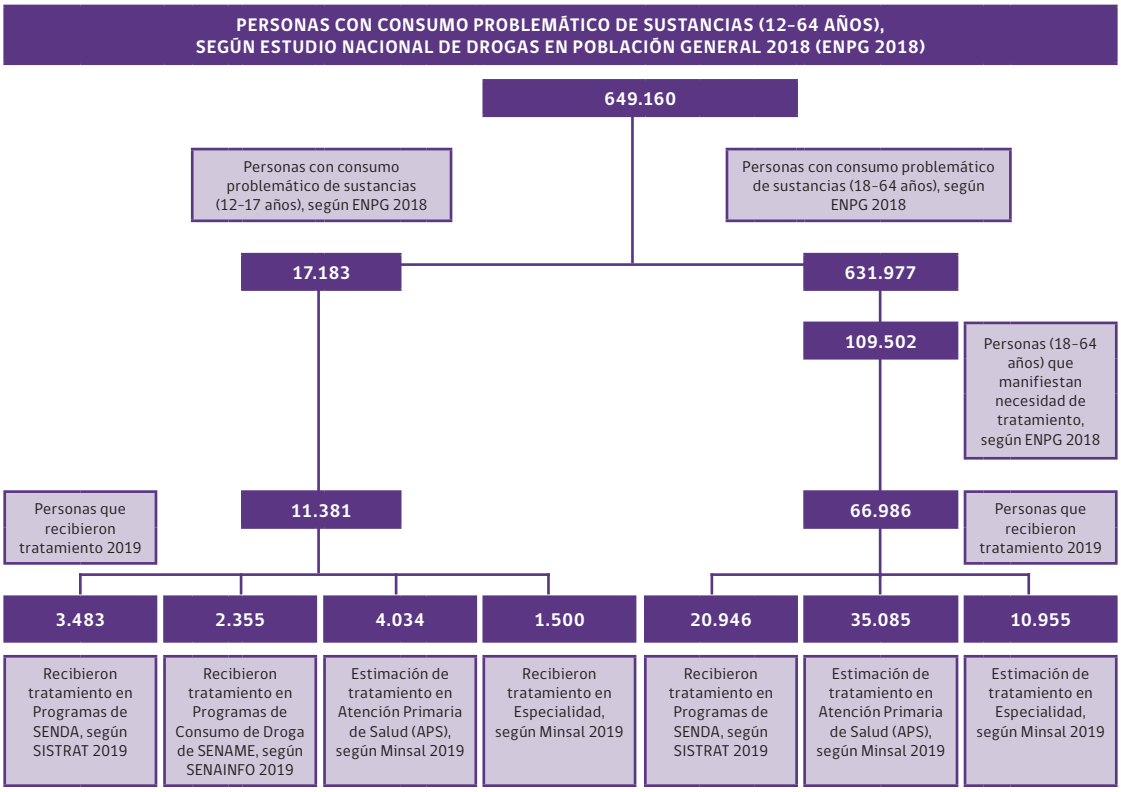
que inciden sobre la deserción del tratamiento, fortaleceremos la capacitación de profesionales en el ámbito de la motivación al cambio de trayectorias de consumo de sustancias y la prevención de recaídas, y avanzaremos en la medición cuantitativa de los resultados de las intervenciones que realizamos.

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

El mapa conceptual de la Figura 12 es un resumen del trabajo que realiza SENDA con aquellas personas que declaran tener consumo problemático de alcohol y otras drogas, así como las brechas que como Servicio enfrentamos con relación a la capacidad de abordar la población objetivo receptora de los tratamientos que otorgamos. Esta estimación es básica para determinar la magnitud del problema a resolver y es el punto de partida para adoptar estrategias efectivas y medibles para su resolución.

Figura 12

RESUMEN DE GESTIÓN DE SENDA RESPECTO A POBLACIÓN CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2018* (SENDA, 2019); SENAINFO (2019); SISTRAT (2019); Departamento de Estadísticas de Salud del Ministerio de la Salud (Minsal, 2019).

La Figura 12 muestra que un total de 649.160 chilenos y chilenas entre los 12 y 64 años declaran tener un consumo problemático de alcohol y otras drogas, según nuestro último Estudio Nacional de Drogas en Población General 2018. Si

hacemos una revisión de esta cifra por edad, observamos que 17.183 de estas personas corresponden a niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años, mientras que las personas mayores de 18 años suman 631.977.

En 2018, solamente pudimos otorgar tratamiento a 11.381 niños, niñas y adolescentes a nivel nacional, es decir, 2 de cada 3 recibió una intervención en razón de su consumo problemático. Respecto a los adultos entre los 18 y 64 años de edad, sólo se logró otorgarle tratamiento efectivo a 66.986, lo que representa el 10% de la población total que declara tener un consumo problemático de alcohol y otras drogas. Esto último, sin perjuicio de que sólo 109.502 personas a nivel nacional manifiestan la necesidad de un tratamiento para este problema.

Como mencionamos anteriormente, si bien en Chile existen 649.160 personas que declaran consumo problemático de alcohol y otras drogas (SENDA, 2019), durante el año 2020 se atendió un total de 28.300 personas en programas de tratamiento del Servicio. Es importante señalar que la disminución de la proyección respecto a la cantidad de personas atendidas entre 2019 y 2020 se debe principalmente al aumento en el número de meses que estas pasan en tratamiento. Mientras en 2018 un 75,22% de personas permanecía en tratamiento al menos 3 meses, para 2019 este porcentaje fue de 76,67%. El aumento en este indicador de retención es una buena señal, por cuanto la evidencia nacional e internacional sugiere que dicha permanencia se asocia fuertemente a resultados positivos en tratamiento. Viene al caso mencionar que, en 2020, este índice de retención alcanzó el 79,63%, lo cual es muy promisorio en términos de resultados.

A continuación, se presenta una breve descripción de los programas con los que actualmente cuenta el Servicio para tratar a todas aquellas personas que declaran tener un consumo problemático de sustancia, permitiendo cubrir las necesidades según los diversos factores que hacen posible una intervención efectiva y eficiente para las distintas poblaciones.

Programa de Tratamiento para Población General

El programa de Tratamiento para Población General tiene por objeto otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, para la atención de hombres y mujeres mayores de 18 años, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA) del Ministerio de Salud, que consultan por problemas derivados del consumo de alcohol y otras drogas. El programa se desarrolla en el marco del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL, y ha sido elaborado en conjunto con el Ministerio de Salud. El programa consiste en planes de tratamiento diferenciados en duración e intervenciones terapéuticas, según los diversos niveles de complejidad de los problemas, características y necesidades de las personas consultantes. Se ejecuta a través de dispositivos clínicos en red, públicos y privados, organizados territorialmente, integrados y de complejidad diferenciada.

Este programa funciona en distintas modalidades de atención, incluyendo Plan Ambulatorio Básico, Plan Ambulatorio Intensivo y Plan Residencial. La demanda de servicios del programa se origina por referencia de otros establecimientos de la red de alcohol y drogas de un territorio determinado (Servicio de Salud), demanda espontánea, duplas Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD), tribunales.

Programa de Tratamiento para Población Específica de Mujeres

El objetivo de este programa es otorgar tratamiento libre de copago a mujeres mayores de 18 años, beneficiarias del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que presenten consumo perjudicial o dependencia de alcohol y otras drogas, con especial atención de aquellas en condiciones de mayor vulnerabilidad, gestantes y puérperas, otorgando una atención integral, diferenciada y oportuna a la mujer y al recién nacido. El programa permite dar respuesta a las necesidades específicas de las mujeres, desde una perspectiva de género, ofreciendo oportunidades de cuidado infantil con personal adecuado para ello, como alternativa para disminuir barreras de acceso. En los programas residenciales, permite que las mujeres que tienen hijas o hijos (preferentemente menores a 5 años) puedan ingresar con ellos a tratamiento. El programa forma parte del Convenio de Colaboración Técnica y Financiera SENDA-MINSAL.

Este programa funciona en las modalidades de atención Plan Ambulatorio Intensivo y Plan Residencial. Las mujeres beneficiarias acceden al programa por referencia de otros establecimientos de la red de alcohol y drogas de un territorio determinado (Servicio de Salud), demanda espontánea, duplas Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD), tribunales.

Con relación a los centros residenciales, uno de los grandes desafíos asumidos por SENDA ha sido ampliar la cobertura y disponibilidad de tratamiento para las mujeres, cerrando la brecha de atención especializada que considere las necesidades particulares de esta población y disminuya con ello las principales barreras de acceso a tratamiento. Es por ello que durante el año 2020 se priorizó la implementación de centros específicos para mujeres en regiones donde no existía esta oferta, contando actualmente con esta modalidad de atención en todas las regiones del país.

Programa de Tratamiento para Población Adulta en Situación de Calle

El objetivo de este programa consiste en otorgar tratamiento para el consumo problemático de sustancias psicoactivas a mujeres y hombres de 18 años de edad en adelante, que se encuentren en situación de calle y que siendo usuarias de programa Calle del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO) requieran apoyo para el logro de su propósito de cambio de conducta de consumo y en situación de bienestar general. El programa se implementa en el marco de un trabajo complementario e intersectorial con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, donde su equipo gestor de calle realiza el soporte psicosocial de las personas y el equipo de tratamiento SENDA efectúa la atención de salud integral para apoyar la modificación de su patrón de consumo problemático de sustancias. El programa de tratamiento se realiza en la modalidad ambulatoria comunitaria con intervenciones en terreno y en un dispositivo de tratamiento.

La modalidad de atención de este programa se limita al Plan Ambulatorio Comunitario. El acceso al programa se obtiene a través de los equipos psicosociales del programa Calle del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

En noviembre de 2019, se entregó el informe final de la evaluación del diseño e implementación del programa integral de personas en situación de calle que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Para ello, se realizaron 14 encuestas en línea a encargados de SENDA y del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y 50 entrevistas individuales y grupales a equipos nacionales,

regionales y locales que implementan el programa en 5 regiones del país. Respecto a los principales resultados sobre la evaluación del diseño, cabe destacar que el programa fue percibido como coherente en cuanto a su estructura interna y su sistema de objetivos, y pertinente a las realidades regionales y locales. Se destaca principalmente la flexibilidad del programa, lo que permite que los equipos locales puedan adaptar metodologías y estrategias de trabajo según la intervención que se requiera; dicho aspecto es sumamente valorado por los equipos considerando el perfil de los usuarios de estos tratamientos. Por otro lado, en cuanto a los resultados de la evaluación sobre la implementación del programa, los equipos nacionales, regionales y comunales consideraron que la implementación del mismo es buena y que consigue resultados positivos. Lo anterior ocurre principalmente debido a las buenas relaciones y coordinaciones que se han establecido entre los equipos en los distintos niveles, así como a las habilidades que estos tienen.

Si bien los resultados del estudio antes mencionado son positivos y demuestran que este programa efectivamente está ayudando a quienes se encuentran en situación de calle con consumo problemático de sustancias, aún quedan mejoras por realizar. Una planificación de marco lógico y un sistema de evaluación en cuanto al diseño y la necesidad de contar con un mayor recurso financiero respecto a la implementación, son desafíos que abordaremos como Servicio a fin de llegar a la mayor cantidad de personas posible, con un programa eficaz y suficiente que permita a todo aquel que lo requiera tratarse y recuperarse del uso abuso de alcohol y otras drogas.

Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley nº 20.084 con Consumo Problemático de Alcohol – Drogas y otros Trastornos de Salud Mental

Este programa tiene el propósito de favorecer y otorgar oportunidad de tratamiento para aquellos jóvenes que han infringido la ley y presentan dependencia a las drogas o bien un consumo perjudicial, enmarcándose en la Ley N° 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente. Fue diseñado en el marco de la promulgación de la Ley N° 20.084 del año 2007, en conjunto con el Minsal y el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Se sustenta en un Convenio de Colaboración Técnica, suscrito a la fecha por SENDA, SENAME, Minsal y Gendarmería de Chile (GENCHI) y que dio origen a una Mesa Técnica Nacional y Mesas Regionales en todo el país, para la gestión del programa.

Las modalidades de atención de este programa incluyen Plan Ambulatorio Intensivo Medio Libre (PAI ML), Plan Residencial Medio Libre, Plan Ambulatorio Intensivo Privado de Libertad, Plan Ambulatorio Intensivo Sección Juvenil, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP), Medio Libre, Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP) y Privado de Libertad. El acceso a estos programas se obtiene a través de la derivación de programas de sanción o medida (Ley N° 20.084, 2007) y duplas Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD).

Programa para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas

Este programa de tratamiento está dirigido a población infanto-adolescente (menor de 20 años), con consumo problemático de alcohol y otras drogas, que por su complejidad o perfil no es abordado por GES ni por el Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados al Sistema Penal por Ley N° 20.084. Establece como prioridad de atención a la población que se encuentra en la red de programas de SENAME por vulneración de derechos. En ese marco, se ha suscrito un Convenio de Colaboración Técnica entre SENDA, SENAME y Minsal, dando origen a una Mesa Técnica Nacional y Mesas Regionales en todo el país.

Las modalidades de atención de este programa incluyen Plan Ambulatorio Intensivo y Plan Residencial. El acceso a los servicios del programa se produce por referencia de establecimientos educacionales, establecimientos de salud, demanda espontánea, y programas de la Red SENAME.

FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

El Área de Tratamiento de SENDA está desarrollando un proceso de fortalecimiento del sistema de evaluación de programas de tratamiento, mediante la realización de Perfiles de Resultados de Tratamiento (*treatment outcomes profile* o TOP) para monitorear resultados terapéuticos, tanto a nivel individual como de los programas de población general, específico para mujeres y adolescentes infractores de ley. Si bien este instrumento se encuentra incorporado desde 2015, durante el año 2020 se hará obligatorio para los prestadores reportar al Servicio mediciones de resultados de tratamiento en términos de comportamientos observables declarados por los propios usuarios. Lo anterior permitirá a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de personas usuarias, utilizando medidas objetivas y comparando el comportamiento antes, durante y después del tratamiento.

Los Perfiles de Resultados de Tratamiento contienen un conjunto de preguntas que recopilan información sobre el consumo de alcohol y otras drogas, la salud física y psicológica, la transgresión a las normas y el funcionamiento social. Consiste en una entrevista breve entre una persona del equipo profesional de SENDA y la persona en evaluación. Es un método simple y adecuado de registro de cambios de comportamiento durante el tratamiento. Si bien las evaluaciones de los resultados de mediano y largo plazo son importantes, una evaluación en tiempo real es necesaria mientras dure el tratamiento de la persona usuaria.

La aplicación generalizada de Perfiles de Resultados de Tratamiento permitirá registrar la información de manera sistemática a lo largo del tratamiento y, como parte de este, permitirá obtener una imagen que puede ser construida a partir del progreso y de los resultados que las personas usuarias perciben, contribuyendo en la entrega de servicios cada vez más resolutivos y efectivos para mejorar la calidad de la atención de quienes presentan consumo problemático de sustancias.

El fortalecimiento del sistema de evaluación de los programas de tratamiento —entre otras mejoras en el diseño y la implementación de estos programas— surge

de diversas actividades de evaluación, entre las que destaca una investigación realizada por el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por encargo de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Este estudio, que se inició en octubre de 2017, tiene como objetivo principal evaluar los resultados intermedios[18] de los programas de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas y alcohol e integración social del Servicio. Dentro de sus objetivos específicos podemos encontrar:

- Realizar una caracterización de la demanda, perfil de los beneficiarios y nivel de cobertura.
- Identificar resultados esperados e intermedios.
- Estudiar, analizar y medir resultados de los programas a partir de la información actualmente recopilada por SENDA.
- Proponer, desarrollar y aplicar metodologías de evaluación, tanto cuantitativas y/o cualitativas, que permitan conocer si los programas han logrado los resultados intermedios esperados, así como cualquier externalidad adicional.
- Realizar de manera independiente el levantamiento, procesamiento y análisis de información cuantitativa y cualitativa que permita conocer los resultados de los programas.
- Evaluar la eficiencia y uso de recursos utilizados y su relación con los resultados alcanzados.
- Entregar conclusiones (debilidades, insuficiencias en términos de resultados y recomendaciones).

El informe final de este estudio, entregado a fines del año 2020, nos permitirá recopilar información de beneficiarios que se encuentren en la etapa inicial de su tratamiento y 12 y 18 meses después, a fin de evaluar su desarrollo. El levantamiento de esta información, así como el procesamiento y análisis de información cuantitativa y cualitativa, dará a conocer los resultados de los programas ofrecidos por SENDA, lo que nos permitirá una mejora efectiva y focalizada de nuestra oferta programática.

18 Se entiende por resultados intermedios de los programas de tratamiento, aquellos que responden al logro de resultados al momento del egreso del tratamiento y a los 6 meses posteriores a este. Considera indicadores relativos a retención, completitud del tratamiento, abstinencia y modificación del patrón de consumo, calidad de vida, salud física y mental, apego a las normas sociales, entre otros.

3.2.1.4. SENDA OPORTUNIDADES

El consumo problemático de sustancias genera exclusión social, la cual se deriva del estigma y la discriminación asociada al consumo de drogas, y del impacto que el consumo de drogas tiene sobre las condiciones de salud, económicas y sociales de quienes las consumen. Las personas que consumen sustancias en Chile tienden a presentar condiciones de exclusión en los ámbitos de la educación, empleo, vivienda y protección social, las que se expresan en trayectorias educativas inconclusas, dificultades en el acceso y mantención del empleo, desempeño en ocupaciones de baja remuneración, dificultades en su habitabilidad, entre otros.

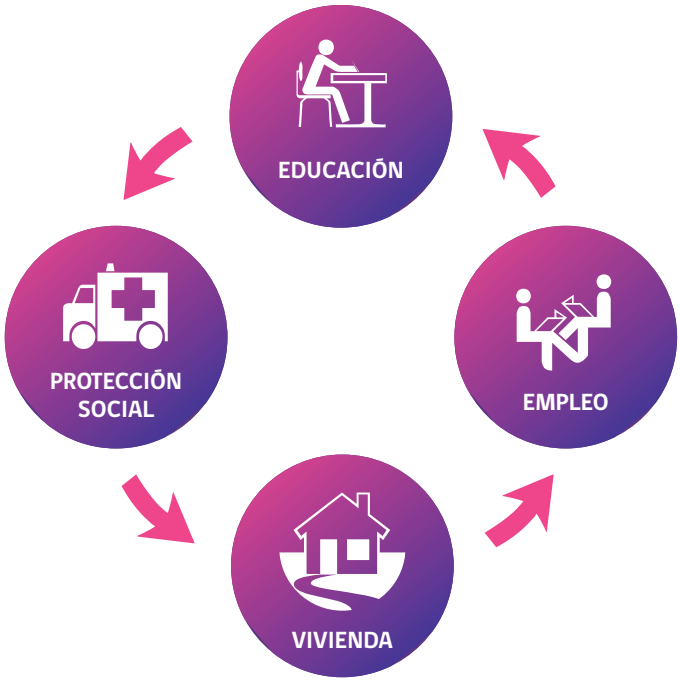
La exclusión, estigmatización y vulnerabilidad de las personas que consumen sustancias puede exponerlas con frecuencia a episodios de discriminación que afectan su acceso al empleo, a la atención de salud, a los espacios de participación social, entre otros. A su vez, esto repercute en sus posibilidades de una efectiva recuperación. En consecuencia, la sostenibilidad de los resultados positivos obtenidos en un proceso de tratamiento, dependerá no sólo de los esfuerzos personales que se realicen, sino también de la articulación de otros actores sociales e instituciones que generen reales posibilidades de acceso y uso de diferentes oportunidades que reduzcan las brechas de exclusión.

Para atender al fenómeno descrito, el Sistema SENDA incluye el pilar SENDA Oportunidades, enfocado en la articulación de la oferta del Estado, del sector privado y de todas aquellas organizaciones que brindan oportunidades efectivas para superar condiciones de exclusión, y que pueden contribuir a que los procesos de recuperación sean efectivos y sostenibles en el tiempo.

Implementar y consolidar el pilar SENDA Oportunidades se estructura con base en la coordinación de oportunidades en cuatro ámbitos generales de la vida de las personas: educación, empleo, vivienda y protección social (Figura 13). Estos cuatro ámbitos se han seleccionado por ser aquellos que inciden de manera determinante tanto en condiciones de exclusión social como en condiciones para la recuperación y sostenimiento de logros en el largo plazo.

Figura 13

ÁMBITOS QUE ABORDA EL SUBSISTEMA SENDA OPORTUNIDADES



Fuente: Elaboración propia.

Cada uno de estos ámbitos se interrelacionan e influyen mutuamente. Tener mejores condiciones de educación es determinante para acceder a mejores capacitaciones y, por ende, obtener mejores puestos de trabajo. Tener un trabajo, permite contar con recursos para acceder a una vivienda. Por último, acceder al sistema de protección social del Estado constituye, en sí mismo, un elemento básico a considerar en un sistema de oportunidades.

De esta forma, SENDA Oportunidades apunta a generar trayectorias progresivas de integración social que faciliten y hagan sostenible el proceso de recuperación del consumo de sustancias. El avance en estas materias requiere del esfuerzo y el liderazgo técnico de SENDA, pero también del concurso de otras instituciones habilitadas para ofrecer oportunidades de integración social en los ámbitos priorizados.

En materia educativa, la trayectoria de integración que se pone a disposición de las personas en tratamiento ofrece una gama de servicios que se inician en la alfabetización, siguen en la nivelación de estudios básicos y medios, para terminar con la provisión de oportunidades para obtener formación técnica y profesional.

En materia laboral, la trayectoria de integración social comienza con el acceso a oportunidades de capacitación laboral, para continuar con servicios de apoyo para obtener y conservar el empleo. A tal efecto, SENDA implementa el Programa de Orientación Sociolaboral (OSL), el cual acompaña a la persona en una ruta personalizada que le permite mejorar sus competencias de empleabilidad, pero también la orienta y resuelve sobre las brechas y barreras para acceder al mundo laboral. Las salidas pueden ser hacia capacitación, trabajo dependiente o independiente, o todas las anteriores.

En materia de vivienda, SENDA cuenta con el Programa de Vivienda de Apoyo a la Integración Social (VAIS), que permite apoyar a las personas usuarias para que puedan tener un lugar seguro donde vivir tras el término de su proceso de tratamiento. Gracias a esta vivienda de apoyo, cuentan con un soporte transitorio que facilita el proceso de transición de regreso a la vida autónoma. Actualmente el Servicio cuenta con 10 VAIS que funcionan en cinco regiones de Chile, con unidades segregadas para hombres y mujeres.

En materia de protección social, SENDA desarrolla acciones para promover que las personas que atiende tengan su información social actualizada en el Registro Social de Hogares (RSH) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, además de facilitar el acceso a información sobre la oferta pública de servicios de protección.

3.2.2. COMPONENTE DE DESARROLLO DE CAPACIDAD INSTITUCIONAL PARA LA GESTIÕN ORIENTADA A RESULTADOS

OBSERVATORIO NACIONAL DE DROGAS

El Observatorio Nacional de Drogas, dependiente de SENDA, tendrá como principal propósito para los próximos años constituirse en un referente en la generación de información sobre la demanda de alcohol y otras drogas en Chile y sobre elementos de la oferta de sustancias, que pueda incidir sobre las prevalencias de consumo, incluyendo la caracterización de la distribución de la oferta de alcohol y otras drogas en el país, el consumo a nivel nacional, regional y comunal, sus efectos en la salud y bienestar de las personas, y sus factores de riesgo y protectores.

Esta tarea requerirá de un importante ejercicio de coordinación de las distintas instituciones del Estado y sus respectivos sistemas de información y bases estadísticas. El propósito será que la información disponible por parte del Ministerio Público, de las policías, del Plan Nacional Elige Vivir sin Drogas, de los Estudios Nacionales de SENDA y de otros estudios que este Servicio realiza, así como la información que también generan otras instituciones públicas con competencia en la materia, se encuentre disponible y sea analizada en su conjunto, mejorando así la coordinación y toma de decisiones entre distintos entes del Estado.

En concreto, los principales objetivos del Observatorio serán, por un lado, facilitar a sus usuarios nacionales información para la formulación de políticas y la organización de servicios relacionados con las drogas, así como datos sobre asuntos de interés general relativos a este problema, y, por otro, recabar y producir la información necesaria para atender las obligaciones del país en cuanto a la elaboración de informes destinados a programas supranacionales e internacionales de seguimiento y control de las drogas.

El Observatorio además buscará impulsar la constante evaluación de las políticas, programas y proyectos que desarrolla el Servicio para reducir la prevalencia del consumo de alcohol y otras drogas. Para esto, se diseñarán y ejecutarán evaluaciones de toda la oferta programática que se implemente, sobre la base de las mejores experiencias y metodologías disponibles, probadas a nivel nacional e internacional. Para lo anterior, se establecerán convenios de colaboración con instituciones internacionales reconocidas por la investigación que producen en el tema.

Finalmente, el Observatorio Nacional de Drogas tendrá tres funciones esenciales, que son:

1. **La obtención y seguimiento de datos a escala nacional.** El Observatorio asume el rol de reunir y organizar la información disponible en la materia, generando así un "mapa de información" donde se identifican los principales actores y fuentes de datos sobre drogas en el país. Luego, en conjunto con estos actores se crea una "red nacional de información de drogas" cuyo fin es recolectar, analizar y difundir información de manera coordinada y sistemática. Esto permite hacer un seguimiento conjunto de los datos, lo que, al mismo tiempo, mejora la calidad de estos.

2. **El análisis e interpretación de la información recabada.** Los datos recogidos a través de la red de información de drogas deben ser procesados para que resulten de utilidad a los destinatarios. Para esto, el Observatorio utilizará la capacidad analítica de su equipo técnico, además del apoyo de expertos nacionales y de los miembros de la red de información. Este proceso de análisis debe centrarse en la integración de la información originada por diferentes fuentes, con el fin de proporcionar una visión general y una interpretación exhaustiva de la situación en materia de drogas.

3. **La elaboración de informes y divulgación de los resultados.** La elaboración de informes y la comunicación de resultados deben considerarse como la principal tarea de un Observatorio. Para esto, se debe desarrollar una estrategia comunicacional que aborde necesidades presentes y futuras, adaptándose a destinatarios específicos. Es importante que el Observatorio proporcione informes actualizados de la situación nacional en materia de drogas cada año.

Con el trabajo en estos tres grandes ámbitos de acción se espera contribuir a obtener información oportuna, válida, comparable y confiable, así como un sistema de evaluación de la oferta programática del Servicio. Esto permitirá la generación de evidencia robusta para la toma de decisiones de políticas públicas en la materia, así como la difusión de conocimiento de fácil acceso a los distintos grupos interesados.

CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN

El fenómeno de las drogas es complejo y multicausal. Distintos segmentos de la población presentan distintos patrones de consumo, distintos factores protectores y de riesgo, distintas posibilidades de intervención con efectos esperados diferentes. Se trata de un campo de la investigación científica y de la gestión pública que se encuentra en constante evolución.

Lamentablemente, las oportunidades de los profesionales y técnicos para obtener formación especializada y de buena calidad en los temas alcohol y otras drogas son limitadas. Se trata de temas que aún reciben poca atención en la formación de pregrado. Si bien existen programas de formación efectivos de nivel de diploma, postítulo o postgrado, el acceso a esta formación por parte de profesionales interesados con frecuencia está sujeto a limitaciones de tiempo y recursos.

Para alcanzar las metas establecidas en esta Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030, SENDA debe avanzar hacia convertirse, cada vez más, en una institución intensiva en conocimiento, ciencia e innovación. La acumulación de conocimiento debe ir acompañada de un plan para la diseminación de información, tanto hacia el interior del Servicio como hacia afuera, dirigido a instituciones públicas, privadas y sin fines de lucro, a las universidades, y al conjunto de la comunidad.

Las acciones del servicio en materia de capacitación y formación se resumen a continuación:

1. **Modelo de formación institucional:** Este modelo contempla la aplicación de un plan de capacitación con niveles de formación general, formación específica y cursos de especialización, dirigidos a la comunidad de profesionales y técnicos que implementan los diferentes programas de SENDA a lo largo del territorio nacional. El modelo permite estandarizar contenidos y facilitar oportunidades de acceso a formación a quienes trabajan en programas SENDA.

2. **Comunidad de aprendizaje:** SENDA ha desarrollado 12 cursos de formación general y 9 cursos de formación especializada, que se encuentran disponibles mediante la plataforma Moodle de educación a distancia. Estos contenidos son accesibles para profesionales interesados y para el conjunto de la comunidad.

3. **Proyectos con fuerzas armadas y de orden:** SENDA desarrolla instancias de capacitación orientadas a prevenir el consumo de sustancias al interior de las instituciones castrenses, con énfasis en soldados conscriptos y alumnos de las escuelas matrices. En relación con Carabineros de Chile, la capacitación abarca materias vinculadas a la prevención comunitaria del consumo de sustancias, y la preparación para operativos especiales de prevención y fiscalización, como los que ejecuta el programa Tolerancia Cero.

4. **Proyecto Consorcio de Universidades del Estado de Chile:** Se orienta a promover la adopción de una cultura académica que integre transversalmente los temas de drogas y alcohol en sus contenidos curriculares. A ese efecto, promueve actividades de reflexión y el intercambio de experiencias, y pone a disposición de los interesados un curso de formación general para estudiantes universitarios de pregrado.

5. **Programa de formación para el intersector:** Se basa en la suscripción de una serie de convenios con otras instituciones y servicios públicos para fines de colaboración técnica. Estos convenios permiten la realización de programas de formación y habilitación de competencias de los profesionales que trabajan en el resto de la administración pública. Los contenidos de los cursos de capacitación señalados abarcan materias específicas relacionadas con la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la integración social.

6. **Módulos educativos para la comunidad:** Incluyen cápsulas informativas sobre el consumo de sustancias y el desarrollo de cursos e-learning autoinstruccionales, que se encuentran disponibles para toda la ciudadanía, accediendo al sitio web https://cursos.senda.gob.cl/

COOPERACIÓN INTERSECTORIAL

La complejidad multicausal del consumo de alcohol y otras drogas, obliga a SENDA a impulsar y participar de múltiples iniciativas de cooperación intersectorial, incluyendo el trabajo coordinado con otras instituciones y servicios del nivel central de la administración del Estado, la colaboración con las municipalidades y, en general, la alianza con todos los actores claves en la materia, para el despliegue de la oferta de servicios de prevención, tratamiento y reinserción social.

Para materializar este trabajo mancomunado, hemos suscrito diversos convenios de colaboración con distintas entidades públicas. El alcance de estas iniciativas de colaboración es amplio e incluye trabajos conjuntos con las siguientes instituciones (SENDA, 2020):

1. Consejo para la Transparencia
2. Ministerio de la Mujer y Equidad de Género
3. Servicio Nacional de la Mujer
4. Ministerio de Salud
5. Defensoría de la Niñez
6. Carabineros de Chile
7. Subsecretaría para la Fuerzas Armadas
8. Instituto Médico Legal
9. Ministerio Público
10. Instituto de Salud Pública
11. Fondo de Solidaridad e Inversión Social
12. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas
13. Agencia Nacional de Inteligencia
14. Subsecretaría de Energía
15. Subsecretaría de Prevención del Delito
16. Gendarmería de Chile
17. Municipalidades
18. Organizaciones no gubernamentales
19. Empresas privadas

Las actividades específicas que se desarrollan con distintas instituciones, en el marco de los convenios, incluyen:

a. El **diseño de políticas** de prevención y tratamiento del consumo de alcohol y otras drogas. Por ejemplo, existen coordinaciones con el Ministerio de Salud para promover la consistencia en los

contenidos entre la presente estrategia y la Estrategia Nacional sobre Alcohol, liderada por el Minsal. Otras instituciones, como el Ministerio Público, el Instituto Médico Legal y Carabineros de Chile, han colaborado en el diseño del plan Tolerancia Cero para la prevención de la conducción de vehículos motorizados bajo los efectos de sustancias, incluyendo la definición de procedimientos para la aplicación de pruebas de Alcotest y Narcotest.

b. El planteamiento de **metas de políticas de prevención** del consumo de sustancias. Por ejemplo, las metas planteadas en esta Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030, han sido validadas con un comité de expertos que incluye al Ministerio de Salud. Además, hemos procurado que el diseño de metas sea consistente con el antecedente de la Estrategia Nacional sobre Alcohol[19], así como con los planteamientos de metas formuladas en versiones anteriores de la Estrategia Nacional de Drogas.

c. La **implementación de estrategias y programas de prevención** del consumo de alcohol y otras drogas. Por ejemplo, SENDA realiza convenios periódicos con las municipalidades a las que aporta asistencia técnica y financiera, la cual hace posible la ejecución de iniciativas de prevención del consumo de sustancias a nivel comunitario, en las escuelas, y en la atención directa de familias a través del programa Parentalidad. En otro ejemplo, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) y SENDA, desarrollaron el Sistema Intersectorial de Salud Integral, como estrategia para dar respuestas oportunas, integrales y de calidad, a las necesidades de salud de los niños, niñas y adolescentes vinculados a la red del SENAME, sea en materias de protección de infancia vulnerada en sus derechos o de justicia penal juvenil.

d. La **ejecución de talleres informativos y preventivos** con funcionarios de diversos servicios públicos y empresas privadas. Por ejemplo, el programa Trabajar con calidad de vida se enfoca de manera específica en contextos laborales, en los que se realizan charlas y talleres preventivos, y se apoya a las empresas en la formulación de políticas internas para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

e. La **implementación de estrategias y programas de tratamiento y reinserción social** de personas que presentan consumo problemático de sustancias. Por ejemplo, SENDA suscribe convenios periódicos con el Ministerio de Salud para efectos de financiar la prestación de servicios a la comunidad en el ámbito del tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas en población adulta.

f. El desarrollo de **sistemas multiagenciados de vigilancia** de tendencias relativas al consumo de sustancias en Chile. A contar del año 2014, SENDA formó la Mesa Nacional de Nuevas Sustancias

19 La Estrategia Nacional sobre Alcohol propone al país, sus autoridades, sus instituciones y a la población en general, un conjunto de líneas de acción que permitirían reducir sustancialmente en los próximos 10 años el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias (Pemjean y Minoletti, 2010).

Psicoactivas, la que posteriormente fue coordinada por la Unidad de Sustancias Químicas Controladas de la Subsecretaría del Interior. La mesa ha servido para el monitoreo y emisión de alertas sobre la aparición de nuevas sustancias psicotrópicas. Durante nuestra gestión estamos dando un paso adicional para profundizar el sistema de vigilancia, mediante la instalación de un Sistema de Alerta Temprana (SAT) de drogas —el que se detallará más adelante— que conectará más fuentes de información y actores involucrados en el análisis de la oferta y la demanda de drogas, con énfasis en nuevas sustancias psicotrópicas.

Además de lo anterior, SENDA ha impulsado la conformación de diversas mesas de trabajo tanto con instituciones y entidades de Gobierno como con entes privados, con el objeto de desarrollar e implementar estrategias y acciones destinadas a prevenir y resguardar el consumo de alcohol y otras drogas. Las mesas, todas lideradas por el Servicio, son las siguientes:

1. **Mesa Narcotest,** en la que participan SENDA, Carabineros de Chile, Servicio Médico Legal (SML), Ministerio Público, Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET) y la Subsecretaría de Salud.

   Esta mesa tiene por objetivo generar estrategias que permitan una mayor eficiencia y eficacia de los controles preventivos a conductores en otras drogas, mediante un trabajo intersectorial coordinado.

2. **Mesa de Analgésicos y Tranquilizantes sin Receta Médica,** donde participa el Servicio, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile (PDI), Instituto de Salud Pública (ISP), Ministerio de Salud y Subsecretaria de Interior.

   Su finalidad es evaluar los riesgos que implican para la población, el consumo de tranquilizantes y analgésicos sin receta médica y sin prescripción médica. Esta información es necesaria para el diseño e implementación de una estrategia de acción entre las instituciones responsables de la fiscalización de estos productos. Además, la mesa tiene la tarea de elaborar material preventivo de sensibilización dirigido a población escolar, población general, equipos psicosociales, escuelas, entre otros.

3. **Mesa de Aplicaciones Digitales,** conformada por iniciativa del Servicio y que reúne a las principales empresas de *delivery*, como son Uber Eats, Pedidos Ya, Rappi y Cornershop.

   Esta mesa tiene como objetivo general elaborar estrategias para prevenir la venta de alcohol a menores de 18 años de edad, relacionadas a la entrega, promoción y publicidad de bebidas alcohólicas mediante aplicaciones digitales. Para ello, y de forma inédita, se suscribió un compromiso de acuerdo entre todos los

actores, en el cual se establecieron compromisos concretos dirigidos a mejorar los sistemas de verificación de edad, mensajes preventivos y capacitaciones a los socios repartidores, tanto de los riesgos del consumo de alcohol en menores como de la normativa legal que regula el suministro de alcohol.

4. **Mesa de Servicios Especiales de Fiscalización de Alcoholes** (SEFA), en la que participa SENDA, Carabineros de Chile, Ministerio Público y la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito (CONASET).

   El objetivo de la mesa es fiscalizar el cumplimiento de la Ley N° 19.925 sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas, con especial énfasis en la venta, obsequio o suministro de bebidas alcohólicas a menores de 18 años, en lugares de venta como botillerías, clandestinos, supermercados, discotecas, pubs, entre otros.

5. **Mesa de Parentalidad,** conformada y liderada por SENDA, Subsecretaría de Prevención del Delito (SPD), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU), Subsecretaría de la Niñez, Chile Crece Contigo y Ministerio de Salud.

   Su objetivo principal es generar la coordinación y articulación de programas públicos que promuevan el desarrollo de habilidades parentales en padres, madres y adultos cuidadores de niñas, niños adolescentes y jóvenes. La mesa tiene la finalidad de actualizar el conocimiento de la oferta disponible de los programas que abordan la temática de habilidades parentales entre los representantes de las instituciones encargados de desarrollar esta oferta; fomentar la articulación de la oferta disponible en la temática de parentalidad a nivel nacional bajo los criterios de eficiencia y pertinencia de cada programa, para que pueda llegar de manera oportuna a los usuarios, según sus características y necesidades específicas; revisar los estándares de calidad a nivel nacional para los programas que abordan la temática de habilidades parentales financiados y/o ejecutado por el Estado; y articular una red de derivación y de complementariedad en los diversos territorios, según la presencia de una u otra institución con oferta de programas de parentalidad.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN MATERIAS CIENTÍFICAS, INNOVACIÓN E INTERCAMBIO

Para efectos de incrementar el uso de evidencia científica en los diversos programas e iniciativas que desarrolla SENDA, aumentaremos nuestro trabajo de cooperación internacional en los ámbitos de investigación, innovación e intercambio de prácticas efectivas.

Mantendremos y potenciaremos los vínculos de colaboración entre nuestro servicio y referentes multilaterales como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA). También avanzaremos en iniciativas de intercambio de experiencias con especialistas del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Mundial.

Adicionalmente, hemos fortalecido la relación de SENDA con referentes internacionales en materia de investigación científica de los fenómenos de consumo de alcohol y otras drogas, tales como el *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, el Instituto Islandés de Análisis y Estudio Social (ICSRA), y el Observatorio Europeo de Drogas (EMCDDA, por sus siglas en inglés). La colaboración con estas agencias internacionales ha contribuido a nuestro acceso a modelos de intervención preventiva y de tratamiento con evidencia científica de efectividad, de acuerdo con estudios altamente rigurosos.

Durante el período de vigencia de la Estrategia, SENDA mantendrá su vinculación y colaboración con la Comisión de Estupefacientes (CND) del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), instancia en la que se ha debatido respecto a tratados de fiscalización internacional de drogas y a la clasificación del cannabis y sus derivados en el ámbito de las sustancias controladas.

En relación con el Mercado Común del Sur (MERCOSUR), se continuará trabajando en la realización de actividades y talleres conjuntos, así como en la elaboración de guías y protocolos comunes para la difusión y promoción de buenas prácticas regionales en materia de políticas y programas para la reducción de la demanda de drogas.

A las actividades de cooperación ya mencionadas, cabe agregar la continuidad del Proyecto de Cooperación entre la Agencia Chilena de Cooperación Internacional (AGCI), SENDA y el Gobierno de El Salvador, en temas de capacitación sobre intervenciones de tratamiento, y en la organización de pasantías de funcionarios salvadoreños en centros de tratamiento chilenos.

SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) DE DROGAS

A fin de hacer frente a las nuevas exigencias en materia de drogas, en noviembre del año 2020, SENDA dio inicio al desarrollo e implementación del Sistema de Alerta Temprana (SAT) de drogas en Chile, entidad que permitirá establecer un método de reporte sensible y ágil ante las nuevas sustancias psicoactivas, permitiendo que el país pueda entregar respuestas e intervenciones oportunas, a través de alertas e informes. Esta iniciativa será liderada por el Observatorio Nacional de Drogas de SENDA, atendiendo las recomendaciones dadas por el Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), la Organización de Estados Americanos (OEA) y el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en su *Manual de Implementación de un Sistema de Alerta Temprana.*

Actualmente Chile cuenta con la Mesa Nacional de Nuevas Sustancias Psicoactivas (MNNSP), formada por SENDA en 2014 —cuya coordinación fue asumida por la Unidad de Sustancias Químicas Controladas (USQC) de la Subsecretaría del Interior desde el año 2015— la cual permitió el envío de alertas emitidas sobre la aparición de nuevas sustancias psicoactivas a través de la coordinación intersectorial y la generación de un espacio de intercambio de información relevante entre los principales actores relevantes en la materia. No obstante, aún existe una serie de fuentes de información del país que no estarían siendo incluidas y sistematizadas, especialmente desde el ámbito de la demanda de drogas.

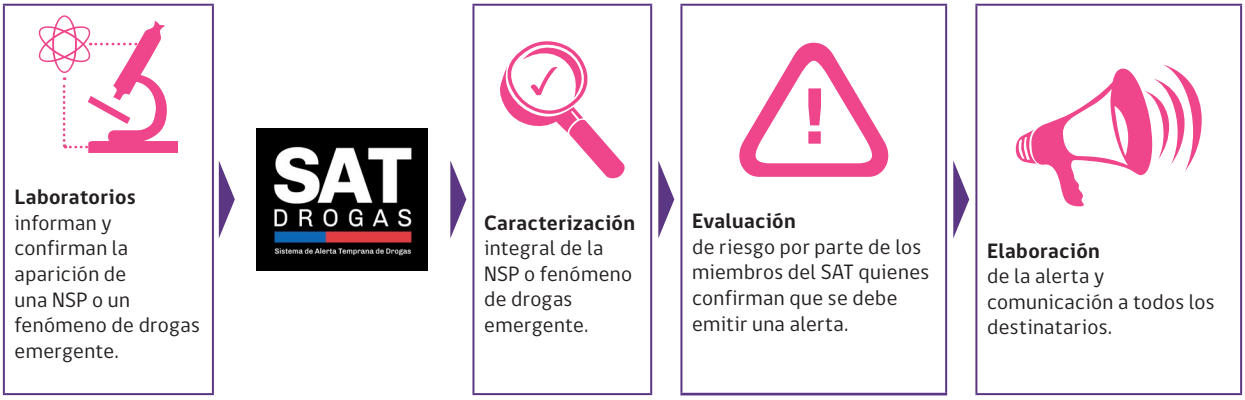
El SAT permitirá coordinar y consolidar el trabajo de las distintas instituciones con competencia en materia de drogas, a través de un mecanismo de vigilancia permanente que permita alertar sobre la aparición de drogas en el país y que, a la vez, difunda información oportuna a la población sobre los efectos a la salud y a la seguridad pública. El establecimiento de un mecanismo único de intercambio de información entre los distintos organismos que trabajan en temas de oferta y demanda de drogas, permitirá reducir el impacto de estas en el país, a partir de una oportuna detección, evaluación de riesgo y generación y difusión de antecedentes confiables, así como de su respectiva clasificación e incorporación a los marcos legales del país.

Conforme lo anterior, el SAT contempla un flujo claramente establecido y reconocido por todos sus miembros, de manera que logre una adecuada circulación de la información y así asegurar la correcta detección y evaluación de riesgo del fenómeno. Este flujo consta de cuatro etapas, donde se trabaja coordinadamente con policías y el sistema de salud (Figura 14).

Figura 14

FLUJO DE TRABAJO DEL SISTEMA DE ALERTA TEMPRANA (SAT) DE DROGAS

ETAPA 1 Detección de una posible amenaza	ETAPA 2 Caracterización	ETAPA 3 Evaluación de riesgo asociado	ETAPA 4 Emisión de alerta
◆ Se detecta una posible amenaza (evento potencialmente peligroso) a través de la confirmación de un laboratorio de la NSP. Se comunica al SAT sobre este evento o hallazgo para que sea evaluado (Notificación). ◆ El Observatorio Nacional de Drogas (dependiente de SENDA y que actúa como coordinador del SAT) debe verificar si la información es suficiente para activar el protocolo de actuación o si se requieren datos adicionales.	◆ Se informará y enviará la posible amenaza por medio de dos formularios utilizados por los miembros del SAT: Formulario de reporte sobre identificación de NSP y Formulario de reporte de eventos adversos para la salud. ◆ Se activa la red de intercambio de información entre los miembros del SAT gracias a la información recogida por los dos formularios. ◆ La validación o confirmación del evento requiere la recolección y análisis de información relevante, y la triangulación de datos provenientes de distintas fuentes. ◆ Se analiza la potencial diseminación y las consecuencias sanitarias, sociales y económicas del fenómeno.	◆ Una vez confirmada la identificación del nuevo evento, se activará una etapa de evaluación rápida y completa de los riesgos asociados a este fenómeno. ◆ En esta etapa se evalúa el riesgo potencial del uso desde la perspectiva de la salud pública y legal. ◆ Se recurrirá a información previamente recolectada (formularios), a nuevos datos y al conocimiento experto de los miembros del SAT.	◆ Se realiza una alerta luego de la reunión de los miembros del SAT donde se identifican los riesgos del fenómeno. ◆ La razón de ser del SAT es la comunicación de los riesgos asociados a los fenómenos validados/confirmados y la correspondiente alerta. ◆ La emisión de una alerta puede dirigirse a distintos destinatarios de acuerdo con su contenido y el alcance deseado (miembros del SAT, público general, etc.).



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las instituciones que participarán del SAT se deben distinguir a los miembros permanentes y los auxiliares. Como miembros permanentes, encontramos a la Subsecretaría del Interior, Subsecretaría de Prevención del Delito, SENDA, Policía de Investigaciones de Chile, Carabineros de Chile, Fiscalía, Servicio Nacional de Aduanas, Armada de Chile, Instituto de Salud Pública (ISP), Ministerio de Salud (Minsal), Servicio Médico Legal (SML), Gendarmería de Chile (GENCHI), y el Servicio Nacional de Menores (SENAME). Los miembros auxiliares del sistema son las siguientes instituciones: Ministerio de Relaciones Exteriores (MINREL), Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESO), Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (MinMujeryEG), Ministerio de Educación (MINEDUC), Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), Dirección General de Aeronáutica Civil (DGAC), Asociación Chilena de Municipalidades (AChM), y Asociación de Municipalidades de Chile (AMUCH).

El objetivo general del SAT consiste en mantener la vigilancia activa que garantice la provisión de información desde diferentes perspectivas sobre las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) y fenómenos de drogas emergentes, aportando evidencias para el diseño de políticas en el área de reducción de la demanda y control de la oferta de drogas. Los objetivos específicos de SAT son:

- Proporcionar información rápida y precisa sobre la situación y las tendencias.
- Monitorear sistemáticamente la disponibilidad y consumo.
- Caracterizar químicamente las NSP y otras sustancias "tradicionales".
- Evaluar rápida y exhaustivamente los riesgos e impactos.
- Difundir información entre los profesionales y la población en riesgo.
- Informar a los decisores políticos del ámbito de las drogas.

El Sistema de Alerta Temprana (SAT) de drogas ya se encuentra funcionando y trabajando a fin de consolidar su funcionamiento tanto a nivel nacional como internacional. Además, y dentro de los próximos desafíos, se comenzará a trabajar en un sistema de capacitación interna para sus miembros, así como también en mecanismos rápidos y eficientes que permitan recoger información de aquellas instituciones enfocadas en la demanda de droga.

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO E INTEGRACIÓN SOCIAL BASADAS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA

En el marco del mejoramiento de la calidad de la gestión técnica y operativa de SENDA, desarrollaremos un amplio conjunto de estudios y actividades de intercambio científico y técnico, que nos permitan acceder a repositorios de literatura especializada en la evaluación de prácticas de diagnóstico, planificación, intervención y tratamiento del consumo de alcohol y drogas, de manera que SENDA disponga de insumos de información de la mejor calidad para informar sus actividades.

Los hallazgos y resultados de estas actividades se documentarán en informes que permitan, en el mediano plazo, la formulación de políticas específicas de prevención, tratamiento, e integración social de personas que consumen o han consumido alcohol y otras drogas, basadas en evidencia científica.

La validación de estas políticas contará con la participación de expertos, centros de estudio, gobiernos regionales y locales, y comunidades de especialistas que trabajan en la materia. Tras su validación participativa, la aplicación de estas políticas será obligatoria, con miras a incrementar el potencial de impacto social de todas las actividades financiadas por SENDA.

Alinear todas nuestras actividades con expectativas de impacto social no sólo redundará en beneficios directos para las personas que atendemos, sino para el conjunto de la comunidad y para el Estado, desde la perspectiva de avanzar hacia un gasto público de mejor calidad y eficacia.

3.2.4. DESAFÍOS DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO E INTEGRACIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021-2030

Los programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias de SENDA son los principales instrumentos de gestión para alcanzar los objetivos y metas de la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030. Para efectos de alinear la gestión de programas con estos objetivos y metas, las iniciativas de prevención asumirán en el período los siguientes desafíos, como parte del desarrollo del Sistema SENDA:

1. **Alineamiento entre diseño y propósito, atendiendo a la evidencia científica:** El primer paso para cautelar las oportunidades de los programas preventivos para producir impacto social, consiste en verificar:

    a. Que el diseño de los programas defina claramente las variables (factores de riesgo y de protección) en las que pretende impactar;

    b. Que estas variables sean pertinentes y relevantes para producir efectos preventivos, y;

    c. Que las acciones del programa sean pertinentes y relevantes para producir efectos significativos sobre los factores de protección y de riesgo focalizados, de acuerdo con la evidencia científica nacional e internacional.

2. **Mejora progresiva de condiciones de implementación:** Los responsables del diseño y control de gestión de los programas desde los niveles central y regional, y los responsables de la implementación desde el nivel local, deberán desarrollar un trabajo colaborativo con un enfoque de mejora continua, orientado por las siguientes tareas:

    a. Registrar en detalle las condiciones de implementación que sean susceptibles de mejora. Entre estas condiciones se incluyen condiciones financieras, administrativas, logísticas, de capacidad técnica, de cobertura, entre otras.

    b. Identificar alternativas de mejora de las condiciones de implementación, que sean viables y consistentes con el ordenamiento jurídico, con las normas generales que regulan la actividad del sector público, y con las restricciones presupuestarias que estén fuera del control de las instituciones asociadas en la implementación de la Estrategia.

    c. Establecer un calendario de aplicación de mejoras de condiciones de implementación, a supervisar por el nivel regional de SENDA.

    d. Establecer un sistema digitalizado, en línea, con información en tiempo real, que permita monitorear la aplicación y los resultados de las mejoras de condiciones de implementación.

3. **Mejora progresiva de sistemas de información de gestión técnica:** El nivel central de SENDA desarrollará mejoras o reformas en los sistemas de información para documentar la cantidad de personas atendidas por los programas, la trazabilidad de casos para monitorear procesos de tratamiento y de prevención y respuesta ante recaídas en consumo, la cantidad e intensidad de actividades de intervención preventiva y de tratamiento, entre otros parámetros para el monitoreo y control de gestión técnica del servicio. Este trabajo deberá tener en consideración la opinión de operadores del nivel local, quienes deberán alimentar los sistemas de información. Se buscará la automatización de procesos en este ámbito, si el marco presupuestario de SENDA lo permite.

4. **Reforma de programas actuales y desarrollo de nuevos programas:** La revisión del ajuste entre diseño y propósito, la mejora de la información disponible sobre las necesidades de la población, y el progreso del conocimiento científico, conllevarán la necesidad de aplicar reformas al diseño de programas actuales, o el desarrollo de programas nuevos que resuelvan brechas de servicios. La dirección nacional de SENDA y los equipos técnicos de nivel central tomarán decisiones sobre esta materia, atendiendo también a los criterios y prioridades asumidas por las distintas administraciones políticas que gobiernen el país en el período 2021-2030.

5. **Capacitación de personal crítico:** La calidad de la implementación de programas depende, entre otros factores, de la capacitación técnica de los profesionales y técnicos responsables de la implementación de programas de prevención y tratamiento. El nivel central de SENDA fortalecerá su agenda de capacitación, actualizará los contenidos de su base de conocimiento, y ampliará el rango de medios y estrategias pedagógicas para facilitar la transmisión de contenidos técnicos y ofrecer mayores oportunidades de entrenamiento y práctica en habilidades y competencias clínicas y de gestión que mejoren la calidad de los servicios. Los niveles regionales de SENDA operarán como enlaces proactivos para promover el uso de contenidos y oportunidades de capacitación.

6. **Transferencia de competencias de gestión y monitoreo de procesos:** Se transferirán progresivamente competencias de gestión y monitoreo de procesos a los niveles local y regional de SENDA, de manera que la administración, logística y control de gestión tenga mayores oportunidades de atender a particularidades locales.

7. **Asistencia técnica y control de calidad:** El nivel central de SENDA aumentará progresivamente sus actividades de control de la calidad de la implementación de programas de prevención y tratamiento, definiendo estándares claros de valoración de calidad a tal efecto. Para apoyar a los niveles locales y regionales en el

logro de estándares de calidad, el nivel central de SENDA ofrecerá servicios de asistencia técnica especializada.

8. **Evaluación de resultados e impactos:** El nivel central de SENDA promoverá progresivamente —dentro de su marco presupuestario y acuerdos de colaboración con otras instituciones en los ámbitos de la educación superior, ciencia y tecnología— actividades de evaluación de resultados e impacto de programas de prevención y tratamiento del consumo de sustancias. Estas evaluaciones complementarán el control de calidad de la implementación a nivel local y permitirán retroalimentar, corregir y mejorar el diseño de programas en el nivel central.

9. **Modernización del Servicio:** El Servició elaborará un plan de modernización que tendrá como objetivo impulsar, dar claridad, coherencia y sinergia a las distintas iniciativas y acciones que se desarrollan en SENDA, con el objetivo de alcanzar mayores grados de eficiencia, eficacia y calidad en la gestión institucional. En este sentido, el Área de Gestión Estratégica y Planificación desarrollará y coordinará diversas herramientas de gestión, a fin de disponibilizar la mayor cantidad de información para la toma de decisiones y el buen funcionamiento del Servicio.

Capítulo 4.

OBJETIVOS Y METAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021–2030

4.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

4.1.1. OBJETIVO GENERAL (FIN)

- Generar un cambio cultural a nivel nacional.
- Crear un ambiente protector para niños, niñas y adolescentes.
- Mejorar la calidad de vida de los habitantes de la República de Chile, con énfasis en la promoción y cuidado de la salud.

4.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (PROPÓSITO)

- Reducir la prevalencia de consumo de sustancias que afectan a mayores proporciones de habitantes del país, en los segmentos de población general y población escolar.
- Reducir y/o retrasar el consumo de alcohol y otras drogas, con foco en niños, niñas y adolescentes.

4.2. METAS DEL PERÍODO 2021–2030

4.2.1. POBLACIÓN GENERAL

- Reducir en un 10% la prevalencia anual de consumo de alcohol. La prevalencia anual de consumo de alcohol en Chile se encuentra sobre el 60% de la población en los últimos tres estudios bianuales, en el período de 2014 a 2018. Conforme lo anterior, se observa recientemente una leve baja a 61% en el último estudio, desde el valor máximo observado de 63,9% registrado en el año 2016. Hemos asumido la meta de reducir en 10% la prevalencia anual de consumo en población general, para llegar a 55% en el año 2030.

- Reducir en un 10% la prevalencia anual de consumo de marihuana. La prevalencia de consumo de marihuana en población general muestra una notoria tendencia al alza, aunque exhibe un quiebre en la última medición del año 2018, bajando de 14,5% en 2016 a 12,7% en 2018. La prioridad de SENDA para la próxima década consiste en mantener esta reducción, e ir más allá, hacia un cambio de tendencia que se consolide con una reducción relativa del 10% en la prevalencia anual de consumo. Esto implicará reducir 1,3 puntos porcentuales el dato actual, de 12,7% a 11,4%.

- Reducir en un 10% la prevalencia anual de consumo de cocaína. El consumo de cocaína es un problema severo considerando que, tanto la sustancia en sí misma como sus patrones de consumo, puede conducir a rápidos y significativos deterioros de la salud, del bienestar y de las oportunidades de desarrollo e integración de los consumidores. Por esta razón, el consumo de cocaína es un tema prioritario de las acciones de prevención y tratamiento desarrolladas por el Servicio.

  Dado que se trata de un fenómeno de baja frecuencia relativa —sobre todo considerando el tamaño de la población general y sujeto a dificultades de observación por su pequeña magnitud—, la meta de SENDA para la próxima década en relación con el consumo de cocaína, es reducir su prevalencia de consumo en un 10%, para alcanzar un nivel de 0,9% al año 2030.

- Mantener en 0,4% la prevalencia anual de consumo de pasta base de cocaína.
  El consumo de pasta base de cocaína muestra características similares a las descritas respecto del consumo de cocaína. Se trata de una sustancia cuyo consumo compromete gravemente la salud y el bienestar del consumidor. Sin embargo, muestra niveles de prevalencia muy bajos en relación con el tamaño de la población general, lo cual supone desafíos desde la perspectiva del monitoreo de este parámetro.

  La meta de SENDA para los próximos 10 años, consiste en mantener el consumo de pasta base de cocaína dentro de los márgenes observados en la serie histórica de prevalencia, por debajo del 0,5%.

- Mantener en 1,4% la prevalencia anual de tranquilizantes sin receta médica.
  Al igual como ocurre con otras sustancias de baja prevalencia relativa, la meta de SENDA para la prevalencia anual de consumo de tranquilizantes sin receta médica, consiste en evitar que aumente, conservando la prevalencia anual dentro de sus valores históricos, por debajo del 1,5%.

- Reducir en un 60% la prevalencia anual de consumo de MDMA (éxtasis).
  La prevalencia anual de consumo de MDMA (éxtasis) permaneció con valores iguales o menores a 0,1% en toda la serie histórica registrada, con excepción de la última medición, al subir de 0,06% en 2016 a 0,25% en 2018. Es decir, en el año 2018 se triplicó la prevalencia del año 2016 y se superó la barrera del 0,1% por primera vez desde el año 2001, año en que se inició el registro de consumo de esta sustancia.

  La meta de SENDA para el período 2021-2030 consiste en enfrentar el cambio de tendencia marcado por el incremento repentino de prevalencia anual y reducir el consumo de MDMA (éxtasis), para llevarlo de vuelta a su nivel máximo del período 2002-2016 de 0,1%. El cumplimiento de esta meta supone una disminución relativa de 60%.

4.2.2. POBLACIÓN ESCOLAR

- Reducir en un 20% la prevalencia anual de consumo de alcohol.
  Aunque existe una tendencia reciente a la baja en el consumo de alcohol por parte de la población escolar, en realidad la prevalencia anual de consumo casi no se ha reducido en el período 2007-2019, con estimaciones de 58,6% y 56,5% respectivamente. En atención a estos datos, la meta de SENDA para los próximos 10 años será promover una disminución de 20% de la prevalencia de consumo anual de alcohol, llevando este indicador a 45% en la población escolar.

  Es importante destacar que esta meta se refiere a toda forma de consumo de alcohol y no solamente al consumo problemático del mismo. Esto se debe a que (i) el impacto del consumo de alcohol durante la niñez y la adolescencia sobre la salud y el bienestar del consumidor puede ser significativamente mayor al que se produce en personas adultas, en virtud de los procesos de desarrollo fisiológicos y psicológicos en curso, y (ii) la normativa vigente en Chile, según la cual el consumo de bebidas alcohólicas sólo está permitido por la ley a contar de los 18 años de edad.

- Reducir en un 15% la prevalencia anual de consumo de marihuana.
  La prevalencia de consumo de marihuana en población escolar ha aumentado un 77% en 10 años, pasando de 15,1% en 2009 a 26,8% en 2019. Esto se traduce en una notable alza, sin perjuicio del quiebre en las dos últimas mediciones, al bajar de 34,2% en 2015 a 26,8% en 2019 (30,9% en 2017).

  La meta de SENDA en relación con el consumo de marihuana para la próxima década consiste en consolidar este quiebre observado los dos últimos estudios, en la tendencia al alza. Queremos no sólo interrumpir el aumento, sino consolidar una baja en el consumo de marihuana y alcanzar una disminución relativa del 15% en la prevalencia de consumo anual, lo cual implicará reducir 4 puntos porcentuales para bajar del dato actual, de 26,8% a 22,8%.

- Reducir en un 10% la prevalencia anual de consumo de cocaína.
  El consumo de cocaína se ha mantenido estable en alrededor del 3% de la población escolar en los últimos 20 años. La meta de SENDA será reducir 10% este indicador, llevando la prevalencia anual de consumo a 2,6%.

- Mantener en 1,7% la prevalencia anual de consumo de pasta base de cocaína.
  La prevalencia de consumo anual de pasta base de cocaína se ha mantenido estable en alrededor de 1,7% de población escolar durante los últimos 20 años. La meta de SENDA respecto de este

indicador será también mantenerlo por debajo de este porcentaje en los próximos 10 años, previniendo alzas significativas.

- Reducir en un 10% la prevalencia anual de consumo de tranquilizantes sin receta médica.
  En cuanto al consumo de tranquilizantes sin receta médica, nuestra meta para la próxima década será reducir la prevalencia anual de consumo en un 10% en la población escolar, bajando en 0,93 puntos porcentuales el dato actual, de 9,3% a 8,4%.

- Reducir en un 25% la prevalencia anual de consumo MDMA (éxtasis).
  La prevalencia anual de consumo de MDMA (éxtasis) permaneció con valores iguales o menores a 2% entre los años 2001 y 2011. A contar del estudio realizado en el año 2013, se han observado prevalencias superiores a 2% con excepción del año 2017 (1,2%).

  Si bien es difícil monitorear el parámetro de consumo de esta sustancia, debido a que la prevalencia es relativamente acotada comparada con el conjunto de la población escolar (2,6% en 2019), SENDA adopta la meta para el período 2021-2030 de reducir el consumo anual de MDMA (éxtasis), para llevarlo de vuelta a 2%. El cumplimiento de esta meta supone una disminución relativa de 25%.

- Aumentar en un 20% la percepción de riesgo asociada al consumo de marihuana.
  La percepción de riesgo de consumo de marihuana en población escolar sufrió una drástica caída entre los años 2011 y 2013, pasando desde 48% a 21%. La baja en la percepción de riesgo se asoció con un aumento significativo en la prevalencia de consumo de esta sustancia.

  Consideramos que los niños, niñas y adolescentes tienen el derecho de recibir información válida y confiable, fundada en investigación científica, sobre los efectos perjudiciales del consumo de marihuana, los cuales son especialmente relevantes antes de la vida adulta.

  Nos hemos propuesto la meta de aumentar la percepción de riesgo de consumo de marihuana en un 20%, subiendo de 24,3% (registrado en 2019) a 29,2% en el plazo de 10 años. Esperamos que el aumento en la percepción de riesgo contribuya a reducir la prevalencia del consumo de la marihuana.

- Retrasar la edad de inicio de consumo de sustancias.
  El inicio temprano de consumo de sustancias (antes de los 15 años de edad) se relaciona con mayores riesgos de trastornos de la salud física y mental, y mayores probabilidades de seguir trayectorias de consumo problemático de alcohol y otras drogas en el largo plazo. La protección de nuestros niños, niñas, jóvenes y adolescentes

obliga al Estado a desarrollar acciones para que la edad de inicio del consumo de alcohol y drogas sea lo más tardía posible.

En este ámbito específico, SENDA asume la meta de aumentar en 10% la edad de inicio promedio para las sustancias que han sido priorizadas por esta Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030.

Figura 15

METAS ESPECÍFICAS DE AUMENTO DE EDAD DE INICIO PROMEDIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

SUSTANCIA	EDAD DE INICIO PROMEDIO 2019	META EDAD DE INICIO PROMEDIO
ALCOHOL	13,8	15,2
MARIHUANA	14,5	16,0
COCAÍNA	15,0	16,5
PASTA BASE	13,8	15,2
TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA	14,0	15,4

Fuente: Elaboración propia.

Figura 16

SÍNTESIS DE METAS DE PREVALENCIA ANUAL DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021-2030

SUSTANCIA	POBLACIÓN ESCOLAR	POBLACIÓN GENERAL
ALCOHOL	Reducir 20% relativo	Reducir en 15% relativo
MARIHUANA	Reducir 15% relativo	Reducir en 10% relativo
COCAÍNA	Mantener en 3% absoluto	Mantener en 1% absoluto
PASTA BASE	Mantener en 2,5% absoluto	Mantener en 0,4% absoluto
TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA	Reducir 10% relativo	Mantener en 1,4% absoluto
EDAD DE INICIO	Aumentar 10% relativo	

Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS

Adler, J. R., Edwards, S. K., Scally, M., Gill, D., Puniskis, M. J., Gekoski, A. y Horvath, M. A. H. (2016). What Works in Managing Young People who Offend? A Summary of the International Evidence (Ministry of Justice Analytical Series). Recuperado de http://www.justice.gov.uk/publications/research-and-analysis/moj

Aldridge, R. W., Story, A., Hwang, S. W., Nordentoft, M., Luchenski, S. A., Hartwell, G., ... Hayward, A. C. (2018). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 391(10117), 241-250. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X

Allen, M. L., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, D., Patel, R., Miller, J. y Borowsky, I. (2016). Effective Parenting Interventions to Reduce Youth Substance Use: A Systematic Review. Pediatrics, 138(2). https://doi.org/10.1542/peds.2015-4425

Andrews, J. A., Gordon, J. S., Hampson, S. H., Gunn, B., Christiansen, S. M. y Slovic, P. (2014). Long-term efficacy of click city(r): Tobacco: a school-based tobacco prevention program.Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco, 16(1), 33-41. https://doi.org/10.1093/ntr/ntt106

Ariza, C., Sánchez-Martínez, F. y Pérez, A. (2017). School-Based Cannabis Prevention Programs. En V. R. Preedy (Ed.),Handbook of cannabis and related pathologies: Biology, pharmacology, diagnosis, and treatment (pp. 1074-1085). London: Elsevier/Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800756-3.00129-0

Arthur, M. W., Hawkins, J. D., Brown, E. C., Briney, J. S., Oesterle, S. y Abbott, R. D. (2010). Implementation of the Communities That Care Prevention System by Coalitions in the Community Youth Development Study.Journal of community psychology, 38(2), 245-258. https://doi.org/10.1002/jcop.20362

Auger, N., Goudie, C., Low, N., Healy-Profitós, J., Lo, E. y Luu, T. M. (2019). Maternal use of illicit drugs, tobacco or alcohol and the risk of childhood cancer before 6 years of age.Drug and alcohol dependence, 200, 133-138. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.008

Bagnardi, V., Blangiardo, M., La Vecchia, C. y Corrao, G. (2001). A meta-analysis of alcohol drinking and cancer risk.British journal of cancer, 85(11), 1700-1705. https://doi.org/10.1054/ bjoc.2001.2140

Batastini, A. B., King, C. M., Morgan, R. D. y McDaniel, B. (2016). Telepsychological services with criminal justice and substance abuse clients: A systematic review and meta-analysis.Psychological services, 13(1), 20-30. https://doi.org/10.1037/ser0000042

Bedendo, A., Ferri, C. P., Souza, A. A. L. de, Andrade, A. L. M. y Noto, A. R. (2019). Pragmatic randomized controlled trial of a web-based intervention for alcohol use among Brazilian college students: Motivation as a moderating effect.Drug and alcohol dependence, 199, 92-100. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.021

Been, J. V., Nurmatov, U. B., Cox, B., Nawrot, T. S., van Schayck, C. P. y Sheikh, A. (2014). Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet, 383(9928), 1549-1560. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60082-9

Ben-Shlomo, Y. (2002). A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. International Journal of Epidemiology, 31(2), 285-293. https://doi.org/10.1093/ije/31.2.285

Bennett, T., Holloway, K. y Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis.Aggression and Violent Behavior, 13(2), 107-118. https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001

Biglan, A., Ary, D. V., Smolkowski, K., Duncan, T. y Black, C. (2000). A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. Tobacco control, 9(1), 24-32. https://doi.org/10.1136/tc.9.1.24

Bo, A., Hai, A. H. y Jaccard, J. (2018). Parent-based interventions on adolescent alcohol use outcomes: A systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 191, 98-109. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.031

Boffo, M., Zerhouni, O., Gronau, Q. F., van Beek, R. J. J., Nikolaou, K., Marsman, M. y Wiers, R. W. (2019). Cognitive Bias Modification for Behavior Change in Alcohol and Smoking Addiction: Bayesian Meta-Analysis of Individual Participant Data. Neuropsychology review, 29(1), 52-78. https://doi.org/10.1007/s11065-018-9386-4

Boness, C. L., Stevens, J. E., Steinley, D., Trull, T. y Sher, K. J. (2019). Deriving alternative criteria sets for alcohol use disorders using statistical optimization: Results from the National Survey on Drug Use and Health.Experimental and clinical psychopharmacology, 27(3), 283-296. https://doi.org/10.1037/pha0000249

Borges, G., Bagge, C. L., Cherpitel, C. J., Conner, K. R., Orozco, R. y Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt.Psychological medicine, 47(5), 949-957. https://doi.org/10.1017/S0033291716002841

Botvin, G. J. y Griffin, K. W. (2015). Life Skills Training: A competence enhancement approach to tobacco, alcohol, and drug abuse prevention. En L. M. Scheier (Ed.), Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice (pp. 177-196). Washington DC: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14550-011

Botzet, A. M., Dittel, C., Birkeland, R., Lee, S., Grabowski, J. y Winters, K. C. (2019). Parents as interventionists: Addressing adolescent substance use.Journal of substance abuse treatment, 99, 124-133. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.015

Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P. y Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis. Addiction (Abingdon, England), 112(9), 1521-1532. https://doi.org/10.1111/add.13819

Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankers, M., Ebert, D. D., Korf, D., Schaub, M. P., ... Riper, H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and

meta-analysis.Drug and alcohol dependence, 200, 82-94. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.016

Boyes, R., O'Sullivan, D. E., Linden, B., McIsaac, M. y Pickett, W. (2017). Gender-specific associations between involvement in team sport culture and canadian adolescents' substance-use behavior. SSM - population health, 3, 663-673. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.08.006

Briney, J. S., Brown, E. C., Hawkins, J. D. y Arthur, M. W. (2012). Predictive validity of established cut points for risk and protective factor scales from the communities that care youth survey.The journal of primary prevention, 33(5-6), 249-258. https://doi.org/10.1007/s10935-012-0280-1

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. American Psychologist, 32(7), 513-531. https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513

Burton, R. y Sheron, N. (2018). No level of alcohol consumption improves health. The Lancet, 392(10152), 987-988. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31571-X

Butler, A. J., Rehm, J. y Fischer, B. (2017). Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses.Drug and alcohol dependence, 180, 401-416. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.036

Byrnes, H. F., Miller, B. A., Aalborg, A. E. y Keagy, C. D. (2012). The relationship between neighborhood characteristics and recruitment into adolescent family-based substance use prevention programs.The journal of behavioral health services & research, 39(2), 174-189. https://doi.org/10.1007/s11414-011-9260-0

Carbonneau, R., Vitaro, F. y Tremblay, R. E. (2018). School Adjustment and Substance Use in Early Adolescent Boys: Association With Paternal Alcoholism With and Without Dad in the Home. The Journal of early adolescence, 38(7), 1008-1035. https://doi.org/10.1177/0272431617708054

Caria, M. P., Faggiano, F., Bellocco, R. y Galanti, M. R. (2011). Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use.The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 48(2), 182-188. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.06.003

Carney, T., Myers, B. J., Louw, J. y Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. The Cochrane database of systematic reviews, (1). https://doi.org/10.1002/14651858.CD008969.pub3

Carvalho, M. F. F. de, Dourado, M. R., Fernandes, I. B., Araújo, C. T. P., Mesquita, A. T. y Ramos-Jorge, M. L. (2015). Head and neck cancer among marijuana users: a meta-analysis of matched case-control studies. Archives of oral biology, 60(12), 1750-1755. https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2015.09.009

Castellanos-Ryan, N., Séguin, J. R., Vitaro, F., Parent, S. y Tremblay, R. E. (2013). Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: Randomised controlled trial. The British journal of psychiatry, 203(3), 188-195. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.123182

Cerutti, F., Ramos, S. D. P. y Argimon, I. I. D. L. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de drogas na adolescência. Acta Colombiana de Psicología, 173-181.

Chan, B., Kondo, K., Freeman, M., Ayers, C., Montgomery, J. y Kansagara, D. (2019). Pharmacotherapy for Cocaine Use Disorder-a Systematic Review and Meta-analysis.Journal of general internal medicine, 34(12), 2858-2873. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05074-8

Chandra, M. y Anthony, J. C. (2020). Cocaine dependence: "Side effects" and syndrome formation within 1-12 months after first cocaine use. Drug and alcohol dependence, 206, 107717. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107717

Cheraghi, Z., Doosti-Irani, A., Almasi-Hashiani, A., Baigi, V., Mansournia, N., Etminan, M. y Mansournia, M. A. (2019). The effect of alcohol on osteoporosis: A systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 197, 197-202. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.025

Choenni, V., Hammink, A. y van de Mheen, D. (2017). Association Between Substance Use and the Perpetration of Family Violence in Industrialized Countries: A Systematic Review. Trauma, violence & abuse, 18(1), 37-50. https://doi.org/10.1177/1524838015589253

Clark, H. K., Ringwalt, C. L., Shamblen, S. R., Hanley, S. M. y Flewelling, R. L. (2011). Are substance use prevention programs more effective in schools making adequate yearly progress? A study of Project ALERT.Journal of drug education, 41(3), 271-288. https://doi.org/10.2190/DE.41.3.c

Cole, H. A., Prassel, H. B. y Carlson, C. R. (2018). A Meta-Analysis of Computer-Delivered Drinking Interventions for College Students: A Comprehensive Review of Studies From 2010 to 2016.Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 79(5), 686-696. https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.686

Collins, D., Johnson, K. y Becker, B. J. (2007). A meta-analysis of direct and mediating effects of community coalitions that implemented science-based substance abuse prevention interventions.Substance use & misuse, 42(6), 985-1007. https://doi.org/10.1080/10826080701373238

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas 2019. Washington DC. Recuperado de http://cicad.oas.org/Main/ssMain/HTML%20REPORT%20DRUG%202019/files/downloads/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf

Congreso Nacional de Chile. (2011, 09 de febrero). Ley N° 20.502 que crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio nacional para la prevención y rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, y modifica diversos cuerpos legales. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Recuperado de https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20502

Conner, S. N., Bedell, V., Lipsey, K., Macones, G. A., Cahill, A. G. y Tuuli, M. G. (2016). Maternal Marijuana Use and Adverse Neonatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstetrics and gynecology, 128(4), 713-723. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001649

Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A. y Poikolainen, K. (2000). Alcohol and coronary heart disease: A meta-analysis.Addiction, 95(10), 1505-1523. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.951015056.x

Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. y La Vecchia, C. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Preventive medicine, 38(5), 613-619. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2003.11.027

Cushing, C. C., Jensen, C. D., Miller, M. B. y Leffingwell, T. R. (2014). Meta-Analysis of Motivational Interviewing for Adolescent Health Behavior: Efficacy Beyond Substance Use. Journal of consulting and clinical psychology, 82(6), 1212-1218. https://doi.org/10.1037/a0036912

Czermainski, F. R., Willhelm, A. R., Santos, Ā. Z., Pachado, M. P. y Almeida, R. M. M. de. (2017). Assessment of inhibitory control in crack and/or cocaine users: a systematic review. Trends in psychiatry and psychotherapy, 39(3), 216-225. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0043

Darnell, A., Goodvin, R., del Moral, S., Hicks, C., Wanner, P. y Westley, E. (2018). Updated inventory of programs for the prevention and treatment of youth cannabis use (Document Number núm. 18-12-3201). Olympia. Recuperado de https://www.wsipp.wa.gov/ReportFile/1695/Wsipp_Updated-Inventory-of-Programs-for-the-Prevention-and-Treatment-of-Youth-Cannabis-Use_Report.pdf

Dembo, R., Schmeidler, J., Wareham, J., Briones-Robinson, R., Winters, K. C. y Ungaro, R. (2016). mpacto f Brief Intervention Services on Drug-Using Truant Youths' Self-Reported Delinquency and Arrest Charges: A Longitudinal Study. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 25(5), 458-479. https://doi.org/10.1080/1067828X.2015.1103344

Departamento de Salud Pública - Pontificia Universidad Católica de Chile. (2018). Estudio del costo económico y social del consumo de alcohol en Chile: Actualización de informe final de licitación ID 662237-9-LP17. Recuperado de https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/COSTO-ALCOHOL_Actualizacio%CC%81n-2018_Informe.pdf

Dishion, T. J., Véronneau, M.-H., Stormshak, E. A. y Kavanagh, K. (2015). Family-centered prevention of adolescent drug abuse: Translational research in a public health framework. En L. M. Scheier (Ed.), Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice (pp. 293-309). Washington DC: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14550-017

Dos Santos, J. F., Melo Bastos Cavalcante, C. de, Barbosa, F. T., Gitaí, D. L. G., Duzzioni, M., Tilelli, C. Q., Castro, O. W. de. (2018). Maternal, fetal and neonatal consequences associated with the use of crack cocaine during the gestational period: a systematic review and meta-analysis. Archives of gynecology and obstetrics, 298(3), 487-503. https://doi.org/10.1007/s00404-018-4833-2

Duke, A. A., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., Westphal, A. y McKee, S. A. (2018). Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. Psychology of Violence, 8(2), 238-249. https://doi.org/10.1037/vio0000106

Easton, C. J., Crane, C. A. y Mandel, D. (2018). A Randomized Controlled Trial Assessing the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Substance-Dependent Domestic Violence Offenders: An Integrated Substance Abuse-Domestic Violence Treatment Approach (SADV). Journal of marital and family therapy, 44(3), 483-498. https://doi.org/10.1111/jmft.12260

Ennett, S. T., Haws, S., Ringwalt, C. L., Vincus, A. A., Hanley, S., Bowling, J. M. y Rohrbach, L. A. (2011). Evidence-based practice in school substance use prevention:

Fidelity of implementation under real-world conditions. Health education research, 26(2), 361-371. https://doi.org/10.1093/her/cyr013

Espada, J. P., Griffin, K. W., Pereira, J. R., Orgilés, M. y García-Fernández, J. M. (2012). Component analysis of a school-based substance use prevention program in Spain: Contributions of problem solving and social skills training content. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research, 13(1), 86-95. https://doi.org/10.1007/s11121-011-0249-y

Estrada, Y., Lee, T. K., Huang, S., Tapia, M. I., Velázquez, M.-R., Martinez, M. J., Prado, G. (2017). Parent-Centered Prevention of Risky Behaviors Among Hispanic Youths in Florida. American journal of public health, 107(4), 607-613. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303653

Faber, T., Kumar, A., Mackenbach, J. P., Millett, C., Basu, S., Sheikh, A. y Been, J. V. (2017). Effect of tobacco control policies on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2(9), e420-e437. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30144-5

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. y Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use.The Cochrane database of systematic reviews, (12). https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3

Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L. y Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. Psychological bulletin, 144(5), 532-555. https://doi.org/10.1037/bul0000141

Fang, L. y Schinke, S. P. (2013). Two-year outcomes of a randomized, family-based substance use prevention trial for Asian American adolescent girls. Psychology of addictive behaviors, 27(3), 788-798. https://doi.org/10.1037/a0030925

Filges, T., Andersen, D. y Jorgensen, A.-M. K. (2018). Effects of Multidimensional Family Therapy (MDFT) on Nonopioid Drug Abuse. Research on Social Work Practice, 28(1), 68-83. https://doi.org/10.1177/1049731515608241

Fosco, G. M., Frank, J. L., Stormshak, E. A. y Dishion, T. J. (2013). Opening the "Black Box": Family check-up intervention effects on self-regulation that prevents growth in problem behavior and substance use. Journal of school psychology, 51(4), 455-468. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2013.02.001

Foxcroft, D. R. y Tsertsvadze, A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. The Cochrane database of systematic reviews, (9). https://doi.org/10.1002/14651858.CD009307

Frazer, K. M., Richards, Q. y Keith, D. R. (2018). The long-term effects of cocaine use on cognitive functioning: A systematic critical review. Behavioural brain research, 348, 241-262. https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.04.005

Gabrhelik, R., Duncan, A., Lee, M. H., Stastna, L., Furr-Holden, C. D. M. y Miovsky, M. (2012). Sex specific trajectories in cigarette smoking behaviors among students participating in the unplugged school-based randomized control trial for substance use prevention. Addictive behaviors, 37(10), 1145-1150. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.05.023

Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D. M., Stastna, L. y Jurystova, L. (2012). "Unplugged": A school-based randomized control trial to prevent

and reduce adolescent substance use in the Czech Republic.Drug and alcohol dependence, 124(1-2), 79-87. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.12.010

Ghasemiesfe, M., Barrow, B., Leonard, S., Keyhani, S. y Korenstein, D. (2019). Association Between Marijuana Use and Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA network open, 2(11). https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.16318

Ghasemiesfe, M., Ravi, D., Vali, M., Korenstein, D., Arjomandi, M., Frank, J., ... Keyhani, S. (2018). Marijuana Use, Respiratory Symptoms, and Pulmonary Function: A Systematic Review and Meta-analysis. Annals of internal medicine, 169(2), 106-115. https://doi.org/10.7326/M18-0522

Gilligan, C., Wolfenden, L., Foxcroft, D. R., Williams, A. J., Kingsland, M., Hodder, R. K., ... Wiggers, J. (2019). Family-based prevention programmes for alcohol use in young people. The Cochrane database of systematic reviews, 3(3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012287.pub2

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., ... Mayo, N. (2019). Association of Cannabis Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry, 76(4), 426-434. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J. y Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review, 59, 52-60. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011

Golonka, M. M., Peairs, K. F., Malone, P. S., Grimes, C. L. y Costanzo, P. R. (2017). Natural Peer Leaders as Substance Use Prevention Agents: The Teens' Life Choice Project. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research, 18(5), 555-566. https://doi.org/10.1007/s11121-017-0790-4

Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. Public Health Reports, 98(2), 107-109.

Gorman, D. M. y Derzon, J. H. (2002). Behavioral traits and marijuana use and abuse: a meta-analysis of longitudinal studies.Addictive behaviors, 27(2), 193-206. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00177-5

Grant, S., Kandrack, R., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Miles, J., ... Hempel, S. (2016). Acupuncture for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 163, 1-15. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.034

Gunn, J. K. L., Rosales, C. B., Center, K. E., Nuñez, A., Gibson, S. J., Christ, C. y Ehiri, J. E. (2016). Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMJ open, 6(4). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009986

Gurney, J., Shaw, C., Stanley, J., Signal, V. y Sarfati, D. (2015). Cannabis exposure and risk of testicular cancer: a systematic review and meta-analysis. BMC cancer, 15, 897. https://doi.org/10.1186/s12885-015-1905-6

Haggerty, K. P., Skinner, M. L., Catalano, R. F., Abbott, R. D. y Crutchfield, R. D. (2015). Long-term effects of staying connected with your teen® on drug use frequency at age 20. Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research, 16(4), 538-549. https://doi.org/10.1007/s11121-014-0525-8

Halfon, N., Forrest, C. B., Lerner, R. M. y Faustman, E. M. (Eds.). (2017). Handbook of life course health development. New York NY: Springer Science+Business Media.

Hall, M. G., Hauson, A. O., Wollman, S. C., Allen, K. E., Connors, E. J., Stern, M. J., ... Grant, I. (2018). Neuropsychological comparisons of cocaine versus methamphetamine users: A research synthesis and meta-analysis. The American journal of drug and alcohol abuse, 44(3), 277-293. https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1355919

Hallgren, M., Vancampfort, D., Giesen, E. S., Lundin, A. y Stubbs, B. (2017). Exercise as treatment for alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. British journal of sports medicine, 51(14), 1058-1064. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096814

Halpern, S. C., Schuch, F. B., Scherer, J. N., Sordi, A. O., Pachado, M., Dalbosco, C., ... Diemen, L. von. (2018). Child Maltreatment and Illicit Substance Abuse: A Systematic Review and Meta-Analysis of Longitudinal Studies. Child Abuse Review, 27(5), 344-360. https://doi.org/10.1002/car.2534

Hatzis, D., Dawe, S., Harnett, P. y Barlow, J. (2017). Quality of Caregiving in Mothers With Illicit Substance Use: A Systematic Review and Meta-analysis. Substance abuse: research and treatment, 11, 1178221817694038. https://doi.org/10.1177/1178221817694038

Hawkins, J., Catalano, R. F. y Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. Addictive behaviors, 27(6), 951-976. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00298-8

Holder, H. D., Gruenewald, P. J., Ponicki, W. R., Treno, A. J., Grube, J. W., Saltz, R. F., ... Roeper, P. (2000). Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. JAMA, 284(18), 2341-2347. https://doi.org/10.1001/jama.284.18.2341

Huggett, S. B., Keyes, M., Iacono, W. G., McGue, M., Corley, R. P., Hewitt, J. K. y Stallings, M. C. (2019). Age of initiation and transition times to tobacco dependence: Early onset and rapid escalated use increase risk for dependence severity. Drug and alcohol dependence, 202, 104-110. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.027

Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2(8), e356-e366. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4

Imm, P., Chinman, M., Kulesza, M., Hunter, S. y Acosta, J. (2018). Evidence-based practices: Community-based interventions to reduce alcohol use and misuse. En C. G. Leukefeld y T. P. Gullotta (Eds.), Issues in Children's and Families' Lives. Adolescent substance abuse. Evidence-based approaches to prevention and treatment. Cham, Switzerland: Springer.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). Censo de población y vivienda 2017: RedAtam Webserver. Recuperado de https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=CENSO_2017&lang=esp

Jackson, C., Ennett, S. T., Reyes, H. L. M., Hayes, K. A., Dickinson, D. M., Choi, S. y Bowling, J. M. (2016). Reducing Children's Susceptibility to Alcohol Use: Effects of a Home-Based Parenting Program. Prevention science : the official journal

of the Society for Prevention Research, 17(5), 615-625. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0659-y

Jawad, M., Lee, J. T., Glantz, S. y Millett, C. (2018). Price elasticity of demand of non-cigarette tobacco products: a systematic review and meta-analysis. Tobacco control, 27(6), 689-695. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2017-054056

Johnson, R. M., LaValley, M., Schneider, K. E., Musci, R. J., Pettoruto, K. y Rothman, E. F. (2017). Marijuana use and physical dating violence among adolescents and emerging adults: A systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 174, 47-57. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.012

Just- Ostergaard, E., Mortensen, E. L. y Flensborg-Madsen, T. (2018). Major life events and risk of alcohol use disorders: a prospective cohort study. Addiction (Abingdon, England), 113(1), 25-33. https://doi.org/10.1111/add.13947

Kendler, K. S., Ohlsson, H., Clouston, S., Fagan, A. A., Sundquist, J. y Sundquist, K. (2020). The causal effect of resilience on risk for drug abuse: a Swedish national instrumental variable, co-relative and propensity-score analysis. Psychological medicine, 1-7. https://doi.org/10.1017/S0033291719003842

Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P. y Sigfusdottir, I. D. (2020). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. Health promotion practice, 21(1), 62-69. https://doi.org/10.1177/1524839919849032

Koning, I. M., van den Eijnden, R. J. J. M., Verdurmen, J. E. E., Engels, R. C. M. E. y Vollebergh, W. A. M. (2013). A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. Addictive behaviors, 38(4), 2032-2039. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.013

Korotayev, A., Khaltourina, D., Meshcherina, K. y Zamiatnina, E. (2018). Distilled Spirits Overconsumption as the Most Important Factor of Excessive Adult Male Mortality in Europe. Alcohol and alcoholism, 53(6), 742-752. https://doi.org/10.1093/alcalc/agy054

Kranzler, H. R., Feinn, R., Morris, P. y Hartwell, E. E. (2019). A meta-analysis of the efficacy of gabapentin for treating alcohol use disorder. Addiction (Abingdon, England), 114(9), 1547-1555. https://doi.org/10.1111/add.14655

Kraus, L., Hannemann, T.-V., Piontek, D. y Awolin, M. (2013). Effects of Community-Based Prevention on Alcohol Consumption in Adolescents. SUCHT, 59(5), 269-277. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000265

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J. y Power, C. (2003). Life course epidemiology. Journal of epidemiology and community health, 57(10), 778-783. https://doi.org/10.1136/jech.57.10.778

Kuklinski, M. R., Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Briney, J. S. y Catalano, R. F. (2015). Benefit-Cost Analysis of a Randomized Evaluation of Communities That Care: Monetizing Intervention Effects on the Initiation of Delinquency and Substance Use Through Grade 12. Journal of experimental criminology, 11(2), 165-192. https://doi.org/10.1007/s11292-014-9226-3

Kwan, M., Bobko, S., Faulkner, G., Donnelly, P. y Cairney, J. (2014). Sport participation and alcohol and illicit drug use in adolescents and young adults: A systematic

review of longitudinal studies. Addictive behaviors, 39(3), 497-506. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.006

Lappan, S. N., Brown, A. W. y Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. Addiction, 115(2), 201-217. https://doi.org/10.1111/add.14793

Larsson, S. C., Wallin, A. y Wolk, A. (2018). Alcohol consumption and risk of heart failure: Meta-analysis of 13 prospective studies. Clinical nutrition, 37(4), 1247-1251. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.05.007

Lee, R. S. C., Hoppenbrouwers, S. y Franken, I. (2019). A Systematic Meta-Review of Impulsivity and Compulsivity in Addictive Behaviors. Neuropsychology review, 29(1), 14-26. https://doi.org/10.1007/s11065-019-09402-x

Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T. y Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. Addiction Research & Theory, 18(1), 84-96. https://doi.org/10.3109/16066350802673224

Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P. y Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. Journal of substance abuse treatment, 75, 62-96. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.008

Lindstrom, M., Filges, T. y Jorgensen, A.-M. K. (2015). Brief Strategic Family Therapy for Young People in Treatment for Drug Use. Research on Social Work Practice, 25(1), 61-80. https://doi.org/10.1177/1049731514530003

Liu, Y., Williamson, V., Setlow, B., Cottler, L. B. y Knackstedt, L. A. (2018). The importance of considering polysubstance use: lessons from cocaine research.Drug and alcohol dependence, 192, 16-28. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.025

Lo Coco, G., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M. R., Strauss, B., Schwartze, D., ... Gullo, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. Journal of substance abuse treatment, 99, 104-116. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.016

Lovell, M. E., Akhurst, J., Padgett, C., Garry, M. I. y Matthews, A. (2019). Cognitive outcomes associated with long-term, regular, recreational cannabis use in adults: A meta-analysis. Experimental and clinical psychopharmacology. Publicación en línea avanzada. https://doi.org/10.1037/pha0000326

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D. y Burke, B. L. (2010). A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. Research on Social Work Practice, 20(2), 137-160. https://doi.org/10.1177/1049731509347850

Lundahl, B. y Burke, B. L. (2009). The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses. Journal of Clinical Psychology, 65(11 [noviembre 2009]), 1232-1245. https://doi.org/10.1002/jclp.20638

Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F., ... Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. Journal of consulting and clinical psychology, 86(2), 140-157. https://doi.org/10.1037/ccp0000250

Maglione, M. A., Maher, A. R., Ewing, B., Colaiaco, B., Newberry, S., Kandrack, R., ... Hempel, S. (2017). Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation:

A systematic review and meta-analysis. Addictive behaviors, 69, 27-34. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.022

Mann, K., Torup, L., Sorensen, P., Gual, A., Swift, R., Walker, B. y van den Brink, W. (2016). Nalmefene for the management of alcohol dependence: review on its pharmacology, mechanism of action and meta-analysis on its clinical efficacy. European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 26(12), 1941-1949. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.10.008

Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M. y Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. Schizophrenia bulletin, 42(5), 1262-1269. https://doi.org/10.1093/schbul/sbw003

Melendez-Torres, G. J., Tancred, T., Fletcher, A., Thomas, J., Campbell, R. y Bonell, C. (2018). Does integrated academic and health education prevent substance use? Systematic review and meta-analyses. Child: care, health and development, 44(4), 516-530. https://doi.org/10.1111/cch.12558

Merianos, A. L. y Barry, A. E. (2017). Examining the Impact of Alcohol and Other Drug Education Exposure on Student Alcohol Consumption. Journal of drug education, 47(1-2), 3-20. https://doi.org/10.1177/0047237917744327

Miovský, M., Vonková, H., Gabrhelík, R. y Šťastná, L. (2015). Universality properties of school-based preventive intervention targeted at cannabis use. Prevention science: the official journal of the Society for Prevention Research, 16(2), 189-199. https://doi.org/10.1007/s11121-013-0453-z

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health y U.S. Department of Health and Human Services. (2016a). Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood: A Research-Based Guide. Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/early_childhood_prevention_march_2016.pdf

National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health y U.S. Department of Health and Human Services. (2016b). Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood: A Research-Based Guide. Recuperado de https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/early_childhood_prevention_march_2016.pdf

Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., ... Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. Drug and alcohol review, 36(3), 337-351. https://doi.org/10.1111/dar.12497

O'Connell, M. E., Boat, T. F. y Warner, K. E. (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities. Washington D.C.: National Academies Press.

Olmstead, T. A., Graff, F. S., Ames-Sikora, A., McCrady, B. S., Gaba, A. y Epstein, E. E. (2019). Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. Journal of substance abuse treatment, 100, 1-7. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.02.001

Palamar, J. J., Fenstermaker, M., Kamboukos, D., Ompad, D. C., Cleland, C. M. y Weitzman, M. (2014). Adverse psychosocial outcomes associated with drug use among US high school seniors: a comparison of alcohol and marijuana. The American journal of drug and alcohol abuse, 40(6), 438-446. https://doi.org/10.3109/00952990.2014.943371

Peirson, L., Ali, M. U., Kenny, M., Raina, P. y Sherifali, D. (2016). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. Preventive medicine, 85, 20-31. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.12.004

Pemjean, A. y Minoletti, A. (2010). Estrategia Nacional sobre Alcohol: Reducción del consumo de riesgo y sus consecuencias sociales y sanitarias. Recuperado de https://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2%20Estrategia%20Nacional%20sobre%20Alcohol_b.pdf

Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A., Anstine, P. S., ... Wolfson, M. (1996). Project Northland: outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. American journal of public health, 86(7), 956-965. https://doi.org/10.2105/ajph.86.7.956

Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M. y Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. Journal of public health, 38(3), e282-e291. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148

Potvin, S., Stavro, K., Rizkallah, E. y Pelletier, J. (2014). Cocaine and cognition: a systematic quantitative review. Journal of addiction medicine, 8(5), 368-376. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000066

Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E. y Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. Drug and alcohol dependence, 67(1), 53-72. https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00014-5

Prochaska, J. O., DiClemente, C. y Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. Revista de Toxicomanías, (1), 3-14. Recuperado de https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET01_1.pdf

Ragnarsdottir, L. D., Kristjansson, A. L., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., Valdimarsdottir, H., Gestsdottir, S. y Sigfusdottir, I. D. (2017). Cumulative risk over the early life course and its relation to academic achievement in childhood and early adolescence. Preventive medicine, 96, 36-41. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.12.019

Ribera, O. S. de, Trajtenberg, N., Shenderovich, Y. y Murray, J. (2019). Correlates of youth violence in low- and middle-income countries: A meta-analysis. Aggression and Violent Behavior, 49, 101306. https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.07.001

Rimm, E. B., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M. y Stampfer, M. J. (1999). Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: Meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors. BMJ, 319(7224), 1523-1528. https://doi.org/10.1136/bmj.319.7224.1523

Robertson, E. B., Perl, H. I., Reider, E. E., Sims, B. E., Crump, A. D., Compton, W. M. y Finger, M. S. (2015). Drug use prevention: Definitions and terminology. En L. M. Scheier (Ed.), Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice (pp. 11-29). Washington: American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14550-002

Roerecke, M., Kaczorowski, J., Tobe, S. W., Gmel, G., Hasan, O. S. M. y Rehm, J. (2017). The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: A systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2(2), e108-e120. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30003-8

Salmanzadeh, H., Ahmadi-Soleimani, S. M., Pachenari, N., Azadi, M., Halliwell, R. F., Rubino, T. y Azizi, H. (2020). Adolescent drug exposure: A review of evidence for the development of persistent changes in brain function. Brain research bulletin, 156, 105-117. https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2020.01.007

Saltz, R., Grube, J. y Treno, A. (2015). Lessons from comprehensive environmental community prevention trials. En L. M. Scheier (Ed.),Handbook of adolescent drug use prevention: Research, intervention strategies, and practice (313-328). Washington DC: American Psychological Association.

Sangroula, D., Motiwala, F., Wagle, B., Shah, V. C., Hagi, K. y Lippmann, S. (2017). Modafinil Treatment of Cocaine Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. Substance use & misuse, 52(10), 1292-1306. https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1276597

Sayegh, C. S., Huey, S. J., Zara, E. J. y Jhaveri, K. (2017). Follow-up treatment effects of contingency management and motivational interviewing on substance use: A meta-analysis. Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 31(4), 403-414. https://doi.org/10.1037/adb0000277

Schleimer, J. P., Rivera-Aguirre, A. E., Castillo-Carniglia, A., Laqueur, H. S., Rudolph, K. E., Suárez, H., Cerdá, M. (2019). Investigating how perceived risk and availability of marijuana relate to marijuana use among adolescents in Argentina, Chile, and Uruguay over time. Drug and alcohol dependence, 201, 115-126. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.029

Schreiner, A. M. y Dunn, M. E. (2012). Residual effects of cannabis use on neurocognitive performance after prolonged abstinence: a meta-analysis. Experimental and clinical psychopharmacology, 20(5), 420-429. https://doi.org/10.1037/a0029117

Schumacher, A., Marzell, M., Toepp, A. J. y Schweizer, M. L. (2018). Association Between Marijuana Use and Condom Use: A Meta-Analysis of Between-Subject Event-Based Studies. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 79(3), 361-369. https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.361

Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Hopkins, J., Keller, B. y Liu, X. (2018). An Online Drug Abuse Prevention Program for Adolescent Girls: Posttest and 1-Year Outcomes. Journal of youth and adolescence, 47(3), 490-500. https://doi.org/10.1007/s10964-017-0714-4

Schwinn, T. M., Schinke, S. P., Keller, B. y Hopkins, J. (2019). Two- and three-year follow-up from a gender-specific, web-based drug abuse prevention program for adolescent girls. Addictive behaviors, 93, 86-92. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.01.010

Scott, J. C., Slomiak, S. T., Jones, J. D., Rosen, A. F. G., Moore, T. M. y Gur, R. C. (2018). Association of Cannabis With Cognitive Functioning in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA psychiatry, 75(6), 585-595. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0335

Scott-Sheldon, L. A. J., Carey, K. B., Cunningham, K., Johnson, B. T. y Carey, M. P. (2016). Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature. AIDS and behavior, 20 Suppl 1, S19-39. https://doi.org/10.1007/s10461-015-1108-9

Scull, T. M., Kupersmidt, J. B. y Weatherholt, T. N. (2017). The effectiveness of online, family-based media literacy education for substance abuse prevention in elementary school children: Study of the Media Detective Family program. Journal of community psychology, 45(6), 796-809. https://doi.org/10.1002/jcop.21893

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2020). Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019. Santiago: SENDA. Recuperado de https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2021/01/ENPE-2019-30-12-20.pdf

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2020). Un nuevo enfoque sobre la prevención y rehabilitación de alcohol y otras drogas: Gestión y compromisos período octubre 2018-2019. Santiago: SENDA.

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2019). Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018. Santiago: SENDA. Recuperado de https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf

Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2017). Trabajar con Calidad de Vida, Manual de Implementación. Santiago: SENDA.

Sharmin, S., Kypri, K., Khanam, M., Wadolowski, M., Bruno, R., Attia, J., ... Mattick, R. P. (2017). Effects of parental alcohol rules on risky drinking and related problems in adolescence: Systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 178, 243-256. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.011

Sigfusdottir, I. D., Kristjansson, A. L., Thorlindsson, T. y Allegrante, J. P. (2017). Stress and adolescent well-being: The need for an interdisciplinary framework. Health promotion international, 32(6), 1081-1090. https://doi.org/10.1093/heapro/daw038

Sigfúsdóttir, I. D., Thorlindsson, T., Kristjánsson, A. L., Roe, K. M. y Allegrante, J. P. (2009). Substance use prevention for adolescents: The Icelandic Model. Health promotion international, 24(1), 16-25. https://doi.org/10.1093/heapro/dan038

Sloboda, Z. y Petras, H. (2014). Defining Prevention Science. Boston, MA: Springer US.

Soe-Agnie, S. E., Paap, M. C. S., VanDerNagel, J. E. L., Nijman, H. J. M. y Jong, C. A. J. de. (2018). The generalizability of the structure of substance abuse and antisocial behavioral syndromes: A systematic review. Psychiatry research, 259, 412-421. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.007

Sordo, L., Indave, B. I., Barrio, G., Degenhardt, L., La Fuente, L. de y Bravo, M. J. (2014). Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. Drug and alcohol dependence, 142, 1-13. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.041

Spoth, R., Trudeau, L., Redmond, C. y Shin, C. (2014). Replication RCT of early universal prevention effects on young adult substance misuse. Journal of consulting and clinical psychology, 82(6), 949-963. https://doi.org/10.1037/a0036840

Spoth, R. L., Trudeau, L. S., Guyll, M. y Shin, C. (2012). Benefits of universal intervention effects on a youth protective shield 10 years after baseline. The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine, 50(4), 414-417. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.06.010

Stephenson, M., Barr, P., Ksinan, A., Aliev, F., Latvala, A., Viken, R., ... Salvatore, J. E. (2019). Which adolescent factors predict alcohol misuse in young adulthood? A co-twin comparisons study.Addiction (Abingdon, England). https://doi.org/10.1111/add.14888

Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., ... Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. The Lancet Psychiatry, 3(3), 280-296. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00002-X

Stone, A. L., Vander Stoep, A. y McCauley, E. (2016). Early Onset Substance Use in Adolescents With Depressive, Conduct, and Comorbid Symptoms. The Journal of early adolescence, 36(6), 729-753. https://doi.org/10.1177/0272431615586463

Tan, W. C., Bourbeau, J., Aaron, S. D., Hogg, J. C., Maltais, F., Hernandez, P., ... Sin, D. D. (2019). The effects of marijuana smoking on lung function in older people. The European respiratory journal, 54(6). https://doi.org/10.1183/13993003.00826-2019

Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., Kettrey, H. H. y Lipsey, M. W. (2017). Adolescent Substance Use Treatment Effectiveness: A Systematic Review and Meta-Analysis. Recuperado de https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojjdp/grants/250440.pdf

Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. y Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. The journal of primary prevention, 20(4), 275-336. https://doi.org/10.1023/A:1021314704811

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration y Center for Substance Abuse Prevention. (2017). Focus zon Prevention: Strategies and Programs to Prevent Substance Use. Recuperado de https://store.samhsa.gov/system/files/sma10-4120.pdf

Vader, A. M., Walters, S. T., Prabhu, G. C., Houck, J. M. y Field, C. A. (2010). The Language of Motivational Interviewing and Feedback: Counselor Language, Client Language, and Client Drinking Outcomes. Psychol Addict Behav., 24(2), 190-197. https://doi.org/10.1037/a0018749.

Valente, J. Y., Cogo-Moreira, H., Swardfager, W. y Sanchez, Z. M. (2018). A latent transition analysis of a cluster randomized controlled trial for drug use prevention. Journal of consulting and clinical psychology, 86(8), 657-665. https://doi.org/10.1037/ccp0000329

Valencia-Recabarren, P. (2015). Involucramiento parental y consumo de drogas en escolares de Chile (Boletín del Observatorio Chileno de Drogas N° 19). Recuperado de https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin%2019%20Involucramiento%20parental%20y%20consumo%20de%20drogas%20en%20escolares%20de%20Chile.pdf

Van Ryzin, M. J. y Roseth, C. J. (2018). Peer influence processes as mediators of effects of a middle school substance use prevention program. Addictive behaviors, 85, 180-185. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.06.016

Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Maeyer, J. de y van den Noortgate, W. (2019). A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. Frontiers in psychiatry, 10, 186. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00186

VanderVeen, J. D., Hershberger, A. R. y Cyders, M. A. (2016). UPPS-P model impulsivity and marijuana use behaviors in adolescents: A meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 168, 181-190. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.09.016

Vasilaki, E., Hosier, S. y Cox, M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excesive drinking: A meta-analytic review. Alcohol & Alcoholism, 41(3), 328-335. https://doi.org/10.1093/alcalc/agl016

Vilela, T. d. R., Silva, R. d. S. e., Grandi, C. G. d., Rocha, M. M. d. y Figlie, N. B. (2016). Emotional and Behavioral Problems in Children Living With Addicted Family Members: Prevention Challenges in an Underprivileged Suburban Community. Paidéia, 26(64), 225-234. https://doi.org/10.1590/1982-43272664201610

Wagenaar, A. C., Murray, D. M., Gehan, J. P., Wolfson, M., Forster, J. L., Toomey, T. L., ... Jones-Webb, R. (2000). Communities mobilizing for change on alcohol: outcomes from a randomized community trial. Journal of studies on alcohol, 61(1), 85-94. https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.85

Wagenaar, A. C., Murray, D. M. y Toomey, T. L. (2000). Communities mobilizing for change on alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. Addiction, 95(2), 209-217. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9522097.x

Washington State Institute for Public Policy. (2019). Contingency management (higher cost) for substance use disorders. Recuperado de https://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/297

Washington State Institute for Public Policy. (2020). Communities That Care: Benefit-cost estimates updated december 2019. Literature review updated january 2019. Recuperado de http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/115

Westra, H. A. y Dozois, D. J. A. (2006). Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy:: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety. Cognitive Therapy and Research, 30, 481-498. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9016-y

Yap, M. B. H., Cheong, T. W. K., Zaravinos-Tsakos, F., Lubman, D. I. y Jorm, A. F. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Addiction, 112(7), 1142-1162. https://doi.org/10.1111/add.13785

Zhang, J. J. Q., Fong, K. N. K., Ouyang, R.-G., Siu, A. M. H. y Kranz, G. S. (2019). Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) on craving and substance consumption in patients with substance dependence: a systematic review and meta-analysis. Addiction, 114(12), 2137-2149. https://doi.org/10.1111/add.14753

Anexo 1

DIAGNÓSTICO DETALLADO POR SUSTANCIA

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ESPECÍFICAS EN CHILE

POBLACIÓN GENERAL

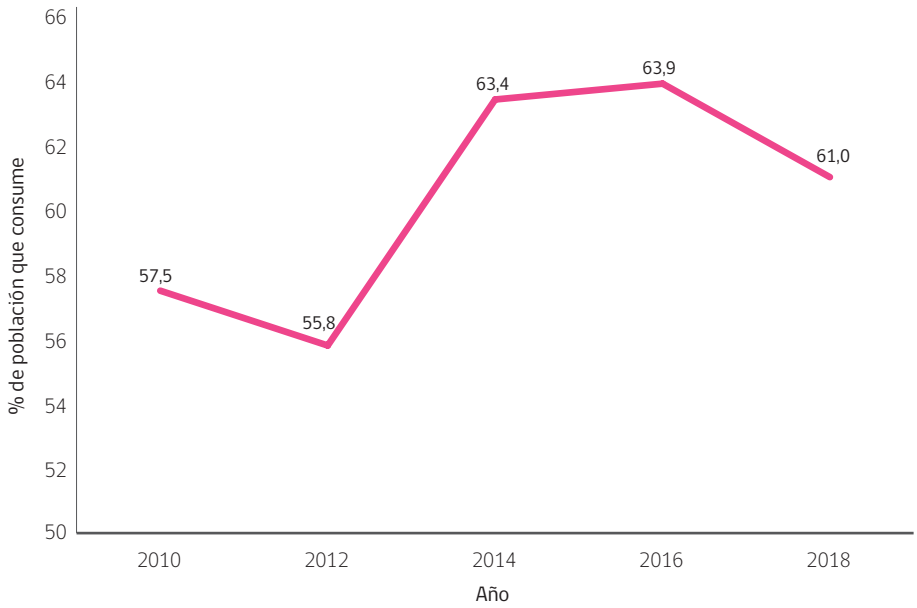
Alcohol

La prevalencia de vida de consumo de alcohol en 2018 es de 77,7%, mostrando un descenso desde la medición previa de 79,9% en 2016. La prevalencia de consumo en el último año baja de 63,9% en 2016 a 61,0% en 2018 (Figura 17). El consumo en el último mes baja de 48,9% en 2014 a 46,0% en 2016, y a 43,3% en 2018, lo cual representa un segundo descenso consecutivo que alcanza significación estadística. La prevalencia de consumo en el último mes en hombres es 52,5% y en mujeres es de 34,2%, es mayor en los tramos de 19 a 44 años de edad, y aumenta junto con el nivel socioeconómico (SENDA, 2019).

En la comparación internacional, hay tres países de las Américas de los 21 que reportan información, que tienen prevalencia de consumo de alcohol en el último mes mayores a 50%: Uruguay, Argentina y Estados Unidos. Luego, siguen tres países que tienen prevalencias entre el 40% y 50%: Paraguay, Chile y Las Bahamas (CICAD, 2019). Aunque Chile registra una baja reciente, permanece en este segundo grupo de naciones con mayor prevalencia de consumo de alcohol.

Figura 17

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL EN POBLACIÓN GENERAL. CHILE, 2010-2018.



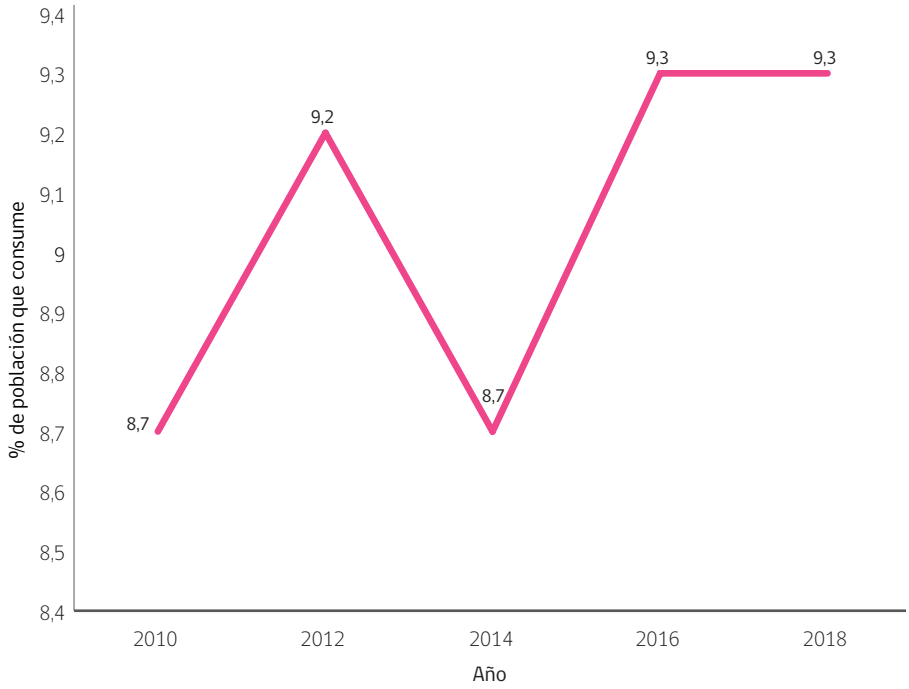
Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Por otra parte, el consumo problemático en la población general que bebió alcohol en el último año, oscila entre el 6,5% al 28,6% en las Américas. Las proporciones más altas se observan en Guyana (28,6%) y Panamá (24,5%). Las proporciones más bajas se observan en Chile, con 9,3% (Figura 18), y en Uruguay, con 6,5%, ambos países con prevalencia de consumo altas. En Chile, aproximadamente, por cada mujer con consumo problemático de alcohol hay tres hombres (CICAD, 2019).

Aunque el comportamiento de la prevalencia de consumo en el último año, y de la proporción de casos que reportan consumo de alcohol de riesgo en el último año, se aprecian como variables con un comportamiento que no sigue una tendencia clara a lo largo del tiempo, es posible observar una tendencia más consistente al relacionar ambas variables en la proporción de los casos de consumidores que reportan consumo de riesgo cada año, lo cual se aprecia en la Figura 19.

Figura 18

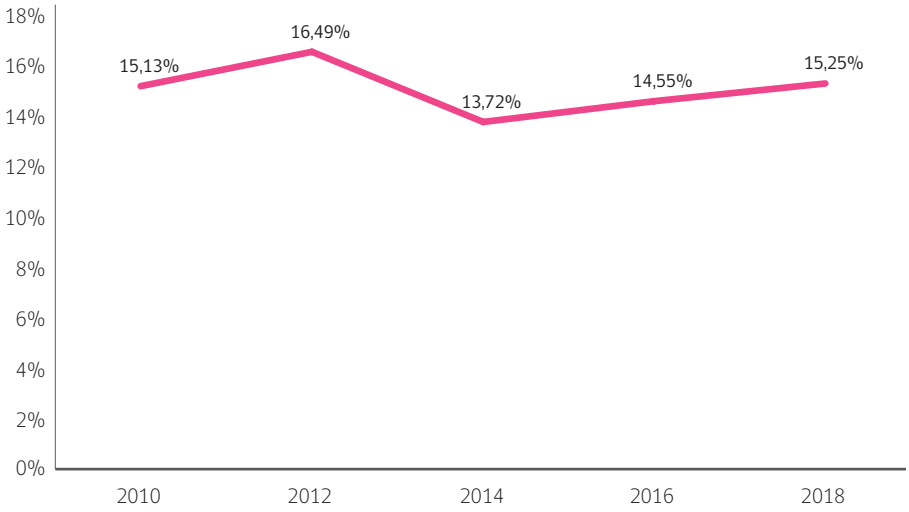
CONSUMO DE ALCOHOL DE RIESGO EN POBLACIÓN GENERAL. CHILE, 2010–2018.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Figura 19

PROPORCIÓN (%) DE CONSUMIDORES EN EL AÑO QUE REPORTAN CONSUMO DE RIESGO. CHILE, 2010–2018.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Marihuana

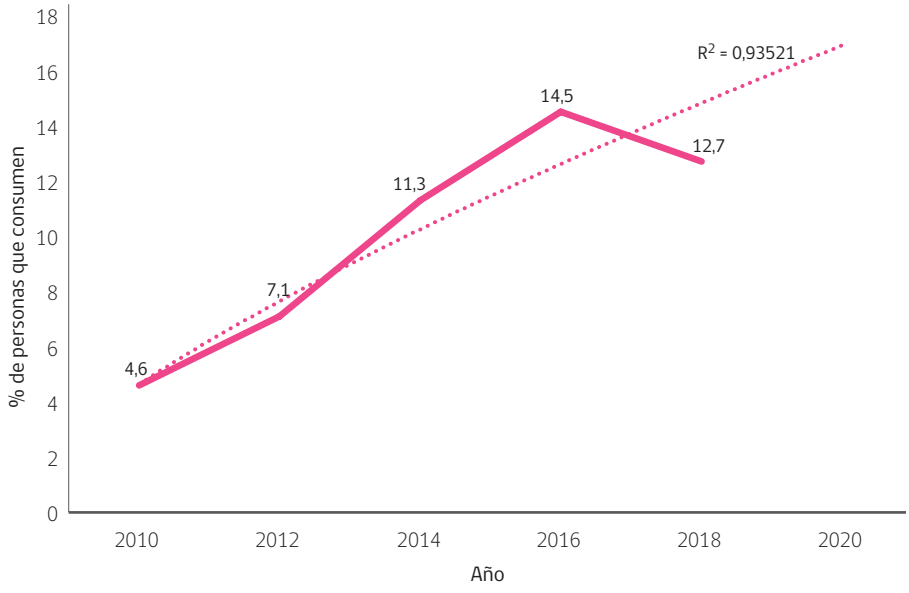
La prevalencia de vida de consumo de marihuana subió de 19,6% en 2010 a 35,7% en 2016, logrando estabilizarse en el año 2018 en 34,8%. La prevalencia de consumo en el último año sube de 4,6% en 2010 a 14,5% en 2016, aunque baja en la última medición a 12,7% (2018). La Figura 20 muestra la evolución temporal de la prevalencia de consumo anual, revelando que los datos observados en las últimas cinco mediciones se ajustan bien a una línea de tendencia potencial.

La observación de una tendencia en este caso no permite ofrecer una explicación del comportamiento del consumo de marihuana, ni garantizar que dicha tendencia se pueda extrapolar hacia mediciones futuras. Sin embargo, la tendencia permite ofrecer una síntesis del comportamiento de datos observados relativamente consistentes.

Sin perjuicio del carácter meramente descriptivo de la tendencia, es posible hipotetizar que el creciente consumo de marihuana podría asociarse a múltiples mensajes dirigidos a la población que impactan sobre la percepción de riesgo de esta sustancia. Entre estos mensajes se incluyen noticias sobre cambios en la legislación de otros países, en el sentido de flexibilizar las restricciones del consumo terapéutico y recreativo de la marihuana, y campañas comunicacionales de organizaciones no gubernamentales interesadas en promover este tipo de flexibilización en Chile. En este sentido, nuestro país podría estar enfrentando, en marihuana, un fenómeno inverso al observado respecto de la prevalencia en el consumo de tabaco.

Figura 20

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE MARIHUANA EN POBLACIÓN GENERAL, CON LÍNEA DE TENDENCIA POTENCIAL. CHILE, 2010–2018.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

En la actualidad, las prevalencias más altas en el último año se observan en hombres (18,1% frente a 7,4% en mujeres) y en los segmentos de edad de 19

a 25 años (32,1%) y 26 a 34 años (20,0%). Las prevalencias son levemente más altas en el nivel socioeconómico alto (SENDA, 2019).

La prevalencia de consumo de marihuana en el último año en población general chilena, considerando el dato del año 2016, era la segunda más alta de los países de las Américas, con un 14,5%, sólo superado por Jamaica. El nuevo registro del año 2018, de 12,7%, deja a Chile con la cuarta tasa más alta después de Jamaica, Estados Unidos y Canadá. En países vecinos relativamente comparables, como Uruguay y Argentina, la prevalencia de consumo del último año es de 9% y 8% respectivamente (CICAD, 2019).

La oferta directa de marihuana en población general en Chile es la más alta del continente si se considera el último año en 2016 (22,9%), seguido por Jamaica (22,6%). La oferta en último mes en Chile es la segunda más alta de las Américas (CICAD, 2019).

Cocaína

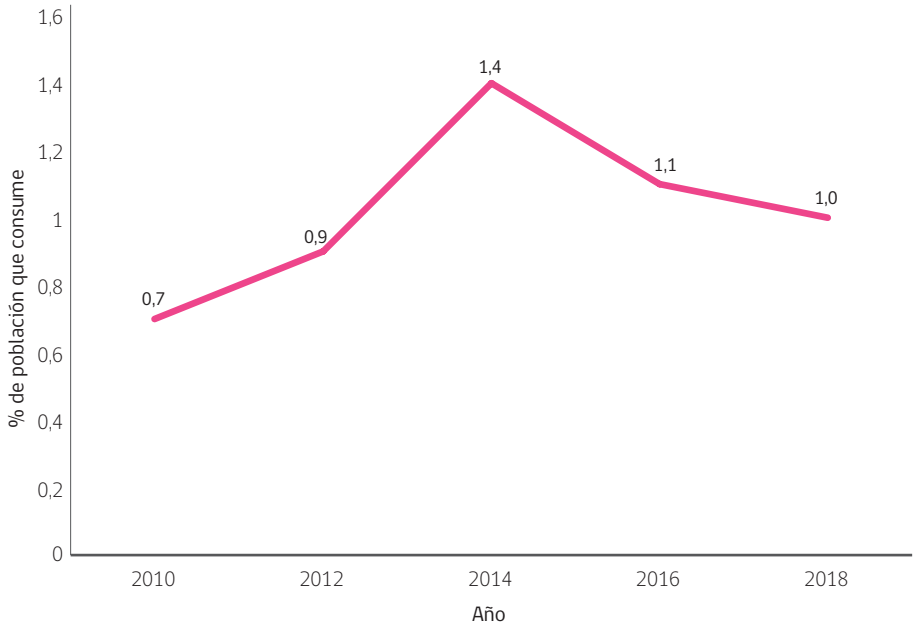
La prevalencia de vida de consumo de clorhidrato de cocaína había llegado a 6,6% el año 2008, cuando interrumpe su tendencia al alza para bajar abruptamente a 3,7% en 2010. Posteriormente, retoma la tendencia al alza llegando a 5,9% en las mediciones de 2014 y 2016, bajando en la última encuesta a 5,5% en 2018. Si bien la encuesta de prevalencia tiene una alta cobertura, es posible que estas fluctuaciones fuertes entre encuestas se vinculen al pequeño tamaño del parámetro a estimar.

La prevalencia de consumo en el último año ha mostrado un comportamiento más estable, alcanzando 1,0% en 2018 y 1,1% de 2016, como se puede apreciar en la Figura 21. La prevalencia de consumo en el último año es de 1,8% en hombres y 0,3% en mujeres, concentrada en los tramos de edad de 19 a 34 años. La prevalencia aumenta a menor nivel socioeconómico (SENDA, 2019).

Los datos comparados ubican a la población general chilena en el 6° lugar de 22 países de las Américas, con 1,0% en consumo de cocaína clorhidrato en el último año. La oferta directa de cocaína en Chile es la más alta registrada en América del Sur, con 6,1% en los últimos 12 meses el año 2016, lo cual aporta un nuevo dato sobre la laxitud en el control del tráfico y la venta de sustancias ilícitas (CICAD, 2019).

Figura 21

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA EN POBLACIÓN GENERAL. CHILE, 2010-2018.



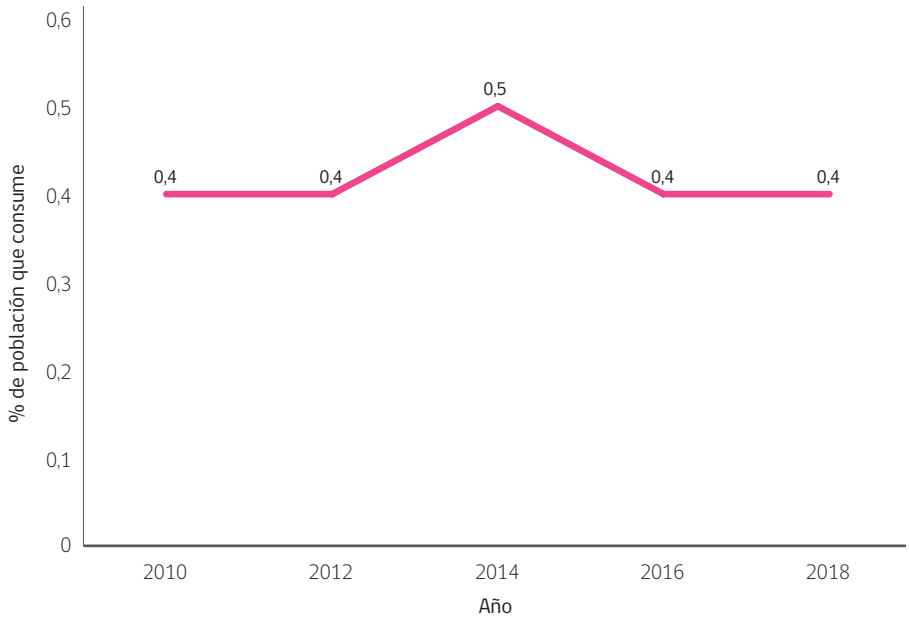
Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Pasta base de cocaína

La prevalencia de vida para el consumo de pasta base de cocaína se aprecia relativamente estable desde el año 2014, con un 2,5%, hasta el último registro de 2018 con 2,4%. La prevalencia de consumo en el último año es de 0,4%, estable desde el año 2010 (Figura 22). La prevalencia del último año es de 0,7% en hombres y 0,2% en mujeres, se concentra en población de 26 a 44 años de edad, y aumenta a menor nivel socioeconómico (SENDA, 2019). La prevalencia de vida de consumo de pasta base de cocaína en población chilena es la más alta registrada en la región, incluso comparada con países productores de cocaína (CICAD, 2019).

Figura 22

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA. CHILE, 2010-2018.



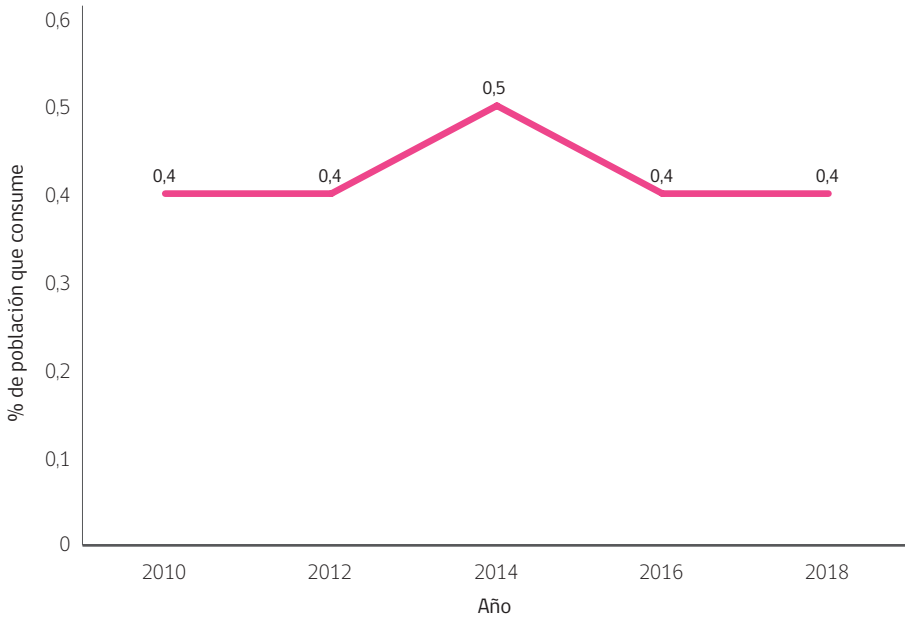
Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

Tranquilizantes sin receta médica

La prevalencia anual de consumo de tranquilizantes sin receta médica en población general experimentó un alza de 1,2% a 1,7% entre los años 2014 y 2016, para luego mostrar una baja a 1,4% en el estudio de prevalencia del año 2018. Este valor de 1,4% también corresponde al promedio de las prevalencias de consumo anual de tranquilizantes sin receta médica observadas en los últimos cinco estudios realizados.

Figura 23

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA EN POBLACIÓN GENERAL. CHILE, 2010–2018.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2018* (SENDA, 2019).

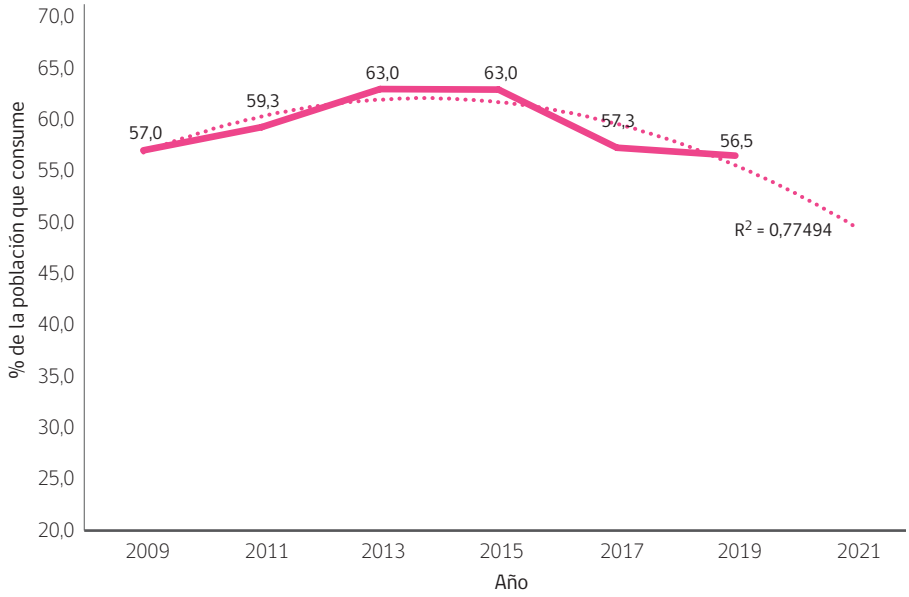
POBLACIÓN ESCOLAR

Alcohol

La prevalencia de vida de consumo de alcohol baja de 77,7% en 2017 a 76,2% en 2019; mientras la prevalencia de consumo en el último año se mantiene estable de 57,3% en 2017 a 56,5% en 2019. Por su parte, la prevalencia de consumo en el último mes baja de 31,1% en 2017 a 29,8% en 2019. Los datos de prevalencia anual de consumo resumidos en la Figura 24 se ajustan relativamente bien a una línea de tendencia polinómica, la cual contribuye a la descripción de datos observados, aunque no permite suponer necesariamente que se observarán los resultados proyectados en la extrapolación a 2021. Además, es importante considerar que la curva polinómica se determina por cambios de tendencia recientes, pues en la comparación entre prevalencia anual 2009 y 2019 prácticamente no existe diferencia (SENDA, 2020).

Figura 24

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL, CON LÍNEA DE TENDENCIA POLINÓMICA. CHILE, 2009-2019.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

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

Marihuana

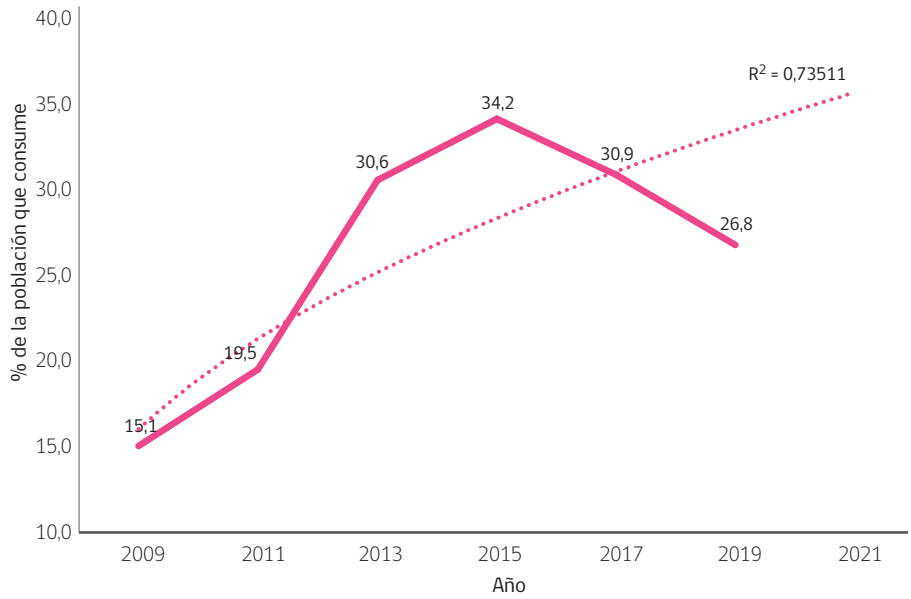
Las prevalencias de consumo de marihuana bajan desde sus registros máximos, observados en la encuesta del año 2015. La prevalencia de vida baja de 41% a 36,5% en 2019; la prevalencia de consumo en el último año baja de 30,9% a 26,8%; y la prevalencia de consumo en el último mes baja de 17,3% a 15,4%. Sin perjuicio de la disminución significativa observada en la última encuesta, la prevalencia anual de consumo de marihuana en población escolar ha aumentado en casi un 80% en 10 años (2009-2019) de 15,1% a 26,8% (SENDA, 2020).

La descripción de los datos observados puede realizarse atendiendo a dos escenarios: uno de incremento sostenido, donde las últimas mediciones sólo serían un dato que interrumpe la secuencia (Figura 25, tendencia potencial); y otro de serie curva, donde se ve el inicio de un proceso de moderación de la prevalencia (Figura 26, tendencia polinómica). Lamentablemente los datos se ajustan relativamente bien a ambos tipos de tendencias y no es posible asumir ninguno de los escenarios futuros como más probable, sin perjuicio que, además, las tendencias observadas tampoco garantizan su extrapolación a nuevas mediciones.

Aunque no existen estudios específicos para determinar la causa del crecimiento de la prevalencia de consumo de marihuana en escolares, es posible hipotetizar que los estudiantes han reducido su percepción de riesgo sobre dicha sustancia, al exponerse a informaciones que dan cuenta de acciones de otros países para flexibilizar las normas aplicables al consumo terapéutico y recreativo de la marihuana. Consideramos poco probable que la exposición a este tipo de mensajes se interrumpa en el futuro.

Figura 25

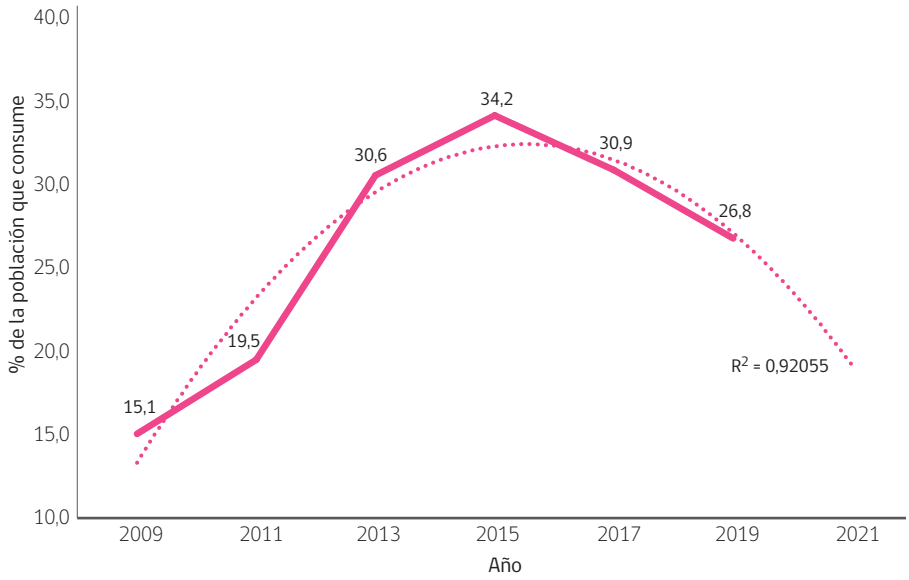
PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR, CON LÍNEA DE TENDENCIA POTENCIAL. CHILE, 2009-2019.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

Figura 26

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE MARIHUANA EN POBLACIÓN ESCOLAR, CON LÍNEA DE TENDENCIA POLINÓMICA. CHILE, 2009–2019.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

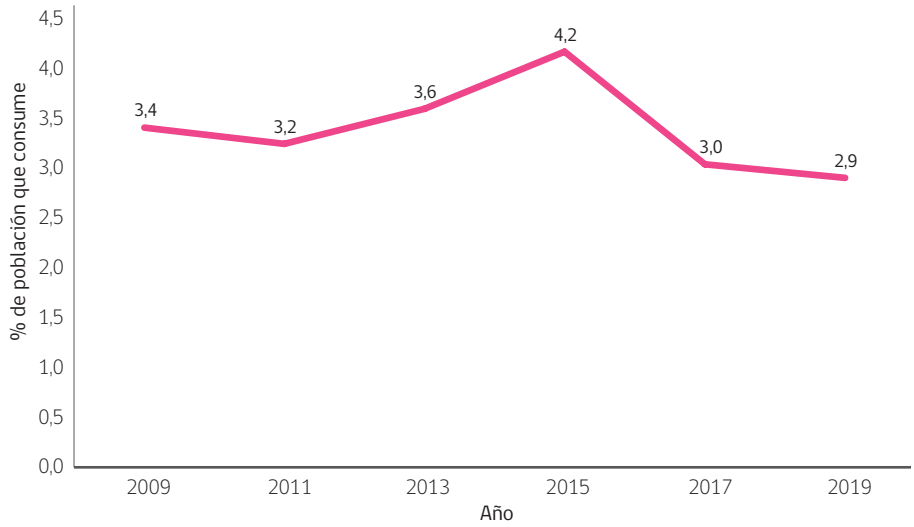
De acuerdo con datos del año 2015, los estudiantes chilenos de 8° año de enseñanza básica tenían la segunda prevalencia de vida de consumo de marihuana más alta de las Américas, con un 24,4%. Países similares como Colombia, Uruguay y Argentina tienen tasas de prevalencia de vida menores a 10% en este segmento de la población (CICAD, 2019, p. 86).

Cocaína

Las prevalencias de consumo de cocaína en estudiantes chilenos se mantienen, luego de bajar el año 2017 desde sus niveles máximos históricos, observados en 2015. En la encuesta de 2019, la prevalencia de vida se mantiene en 5,3%; y la prevalencia de consumo en el último año se mantiene en torno al 3%. Desde el año 2001 esta estimación se ha mantenido en alrededor del 3%, con un valor mínimo de 2,8% registrado en 2005 (SENDA, 2020).

Figura 27

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE COCAÍNA EN POBLACIÓN ESCOLAR. CHILE, 2009-2019.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

La prevalencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses en estudiantes secundarios chilenos fue la más alta registrada en las Américas en 2016, llegando a 4,2% (5,3% si sólo se consideran hombres), seguida por Colombia con 2,9%. La actualización de este dato en Chile, con la mantención de la prevalencia anual de consumo observada en la encuesta 2019 en 2,9%, mantendría a Chile en el primer lugar junto a Colombia. La oferta directa de cocaína a estudiantes secundarios chilenos es la más alta registrada en la región, con 8,9% en el último año, y 4,3% en el último mes, de acuerdo a datos 2015 (CICAD, 2019).

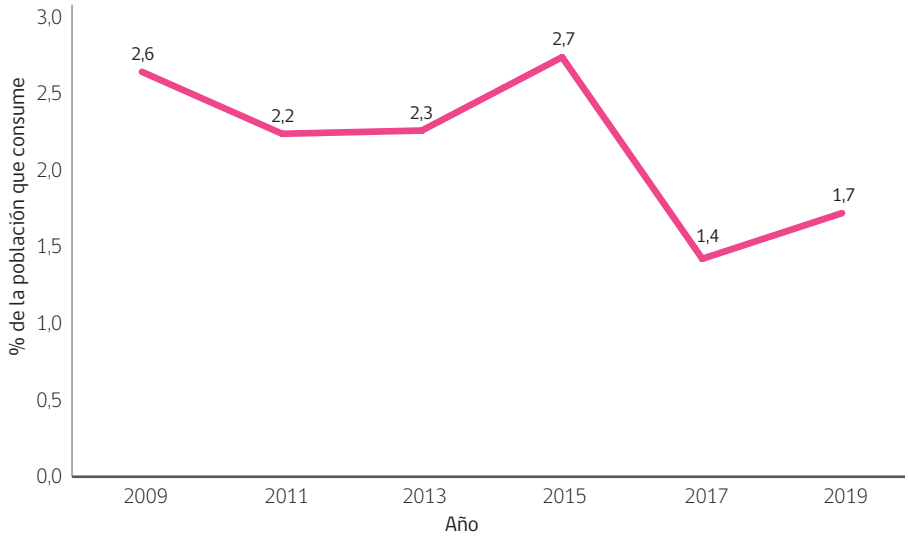
Pasta base de cocaína

Se observa un leve aumento en las prevalencias de consumo de pasta base de cocaína en el año 2019, comparado con el último registro del año 2017. La prevalencia de vida se mantiene estable de 3,1% a 3,2%; mientras que la prevalencia de consumo en el último año aumenta de 1,4% a 1,7% (Figura 28); y la prevalencia de consumo en el último mes sube de 0,8% a 0,9%. Estos hallazgos, a pesar de no mantener la tendencia a la baja registrada el año anterior, aún registran una mejoría con respecto a la tendencia de años anteriores al 2017. Por ejemplo, la prevalencia anual se mantuvo estable alrededor de 2,5% desde el año 2001, obteniendo su valor mínimo de 2,2% en el año 2011 (SENDA, 2020). Es importante notar que las estimaciones pueden verse afectadas por el pequeño tamaño del parámetro poblacional, pese a la representatividad de la muestra, de manera que la prevalencia anual de 1,7% observada en 2019 podría deberse a un efecto circunstancial del muestreo.

La prevalencia de consumo de pasta base de cocaína en el último año en Chile era la más alta de la región sudamericana, con 2,7%, de acuerdo con los datos 2015, llegando incluso a 3,3% si sólo se considera estudiantes hombres. La actualización del dato a 1,7% en la encuesta 2019 deja a Chile en la segunda prevalencia anual más alta de Sudamérica, después de Ecuador (CICAD, 2019).

Figura 28

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE PASTA BASE DE COCAÍNA EN POBLACIÓN ESCOLAR. CHILE, 2009-2019.



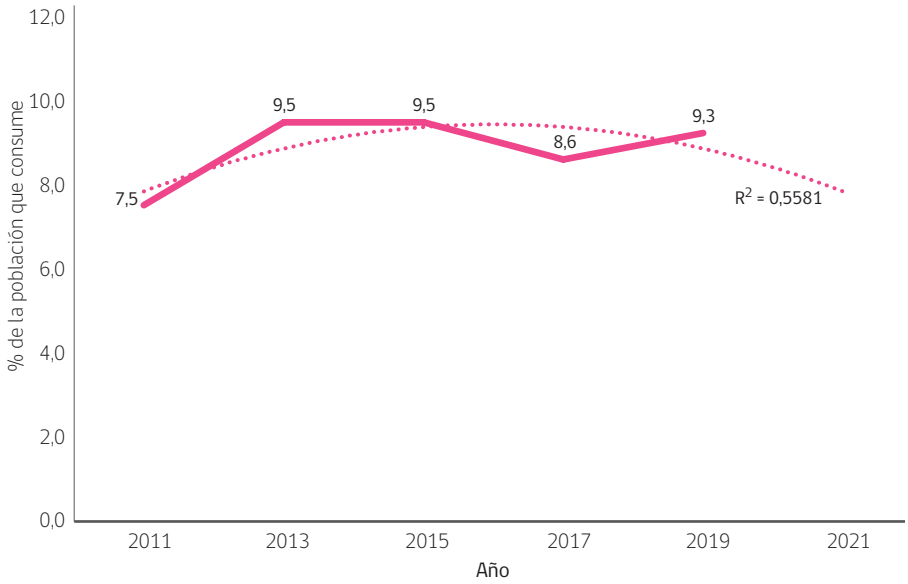
Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

Tranquilizantes sin receta médica

La prevalencia anual de consumo de tranquilizantes sin receta médica en población escolar experimentó un incremento significativo en el período 2009-2013, desde 5,0% a 9,5%. Posteriormente, se observó una disminución de prevalencia en el estudio del año 2017, bajando a 8,6%. Sin embargo, sufrió un nuevo aumento el año 2019, subiendo a 9,3%. No se observa una tendencia a la baja clara en la línea de tendencia polinómica (R^2 0,5581) (Figura 29), y no se puede asegurar que continúe la tendencia a la baja observada el año 2017, sumado a que la serie no da cuenta del comportamiento de los múltiples correlatos que explican la prevalencia.

Figura 29

PREVALENCIA ANUAL DE CONSUMO DE TRANQUILIZANTES SIN RECETA MÉDICA EN POBLACIÓN ESCOLAR, CON LÍNEA DE TENDENCIA POLINÓMICA. CHILE, 2009-2019.



Fuente: Datos del *Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2019* (SENDA, 2020).

Anexo 2

ACTUALIZACIÓN DE EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LOS EFECTOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

"Las drogas son malas", "las drogas hacen daño" y otras frases similares han sido transmitidas profusamente por los medios de comunicación en las últimas décadas, siendo ya de conocimiento público. Sin embargo, la mención general de las sustancias como algo negativo no aporta mucha información relevante para la toma de decisiones de las personas respecto de consumir o no. Inclusive el contar con información más específica no suele ser suficiente para cambiar la conducta de las personas respecto del consumo de sustancias (Magill et al., 2018).

El primer paso de la prevención del consumo de tabaco, alcohol y las drogas ilícitas, consiste en contar con información específica y actualizada, respecto a los efectos del consumo en las personas, o problemas asociados[1] al consumo. Compartir información detallada permite a las personas ejercer mejor su autonomía en materias relevantes como el cuidado de su salud y el contraste entre sus hábitos de conducta y su proyecto de vida.

Entre los efectos asociados al consumo de drogas en general, los hallazgos de la investigación científica permiten destacar:

1. **Afectación de la capacidad de las madres para cuidar de sus hijos[2]:** un meta-análisis de estudios realizados a nivel global, sobre la sensibilidad maternal y la capacidad para responder a las necesidades de los hijos, en 3.433 diadas madre-hijo, mostró que la calidad del cuidado dedicado a los hijos se ve comprometida en madres de alto riesgo que presentan consumo abusivo de drogas. En contextos sociales difíciles que por sí mismos afectan el desarrollo de los niños, el consumo de drogas por parte de la madre se asocia con incrementos en dicho riesgo (Hatzis, Dawe, Harnett y Barlow, 2017).

1 "Problemas asociados" refieren a correlatos del consumo de sustancias; es decir, a problemas que se observan frecuentemente en personas que consumen, pero de los cuales no existen antecedentes suficientes para establecer una relación de causa-efecto.

2 El reporte de este meta-análisis no implica una adopción institucional de sesgos de género en las tareas de cuidado y crianza y de los hijos. La postura institucional de SENDA al respecto se orienta a la promoción de la equidad de género en las tareas de crianza y cuidado, y al mejoramiento progresivo de las relaciones familiares protectoras que permitan a los adultos cuidadores actuar como factores protectores del consumo de sustancias.

2. **Mayores riesgos de inequidad en salud:** las personas que padecen trastornos relacionados con el abuso de drogas, al igual que otros grupos altamente vulnerables de la población (personas en situación de calle, trabajadoras sexuales, entre otros) tienen mayor riesgo de experimentar formas extremas de inequidad en salud, incluyendo mayores riesgos que la población general de mortalidad, de sufrir enfermedades infecciosas, de tener problemas de salud mental, y de padecer enfermedades respiratorias y cardiovasculares (Aldridge et al., 2018).

3. **Mayor riesgo de suicidio:** un meta-análisis de 43 estudios que agrupan en conjunto a 870.967 participantes, concluye que existe una fuerte asociación entre los trastornos por el consumo de sustancias y la ideación suicida (OR=2.04), los intentos de suicidio (OR=2.49) y la muerte por suicidio (OR=1.49) (Poorolajal, Haghtalab, Farhadi y Darvishi, 2016).

4. **Mayor riesgo de sufrir o cometer actos de violencia:**

   a. Un meta-meta-análisis desarrollado por investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Yale comprendió 32 meta-análisis, mostrando una asociación moderada y significativa entre uso de sustancias y violencia (tamaño de efecto "gran media" ponderado d=0.45). Algunas condiciones específicas incrementan esta asociación, como el género masculino, los trastornos psicóticos, y el uso combinado de alcohol y drogas ilícitas. El grado de asociación es similar a través de distintos tipos de violencia, y para los roles de víctima y perpetrador (Duke, Smith, Oberleitner, Westphal y McKee, 2018).

   b. Otro meta-análisis de correlatos de la violencia juvenil (entre los 10 y 29 años de edad) en países de ingresos bajos y medios identificó 86 investigaciones que en conjunto abarcan 480.898 individuos de 60 países. Entre los hallazgos de esta investigación, se reporta que el comportamiento violento en la juventud está asociado significativamente con el consumo de tabaco (OR=2.95), el consumo de alcohol (OR=2.61), y el consumo de drogas ilícitas (OR=3.82) (Ribera, Trajtenberg, Shenderovich y Murray, 2019).

5. **Mayor riesgo de enfermedad en los hijos:** el análisis de una cohorte de 785.438 recién nacidos en Quebec (Canadá) entre los años 2006 y 2016, permitió observar que el consumo de sustancias por parte de la madre se asocia con riesgo de cáncer en el niño durante los primeros 6 años de vida. Entre estos riesgos específicos se incluyen la asociación entre consumo de drogas ilícitas y riesgo de leucemia linfoblástica aguda (HR=1.63) y fibrosarcoma (HR=2.11); la asociación entre consumo de tabaco y leucemia mieloide aguda (HR=2.01) y fibrosarcoma (HR=2.13), y una débil asociación con neuroblastoma (HR=1.21) y tumores renales (HR=1.14) (Auger et al., 2019).

EFECTOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo problemático de alcohol es "un patrón de consumo que aumenta las posibilidades de que la persona tenga consecuencias adversas. Una persona puede beber y no tener problemas, pero si consume a ciertos niveles puede aumentar el riesgo a futuro, ya sea de enfermedades agudas o crónicas (CICAD, 2019, p. 26).

Algunas investigaciones científicas han establecido que el consumo de alcohol en dosis moderadas puede asociarse con algunos beneficios a la salud. Por ejemplo, el consumo de bajas dosis de alcohol, de 0 a 20 gramos al día, se asocia con una reducción del riesgo de enfermedad coronaria; aunque el riesgo coronario aumenta con dosis más altas, a contar de los 89 gramos de alcohol por día (Corrao, Rubbiati, Bagnardi, Zambon y Poikolainen, 2000; Rimm, Williams, Fosher, Criqui y Stampfer, 1999). Otro meta-análisis más reciente revela un efecto protector del consumo bajo de alcohol al bajar el riesgo de falla cardíaca, de 0,1 a 7 bebidas por semana. Sin embargo, el tener una historia de consumo de alcohol se asocia con mayor riesgo (riesgo relativo 1,22) de falla cardíaca que el no haber bebido nunca o sólo haber bebido en forma ocasional (Larsson, Wallin y Wolk, 2018).

Investigaciones más recientes y comprehensivas desaconsejan el consumo de bebidas alcohólicas, debido a que puede producir efectos perjudiciales, a saber:

1. **Mayor riesgo de muerte:**

   a. De acuerdo con los hallazgos del Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2016, el consumo de alcohol fue el séptimo factor de riesgo más importante de muerte y pérdida de años de vida ajustados por discapacidad, dando cuenta del 2,2% de las muertes de mujeres y el 6,8% de las muertes de hombres en el mundo. En el rango de edad entre los 15 y 49 años de edad, el estudio realizado en 195 países y territorios, revela que el consumo de alcohol es la causa más importante de pérdida de años de vida por discapacidad, y da cuenta del 3,8% de las muertes de mujeres y del 12,2% de las muertes de hombres (Burton y Sheron, 2018).

   b. El consumo de bebidas alcohólicas espirituosas destiladas es el mayor factor de riesgo de mortalidad en hombres adultos en Europa, con un impacto significativamente mayor al producido por otras bebidas alcohólicas como la cerveza y el vino, de lo cual se concluye que la reducción del consumo de destilados en áreas de mayor consumo debería ser un objetivo relevante de las políticas de salud (Korotayev, Khaltourina, Meshcherina y Zamiatnina, 2018).

2. **Mayor riesgo de cáncer y otras enfermedades:**

   a. El consumo de alcohol en general se asocia con una tendencia fuerte en el riesgo observado para cáncer de la cavidad oral, esófago y laringe, hipertensión, cirrosis hepática, pancreatitis crónica, lesiones y violencia. Tendencias de asociación menos

fuertes se observan en cáncer de colon, recto, hígado y seno. Para todas estas enfermedades, el riesgo se incrementa significativamente con dosis bajas de alcohol equivalentes a 25 gramos por día. Respecto a enfermedad cardíaca coronaria, se observaron efectos protectores hasta 72 gramos por día, y un incremento del riesgo significativo a partir de 89 gramos al día (Corrao, Bagnardi, Zambon y La Vecchia, 2004).

b. Un meta-análisis de 235 estudios, que en su conjunto incluyen a un total de 117.000 personas, concluyó que existe una asociación fuerte entre el consumo de alcohol y el riesgo de cáncer de boca, faringe, esófago y laringe; en tanto se apreció una relación moderada con el cáncer de estómago, colon, recto, hígado, seno y ovario. La combinación alcohol - tabaco modifica de forma significativa la asociación entre el consumo y el cáncer de laringe, pulmón y vejiga. Para la mayor parte de estas enfermedades, se apreciaron incrementos significativos de riesgo inclusive ante dosis bajas de alcohol, como 25 gramos por día, lo cual equivale aproximadamente a dos bebidas al día (Bagnardi, Blangiardo, La Vecchia y Corrao, 2001).

c. El consumo de alcohol se asocia con mayores probabilidades de padecer otras enfermedades físicas como la osteoporosis (Cheraghi et al., 2019).

d. La reducción del consumo de alcohol puede ayudar a controlar problemas de presión arterial (Roerecke et al., 2017).

3. **Mayor riesgo de suicidio:** Un meta-análisis de siete estudios empíricos sobre la asociación entre consumo agudo de alcohol e intento de suicidio encontró incrementos en los intentos de suicidio asociados al consumo de alcohol. Los niveles bajos de consumo de alcohol resultan en un odds ratio de 2,71; en tanto los altos niveles de consumo de alcohol se asocian con incrementos mucho más grandes en los intentos de suicidio, con un odds ratio de 37,18 (Borges et al., 2017).

4. **Conductas sexuales de riesgo:** El consumo de alcohol se asocia con mayor intención de involucrarse en conductas sexuales de riesgo, como la práctica de relaciones sexuales sin protección (Scott-Sheldon, Carey, Cunningham, Johnson y Carey, 2016).

5. **Dificultades en el cuidado de los hijos:** Los hijos cuidados por padres, madres u otros adultos de la familia con problemas de abuso de sustancias en comunidades vulnerables tienden a manifestar más problemas de salud mental en términos de problemas emocionales y de conducta que niños de las mismas comunidades vulnerables, pero sin cuidadores abusadores de sustancias (Vilela, Silva, Grandi, Rocha y Figlie, 2016).

En atención a los hallazgos de la investigación, el consenso científico está convergiendo hacia la opinión de que el nivel de consumo de alcohol que minimiza los riesgos a la salud individual es 0 gramos de etanol por semana, lo que equivale a plantear que no existen niveles seguros de consumo de alcohol. Los potenciales beneficios del consumo de dosis bajas de bebidas alcohólicas se ven superados por el incremento en otros riesgos a la salud, incluyendo el potencial desarrollo de cáncer (Burton y Sheron, 2018).

EFECTOS DEL CONSUMO DE MARIHUANA

En el caso del consumo de la marihuana (cannabis), es particularmente importante poner atención a los hallazgos de la investigación científica, dado el contexto de flexibilización de normas jurídicas y sociales sobre el consumo terapéutico y recreativo de esta sustancia en diversos países.

La investigación científica ha permitido, en efecto, descartar algunos daños potenciales del consumo de marihuana. Por ejemplo, estudios prospectivos y transeccionales han concluido que no existe evidencia suficiente que asocie el consumo de marihuana a enfermedad pulmonar obstructiva y problemas de la función pulmonar (Ghasemiesfe et al., 2018). También se ha descartado la asociación entre el consumo de marihuana y el desarrollo de cáncer de cabeza y cuello (Carvalho et al., 2015).

Sin perjuicio de lo anterior, estudios empíricos rigurosos han permitido documentar una serie de efectos potencialmente perjudiciales del consumo de marihuana, a saber:

1. **Mayor riesgo de cáncer de testículo:** Una revisión sistemática y meta-análisis de estudios sobre la relación entre el consumo de marihuana y el cáncer de testículo identificó que el consumo de esta droga, sea actual, crónico o frecuente, se asocia con el desarrollo de tumor de células germinales testiculares, comparado con personas que nunca consumieron. Por ejemplo, quienes consumen cannabis con frecuencia semanal, tienen 2,5 veces mayores probabilidades de desarrollar tumores de células germinales de tipo no-seminoma, al compararse con personas que nunca consumieron (OR=2,59) (Ghasemiesfe, Barrow, Leonard, Keyhani y Korenstein, 2019; Gurney, Shaw, Stanley, Signal y Sarfati, 2015).

2. **Enfermedad pulmonar obstructiva:** Los datos sobre la asociación entre el consumo de marihuana y la enfermedad pulmonar son mixtos, pues:

    a. Estudios prospectivos y transeccionales han concluido que no existe evidencia suficiente que asocie el consumo de marihuana a enfermedad pulmonar obstructiva y problemas de la función pulmonar (Ghasemiesfe et al., 2018).

b. Sin embargo, un estudio específico para medir la asociación entre fumar marihuana y el riesgo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en 1.285 personas de 40 o más años de edad, revela que, entre los usuarios intensivos de marihuana, el riesgo de EPOC aumenta significativamente (OR ajustado=2.45) (Tan et al., 2019).

3. **Mayor riesgo de depresión y suicidio:** Una revisión sistemática con meta-análisis de 11 estudios empíricos que en conjunto abarcan a 23.317 casos, identificó una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de marihuana en adolescentes y adultos jóvenes, con el desarrollo de trastornos depresivos (OR=1.37), ideación suicida (OR=1.50) e intentos de suicidio (OR=3.46). No se encontró asociación significativa entre consumo de marihuana en esta población y el desarrollo de trastornos ansiosos. Expertos concluyen que, aunque estas asociaciones a nivel individual producen aumentos de riesgo de pequeños a moderados, podrían indicar que "la alta prevalencia de adolescentes consumiendo cannabis genera un gran número de jóvenes que podrían desarrollar depresión y suicidio atribuible a la cannabis" (Gobbi et al., 2019, p. 426).

4. **Mayor riesgo de trastornos psicóticos:** Un meta-análisis sobre la relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de trastornos psicóticos incluyó 10 estudios que en conjunto abarcan una muestra total de 66.816 individuos. Su principal hallazgo es que mayores niveles de uso de cannabis se asocian con un mayor riesgo de psicosis en todos los estudios incluidos, alcanzando un OR=3.90 para riesgo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en usuarios intensivos de cannabis, comparados con no consumidores (Marconi, Di Forti, Lewis, Murray y Vassos, 2016).

5. **Deterioro temporal de corto plazo en capacidades cognitivas:**

   a. Un meta-análisis de 33 estudios empíricos identificó un efecto negativo leve, pero significativo, del consumo de marihuana sobre el desempeño neurocognitivo global, así como para dimensiones específicas como memoria, atención, entre otras. Esta disminución del desempeño cognitivo tras el retiro de la droga se limita a los primeros 25 días de abstinencia. No hay evidencia de que el efecto cognitivo de la marihuana perdure más de este período (Schreiner y Dunn, 2012).

   b. Otra revisión sistemática con meta-análisis sintetizó 69 estudios que en conjunto abarcan a 2.152 consumidores de cannabis y 6.575 casos de comparación con exposición mínima a cannabis, todos adolescentes o adultos jóvenes de ambos sexos con una edad promedio de 20 años. Los resultados señalan que se observó un efecto pequeño pero significativo entre consumo frecuente o intensivo de cannabis y reducción en el funcionamiento cognitivo. La abstinencia de consumo

por 72 horas reduce significativamente los déficits cognitivos asociados a la droga (Scott et al., 2018).

6. **Deterioro de capacidades cognitivas de largo plazo:** Un meta-análisis sobre el funcionamiento cognitivo asociado al consumo de cannabis recreativo regular y de largo plazo en adultos, revisó 30 estudios con un total de 849 casos consumidores de cannabis y 764 casos control, con edad promedio de 30 años. Los resultados revelan que el uso regular (4 o más días por semana) y de largo plazo (2 años o más) de la marihuana se asocia con déficits pequeños pero significativos, en cognición global, función ejecutiva, aprendizaje y memoria; y con déficits moderados y significativos en toma de decisiones. Se encontraron efectos pequeños no significativos en procesamiento de información, memoria de trabajo y atención. Estos resultados sugieren que el consumo regular de marihuana por largo plazo puede asociarse con déficits cognitivos pequeños a moderados en distintos dominios cognitivos (Lovell, Akhurst, Padgett, Garry y Matthews, 2019).

7. **Problemas de control de impulsos:** En población adolescente, los problemas de impulsividad tienen una relación más robusta con las consecuencias negativas del consumo de marihuana, que con el uso de marihuana en sí mismo, lo cual sugiere que los problemas de control de impulsos son importantes al diferenciar qué adolescentes tendrán mayores probabilidades de experimentar consecuencias negativas del consumo (VanderVeen, Hershberger y Cyders, 2016).

8. **Problemas de desempeño escolar/laboral:** En una muestra de 7.437 estudiantes secundarios norteamericanos de 18 años de edad promedio, se documentó que los adolescentes que usan marihuana, comparados con los que consumen alcohol, reportaron con mayor frecuencia problemas en sus relaciones con sus profesores o supervisores, y menor energía o interés en sus actividades, lo cual resulta en menor desempeño escolar o laboral (Palamar et al., 2014).

9. **Mayor riesgo de violencia física de pareja:** Una revisión sistemática con meta-análisis de 13 estudios empíricos sobre la relación entre consumo de marihuana y violencia física de pareja entre adolescentes y adultos jóvenes, estableció que el consumo de marihuana se asocia con un incremento de 54% en la probabilidad de ser víctima, y en un 45% en la probabilidad de ser perpetrador de violencia física durante el pololeo o *dating violence* (Johnson et al., 2017).

10. **Complicaciones del embarazo por asociación marihuana-tabaco:**

    a. La síntesis de estudios empíricos sobre la relación entre el consumo de marihuana durante el embarazo y problemas neonatales revela que la marihuana, por sí misma, no aumenta significativamente el riesgo de problemas como el bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilos) o parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación). Sin embargo, cuando el consumo de marihuana se asocia con otros factores de riesgo como el consumo de tabaco, se observan aumentos significativos del riesgo de bajo peso al nacer (15,4% comparado con 10,4%; riesgo relativo 1,43) y parto prematuro (15,3% comparado con 9,6%; riesgo relativo 1,32) (Conner et al., 2016).

    b. Otra revisión sistemática y meta-análisis de 24 estudios mostró que las mujeres que usaron cannabis durante el embarazo tuvieron mayor probabilidad (pOR=1.36) de padecer anemia, comparadas con mujeres que no consumieron esta droga durante la gestación. Los niños expuestos a cannabis en el útero mostraron un menor peso al nacer (pOR para bajo peso al nacer=1,77) y mayor probabilidad de necesitar cuidados intensivos neonatales (pOR=2.02) (Gunn et al., 2016).

11. **Conductas sexuales de riesgo:** En adolescentes, se reduce la probabilidad (OR=0.62) de usar condón cuando se ha consumido marihuana en un momento cercano a la realización del coito (Schumacher, Marzell, Toepp y Schweizer, 2018).

EFECTOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

La adolescencia se considera un período crítico de desarrollo y maduración del cerebro. Dado que estos procesos toman un período de tiempo prolongado, el cerebro del adolescente es altamente susceptible a perturbaciones derivadas de la exposición aguda y crónica a las drogas. Específicamente en el caso de la cocaína durante la adolescencia, se estima que tal consumo puede resultar en cambios morfológicos y neuroquímicos coincidentes con alteraciones conductuales de largo plazo en la vida adulta (Salmanzadeh et al., 2020).

En el largo plazo, se pueden observar diferencias estadísticamente significativas entre grupos de consumidores de cocaína y personas que no consumen esta droga. Estas diferencias se aprecian en estructuras cerebrales, señales dependientes del nivel de oxígeno en sangre, y metabolismo cerebral. Sin embargo, diferencias en desempeño cognitivo sólo se aprecian en la minoría de los dominios evaluados, de manera que la evidencia científica actual no sustenta la idea de que el consumo crónico de cocaína se asocie con déficits cognitivos amplios (Frazer, Richards y Keith, 2018).

Aunque no hay evidencia de deterioro cognitivo de largo plazo asociado al consumo de cocaína, se han identificado algunos efectos potencialmente perjudiciales en distintos ámbitos, a saber:

1. **Riesgo de violencia y participación en delitos:**

   a. En algunos estudios realizados en población comunitaria y en personas que se encuentran sujetos a tratamiento para el abuso de sustancias, el consumo de cocaína aparece asociado a una mayor probabilidad de violencia física y psicológica en contra de la pareja. El consumo de cocaína, concurrente al consumo de alcohol, también puede asociarse a mayores probabilidades de realizar actos de maltrato infantil (Choenni, Hammink y van de Mheen, 2017).

   b. Estudios sobre la asociación entre el consumo de drogas y la participación en delitos, muestra que la probabilidad de cometer delitos es significativamente mayor en consumidores de cocaína (OR=2.56) que en no consumidores. Este riesgo relativo tiene un fuerte incremento en casos de consumidores de cocaína en forma de cristales de crack (OR=6.09) (Bennett, Holloway y Farrington, 2008).

2. **Mayores riesgos de enfermedad:** El consumo de cocaína crack (cristales fumables) se asocia con enfermedades de transmisión sexual y de transmisión a través de la sangre, tales como el VIH y el virus de la hepatitis C; con problemas de salud neonatal, y con riesgo de violencia (Butler, Rehm y Fischer, 2017).

3. **Complicaciones del embarazo:** El meta-análisis de 10 estudios muestra que el consumo de cocaína crack durante el embarazo se asocia con probabilidades significativamente mayores de parto prematuro (OR=2.22), desplazamiento de la placenta (OR=2.03), menor circunferencia de la cabeza (-1.65 cm. promedio), talla pequeña para la edad gestacional (OR=4.00) y bajo peso al nacer (OR=2.80) (Dos Santos et al., 2018).

4. **Deterioro de capacidades cognitivas:**

   a. Literatura científica disponible revela que el consumo de cocaína se asocia con menor desempeño en memoria de trabajo verbal, la que típicamente es mediada por el lóbulo frontal (Hall et al., 2018).

   b. Un meta-análisis de 46 estudios sobre la disfunción cognitiva en personas consumidoras de cocaína reveló deterioros moderados en los dominios atención, impulsividad, memoria y aprendizaje verbal, y memoria de trabajo. Estas disfunciones cognitivas se mantienen estables después de dejar el consumo de cocaína

y pueden disminuir tras 5 meses de sobriedad (Potvin, Stavro, Rizkallah y Pelletier, 2014).

5. **Problemas de control de impulsos:** La dependencia de psicoestimulantes como la cocaína y la metanfetamina parecen comúnmente asociadas a la impulsividad entendida como déficit de control inhibitorio de la conducta (Lee, Hoppenbrouwers y Franken, 2019).

6. **Complicaciones asociadas al tipo de cocaína consumida y curso del trastorno de abuso/dependencia:** Un estudio de seguimiento a 3.488 personas iniciadas en el consumo de cocaína en polvo y 275 personas iniciadas en consumo de cocaína crack, evaluadas a 12 meses de la fecha de inicio de consumo, muestra que el 5% de las personas que sólo consumen polvo de cocaína desarrollan dependencia durante los primeros 12 meses, comparado con el 22% de los consumidores que pasaron de cocaína en polvo a cocaína crack. El consumo de cocaína crack se asocia con riesgos significativamente mayores que los sufridos por consumidores de polvo de cocaína, en problemas como necesitar mayores dosis para conseguir los mismos efectos que en el pasado, sentirse deprimido al interrumpir el consumo, sufrir problemas emocionales o mentales debidos a la cocaína, sufrir problemas en casa, escuela o empleo a causa de la cocaína, involucrarse en actividades peligrosas a causa de la cocaína, entre otras (Chandra y Anthony, 2020).

7. **Mayores probabilidades de policonsumo de sustancias:** Un meta-análisis de investigaciones relativas al problema del policonsumo de sustancias, muestra que la estimación de prevalencia de consumo simultáneo y concurrente de alcohol en consumidores de cocaína es de 74% y 77% respectivamente; mientras las estimaciones de consumo simultáneo y concurrente de cannabis en personas que usan cocaína es de 38% y 64% respectivamente. El consumo de alcohol o cannabis junto con la cocaína mejora la respuesta subjetiva a la cocaína, lo cual es consistente con los cambios en el metabolismo que aumentan los niveles de cocaína en sangre y que, en el caso del alcohol, producen el metabolito psicoactivo cocaetileno (Liu, Williamson, Setlow, Cottler y Knackstedt, 2018).

8. **Mayor riesgo de accidente cerebro vascular:** Una revisión sistemática sobre la asociación entre el consumo de cocaína y el riesgo de sufrir accidente cerebro vascular (ACV) realizó una síntesis de hallazgos de 9 estudios empíricos, según los cuales existe una asociación entre consumir cocaína y ACV hemorrágico y ACV isquémico (Sordo et al., 2014).

Anexo 3

MODELOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES QUE FUNDAMENTAN LA ESTRATEGIA NACIONAL DE DROGAS 2021–2030

MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO

La ecología del desarrollo humano es el estudio científico de la acomodación mutua y progresiva, a través del ciclo vital, entre organismos humanos en crecimiento y los entornos inmediatos cambiantes en los que viven, en la medida que este proceso es afectado por las relaciones que se producen dentro y entre entornos inmediatos, así como por los contextos sociales más amplios, formales e informales, en que se inscriben dichos entornos (Bronfenbrenner, 1977).

El ambiente ecológico se concibe topológicamente como un arreglo anidado de estructuras, cada una contenida dentro de la siguiente.

Los niveles incluyen:

1. Un microsistema, definido como el complejo de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente en el entorno inmediato que contiene a la persona, sea su hogar, escuela o lugar de trabajo, entre otros. Un entorno se define como un lugar con características físicas particulares en los que personas participantes interactúan en actividades particulares en roles particulares (por ejemplo, hija, padre, maestro, empleado, etc.). Los factores lugar, tiempo, características físicas, actividad, participante y rol constituyen elementos del entorno (Bronfenbrenner, 1977).

2. Un mesosistema, que comprende las interrelaciones entre los entornos mayores que contienen a la persona en desarrollo en un punto particular de su vida. Por ejemplo, para un niño de 12 años, el mesosistema típicamente contempla interacciones entre la familia, la escuela y el grupo de pares. Para algunos niños puede incluir a la iglesia, espacios recreativos y lugares de estudio. Sucintamente, el mesosistema es un sistema de microsistemas (Bronfenbrenner, 1977).

3. Un exosistema, definido como extensión del mesosistema para incluir otras estructuras sociales específicas, sean formales e informales, que por sí mismas no contienen a la persona en desarrollo, pero que abarcan o inciden sobre los entornos inmediatos en los que se encuentra la persona, y por ello influencian, delimitan o incluso determinan lo que ocurre en ellos. Estas estructuras incluyen las mayores instituciones de la sociedad, sean deliberadamente estructuradas o de evolución espontánea, en la medida que operen

a un nivel local concreto. Incluyen al mundo del trabajo, el barrio, los medios de comunicación masiva, las agencias del gobierno, la distribución de bienes y servicios, los sistemas de comunicación y transportes, y las redes sociales informales (Bronfenbrenner, 1977).

4. Un macrosistema, que se refiere a los patrones generales institucionales de la cultura o subcultura, como los sistemas económicos, sociales, educacionales, legales y políticos, de los cuales micro, meso y exosistemas son manifestaciones concretas. Los macrosistemas se conciben y examinan no solo en términos estructurales, sino también como canales de información e ideología que, tanto explícita como implícitamente, dotan de significado y motivación a distintas agencias, redes sociales, roles, actividades y sus interrelaciones. El lugar o prioridad que los niños y aquellos que son responsables de su cuidado tienen en dichos macrosistemas resulta de especial importancia para determinar cómo un niño y sus cuidadores son tratados e interactúan entre sí en distintos entornos (Bronfenbrenner, 1977).

El modelo ecológico es un aspecto conceptual transversal a la Estrategia Nacional de Drogas 2021-2030, debido a que los factores de protección y de riesgo que inciden sobre la demanda de drogas se inscriben en distintos niveles de sistema, en el contexto de la ecología social en que las personas desarrollan sus actividades cotidianas. La diferenciación de niveles de sistema ayuda, además, a tener en consideración aspectos macrosistémicos que pueden moderar o influir en las actividades de intervención que se implementan en los microsistemas escuela y familia, y en el entorno mesosistémico comunitario.

NIVELES DE PREVENCIÓN

La promoción de la salud mental, conceptualmente aplicable a esta Estrategia, se define como "intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad de lograr tareas apropiadas al nivel de desarrollo (competencias de desarrollo) y un sentido positivo de autoestima, capacidad [*mastery*], bienestar e inclusión social, y a fortalecer la capacidad de afrontar la adversidad" (O'Connell et al., 2009, p. xxvi).

Desde una perspectiva de niveles de prevención en función de segmentos o conglomerados de población, cabe señalar que "las **medidas preventivas** —aquellas que deberían ser aplicadas a personas no motivadas por sufrimiento actual— pueden ser clasificadas operacionalmente sobre la base de los grupos de población entre los cuales son de uso óptimo. Las de tipo más generalmente aplicable, que se pueden llamar **universales**, son medidas que son deseables para todos. En esta categoría caen todas aquellas medidas que se pueden recomendar con confianza para el público general y que, en muchos casos, se pueden aplicar sin consejo o asistencia profesional. [En el ámbito de la salud física,] el mantener una dieta adecuada, la higiene dental, el uso de cinturón de seguridad en automóviles, el dejar de fumar, y muchas formas de inmunización, caen claramente en la categoría universal, pues sus beneficios superan sus costos y riesgos para todos" (Gordon, 1983, p. 108).

Las medidas de **prevención selectiva** son aquellas en que el balance entre beneficios y riesgos o costos es tal, que su aplicación sólo se recomienda cuando

el individuo es miembro de un subgrupo de la población cuyo riesgo de padecer una enfermedad o sufrir un problema determinado, es mayor al promedio de la población general. Entre estas medidas se pueden incluir la inmunización activa contra la rabia de personal veterinario, el uso de antiparras protectoras en trabajadores especializados, y la supresión del consumo de medicamentos en mujeres embarazadas (Gordon, 1983).

Las medidas de **prevención indicada**, son aquellas que sólo son aconsejables para personas que, tras ser examinadas, presentan factores de riesgo específicos, o condiciones personales o sociales que generan un riesgo lo suficientemente alto como para justificar intervenciones más específicas, que pueden no ser de bajo costo o no ser totalmente benignas (Gordon, 1983).

Estos distintos niveles de prevención deben ser considerados para la construcción de un sistema de programas de prevención del consumo de sustancias que sea comprehensivo, efectivo y eficiente.

CICLO VITAL

La perspectiva del desarrollo del curso vital sugiere que factores individuales, interpersonales y ambientales interactúan para incrementar o reducir la vulnerabilidad al uso y abuso de drogas. La vulnerabilidad puede ocurrir en muchos puntos a lo largo del curso vital, pero generalmente se agudiza durante transiciones vitales críticas, sean biológicas, como la pubertad; normativas, como el cambiarse desde la escuela básica al liceo; sociales, como el inicio del "pololeo"; o traumáticas, como la muerte o pérdida de uno de los padres (Robertson et al., 2015).

La vulnerabilidad al abuso de drogas involucra influencias dinámicas intrapersonales (como el temperamento o carácter), interpersonales (como las relaciones familiares o con pares), y ambientales (como la forma en que se maneja la sala de clases). La perspectiva de curso vital refleja la comprensión amplia de que la etapa de la vida en que se encuentran los niños, aspectos de su ambiente físico y social, y eventos vitales a través del tiempo, son todos elementos que contribuyen a su desarrollo físico, psicológico, emocional y cognitivo (Robertson et al., 2015).

Estudios internacionales reportan que la acumulación temprana de factores de riesgo, tales como la disrupción de la familia, el maltrato y la pobreza, pueden afectar rápidamente aspectos importantes del desempeño de los niños, tales como el rendimiento escolar, entre el 4° y 7° año de educación formal (Ragnarsdottir et al., 2017).

La perspectiva de ciclo vital es relevante porque las variables asociadas al consumo de sustancias, sean factores de riesgo o de protección, tienen incidencias diferenciadas dependiente de la etapa de vida. Esta información es un criterio orientador para la priorización de factores a intervenir, en función de la etapa vital de la población beneficiaria de cada programa en particular.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN: CORRELATOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Perspectiva general de factores de riesgo y de protección

El fenómeno del consumo de sustancias, incluyendo al tabaco, alcohol y drogas en general, es complejo y multifactorial. No es posible determinar causas específicas que operen de manera directa y lineal para explicar las conductas de consumo de sustancias, que puedan ser objeto inequívoco de esfuerzos preventivos.

Sin embargo, la investigación científica ha permitido documentar una serie de correlatos del consumo de sustancias. Estos correlatos son variables que se observan asociadas o correlacionadas con el consumo, y debido a esta asociación se consideran posibles predictores del mismo. Si bien estos correlatos no pueden considerarse causas directas, se ha constatado que las intervenciones eficaces para atender a los correlatos más fuertes, pueden tener el efecto de reducir la probabilidad de consumo de drogas.

Algunos correlatos van aumentando a medida que aumenta la probabilidad de consumo, y en virtud de ello son denominados "factores de riesgo"; por otra parte, a medida que otros correlatos aumentan, la probabilidad de consumo baja, motivo por el cual se les denomina "factores protectores".

Más específicamente, se entiende que los factores de riesgo son cualidades del niño o su ambiente que puede afectar en forma adversa la trayectoria de desarrollo de la persona y aumentar su probabilidad de consumir sustancias o de otros problemas de conducta (NIDA et al., 2016b). La investigación empírica señala que los factores de riesgo de consumo de sustancia pueden variar a través de la vida (ver Figura 30).

Figura 30

SÍNTESIS DE FACTORES DE RIESGO POR ETAPA DE DESARROLLO

PERÍODO VITAL	FACTORES DE RIESGO RELEVANTES
PRENATAL	Consumo de tabaco y alcohol en la madre.
PRIMERA INFANCIA	Tener un temperamento difícil (problemas de auto-regulación), el apego inseguro y la agresión descontrolada, que en niños de 2 a 3 años puede dificultar el ingreso a la etapa pre-escolar y derivar en rechazo de los pares, el sufrir sanciones de las educadoras, y fallar en logros académicos.
PRE-ESCOLAR	Falta de habilidades que le preparen para el ambiente escolar, tales como el no conocer los colores, los números, no saber contar, entre otras deficiencias que ponen a niños en desventaja respecto de otros que muestran un desarrollo de habilidades normal.
TRANSICIÓN A LA ESCUELA	Problemas de auto-regulación (que llevan a frustración y atención negativa constante de pares y educadoras), falta de estructura en el ambiente del salón de clases (porque dificultan el cambio de una actividad a otra e induce problemas de conducta).
EN CUALQUIER PERÍODO DEL DESARROLLO	El estrés crónico producido por la pobreza, los problemas de salud mental, las enfermedades o el maltrato, llevan a problemas en el desarrollo de capacidades para afrontar los desafíos que impone la vida; el uso de drogas por parte de los padres.

Fuente: NIDA et al. (2016b).

Los factores protectores son cualidades de los niños y de sus ambientes que promueven el afrontamiento exitoso y la adaptación a situaciones y cambios del ciclo vital. Los factores protectores no son simplemente la ausencia de factores de riesgo; más bien se trata de condiciones que pueden reducir el impacto negativo de los factores de riesgo. Algunos factores protectores relevantes se resumen en la Figura 31.

Figura 31

SÍNTESIS DE FACTORES PROTECTORES POR ETAPA DE DESARROLLO

PERÍODO VITAL	FACTORES PROTECTORES RELEVANTES
PRENATAL	Buena nutrición de la madre.
PRIMERA INFANCIA	Padres que son altamente responsivos a sus hijos, lo cual genera las condiciones para un apego fuerte y seguro.
PRE-ESCOLAR	Un mayor control conductual sobre los preescolares, lleva a incrementos en la competencia social durante la transición a la escuela.
TRANSICIÓN A LA ESCUELA	La preparación para la escuela, a través del manejo de conceptos básicos como los colores, los números, las letras y/o la pre-lectura, genera condiciones para el éxito académico futuro.
FACTORES EXTERNOS	Habilidades de crianza que incluyen: calidez, consistencia, expectativas de conducta apropiadas a la edad, halago de los logros y consistencia en las rutinas y reglas. También destacan las oportunidades de interacción social con pares y las oportunidades de hacer ejercicio físico, por su aporte a la salud, al desarrollo cognitivo y del cerebro propiamente tal, incluyendo funciones de control ejecutivo.

Fuente: NIDA et al. (2016b).

En general, tanto factores protectores como factores de riesgo se agrupan en distintos ámbitos, incluyendo el individual, que incluye variables personales como la carga genética, las actitudes y la historia de vida; familiar, que pone énfasis en la funcionalidad familiar y estilos de crianza; el escolar; el del grupo de pares; y el ámbito comunitario.

Los esfuerzos para la prevención del consumo de drogas son más efectivos cuando se enfocan en reducir los factores de riesgo y en incrementar los factores protectores. Estudios empíricos revelan que los factores de riesgo más asociados con el consumo de tabaco y alcohol en la infancia (6° a 7° Básico) incluyen (Briney, Brown, Hawkins y Arthur, 2012):

1. Tener amigos que consumen drogas.
2. Tener amigos que cometen conductas antisociales.
3. Tener actitudes favorables al consumo de drogas.
4. Tener actitudes favorables hacia la conducta antisocial.

5. La rebeldía[3].
6. Recibir recompensas por el involucramiento antisocial.
7. La intención de consumir drogas.
8. El fracaso académico.
9. Bajo compromiso con la escuela.
10. Actitudes parentales favorables a la conducta antisocial.
11. Actitudes parentales favorables al consumo de drogas.
12. Antecedentes familiares de conducta antisocial.
13. Poco involucramiento con la familia.
14. Percepción de disponibilidad de drogas en la comunidad.
15. Leyes y normas favorables al consumo de drogas.
16. Desorganización comunitaria.

Entre los factores protectores contra el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en adolescentes, se incluyen (Briney et al., 2012):

1. El involucramiento en actividades prosociales.
2. El recibir recompensas por involucrarse en actividades prosociales.
3. La interacción con pares prosociales.
4. Las creencias en el orden moral.
5. Tener habilidades sociales.
6. Tener oportunidades de involucramiento prosocial en la escuela.
7. Recibir recompensas por actividades prosociales en la escuela.
8. Tener oportunidades de actividad prosocial en la familia.
9. Recibir recompensas por actividades prosociales en la familia.
10. El apego a la familia.
11. El tener oportunidades de actividad prosocial en la comunidad.
12. El recibir recompensas por actividades prosociales en la comunidad.

3 Resistencia a la influencia de personas adultas que ejercen roles de autoridad con potencial protector, como los padres, madres, adultos cuidadores o profesores.

Variables específicas que operan como factores protectores o de riesgo

1. Exposición a maltrato durante la infancia:

a. Un meta-análisis de estudios longitudinales sobre la asociación entre la exposición a distintas formas de maltrato infantil y el desarrollo de trastornos por abuso de sustancias, estableció que los individuos con una historia de abuso físico durante la infancia tienen un 74% más riesgo de abusar de las drogas más tarde en la vida. Personas con historia de abuso sexual durante la infancia presentan un riesgo 73% mayor de abusar de las drogas. El sexo es una variable que modera el efecto de esta relación, de modo que las mujeres tienen mayor incidencia de consumo asociada a la victimización (Halpern et al., 2018).

b. El haber vivido experiencias adversas en la infancia, tales como maltrato o exposición a violencia doméstica[4], se asocia con un efecto acumulativo que compromete la salud de las personas a largo plazo. Una revisión sistemática con meta-análisis de 37 estudios empíricos sobre la materia evidenció que tener antecedentes de 4 o más experiencias adversas tiene una fuerte asociación con el consumo problemático de drogas y conductas violentas interpersonales y autoinfligidas. Estas conductas constituyen a su vez alto riesgo de experiencias adversas en la infancia para la generación siguiente (Hughes et al., 2017).

2. Parentalidad y actitudes de la familia:

a. Un meta-análisis de 131 estudios longitudinales sobre la relación entre factores de parentalidad y consumo de alcohol en jóvenes reveló que tres factores de riesgo operan como predictores longitudinales de iniciación en el consumo de alcohol y niveles de abuso de alcohol: la provisión de alcohol por parte de los padres, las actitudes favorables de los padres hacia el consumo de alcohol, y el consumo de alcohol de los padres. También se identificaron factores protectores del consumo de alcohol en jóvenes: el monitoreo parental, la calidad de la relación entre padres e hijos, el apoyo parental, y el involucramiento de los padres en las actividades de los hijos (Yap, Cheong, Zaravinos-Tsakos, Lubman y Jorm, 2017).

b. En población de bajo nivel socioeconómico, el alcoholismo del padre se asocia significativamente con problemas en los hijos, incluyendo bajo rendimiento académico, mayor frecuencia de uso de tabaco, marihuana y drogas duras, y mayor probabilidad de embriagarse. Estos efectos perjudiciales se pueden moderar si el padre alcohólico se aleja del hogar (Carbonneau, Vitaro y Tremblay, 2018).

4 La exposición a la violencia doméstica no incluye solamente el sufrir violencia en forma directa, sino también el haber sido testigo de violencia en la familia.

c. El conocimiento de los padres respecto al lugar donde se encuentra su hijo al salir, se asocia a una menor prevalencia de consumo de marihuana respecto a la de aquellos estudiantes cuyos padres no presentan dicha conducta (40,4% frente a 23,2%) en 2019 (SENDA, 2020).

3. **Funcionamiento social y apego:** Se ha planteado que el consumo abusivo de drogas genera dificultades en el funcionamiento social de los consumidores, y como consecuencia de ello, un deterioro de las relaciones más cercanas. Sin embargo, un meta-análisis de asociaciones longitudinales entre ambos fenómenos reveló una correlación prospectiva entre apego temprano y consumo de sustancias posterior (r=-0.11), de manera que menos apego seguro precede temporalmente a los incrementos en el riesgo de abuso de drogas (Fairbairn et al., 2018).

4. **Experiencias vitales desafiantes:**

   a. Algunos tipos de eventos vitales particularmente complejos, como los conflictos familiares severos durante la infancia (HR=1.35) y los problemas económicos severos durante la vida adulta (HR=2.22), se asocian significativamente con el riesgo de desarrollar trastornos por abuso del alcohol (Just-Østergaard, Mortensen y Flensborg-Madsen, 2018).

   b. El estrés en población adolescente se asocia con una amplia serie de efectos negativos de carácter fisiológico, emocional y conductual. Dentro de esta última categoría, el estrés puede asociarse con comportamientos antisociales, autolesiones, consumo de sustancias, y suicidio (Sigfusdottir, Kristjansson, Thorlindsson y Allegrante, 2017).

5. **Resiliencia:** Un bajo nivel de resiliencia, definida como la capacidad de un individuo para afrontar situaciones psicológicamente estresantes, tiene una fuerte asociación con un mayor riesgo de abuso de drogas (HR=2.31) (Kendler et al., 2020).

6. **Edad de inicio:** Se estudió el efecto de la edad de inicio en el consumo de tabaco, controlando otros factores o covariables mediante una muestra de 2.834 pares de gemelos (53,6% mujeres; 57,7% homocigóticos). Tras controlar covariables, se indaga que la iniciación temprana en el consumo de tabaco se asocia con una transición más lenta desde la iniciación hasta el consumo problemático, pero con una transición más rápida desde consumo problemático a consumo dependiente. Además, iniciación más temprana y transiciones más rápidas a consumo problemático y dependiente predicen mayor severidad en la dependencia del tabaco dentro de los pares de gemelos, lo cual permite sugerir una influencia causal (Huggett et al., 2019).

7. **Percepción de riesgo y de disponibilidad de drogas:** Datos de consumo de marihuana en estudiantes de 8° de enseñanza básica a 4° año de enseñanza media (o equivalente) en Argentina, Chile y Uruguay, entre los años 2001 y 2016, revelan que en estos tres países el consumo de marihuana ha subido, y que adolescentes que perciben que el riesgo del consumo de marihuana es bajo o nulo y que la sustancia es fácilmente disponible, tienen mayores probabilidades de consumirla. En Chile, la asociación entre bajo riesgo percibido y mayor probabilidad de uso se ha debilitado desde OR=7.22 en 2001 a OR=5.58 en 2015; mientras la asociación disponibilidad/uso se ha reducido desde OR=5.92 a OR=4.10 en 2015. Sin perjuicio de lo anterior, los investigadores concluyen que la percepción de riesgo de consumo sería un determinante débil del consumo de marihuana, mientras la percepción de disponibilidad se encuentra fuertemente asociada a la probabilidad de consumo (Schleimer et al., 2019).

8. **Problemas de conducta y actitudes durante la adolescencia:**

   a. Se ha propuesto que un único espectro de problemas externalizantes (de conducta) podría abarcar tanto síndromes de conducta antisocial como trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Soe-Agnie, Paap, VanDerNagel, Nijman y Jong, 2018).

   b. Un estudio longitudinal realizado en una muestra de 1.435 parejas de gemelos (57% mujeres; 36% homocigóticos) en Finlandia indagó sobre las diferencias entre gemelos, observables en la adolescencia, que mejor predicen el consumo de alcohol en la vida adulta. A nivel individual, los casos que en la adolescencia tuvieron mayor consumo de sustancias, problemas externalizantes (de conducta), más tiempo con los amigos, involucramiento en deportes, problemas para dormir, disciplina parental, y expectativas positivas relacionadas con el alcohol, reportaron mayores niveles de abuso del alcohol durante los primeros años de la vida adulta. En complemento, quienes durante la adolescencia mostraron más problemas internalizantes (emocionales), mayor calidad en la relación padres-hijo, y más tiempo con los padres, reportaron menores niveles de abuso del alcohol. Las asociaciones con consumo de sustancias en la adolescencia y expectativas relativas al alcohol también son significativas en las comparaciones entre gemelos. Además, en la comparación entre gemelos, el tener mejor desempeño académico se asoció con un mayor abuso del alcohol en los adultos jóvenes (Stephenson et al., 2019).

   c. Se ha encontrado evidencia científica sobre la asociación entre el constructo de "inconvencionalidad" y el consumo de marihuana. La inconvencionalidad se entiende como un estilo motivacional o disposición orientado hacia la aceptación de actitudes y conductas que son socialmente rechazadas y desalentadas, y que pueden asumir una especie de motivación "antisocial" que se vuelve normativa durante la adolescencia.

En virtud de los hallazgos, sería contraproducente transmitir mensajes que señalen a la marihuana como un "fruto prohibido", pues mensajes extremos en esta línea pueden incrementar el atractivo de esta droga para jóvenes que buscan formas de afirmar su rechazo de las normas y valores de los adultos (Gorman y Derzon, 2002).

d. La presencia de síntomas depresivos y problemas de conducta en el 6° año de educación (aproximadamente a los 11 años de edad) se asocia con mayores probabilidades de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas durante la adolescencia (Stone, Vander Stoep y McCauley, 2016).

9. **Problemas de control de impulsos:** Se ha documentado una asociación significativa entre el consumo de cocaína y déficits de control inhibitorio, dificultades de procesamiento cognitivo y monitoreo de respuestas, así como altos niveles de impulsividad. Ex consumidores pueden mostrar recuperación del control inhibitorio, pero altos niveles de impulsividad pueden ser persistentes en la abstinencia, lo cual sugiere que la impulsividad puede ser un factor de riesgo que conduce al consumo (Czermainski, Willhelm, Santos, Pachado y Almeida, 2017).

Factores protectores y de riesgo del consumo de sustancias en niños, niñas y adolescentes en Chile

El Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) desarrolló un modelo estadístico multivariado para determinar los principales factores de riesgo y de protección en niños, niñas y adolescentes chilenos, a partir de los resultados de la encuesta "Juventud y Bienestar" implementada durante el año 2019 en 46 comunas de Chile en el marco del programa Elige Vivir sin Drogas.

La encuesta fue autoaplicada a una muestra por conveniencia de 2° Medio de 1.275 colegios de 46 comunas, con 85.907 encuestas completadas y una tasa de respuesta del 79%. La variable dependiente fue consumo de drogas, con dos niveles de riesgo, que se definen operacionalmente a continuación:

1. Consumo de riesgo alto: incluye a todos los casos que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

   a. Emborracharse 3 o más veces en los últimos 30 días.

   b. Usar cannabis 10 o más veces alguna vez en la vida.

   c. Usar LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína alguna vez en la vida.

2. Consumo de riesgo bajo: incluye a todos los casos que cumplen al menos uno de los siguientes criterios:

   a. Emborracharse 1 o 2 veces en los últimos 30 días.

   b. Haber consumido cannabis 9 veces o menos en la vida.

   c. No haber usado nunca en la vida LSD, éxtasis, cocaína o pasta base de cocaína.

De acuerdo con el modelamiento desarrollado, 11.981 (14,64%) casos entran en la categoría de consumo de riesgo alto, mientras 69.841 (85,36%) casos entran en la categoría de riesgo bajo. Los factores que tienen mayor influencia sobre la probabilidad que un niño, niña o adolescente entre en una de las dos categorías descritas son los siguientes:

Figura 32

FACTORES PROTECTORES DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN POBLACIÓN ESCOLAR CHILENA

FACTOR	ODDS RATIO (OR)
Desaprobación parental del uso de drogas	0.60
Pasar toda la noche en casa	0.70
Tiempo compartido con los padres	0.76
Intensidad de entorno religioso	0.83
Presencia de vínculo barrial	0.91

Fuente: Elaboración propia.

Figura 33

FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN POBLACIÓN ESCOLAR CHILENA

FACTOR	ODDS RATIO (OR)
Pares consumen drogas	3.76
Transgresión a la norma social	2.66
Hacer la cimarra	2.19
Pasar tiempo fuera de casa en las noches	1.73
Presencia de uso de tabaco en familia y/o amigo/as	1.69
Consumo de alcohol en casa	1.66
Desconocimiento de actividades fuera de la escuela y nocturnas	1.56
Violencia sexual en algún momento	1.55
Rendimiento académico relativo	1.48
Ejercicio de violencia a terceros	1.45
Pares buscadores de peleas	1.30
Presencia de pensamiento o intento suicida	1.27
Desapego a las normas	1.27
Desconocimiento del grupo de pares	1.23
Participación de pares en actos delictivos	1.20
Presencia de intentos suicidas en pares o conocidos	1.19
Ser parte de un grupo que ejerce violencia	1.13
Conductas impulsivas	1.12

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, es preciso considerar que los niños y niñas en Chile llegan a la enseñanza media con una significativa exposición a otros factores de riesgo adicionales, a saber (SENDA, 2020):

Factores de riesgo individuales

a. Percepción de riesgo: la percepción de riesgo frente al uso frecuente de tabaco sólo llega a 54,8% en 2019; respecto al uso diario de alcohol sólo llega a 63,4%; la percepción de riesgo de uso frecuente de marihuana llega a 24,3%; la percepción

de riesgo del consumo frecuente de cocaína en el presente estudio llega a 58,8%.

b. Actitudes hacia la marihuana: 53,4% de los estudiantes encuestados declara pensar que "probar marihuana una o dos veces no hace daño"; con relación a la idea de que "la marihuana tiene un bajo poder adictivo", esta llega a 50,1% en 2019.

Factores de riesgo familiares

a. Actitudes de los padres sobre aprobar o rechazar el consumo en sus hijos: la desaprobación parental del consumo de marihuana llegó a 67,7%, su nivel más bajo desde 2001; en tanto la desaprobación parental del consumo de alcohol es de 57,2%.

b. Conocimiento de las actividades de los hijos: el conocimiento de los padres respecto al lugar donde se encuentra su hijo al salir se asocia a una menor prevalencia de consumo de marihuana respecto a la de aquellos estudiantes cuyos padres no presentan dicha conducta (40,4% frente a 23,2%) en 2019, y en el consumo de cocaína total (7,7% frente a 2,7%).

Factores de riesgo sociocomunitarios

a. Disponibilidad y acceso al alcohol: la facilidad de compra de alcohol, entendida como la proporción de estudiantes que declaran que les sería fácil o muy fácil comprar alcohol, llega a 37,6% en 2019.

b. Disponibilidad y acceso a drogas: la proporción de estudiantes que declara que le sería fácil conseguir marihuana es de 42,9% en 2019; los estudiantes que declaran haber recibido ofertas recientes de marihuana llegan a 34,8%; el último lugar donde se realizó el ofrecimiento de marihuana fue en las vías de acceso relacionadas a colegio (7,6% en 2019), fiestas (13,3%), alrededores de la casa (4,3%) y casa de amigo o amiga (8,9%); la facilidad de acceso a cocaína, alcanza 10,4% en 2019; mientras que en pasta base llega a 7,4%.

MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

Prochaska, DiClemente y Norcross han desarrollado diversos estudios a contar de la década de 1970 para describir "la estructura de cambio que subyace, tanto en la modificación de comportamientos adictivos u otros problemas de comportamiento a través de un tratamiento, como mediante uno mismo. Nos hemos concentrado en el fenómeno de cambio intencional como oposición al cambio social de desarrollo o impuesto. Nuestro tema básico puede formularse como sigue: ya que se puede demostrar el cambio con éxito de adicciones

complejas, tanto en psicoterapia como en auto-cambio, podemos deducir que hay principios comunes básicos que pueden revelar la estructura de cambio acaecida con y sin psicoterapia" (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994, p. 3).

De acuerdo con los hallazgos de esta larga línea de investigación, "los individuos que modifican sus comportamientos adictivos se mueven a través de una serie de etapas desde precontemplación a mantenimiento. El esquema lineal de las etapas se descubrió en una investigación con fumadores que intentaban dejar de fumar por sí mismos y con fumadores en programas de tratamiento profesional (...) en progresión lineal desde precontemplación a contemplación, desde preparación a acción y finalmente a mantenimiento" (Prochaska et al., 1994, p. 4). Estas etapas se describen a continuación:

1. **Precontemplación.** Es la etapa en la cual no hay intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. Muchos individuos en esta etapa no se dan cuenta de sus problemas o los minimizan. No es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema. "Normalmente se sienten coaccionados para cambiar el comportamiento adictivo por una esposa que amenaza con irse, un empleado que amenaza con despedirse, padres que amenazan con repudiarlos, o la justicia que amenaza con el castigo. Pueden incluso demostrar intenciones de cambio mientras existe la presión. De todas formas, cuando la presión desaparece, a menudo vuelven rápidamente a sus hábitos anteriores (...) la resistencia a reconocer o a modificar un problema es la señal de la precontemplación" (Prochaska et al., 1994, p. 4).

2. **Contemplación.** Es la etapa "en que las personas son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo [en los próximos 6 meses], pero aún no se han comprometido a pasar a la acción. Los individuos pueden quedarse atascados en la etapa de contemplación durante largo tiempo ( ) contemplación es saber dónde se quiere ir pero no encontrarse todavía preparado" (Prochaska et al., 1994, p. 5). Otro aspecto importante de la etapa de contemplación es "sopesar los pros y contras del problema y la solución. Los contempladores parecen luchar con sus evaluaciones positivas de comportamiento adictivo y pierden una gran cantidad de esfuerzo y energía para superar el problema (...) el elemento central de la etapa de contemplación es la firme consideración en la resolución del problema" (Prochaska et al., 1994, p. 5).

3. **Preparación.** Es la etapa que "combina intención y criterio de comportamiento. Los individuos en esta etapa intentarán pasar a la acción el próximo mes (...). Como grupo, los individuos que se encuentran preparados para la acción informan de pequeños cambios de comportamiento ( ); aunque han hecho mejoras en sus problemas de comportamiento, los individuos en la etapa de preparación no han alcanzado aún el criterio para una acción efectiva" (Prochaska et al., 1994, p. 5).

4. **Acción.** Es la etapa en la que "cada individuo modifica su comportamiento, experiencias o entorno con el fin de superar sus problemas. Acción implica cambios de comportamiento más visibles y requiere un considerable compromiso de tiempo y energía. Las modificaciones del comportamiento adictivo hechas en la etapa de acción tienden a ser más visibles y reciben el máximo reconocimiento externo. Personas, incluyendo profesionales, a menudo igualan erróneamente acción con cambio, como consecuencia, pasan por alto el trabajo que prepara al cambio para la acción y los importantes esfuerzos necesarios para mantener los cambios que siguen a la acción. Los individuos se clasifican en la etapa acción si han modificado con éxito el comportamiento adictivo durante un período de entre un día a seis meses" (Prochaska et al., 1994, p. 5).

5. **Mantenimiento.** Es la etapa en la cual "las personas trabajan para prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la acción. Tradicionalmente la etapa de mantenimiento se veía como una etapa estática. De todas formas, mantenimiento es una continuación, no una ausencia de cambio. Para comportamientos adictivos esta etapa se extiende de seis meses a un período indeterminado posterior a la acción inicial. Para algunos comportamientos el mantenimiento puede ser considerado para toda la vida. El criterio para considerar que alguien se encuentra en la etapa de mantenimiento es ser capaz de mantenerse alejado del comportamiento adictivo y ser capaz de comprometerse consistentemente en su nuevo comportamiento durante más de seis meses" (Prochaska et al., 1994, pp. 5-6).

Finalmente, los autores proponen considerar una etapa adicional de recaída, pues esta es muy común en distintos ámbitos de problemas de conducta, y porque la progresión lineal óptima entre las distintas etapas de cambio es relativamente rara en la realidad (Prochaska et al., 1994).

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional es una forma de diálogo colaborativo entre un profesional y un consultante. Se usa típicamente con individuos que son ambivalentes sobre realizar acciones para cambiar determinadas conductas. Esta técnica es utilizada para ayudar a las personas a confrontar las consecuencias de sus acciones y decisiones, mientras se les guía a través de formas de resolver desafíos (Adler et al., 2016).

Es posible combinar la entrevista emocional con otras prácticas tales como la terapia cognitivo conductual. Revisiones sistemáticas y meta-análisis internacionales han mostrado que la entrevista motivacional puede lograr mejores resultados que la consejería tradicional en un amplio rango de conductas problemáticas, tales como fumar, abusar del alcohol, consumo de drogas, la falta de ejercicio

físico o los malos hábitos alimenticios, en consultantes de ambos sexos y diversas edades, incluyendo adolescentes (Adler et al., 2016).

La entrevista motivacional también puede definirse como un "estilo de consejería directivo, centrado en el cliente, para elicitar cambios de conducta a través de ayudar a los clientes a explorar y resolver su ambivalencia" (Vader, Walters, Prabhu, Houck y Field, 2010, p. 191).

En teoría, la entrevista motivacional funciona porque ayuda a los clientes a formar su lenguaje, elicitando y reforzando selectivamente declaraciones en favor del cambio. Se ha hipotetizado que i) la entrevista emocional aumenta la motivación a cambiar y reduce la resistencia hacia el cambio, ii) la extensión con que el cliente verbaliza razones para cambiar está positivamente relacionada con la magnitud del cambio subsecuente, y iii) la extensión con que el cliente declara razones contra el cambio está negativamente relacionada con la magnitud del cambio subsecuente (Vader et al., 2010).

CIENCIA DE LA PREVENCIÓN

La ciencia de la prevención se define como "un campo multidisciplinario dedicado al estudio científico de teoría, investigación y prácticas relacionadas con la prevención de problemas sociales, físicos, y de salud mental, incluyendo su etiología, epidemiología e intervención" (O'Connell et al., 2009, p. xxvii). La ciencia de la prevención ha logrado importantes avances en la documentación de prácticas efectivas para atender problemas sociales y de salud, entre los que se incluyen materias relacionales con la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias (Sloboda y Petras, 2014).

Algunas intervenciones que se han mostrado ineficaces para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas son (Robertson et al., 2015):

1. Despertar miedo: el uso de testimonios de ex consumidores de sustancias no genera efectos preventivos, y puede llegar a ser perjudicial al hacer que algunos niños y niñas perciban el estilo de vida asociado al consumo de sustancias como excitante y deseable.
2. Información: la mayoría de las estrategias preventivas efectivas incluyen la entrega de información, pero el limitarse a ello no es suficiente para alterar el comportamiento.
3. Educación afectiva: el foco exclusivo en el mejoramiento de la autoestima no es suficiente para el desarrollo de conductas positivas ni sirve como disuasivo de conductas de consumo.
4. Promoción de actividades estructuradas: las actividades estructuradas pueden ser parte de intervenciones más complejas, pero el limitarse a esa mera acción como, por ejemplo, impulsando actividades extracurriculares, no es suficiente para generar efectos preventivos.

El estado del arte muestra claramente que el desarrollo de habilidades y competencias cognitivas y sociales son los métodos de intervención preventiva más potentes en los períodos de la niñez y la adolescencia. En consecuencia, algunas recomendaciones que surgen de experiencias efectivas de prevención son (Robertson et al., 2015):

- La intervención temprana aumenta la probabilidad de éxito en el desarrollo a través del curso vital.
- Las transiciones vitales, como por ejemplo las escolares o propias de la pubertad y adolescencia, son puntos de vulnerabilidad que al mismo tiempo ofrecen oportunidades de intervención.
- Las intervenciones que abordan problemas en múltiples contextos como la familia, los pares y la escuela, generalmente son más exitosas que las intervenciones que se limitan a un solo contexto.

En el ámbito comunitario, las estrategias de prevención típicamente involucran políticas y medios de comunicación (Robertson et al., 2015):

- Acciones de política: capacitación de vendedores locales sobre cómo solicitar documentos de identificación a compradores de bebidas alcohólicas y cómo negarse a la venta a adolescentes que no cumplen con la edad legal para comprar; aplicación de normas sobre el uso de alcohol y drogas en el entorno.
- Medios de comunicación: las estrategias de medios pueden ser efectivas en reducir el inicio y progresión del abuso de drogas cuando siguen ciertas orientaciones teóricas y científicas. Por ejemplo, se ha identificado que los adolescentes que buscan sensaciones intensas pueden ser más vulnerables al abuso de drogas. En estos casos, la promoción de actividades altamente estimulantes como la escalada en roca puede generar efectos preventivos o de reducción del consumo.

Las escuelas, por otra parte, son contextos obvios de intervención preventiva porque casi todos los niños asisten a la escuela y se espera de ellos que desarrollen competencias cognitivas, aumenten su conocimiento, y se comporten de formas socialmente aceptables. Algunos tipos de intervención que han logrado resultados positivos son (Robertson et al., 2015; Tobler et al., 2000):

- Manejo efectivo de la sala de clases: Consiste en la capacitación de los profesores para premiar conductas positivas. El objetivo es crear un ambiente en que aprender sea el objetivo principal y la fuente primaria de recompensa.

- Aprendizaje socioemocional: El objetivo principal de este enfoque es ayudar a niños (pequeños, de pre-escolar a 3º Básico) a identificar emociones que interfieren el aprendizaje, como la frustración, la rabia y la sobreestimulación, y entregarles herramientas cognitivas para manejar estas emociones.

- Resistencia a la presión social: El objetivo de esta intervención consiste en enseñar a los preadolescentes y adolescentes (es decir, personas en transiciones más cercanas a la exposición a drogas y más propensos a la experimentación) habilidades sociales y asertividad, necesarias para manejar la presión de los pares hacia el consumo experimental.

- Educación normativa: Esta estrategia de intervención sólo genera efectos positivos cuando se acompaña con otras estrategias para el desarrollo de competencias sociales o personales. El objetivo de este tipo de intervenciones es corregir las normas positivas mal percibidas sobre el uso y aceptación del consumo de drogas. Es común aplicar encuestas para medir la aceptación que el consumo tiene en los pares, y la idea que tienen los estudiantes sobre la aceptación del consumo entre sus pares. La confrontación de estas medidas con frecuencia muestra a los estudiantes que el no consumir drogas los pone dentro de la norma, y no como casos excepcionales.

EFICACIA DE INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Existe un importante cúmulo de investigación empírica respecto a los métodos de intervención más efectivos para la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias. La revisión de estos antecedentes es relevante para efectos de informar las decisiones sobre las acciones que desarrollará SENDA, de manera que estas tengan mejores oportunidades de producir un impacto significativo sobre el problema.

Los programas de prevención del consumo de sustancias pueden clasificarse siguiendo distintos criterios, tales como población universal (general) o selectiva (de alto riesgo); por componentes unimodal (basado en un solo contexto de intervención) o multimodal (que incluye componentes para la escuela, familia, pares, entre otros); por métodos de entrega de contenidos interactivos o no interactivos (es decir, métodos didácticos pasivos de comunicación unidireccional); o por tipo de contenido orientado al conocimiento (información sobre drogas y sus efectos), orientado a la promoción del desarrollo afectivo, u orientado al desarrollo de competencias (sociales u otras) (Ariza, Sánchez-Martínez y Pérez, 2017).

Los programas de prevención pueden considerar un momento de entrega óptimo, poniendo énfasis en niños de determinada edad; pueden incluir indicaciones sobre un tipo de facilitadores en particular, sean los profesores de las escuelas, otros educadores externos, los pares o mentores voluntarios; pueden considerar una determinada intensidad de intervención, definida por la cantidad y duración

de las sesiones y la duración del programa; y la existencia o no de sesiones de refuerzo para determinados contenidos de programa (Ariza et al., 2017).

El principio fundamental de los programas de prevención del abuso de sustancias es mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo. A tal efecto, se recomienda tener en consideración (National Institute on Drug Abuse, 2004):

a. El riesgo de convertirse en un abusador de drogas involucra una relación entre el número y el tipo de los factores de riesgo, y los factores de protección.

b. El impacto potencial de factores específicos de riesgo y de protección cambia con la edad. Por ejemplo, las dinámicas y problemas familiares tienen un gran efecto en los niños y niñas; mientras que tener amigos consumidores de drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente.

c. Una intervención temprana en los factores de riesgo suele tener un impacto mayor que una intervención tardía al cambiar la trayectoria de la vida del niño alejándole de los problemas y dirigiéndolo hacia conductas positivas.

d. Aunque los factores de riesgo y de protección pueden afectar a personas de todos los grupos, estos factores pueden tener un efecto diferente dependiendo de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona.

Existe evidencia limitada, pero con base en estudio empíricos, respecto a que las intervenciones multicomponente (es decir, que actúan en más de un contexto; por ejemplo, escuela y familia) de prevención del consumo de alcohol en adolescentes, pueden ser efectivas, aunque no existe evidencia respecto a que esta eficacia sea mayor a la de intervenciones focalizadas en un solo contexto (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011).

En general, los programas altamente estructurados para la prevención del consumo de sustancias pueden tener un efecto significativo y beneficioso para la población, en la medida que la implementación guarde fidelidad respecto del diseño original que ha logrado documentar el impacto social de interés (NIDA et al., 2016b). La fidelidad de programa puede medirse en cinco dominios: adherencia al modelo de intervención preventiva o de tratamiento, exposición o "dosis" de la intervención, calidad de la entrega del programa a los beneficiarios, la respuesta de los usuarios a la intervención, y la diferenciación de programa entendida como la falta de contaminación por otros programas que se implementen en paralelo (Ennett et al., 2011).

Otra dimensión relevante de la implementación correcta de programas efectivos es complementar la fidelidad al diseño original con una buena adaptación cultural local. A modo de ejemplo, un estudio evaluó el impacto de una adaptación del programa Unplugged en Brasil (#Tamojunto), mediante un análisis de transición latente aplicado a 6.391 casos de 72 escuelas públicas de 6 ciudades brasileñas. Los casos tratados recibieron 12 clases semanales de la intervención, mientras el grupo control no recibe tratamiento. Los resultados revelan distintos patrones de

consumo de sustancias: casos que se abstienen o tienen poco uso de sustancias (81,5% en línea de base y 70,6% después de 21 meses), casos que consume alcohol o que tienen consumo excesivo de alcohol (16,6% en línea base y 21,4% a 21 meses), y casos que son policonsumidores de sustancias (1,8% en línea base y 7,9% a 21 meses de la intervención). Al comparar grupos de tratamiento y control no se apreciaron diferencias significativas en la probabilidad de transición entre patrones de consumo, por lo cual la intervención no resulta ser efectiva. Los investigadores concluyeron que la adaptación del programa (efectivo en su lugar de origen) debe reevaluarse, cautelando la efectividad de su adaptación cultural (Valente, Cogo-Moreira, Swardfager y Sánchez, 2018).

Programas y estrategias de prevención del consumo de sustancias en general

Los programas basados en una combinación de enfoques de desarrollo de competencias sociales y protección contra la influencia social muestran, en promedio, efectos protectores pequeños pero consistentes en la prevención del uso de sustancias (Faggiano et al., 2014).

A modo de ejemplo, el programa Life Skills Training (Habilidades para la vida) consiste en tres componentes principales: i) desarrollo de competencias personales que enseñan habilidades de automanejo, ii) desarrollo de competencia social que enseña un amplio abanico de habilidades sociales, y iii) un componente de resistencia a las drogas, que enseña contenidos relacionados con la salud, habilidades de resistencia y actitudes y normas favorables al cuidado de la salud. Este modelo de intervención preventiva puede reducir la proporción de consumidores de tabaco, alcohol y marihuana en 50%, llegando a reducciones de 80% en algunas evaluaciones (Botvin y Griffin, 2015).

La evaluación del programa Saluda para la prevención del consumo de alcohol y drogas en escuelas en España, dirigido a niños de 12 a 15 años de edad (n=341), permitió apreciar que los efectos positivos en términos de reducción del consumo de alcohol (d=0.60) y de la intención declarada de consumir otras sustancias (d=0.97), es mayor cuando se aplican juntos los dos componentes del programa, uno para el desarrollo de habilidades sociales, y otro para el entrenamiento en resolución de problemas, comparado con la aplicación de un componente por separado, o con no aplicar el programa (Espada, Griffin, Pereira, Orgilés y García-Fernández, 2012).

Respecto al deporte y su relación con el consumo de sustancias, algunos especialistas sugieren que la actividad deportiva puede tener valor preventivo, en tanto otros sugieren que la práctica deportiva puede ofrecer un contexto que facilite y motive el consumo de sustancias en personas jóvenes.

Al analizar la relación entre deportes y consumo de sustancias, un estudio realizado en una muestra de adolescentes canadienses (n=13.817) reveló que la participación en deportes que se practican en equipo, se asocia con mayor probabilidad de consumo excesivo de alcohol en hombres (RR=1.33) y en mujeres (RR=1.21), y mayor probabilidad de consumo de tabaco no fumable en hombres (RR=1.68) y en mujeres (RR=1.32); pero también se asocia con menores niveles de consumo de cannabis (RR=0.73) y consumo de tabaco en mujeres (RR=0.79). Además, en los adolescentes hombres, la alta frecuencia de actividad física y el alto involucramiento en equipos deportivos (es decir, cuando el equipo es el grupo de pares principal), el riesgo de consumo es mayor; mientras el alto

involucramiento en el equipo se asocia con mayor riesgo en las niñas (Boyes, O'Sullivan, Linden, McIsaac y Pickett, 2017).

En complemento, una revisión sistemática identificó 17 estudios longitudinales sobre la relación entre práctica deportiva y consumo de sustancias en adolescentes y adultos jóvenes. En síntesis, la participación en deportes se asocia con el consumo de alcohol en el 82% de los estudios identificados, aunque también se relaciona con menos uso de drogas ilícitas, en especial para drogas distintas de la cannabis (Kwan, Bobko, Faulkner, Donnelly y Cairney, 2014).

Otra evaluación experimental de una intervención preventiva multimodal de 2 años de duración en niños de 6 años de edad con conductas disruptivas escolarizados de Montreal (n=172), basada en entrenamiento para los niños en habilidades sociales y de resolución de problemas, y en entrenamiento para los padres en habilidades de crianza efectivas, mostró una reducción significativa del abuso de sustancias en la adolescencia, 8 años después de la aplicación del programa. Los efectos de reducción del abuso de sustancias se explican parcialmente por reducciones en la impulsividad, la conducta antisocial y la afiliación a pares menos desviados durante la pre adolescencia (Castellanos-Ryan, Séguin, Vitaro, Parent y Tremblay, 2013).

Es preciso tener en consideración que las intervenciones estandarizadas realizadas en las escuelas para prevenir el consumo de sustancias no tienen desempeños homogéneos, de manera que los resultados de prevención pueden verse afectados por condiciones de contexto. A modo de ejemplo, una evaluación del programa ALERT de prevención del consumo de sustancias, mostró que este programa funciona mejor en las escuelas que tienen mejor funcionamiento general en términos de desempeño académico (Clark, Ringwalt, Shamblen, Hanley y Flewelling, 2011).

También es pertinente señalar que se ha documentado que existen factores comunitarios que operan como barreras de acceso a programas de prevención del consumo de sustancias en barrios que socialmente vulnerables. Análisis de regresión logística sobre condiciones barriales que inciden sobre el ingreso a programas de prevención en niños de 11 a 12 años de edad, más allá de las características individuales de los usuarios, muestran que mayores niveles de desempleo en el barrio se relacionan con menor acuerdo en participar, y menores tasas de graduación en liceos se relacionan con menores niveles de ingreso formal a programas preventivos. Por otra parte, una tasa alta de hogares monoparentales dirigidos por mujeres se relaciona con mayor acuerdo para acceder a programas (Byrnes, Miller, Aalborg y Keagy, 2012).

Prevención del consumo de tabaco

Un ensayo aleatorio sobre los efectos del programa Unplugged sobre el consumo de tabaco en niños y niñas (n=1.874) de 6° Básico de la República Checa, permitió observar incrementos en el consumo de tabaco más rápidos en los casos no tratados, y en las niñas, si se les compara con los niños; de manera que la participación en el programa explica un incremento menor del uso del tabaco, comparado con casos no tratados, en tanto el sexo de los niños también incide sobre los resultados (Gabrhelik, Duncan, Lee et al., 2012).

Un meta-análisis de nueve estudios experimentales sobre efectividad de intervenciones realizadas por personal de salud para prevenir el consumo de

tabaco en niños y adolescentes en edad escolar, sugiere que las intervenciones conductuales (entrega de información y educación al niño y la familia en persona, por teléfono y por correo, dar consejería, entrevista motivacional, entregar material interactivo por computador) pueden prevenir fumar y colaborar en el abandono del cigarrillo. Niños y adolescentes que participan de programas preventivos tienen 18% menos probabilidad de reportar iniciación en el consumo de tabaco al término del tratamiento (RR=0.82), y 34% más probabilidad de reportar abandono del cigarrillo en final del tratamiento, comparados con casos de control (Peirson, Ali, Kenny, Raina y Sherifali, 2016).

Prevención del consumo de alcohol

Intervenciones de prevención del consumo de alcohol en adultos jóvenes basadas en servicios web han mostrado evidencia de efectividad en términos de reducción de cantidad tragos consumidos en Brasil, aunque la efectividad de la intervención se ve moderada por la motivación del usuario, pues usuarios con baja motivación pueden aumentar el consumo de alcohol tras recibir el programa (Bedendo, Ferri, Souza, Andrade y Noto, 2019).

Otra evaluación experimental, en este caso del programa Unplugged, desarrollada entre los años 2004 y 2005 con una muestra total de 7.079 estudiantes de 12 a 14 años de edad, de 143 escuelas en siete países europeos, reveló que esta intervención estandarizada de 12 semanas no produjo una reducción estadísticamente significativa en el riesgo de reportar problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, logró demorar la progresión en el consumo de alcohol y la ocurrencia de problemas conductuales relacionados al consumo de alcohol (Caria, Faggiano, Bellocco y Galanti, 2011).

Prevención del consumo de marihuana

Los datos de consumo de marihuana en población escolar norteamericana muestran prevalencias menores a 2% en niños y niñas de 13 años, las que pueden llegar a aumentar 518% en un año, con prevalencias de 6,7% en niñas y 9,5% en niños de 14 años. En los años posteriores se ven otros incrementos significativos pero decrecientes, con aumentos de 225% en la prevalencia a los 15 años, y de 177% en la prevalencia a los 16 años de edad. En virtud de estos datos, se recomienda iniciar programas de prevención antes de los 14 años de edad (Ariza et al., 2017).

Por otra parte, un estudio cuasi experimental (n=142) reciente en los Estados Unidos mostró que un modelo de tratamiento breve, realizado en casa, para enseñarle a los padres de adolescentes con consumo moderado de sustancias a utilizar estrategias de entrevista motivacional y cognitivo conductuales, evidenció una reducción significativa del consumo de sustancias, junto a una mejora significativa de la cohesión familiar (Botzet et al., 2019).

Prevención en el entorno familiar

El ambiente familiar en general, y los estilos de crianza en particular, son factores claves para el desarrollo de trayectorias que conducen al inicio del consumo

de drogas en la adolescencia y a la dependencia de drogas a futuro (Dishion, Véronneau, Stormshak y Kavanagh, 2015).

Una evaluación experimental del programa Familias Unidas en niños hispanos de 8° Básico (n=746) en Miami, Estados Unidos, reveló que la implementación del programa previene el incremento en el consumo de drogas y el aumento de relaciones sexuales sin uso de preservativo, a 30 meses del inicio de la implementación, comparado con otros servicios regulares de prevención. Este programa también produjo efectos positivos en el funcionamiento de las familias, y en el monitoreo parental de las redes de amigos de los hijos (Estrada et al., 2017).

Otra evaluación experimental de un programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar, aplicado a una muestra de niñas norteamericanas de origen asiático (n=108), revisó la efectividad de un programa de nueve sesiones entregado totalmente por internet, orientado a fortalecer la relación entre las niñas y sus madres, y a aumentar la resiliencia de las niñas para resistir el consumo de sustancias. Tras dos años de seguimiento, las niñas tratadas muestran niveles significativamente mayores que el grupo de control en cercanía madre-hija, comunicación madre-hija, monitoreo de la hija por parte de la madre, y reglas familiares en contra del consumo de sustancias. Las niñas tratadas también mostraron mejores niveles de autoeficacia, mejores habilidades para el rechazo de las drogas, y menores intenciones de uso futuro de drogas. Además, las niñas tratadas mostraron menos instancias de uso de alcohol, marihuana y fármacos que requieren prescripción médica, que las niñas del grupo control (Fang y Schinke, 2013).

Por otra parte, el modelo Family Check-Up (FCU) es una intervención basada en la escuela, pero que centra la intervención en la familia, y se orienta a prevenir y atender problemas de conducta en adolescentes en riesgo, incluyendo el comportamiento antisocial y el uso de sustancias. Una evaluación experimental de este modelo en 593 estudiantes de 6° a 8° Básico revela que FCU se relaciona con mayores niveles de autorregulación en estudiantes de 6° y 7° Básico, en quienes se observa menor riesgo de desarrollar conductas antisociales, involucrarse con pares antisociales, y usar tabaco, alcohol o marihuana durante 8° Básico (Fosco, Frank, Stormshak y Dishion, 2013).

Un estudio de evaluación del programa Staying Connected with your Teen analizó los efectos de aplicar este programa a niños de 8° Básico, sobre estresores familiares, en 1° y 2° Medio, consumo de drogas en 2° Medio, y frecuencia de uso de drogas a los 20 años de edad. Un conjunto de familias (n=331) se asignaron al azar a una de tres condiciones: intervención grupal para padres y adolescentes, intervención autoadministrada con apoyo telefónico, y grupo de control sin tratamiento. Los resultados muestran que la modalidad presencial en grupos tiene efectos directos en términos de reducir la frecuencia de consumo de drogas de los casos tratados (Haggerty, Skinner, Catalano, Abbott y Crutchfield, 2015).

Un ensayo aleatorio midió los efectos sobre el consumo de alcohol, tras la aplicación de un programa de parentalidad autoadministrado aplicado en casa, en una muestra de 1.076 niños de 9 años de edad en promedio. La intervención consiste en un programa de parentalidad de 5 meses, con 1 mes de reforzamiento de contenidos al segundo y tercer año de aplicar el módulo inicial. La aplicación del programa produce una susceptibilidad significativamente menor al alcohol, medida cuatro años después del inicio del programa (Jackson et al., 2016).

Otro ensayo aleatorio sobre el efecto del programa Prevention of Alcohol Use in Students en Holanda, sobre el consumo de alcohol en una muestra de adolescentes

(n=3.490, edad promedio 12.6 años) y sus padres, midió los resultados de esta intervención en cuatro conglomerados de casos: i) intervención sólo para los padres, ii) intervención sólo para el estudiante, iii) intervención combinada, y iv) grupo control sin intervención. Los resultados medidos 50 meses después del inicio del tratamiento, evidencian que sólo en un escenario de intervención combinada, atendiendo al estudiante y a sus padres, se producen reducciones en la prevalencia de consumo excesivo de alcohol de fin de semana (b= -0.44) y en la cantidad de alcohol consumida (b= -0.24). Los efectos de la intervención fueron atribuidos por los autores a un incremento del autocontrol, prácticas de crianza más estrictas, y un retraso en la iniciación en el consumo de alcohol (Koning, van den Eijnden, Verdurmen, Engels y Vollebergh, 2013).

Prevención en el entorno escolar

Las intervenciones breves desde las escuelas, así como la provisión de información relativa al consumo de sustancias y sus efectos, pueden producir efectos bajos pero consistentes sobre el consumo en evaluaciones de seguimiento, y son en general mejores que sólo limitarse a evaluar la prevalencia de consumo en la escuela (Carney, Myers, Louw y Okwundu, 2016). También se ha evidenciado que la exposición de niños y niñas de 12 a 17 años a programas educativos preventivos contra el consumo de alcohol y drogas en el ámbito escolar, puede asociarse con efectos significativos sobre el consumo de alcohol y consumo excesivo de alcohol (Merianos y Barry, 2017).

Un ensayo aleatorio sobre el impacto del programa Unplugged en niños escolarizados de 6° Básico (n=1.753) en República Checa, encontró que, tras dos años de seguimiento, la aplicación del programa produce efectos significativos en términos de reducción del uso de tabaco (OR=0.75; OR=0.48 para consumo intensivo de tabaco), para consumo de cannabis (OR=0.57) y para consumo de cualquier otra droga (OR=0.78) (Gabrhelik, Duncan, Miovsky et al., 2012).

Otra evaluación aleatoria del mismo programa Unplugged de prevención universal del consumo de sustancias, implementado en escuelas de la República Checa con una muestra total de 1.874 niños de 6° Básico, revela que este tipo de intervención es efectiva, mostrando probabilidades significativamente menores de consumo de cannabis en los casos tratados, comparados con casos de control que no reciben el tratamiento (Miovský, Voň ková, Gabrhelík y Šň astná, 2015).

Una revisión sistemática sobre programas basados en la escuela para niños de 10 a 15 años, y su efectividad para prevenir el consumo de alcohol y marihuana, logró identificar seis experimentos aleatorios sobre el tema, que en conjunto abarcan a 11.926 participantes. Entre los principales hallazgos, se aprecia que las intervenciones comprehensivas (que incluyen habilidades de rechazo de las sustancias, habilidades de autogestión, y entrenamiento en habilidades sociales) realizadas en las escuelas resultan en una reducción promedio absoluta de 7 días de uso de marihuana al mes y de 12 días para consumo de alcohol. En cambio, las intervenciones que se limitan a entregar información sobre los efectos de las drogas, evidencian una reducción promedio absoluta de 2 días de consumo de alcohol por mes (Lemstra et al., 2010).

Otro meta-análisis de siete estudios empíricos relevó que el uso de intervenciones basadas en la integración entre educación académica y en materias de salud en niños escolarizados de 4 a 18 años de edad, produce reducciones de consumo de sustancias entre los 7 y los 9 años (d= -0.09), y entre los 10 y los 11 años

(d= -0.06). Estas intervenciones fueron ampliamente efectivas en la reducción de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en estos grupos de educación básica. Los efectos preventivos son significativos, aunque de pequeño tamaño (Melendez-Torres et al., 2018).

La expansión de programas de prevención del consumo de sustancias en las escuelas, para incluir además a los padres mediante componentes de apoyo a la parentalidad, puede producir mejoras en los resultados de estas iniciativas. De acuerdo con una revisión sistemática de 22 investigaciones sobre esta materia, las intervenciones combinadas escuela-familia en niños de 11 a 18 años pueden producir efectos significativos en términos de demorar o reducir al consumo de alcohol del adolescente (Newton et al., 2017).

Un ensayo aleatorio evaluó el impacto del "Programa para fortalecer a las familias" y de "Habilidades para la vida", ambos modelos de prevención universal temprana del consumo de sustancias en niños de 10 a 14 años de edad de 36 escuelas de Iowa, Estados Unidos. Para este efecto, se midió el consumo de sustancias de los beneficiarios de los programas y de casos de control cuando alcanzaron la condición de adultos jóvenes, entre los 19 y 22 años de edad. En los resultados se observó efectos significativos indirectos sobre los niveles de embriaguez, menores problemas relacionados con el alcohol, menor consumo de cigarrillos, y menor consumo de sustancias ilícitas (Spoth, Trudeau, Redmond y Shin, 2014).

Otra evaluación aleatoria del "Programa para fortalecer a las familias" en una muestra de 446 familias, implementada en 22 escuelas rurales con niños de 6° Básico, midió los efectos de esta intervención temprana cuando los participantes llegaron a cumplir 21 años de edad. Los resultados revelan que los niños que recibieron el programa tuvieron una exposición significativamente menor (tasa de reducción relativa=28.2%) al abuso de sustancias durante la adolescencia (Spoth, Trudeau, Guyll y Shin, 2012).

Prevención en al ámbito de las redes de pares

Un estudio preliminar exploratorio desarrolló una intervención llamada "Teens' Life Choices Project", diseñada para identificar a los líderes naturales de grupos de jóvenes de 7° Básico (incluyendo líderes con valores convencionales y otros con actitudes antisociales), a quienes se les invitó a desarrollar presentaciones antidrogas para audiencias de pares de menor edad. Los resultados sugieren que esta intervención logró inducir autopersuasión en los lideres para mejorar su resistencia al consumo de drogas, pero este efecto no "irradia" en términos de una reducción del consumo de drogas en los pares en el corto plazo (Golonka, Peairs, Malone, Grimes y Costanzo, 2017).

Otra investigación intentó neutralizar el factor de riesgo asociado a pares consumidores de sustancias en adolescentes socialmente marginalizados (n=1.460 de 7° Básico de 15 escuelas), mediante la aplicación de estrategias de aprendizaje cooperativo grupal en la escuela. Los resultados indican que las estrategias de aprendizaje cooperativo reducen significativamente las tasas de aumento de consumo de alcohol (beta= -0.60) y el consumo de tabaco (beta= -0.58) entre la línea de base y la evaluación de seguimiento 6 meses después (van Ryzin y Roseth, 2018).

Prevención a través de medios digitales

Existe evidencia preliminar de estudios experimentales respecto a que intervenciones basadas en programas computacionales pueden reducir la disposición de niños y niñas hacia el consumo de tabaco, cuando la intervención tiene en consideración factores de riesgo y mecanismos etiológicos asociados al consumo (Andrews et al., 2014).

Un estudio aleatorio sobre la efectividad de un programa de alfabetización digital basado en la familia (n=83) para la prevención del consumo de drogas en niños residentes en áreas rurales, obtuvo resultados que sugieren una reducción estadísticamente significativa en el consumo de sustancias de los niños (d= -0.80), comparados con el grupo de control (Scull, Kupersmidt y Weatherholt, 2017).

Otra intervención preventiva aplicada a través de internet, específicamente desarrollada para niñas de 13 a 14 años de edad, fue evaluada a través de un experimento aleatorio (n=788). La intervención consiste en nueve sesiones interactivas en línea, diseñadas para reducir consumo de drogas y factores de riesgo asociados al consumo a través del mejoramiento de habilidades cognitivas y conductuales tales como la capacidad de afrontamiento del estrés, el manejo de su estado de ánimo, la mantención de una imagen corporal saludable, y el rechazo de ofertas de drogas (Schwinn, Schinke, Hopkins, Keller y Liu, 2018).

Tras un período de seguimiento de un año, las niñas participantes reportaron menos consumo excesivo de alcohol, menos consumo de cigarrillos, mejores capacidades de rechazo de sustancias, y mejores capacidades de afrontamiento que las niñas del grupo control (Schwinn et al., 2018). Un seguimiento posterior a 3 años de esta intervención reveló que las niñas tratadas reportaron menos consumo de tabaco y de cigarrillos electrónicos en el último mes, menores tasas de pares consumidores de drogas, menores niveles de estrés y ansiedad, y mejores puntajes en habilidades de rechazo de drogas, autoestima, autoeficacia e imagen corporal que las niñas que no recibieron la intervención (Schwinn, Schinke, Keller y Hopkins, 2019).

Prevención en el ámbito de la comunidad

La implementación de coaliciones comunitarias en los Estados Unidos, que incluyeron la provisión de al menos un programa basado en evidencia científica para la prevención del consumo de sustancias en población infanto-juvenil, reveló efectos positivos a dos años del inicio del programa, en términos de reducir la prevalencia de consumo de cigarrillos, alcohol, y consumo excesivo de alcohol (*binge drinking*) en los últimos 30 días (Collins, Johnson y Becker, 2007).

Un ejemplo de intervención comunitaria multinivel fue Project Northland (Minnesota, Estados Unidos), desarrollado en 24 distritos escolares en la década de 1990. La intervención incluyó acciones en los ámbitos socioconductual, liderazgo de pares, involucramiento parental, y actividades comunitarias. Al término de tres años, se observó menor inicio de consumo y prevalencia de consumo de sustancias en los distritos escolares que recibieron la intervención (Perry et al., 1996).

Una evaluación experimental de intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en adolescentes en los Estados Unidos, asignó aleatoriamente ocho pares de comunidades pequeñas (de 1.700 a 13.500 habitantes) para recibir un programa de prevención basado en la escuela, o el mismo programa de

prevención basado en la escuela complementado con una intervención de prevención comunitaria. La intervención comunitaria incluyó mensajes (*advocacy*) en medios de comunicación, actividades antitabaco para los adolescentes, comunicaciones con las familias respecto al consumo de tabaco, y la reducción del acceso al tabaco por parte de los adolescentes. Los hallazgos evidenciaron que la intervención combinada fue significativamente más efectiva; es decir, la intervención comunitaria mejora significativamente el efecto preventivo del consumo de tabaco de la intervención basada en la escuela. No sólo se observaron efectos preventivos en el consumo de tabaco, sino también en el consumo de otras sustancias como el tabaco no fumable, el alcohol y la marihuana (Biglan, Ary, Smolkowski, Duncan y Black, 2000).

El programa de alcance comunitario para la prevención del consumo de sustancias más efectivo disponible, es el programa "Comunidades que se cuidan" o CTC[5] (Darnell et al., 2018). Se trata de un sistema operacional de prevención del consumo de sustancias que empodera a las comunidades para que obtengan datos locales sobre los niveles de factores protectores y de riesgo, y usen estos datos para guiar sus decisiones sobre la selección de intervenciones preventivas con resultados demostrados, que se ajustan mejor al perfil de la comunidad (Hawkins, Catalano y Arthur, 2002).

La utilización del programa CTC es parte de una estrategia de coaliciones comunitarias para la prevención del consumo de sustancias en población adolescente, y se asocia significativamente con una mayor utilización de programas de prevención con evidencia científica de su efectividad. Más específicamente, las comunidades que usan CTC tienen mayor propensión a usar el marco conceptual de factores protectores y de riesgo, a recibir capacitación en el marco conceptual de factores protectores y de riesgo, y a aplicar evaluaciones de factores protectores y de riesgo en sus comunidades (Arthur et al., 2010).

El programa CTC ha demostrado efectos significativos en términos de reducir el consumo de tabaco, alcohol y marihuana en niños, niñas y adolescentes. Además de la eficacia en términos de prevención del consumo de sustancias, se trata de un programa costo-efectivo. La probabilidad de que los beneficios económicos y sociales superen a los costos de implementar el programa, es de 86%. Se estima que el costo neto de implementación de CTC es de 623 dólares, mientras los beneficios estimados derivados de su implementación ascienden a 3.240 dólares por participante, generando una razón de costo-beneficio de USD $5,20 (Kuklinski, Fagan, Hawkins, Briney y Catalano, 2015; Washington State Institute for Public Policy, 2020).

Las intervenciones de prevención comunitaria también tienen el potencial de producir efectos positivos en beneficio de toda la población, más allá del segmento adolescente. A modo de ejemplo, una intervención comunitaria para la prevención del consumo de alcohol de alto riesgo (consumo excesivo y conducir vehículos bajo la influencia del alcohol) realizada entre 1992 y 1996, desarrolló un conjunto de actividades entre las que se incluyen la movilización comunitaria, alentar el servicio responsable de bebidas alcohólicas, reducir el consumo de alcohol en adolescentes mediante limitaciones de acceso al alcohol, el incremento de la vigilancia y control del cumplimiento de las leyes sobre consumo de alcohol, y la limitación del acceso al alcohol mediante la zonificación (Holder et al., 2000).

5 Communities that care.

Encuestas de población revelaron que al consumo de alcohol autoreportado se redujo en 6%, el consumo excesivo de alcohol autoreportado se redujo 49%, el manejo de vehículos bajo la influencia del alcohol autoreportado se redujo 51%, los accidentes de tránsito nocturnos con lesionados se redujeron en 10%, los accidentes de tránsito con conductores bajo la influencia del alcohol se redujeron 6%, los heridos en el contexto de asaltos se redujeron 43% de acuerdo con datos de salas de urgencia en las comunidades tratadas, y las personas hospitalizadas por heridas en contexto de asaltos bajaron en 2% (Holder et al., 2000).

Una evaluación experimental del programa Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA), analizó los efectos de la intervención de organizadores comunitarios de tiempo parcial, durante 2,5 años, orientada a reducir el acceso de los jóvenes al alcohol, mediante la coordinación con autoridades públicas, agencias policiales, tiendas de alcohol, los medios masivos, las escuelas y otros grupos comunitarios. Los hallazgos revelaron una reducción estadísticamente significativa en arrestos por conducir bajo los efectos del alcohol en personas de 18 a 20 años de edad (Wagenaar, Murray y Toomey, 2000).

Un segundo reporte de evaluación experimental del mismo programa CMCA documentó efectos positivos y estadísticamente significativos en las conductas de consumo de alcohol de jóvenes de 18 a 20 años de edad, y en la conducta de venta de alcohol por parte de los establecimientos comerciales. Más específicamente, las tiendas de alcohol aumentaron el control del documento de identidad del comprador y se mostraron menos propensas a vender alcohol a adolescentes; en tanto, los jóvenes de 18 a 20 años redujeron su propensión a proveer alcohol a adolescentes y mostraron menor probabilidad de comprar alcohol, de beber en un bar, y de consumir alcohol (Wagenaar, Murray, Gehan et al., 2000).

Un estudio de evaluación del programa de prevención comunitaria del abuso de sustancias Wegschauen ist keine Lösung en Alemania, utilizó un grupo de estudiantes tratados de 9° y 10° de escuelas regulares (n=892) divididos en grupos de alta fidelidad y baja fidelidad de programa, y lo comparó con un grupo no tratado (n=1.635) de estudiantes de otro distrito. Como resultado, se observaron escasas diferencias entre los grupos tratados de alta y baja fidelidad de programa en consumo de alcohol y consecuencias negativas. El grupo tratado en general, mostró menor prevalencia de uso de alcohol en el último mes que el grupo de control (66% frente a 80,5%), menor cantidad de alcohol consumida (17 frente a 35 gramos de etanol por día) y menor frecuencia de uso de alcohol (0.75 frente a 1.21 días la última semana) (Kraus, Hannemann, Piontek y Awolin, 2013).

El modelo islandés de prevención del consumo de sustancias (conocido como Planet Youth) es un enfoque de prevención comunitaria del abuso de sustancias por parte de los adolescentes, fundamentado en teoría y basado en evidencia científica. La intervención se enfoca en reducir factores de riesgo conocidos, que influyen en el abuso de sustancias, mientras se fortalece un amplio rango de factores protectores parentales, escolares y comunitarios. Incluye la aplicación de encuestas anuales para medir el impacto de las intervenciones sobre el consumo de sustancias entre los adolescentes de 14 a 16 años. Los datos anuales de cohortes de más de 7.000 adolescentes muestran que las proporciones de casos que reportan embriaguez durante los últimos 30 días, fumar uno o más cigarrillos por día, y haber probado hachís, se han reducido de manera estable entre 1997 y 2007. Las proporciones de adolescentes que reportan pasar tiempo con sus padres, y cuyos padres saben con quién pasan tiempo libre, se incrementan de manera sustancial (Sigfúsdóttir, Thorlindsson, Kristjánsson, Roe y Allegrante, 2009).

Prevención de riesgos y/o daños asociados al consumo de sustancias

Un meta-análisis de los efectos de la legislación sobre restricciones a uso para crear zonas libres del consumo de tabaco, identificó 11 estudios de series de tiempo interrumpidas, según los cuales este tipo de legislación se asocia con reducciones del 10% de los nacimientos prematuros y el 10% de las atenciones hospitalarias por asma en los Estados Unidos (Been et al., 2014).

Otra investigación posterior y más comprehensiva, meta-análisis, sobre los efectos de las medidas de control del tabaco identificó 41 estudios sobre legislaciones para crear zonas libres de tabaco, sobre impuestos al tabaco, y sobre servicios para el cese del consumo, en Norteamérica, Europa y China. El principal hallazgo de esta investigación fue una reducción de los nacimientos prematuros del 3,77%, de las atenciones hospitalarias por asma de 9,83%, de las atenciones hospitalarias por infecciones respiratorias en general de 3,45%, y de atenciones por infecciones del tracto respiratorio de 18,48% (Faber et al., 2017).

Los métodos más efectivos y costo-efectivos para reducir los daños relacionados con el alcohol son reducir la asequibilidad a través de la aplicación de impuestos y la regulación de precios, incluyendo la definición de un precio mínimo por unidad, seguido por regulaciones a la publicidad y la reducción de la disponibilidad física de alcohol. Estos enfoques ya han demostrado efectividad en la reducción del consumo de tabaco (Burton y Sheron, 2018).

Un meta-análisis sobre el efecto de la elasticidad del precio sobre la demanda de productos de tabaco distintos de los cigarrillos, logró identificar 15 investigaciones sobre la materia, según las cuales un aumento del 10% del precio puede reducir en un 8,3% la demanda de cigarros, en 6,4% el tabaco para preparar cigarrillos propios, en 5,7% los cigarros bidis, y en 2,1% el tabaco no fumable (Jawad, Lee, Glantz y Millett, 2018).

Además de reducir daños y riesgos específicos, se ha documentado que algunas iniciativas para la prevención del consumo de sustancias pueden producir efectos colaterales positivos como, por ejemplo, reducir la probabilidad de involucramiento en delitos en adolescentes (Dembo et al., 2016).

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Dado el desafío de contar con diagnósticos efectivos y progresivamente más eficientes para determinar qué personas tienen necesidades de tratamiento, se están desarrollando experiencias de investigación dirigidas a la aplicación de métodos estadísticos de optimización para reducir y ajustar la cantidad de criterios y puntos de corte para diagnosticar trastornos relacionados con el abuso de sustancias, con resultados exitosos en términos de reducir la cantidad de criterios para obtener diagnósticos válidos (Boness, Stevens, Steinley, Trull y Sher, 2019).

Otro desafío importante de las actividades de tratamiento consiste en manejar adecuadamente el abandono del tratamiento por parte de los beneficiarios de las intervenciones. El abandono del tratamiento es alto en los programas de tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias y suele ser un predictor

robusto de la recaída en el consumo. Un meta-análisis de 151 investigaciones sobre este tema, que abarcan en total a 26.243 participantes, estableció que la tasa de abandono promedio es de 30,4%. Las tasas mayores de abandono se observan en tratamientos del consumo de cocaína, metanfetaminas y estimulantes; mientras las menores tasas se aprecian en tratamientos del consumo de alcohol, tabaco y heroína (Lappan, Brown y Hendricks, 2020).

En general, el consumo de sustancias es un fenómeno que puede responder bien a diversas técnicas de tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos, métodos de intervención psicológica, comunidades terapéuticas, procedimientos de desintoxicación, entre otros (Prendergast, Podus, Chang y Urada, 2002).

Entrevista motivacional

La evidencia científica disponible tiende a mostrar que la entrevista motivacional es 10% a 20% más efectiva que no ofrecer intervención en diversas conductas problemáticas como el abuso de sustancias, entre otros comportamientos de riesgo. En general, la entrevista motivacional resulta más efectiva en instancias individuales que en talleres grupales, y su efectividad aumenta si se acompaña de la presentación de reportes de retroalimentación al usuario sobre la conducta problema en términos de frecuencia, intensidad, duración, costos, entre otros (Lundahl y Burke, 2009).

Un meta-análisis revisó la contribución de la entrevista motivacional en la obtención de resultados en distintos tipos de intervenciones, en comparación con métodos alternativos. Se analizaron los resultados de 119 estudios que evaluaron el aporte de la entrevista motivacional en el tratamiento del consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas ilícitas), conductas relacionadas con la salud (dieta, ejercicio, prácticas sexuales seguras), participación en apuestas, y compromiso (adherencia) con la intervención. Se encontró que el uso de entrevista motivacional produce mejoras pequeñas (promedio g=0,28) pero significativas y durables en el tiempo (Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson y Burke, 2010).

También se ha observado que la aplicación breve de sesiones de entrevista motivacional antes de dar inicio a un tratamiento cognitivo conductual de trastornos clínicos relacionados con la ansiedad, puede aumentar la participación y el compromiso del paciente con la terapia, además de mejorar los resultados de esta (Westra y Dozois, 2006).

Una revisión de 22 estudios rigurosos que evaluaron la eficacia de aplicaciones breves de entrevista motivacional en casos con consumo problemático de alcohol reveló que el uso de esta práctica es, en general, efectivo. Más específicamente, alrededor de 87 minutos de entrevista motivacional fueron más eficaces que ausencia de tratamiento en la reducción del consumo de alcohol en bebedores no dependientes, tras un seguimiento de 3 meses (Vasilaki, Hosier y Cox, 2006).

Otro meta-análisis más reciente sobre la eficacia de la entrevista motivacional en el ámbito del abuso de drogas en adolescentes, reveló que la técnica de entrevista motivacional produce un efecto pequeño pero significativo en las conductas de consumo de largo plazo (Cushing, Jensen, Miller y Leffingwell, 2014).

Un meta-análisis de 84 estudios sobre los efectos de técnicas de entrevista motivacional y manejo de contingencias sobre el consumo de sustancias muestra que el manejo de contingencias (basado en motivación extrínseca) tiene un efecto significativo moderado hasta los 3 meses de seguimiento posteriores

al tratamiento. En cambio, técnicas de entrevista motivacional (basadas en motivación intrínseca) pueden producir un efecto pequeño que perdura a los 6 meses de seguimiento post-tratamiento. De estos resultados, se concluye que el manejo de contingencias puede producir mayor efecto y más rápido, aunque limitado al corto plazo, mientras la entrevista motivacional puede generar efectos de tratamiento menores, pero más sostenibles en el tiempo (Sayegh, Huey, Zara y Jhaveri, 2017).

Mindfulness

Un meta-análisis sobre los efectos del tratamiento basado en técnicas de *mindfulness* sobre el consumo de sustancias, identificó 42 estudios sobre esta materia publicados hasta el año 2015. Los resultados muestran un efecto significativo, de tamaño pequeño a grande, de los tratamientos de *mindfulness* en términos de reducir la frecuencia y severidad del abuso de sustancias, la intensidad del *craving* de sustancias psicoactivas, y la severidad del estrés de los pacientes. También se observan efectos de mayor tiempo de abstinencia post-tratamiento en consumidores de cigarrillos (Li, Howard, Garland, McGovern y Lazar, 2017). Otra investigación sobre los efectos del *mindfulness* en general observó efectos positivos de este método de tratamiento en diversas condiciones de relevancia clínica, incluyendo los trastornos por abuso de sustancias (Goldberg et al., 2018).

Otro meta-análisis de 10 ensayos aleatorios demostró que la meditación *mindfulness* no muestra diferencias estadísticamente significativas respecto de otros tipos de tratamiento habituales o de consejería, en cuanto a su efecto sobre la abstinencia del consumo de tabaco o la cantidad de cigarrillos consumidos por día (Maglione et al., 2017).

Servicio telepsicológico o a través de internet

Estudios preliminares sobre la efectividad de los servicios telepsicológicos para atender casos involucrados en problemas con el sistema de justicia criminal o con problemas de abuso de sustancias, muestran que este tipo de intervenciones son al menos comparables con servicios presenciales, en cuanto a su capacidad para lograr resultados en la mejora de síntomas, satisfacción usuaria, proceso terapéutico y adherencia al tratamiento (Batastini, King, Morgan y McDaniel, 2016).

Un meta-análisis de 17 estudios que en conjunto abarcan un total de 2.836 adultos consumidores de sustancias ilícitas, analizó el efecto de servicios de tratamiento entregados a través de internet sobre el consumo de sustancias. Los resultados muestran que las intervenciones por internet reducen significativamente el consumo de opiáceos (g=0.36) y el consumo de cualquier sustancia ilícita (g=0.35) después del tratamiento. Sin embargo, las intervenciones por internet para consumidores de estimulantes tuvieron efectos pequeños y no significativos. En general, las intervenciones por internet logran reducciones del consumo de drogas tras el término del tratamiento (g=0.31) y tras períodos de seguimiento (g=0.22) (Boumparis, Karyotaki, Schaub, Cuijpers y Riper, 2017).

Otro meta-análisis sobre los efectos de tratamientos entregados por plataformas digitales para la reducción del consumo de cannabis, identificó 20 estudios empíricos realizados sobre la materia que se realizaron con 3.813 consumidores de cannabis de 16 a 40 años de edad. Los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa del consumo de cannabis post-tratamiento (g=0.12)

en comparación con grupos de control. Este efecto es de tamaño pequeño, y no se sostiene en evaluaciones de seguimiento a 12 meses de la aplicación del tratamiento (Boumparis et al., 2019).

Otro meta-análisis sobre la efectividad de intervenciones entregadas por computador para reducir el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, identificó 35 ensayos aleatorios realizados entre los años 2010 y 2016, los que en conjunto abarcan un total de 20.068 participantes. Los resultados muestran que este tipo de intervenciones logran reducciones pequeñas significativas en la cantidad (d=0.06) y frecuencia (d=0.07) del consumo de alcohol en seguimientos de corto plazo (menores a seis semanas), aunque estas reducciones en pocas ocasiones superan a los grupos de control. Sin embargo, las intervenciones entregadas por computador se asociaron con más problemas relacionados al consumo de alcohol en los grupos tratados que en los controles, en períodos de seguimiento mayores a 7 semanas (Cole, Prassel y Carlson, 2018).

Técnicas de tratamiento cognitivo conductual

Un meta-análisis de 14 estudios que en conjunto involucran a 2.435 participantes, revisó la relación entre intervenciones para la modificación de sesgos cognitivos (MSC) y resultados sobre casos con problemas de abuso de drogas. Las conclusiones revelan que la MSC produce un efecto significativo pequeño sobre los sesgos cognitivos, y sobre la tasa de recaída, pero no en términos de reducción del consumo de sustancias (Boffo et al., 2019).

Un ensayo aleatorio de tratamiento cognitivo conductual para hombres dependientes de sustancias perpetradores de violencia de pareja (n=63) mostró que, tras la aplicación de ocho sesiones de intervención, los participantes tuvieron menos resultados positivos por cocaína en *screening* toxicológico y narcotest, menos probabilidad de involucrarse en episodios de violencia próximos a episodios de consumo de alcohol, y reportaron menos episodios de violencia que los casos de control, tras un seguimiento de 3 meses (Easton, Crane y Mandel, 2018).

Las intervenciones cognitivo conductuales se ubican entre las que muestran mejores resultados en términos de reducir el consumo de sustancias en adolescentes, con un tamaño de efecto definido como media ajustada de 0.61 en la comparación con grupos de control no tratados (Tanner-Smith, Steinka-Fry, Kettrey y Lipsey, 2017).

Un ensayo aleatorio analizó costo-efectividad de intervenciones cognitivo conductuales grupales e individuales específicamente desarrolladas para mujeres con trastornos por consumo de alcohol. Los hallazgos del estudio indican que la intervención cognitivo conductual grupal es más costo-efectiva que la individual, logrando mejorar significativamente conductas asociadas al consumo de alcohol a menores costos que la intervención individual (Olmstead et al., 2019).

Las intervenciones que incluyen el manejo de contingencias (incremento de costos) para el tratamiento del consumo de sustancias en personas adultas, no sólo es uno de los esquemas de tratamiento más efectivos, sino que además alcanza altos niveles de costo-efectividad. De acuerdo con estimaciones de expertos, la relación costo-beneficio de este tipo de intervenciones es de USD$ 39; es decir, por cada dólar invertido en este tipo de intervención, se pueden esperar beneficios de 39 dólares, entre ahorros para el consultante, ahorro fiscal

y ahorro de gastos indirectos asociados al consumo de sustancias (Washington State Institute for Public Policy, 2019).

Intervenciones familiares

Un meta-análisis revisó los efectos de la terapia familiar multidimensional sobre el consumo de drogas no opioides en adolescentes. Se identificó cinco investigaciones cuyos resultados señalan que este modelo de terapia es más efectivo que otras formas de tratamiento para reducir la severidad del problema de consumo de drogas, y la frecuencia de consumo en el corto plazo. También se observaron efectos positivos en términos de adherencia al tratamiento, comparado con grupos de control (Filges, Andersen y Jorgensen, 2018).

Por otra parte, una revisión de literatura sobre la eficacia de la terapia familiar estratégica breve en el tratamiento del consumo de drogas arrojó resultados mixtos: este tipo de intervención no muestra resultados mejores o peores en la frecuencia de uso de drogas ni en la funcionalidad familiar que otros tipos de tratamiento; pero se asocia con efectos positivos en la adherencia al tratamiento comparada con grupos de control (Lindstrom, Filges y Jorgensen, 2015).

Psicoterapia grupal

Un meta-análisis sobre el efecto de las intervenciones de tratamiento grupal sobre trastornos por consumo de sustancias en adultos identificó 33 estudios pertinentes a la materia, arrojando como resultado que la terapia grupal tiene un efecto pequeño pero significativo sobre la abstinencia del consumo de drogas, comparada con ausencia de tratamiento, terapia individual, y otros tratamientos. También se observan diferencias en frecuencia de uso de sustancias, pero estas no resultan estadísticamente significativas (Lo Coco et al., 2019).

Gestión de casos

La gestión de caso es un enfoque centrado en el cliente que apunta a mejorar la coordinación y la continuidad del servicio, especialmente en personas con trastornos por consumo de sustancias con necesidades de apoyo múltiples y complejas. Incluye la identificación de necesidades, la facilitación del vínculo con servicios, y promover la participación y retención en los servicios. Un meta-análisis sobre el efecto de la gestión de caso en personas consumidoras de alcohol o drogas estableció que la gestión de caso genera efectos positivos pequeños, pero estadísticamente significativos en comparación con tratamientos usuales (SMD=0.18). Los mayores tamaños de efecto se observan en retención en tratamiento y en vinculación con servicios de tratamiento del abuso de sustancias (Vanderplasschen, Rapp, Maeyer y van den Noortgate, 2019).

Farmacoterapia

Se realizó un meta-análisis sobre los efectos de la farmacoterapia sobre los trastornos de consumo de cocaína, el cual identificó siete revisiones sistemáticas y 48 experimentos aleatorios sobre el tema. Los estudios más comunes se realizaron aplicando antidepresivos, los que en general no muestran efectos

sobre el consumo de cocaína o sobre la adherencia al tratamiento. Se observaron mayores niveles de abstinencia cuando el tratamiento se basó en bupropion (RR=1.63), topiramato (RR=2.56) y psicoestimulantes (RR=1.36), aunque la fuerza de esta evidencia es baja. Se encontró evidencia de fuerza moderada sobre la capacidad de los antipsicóticos para mejorar la adherencia al tratamiento (RR=1.33) (Chan et al., 2019).

Otro meta-análisis sobre la eficacia de la gabapentina como método de tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol logró identificar siete estudios específicos sobre este tema. Los resultados indican que los efectos de la gabapentina son, en general, mejores que el placebo. Sin embargo, sólo se observa buena evidencia de beneficio en términos de reducción de porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol (g= -0.64) (Kranzler, Feinn, Morris y Hartwell, 2019).

El namelfeno es un medicamento aprobado en la Unión Europea para el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol. Un meta-análisis de su eficacia concluyó que dosis de 20 mg de namelfeno son eficaces para reducir la cantidad de días de consumo excesivo de alcohol de los casos tratados (g= -0.20) y en el consumo diario total de alcohol. Además, este tipo de tratamiento no requiere abstinencia por parte del usuario, lo cual facilita procesos de motivación al cambio (Mann et al., 2016).

Un meta-análisis sobre la efectividad del modafinilo en el tratamiento de personas con trastornos por consumo de cocaína, reveló que este medicamento no es mejor que el placebo en cuanto a las tasas de retención de casos, ni tampoco evidencia mejor desempeño en producir abstinencia de cocaína. Sin embargo, un subgrupo de seis estudios realizados en los Estados Unidos muestra superioridad del modafinilo en la tasa de abstinencia de cocaína, lo cual se considera evidencia preliminar promisoria (Sangroula et al., 2017).

Estimulación magnética transcraneal repetitiva

Una revisión sistemática con meta-análisis de 26 ensayos aleatorios publicados entre 2000 y 2018 que en conjunto abarcan una muestra total de 748 casos que presentan consumo de nicotina, alcohol y de drogas ilícitas, evidenció que la estimulación magnética transcraneal repetitiva del córtex pre-frontal dorso lateral izquierdo reduce significativamente el *craving* (g= -0.62) comparado con estimulación simulada (Zhang, Fong, Ouyang, Siu y Kranz, 2019).

Acupuntura

Una revisión sistemática con meta-análisis sobre los efectos de la acupuntura en adultos con trastornos por consumo de sustancias, identificó 41 investigaciones sobre este tema, que en conjunto abarcan una muestra total de 5.227 participantes. Como resultado, no se encontraron diferencias significativas entre la acupuntura y casos de control pasivos, acupuntura falsa o simulada, tratamiento usual e intervenciones activas después de la intervención para recaída, frecuencia y cantidad de uso de sustancias, y deserción del tratamiento. Se identificó diferencia significativa a favor de la acupuntura para el abordaje del retiro de sustancias y el *craving* post-intervención, aunque no en evaluaciones de seguimiento posterior (Grant et al., 2016).

Ejercicio físico

Se realizó una revisión sistemática con meta-análisis para indagar los efectos del ejercicio físico como medida para el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol. La revisión identificó 21 estudios que comprenden una muestra total de 1.204 casos con trastorno por consumo de alcohol (edad promedio 37,8 años). Los resultados indican que el ejercicio físico no reduce el consumo de alcohol ni los puntajes de la prueba AUDIT. Sin embargo, el ejercicio físico reduce significativamente síntomas depresivos en estos casos y mejora la condición física, al comparar con grupos de control (Hallgren, Vancampfort, Giesen, Lundin y Stubbs, 2017).

eligevivir

SIN DROGAS

FONO DROGAS Y ALCOHOL

1412

DESDE RED FIJA Y CELULARES

senda_gob sendagob senda.gob.cl sendagob