

Prevención Científica en México*

Mtra. Ma. Elena Castro
Dr. Jorge Llanes

Introducción

Hablar de *prevención científica* implica una línea de investigación preventiva para evaluar programas, modelos y materiales preventivos. En México, en lo que se refiere a prevención primordial, es decir, aquella que va dirigida a evitar el inicio y reducir el consumo experimental y/o los consumos que aún no son propiamente adictivos y que se llevan a cabo en la familia, las escuelas, los vecindarios y los centros de desarrollo, esta línea de investigación apenas se inicia. Contamos con el conocimiento y las tecnologías que ya se están aplicando en muchas escuelas y comunidades del país que llevan a cabo planes de acción preventiva incluidos en programas preventivos, educativos, de desarrollo de menores trabajadores y menores en riesgo, así como en sus familias. Estos planes de acción están siendo apoyados por la Secretaría de Salud, por el DIF y por la Secretaría de Educación Pública, por los Centros de Integración Juvenil y por algunas Asociaciones Civiles y Organizaciones no gubernamentales. Sin embargo, en proporción a las necesidades de cobertura, el porcentaje de planes de acción existentes en la realidad, es mínimo; sobre todo ahora que sabemos que la prevención sí funciona si diseminamos los Modelos que han probado eficacia en la reducción del consumo y en el desarrollo de habilidades.

Los países con mayor número de consumidores están abatiendo sus cifras gracias al esfuerzo preventivo que han llevado a cabo en años pasados; situación que es contraria a la de los países tradicionalmente definidos como de "transito" para el comercio y la distribución de drogas, como es el nuestro, que están reportando aumentos significativos en sus cifras epidemiológicas, lo que se debe en gran parte a los escasos esfuerzos preventivos logrados a nivel nacional (Naciones Unidas, 2000).

En México, un avance importante en materia de prevención es que las instituciones ya han cambiado definitivamente el paradigma de intervenir con información por el de intervenir con factores protectores que disminuyan riesgos en usuarios potenciales y en experimentadores, enseñando a las comunidades habilidades para manejar sus riesgos. Sin embargo, los practicantes de la prevención y las pequeñas comunidades, así como las campañas en medios de información, aún ejercen prácticas y modos de prevención cuya ineficacia está suficientemente comprobada. Nos encontramos ahora en el proceso de incluir el paradigma de investigación-acción que nos permita contar con protocolos de investigación rigurosos y con suficiente financiamiento, que garanticen el seguimiento de al menos tres ciclos preventivos en la misma comunidad y con diseños fuertes que permitan comparaciones con grupos control aleatorizados y con seguimiento mínimo de uno a dos años.

Aunque mucho hemos podido aprovechar de la experiencia de otros países desarrollados que si han hecho prevención desde hace dos décadas (Estados

Unidos y los países de la Unión Europea) (Naciones Unidas, 2000) necesitamos aún Modelos y materiales propios que respondan a nuestra cultura y a nuestras necesidades y condiciones particulares.

Marco Teórico

Desde el punto de vista teórico, sabemos que lo que definitivamente está funcionando en varias partes del mundo, independientemente de si hablamos de países desarrollados o no, es el Modelo psicosocial; lo que no excluye al Modelo Etico-Juridico para cuestiones de oferta de drogas, ni al modelo de Salud Pública para la atención de adictos, ni al Modelo Sociocultural que se ocupa de cuestiones estructurales como el desarrollo social y el combate a la pobreza y que con frecuencia sus intervenciones apoyan significativamente a las intervenciones realizadas bajo el Modelo psicosocial, ya que se ocupa de entender estilos de vida y pautas culturales de los individuos en riesgo a quienes se pretende proteger.

El Modelo psicosocial se ocupa de las vulnerabilidades específicas de cada individuo y de cada comunidad documentadas por la epidemiología, por las que se sabe que no todos los individuos son iguales y que sus grados de riesgo y posibilidades de protección varían dependiendo de su historia individual y del contexto en el que se desarrollan; de lo cual en México tenemos estudios sistemáticos y significativos en población general, a través de muestras de hogares y muestras de escuelas y de población que asiste a otro tipo de servicios educativos (como los sistemas abiertos y las universidades), así como pequeños estudios psicosociales en planteles escolares y comunidades marginadas. Estas vulnerabilidades específicas indican que cada comunidad debe ser diagnosticada previamente respecto a sus propios factores Riesgo-Protección, para lo cual ya contamos con instrumentos epidemiológicos con programas de computo automatizados que facilitan su rápida interpretación (Margain M., 2000).

Los modelos y materiales deben siempre incluir esta fase diagnóstica para que la intervención sea particularizada y específica, y por lo tanto, tenga mayores probabilidades de éxito por la posibilidad de evaluar los impactos en las cifras de consumo y de conductas de riesgo y aprender de esta evaluación para corregir y rectificar los componentes del Modelo y sus materiales, constantemente.

Los factores de riesgo se contrarrestan con factores de Resiliencia que dotan a los individuos de habilidades y competencias psicosociales que mejoran el clima en el que se desarrollan, a través del cambio de actitudes y la participación comunitaria, para lo cual se toma en cuenta al individuo y a su ambiente proximal.

El Concepto de Resiliencia, su conceptualización y su aplicación en intervenciones con niños, adolescentes y familias se reporta en la literatura, con más frecuencia en los últimos 12 años. Nace de la observación de lo que ocurre a las personas que han estado sometidas a riesgos diversos como violencia, abuso de sustancias, pobreza, marginación e incluso situaciones de guerra, como el caso de los campos de concentración. La pregunta básica para el desarrollo teórico ha sido ¿qué características positivas, tanto personales como ambientales, han tenido los individuos que han enfrentado la adversidad y la han superado?

(Bernard B., 1989). Los diferentes autores que han contribuido a estos desarrollos teóricos y de investigación, se encuentran documentados en una publicación disponible en español, financiada por la OPS "Estado del arte en Resiliencia" (Kotliarenco, 1996).

Dependiendo del autor, se da un énfasis determinado a las características del individuo o del ambiente y se discute si estas capacidades para enfrentar la adversidad son o no constitucionales. Actualmente el consenso es que la investigación de individuos "resilientes" informa que ésta puede ser una capacidad adquirida y negociada con el medio ambiente de forma intencional, lo cual ofrece un futuro promisorio a su aplicación para el desarrollo de técnicas y Modelos de educación preventiva. Una definición general que ayuda a comprender el sentido básico del concepto de "resiliencia" (Soriano, 1996) es "la capacidad de tener plasticidad, de aguantar los choques de la vida y adaptarse a la adversidad cotidiana; es la capacidad de desarrollar competencia social, de dar una resolución adecuada al estrés..." De esta definición se desprenden varios supuestos básicos, el primero es que la resiliencia es una capacidad que se desarrolla sólo en presencia del estrés (de la adversidad) o bien de factores de riesgo que detienen el desarrollo humano, de ahí que resulte un concepto particularmente adecuado para el desarrollo de comunidades marginadas.

El enfoque de riesgo ha sido documentado por las investigaciones epidemiológicas de factores de riesgo (Hawkins y Catalano 1989; Castro, M.E., 1992) y es complementario al enfoque de resiliencia, ya que está permite que las fuerzas negativas de los riesgos no encuentren individuos y comunidades inermes y que los mecanismos de protección neutralicen estas fuerzas evitando que actúen linealmente a través de atenuarlas y transformarlas. Los mecanismos protectores revierten lo negativo, es decir, no revierten la realidad, sino la percepción de esa realidad. Uno de los aspectos más importantes de la resiliencia es que esta se construye en contacto con otros seres humanos, el "vínculo afectivo" es un componente importante para el desarrollo de habilidades y competencias socio afectivas. El apoyo social y el vínculo interpersonal, a través de redes de apoyo y grupos de aprendizaje, han resultado dispositivos útiles para las intervenciones preventivas en la comunidad.

Dentro de este Modelo psicosocial y con esta base teórica (complementada con otros marcos de referencia como la Teoría del Aprendizaje Social y Modelos que integran el afecto, la conducta, lo cognitivo y la dinámica del individuo, así como modelos interaccionistas, comunitarios y de la medicina mente-cuerpo) se han desarrollado muchos programas cuyas estrategias hacen énfasis en la comunicación, que es un elemento básico para la resiliencia y para ayudar a los grupos y a los individuos a tomar decisiones, a resolver problemas, a tener comunicaciones efectivas, habilidades sociales, a aplicar técnicas antiestrés, pensamiento crítico, autocontrol y resistencia a la presión social (Naciones Unidas, 2000).

Sin embargo, a pesar de que tenemos todo el conocimiento anterior y la tecnología para trabajar en campo con las comunidades, es importante considerar

la importancia de que la práctica preventiva sea constantemente sometida a investigación con cuidadosos protocolos de evaluación, que no solamente informen sobre qué competencias y qué habilidades han desarrollado los individuos inscritos en los programas y/o en los planes de acción, sino cuál ha sido su impacto directo en la reducción del consumo de drogas y en la disminución de la incidencia (numero de casos nuevos) y sus problemas asociados.

En Estados Unidos, por ejemplo, se han podido establecer criterios y estándares de evaluación para programas y demostrar si son efectivos en la reducción del consumo de drogas. Este trabajo ha sido llevado a cabo por un grupo de expertos altamente calificados que determinaron los siguientes criterios para diseminar los llamados “programas modelo”:

- Marcos teóricos definidos
- Diseño de investigación fuerte
- Mediciones adecuadas
- Evidencia significativa de prevención
- Replica del Modelo en múltiples comunidades
- Efectos sustantivos en la reducción del consumo.

De 450 Programas preventivos revisados bajo estos criterios, únicamente 10 cumplieron estos estándares y 15 son actualmente considerados como promisorios. Mencionaremos ahora brevemente algunos de estos programas, por estar directamente relacionados con la reducción del consumo de drogas en adolescentes (Penas, Botín, Greenberg, Olwenz y, en revisión, el trabajo de Hawkins y Catalano, con niños y sus familias; *Blueprints*, 2000).

Algunos de los llamados “Programas Modelo” y promisorios

El *Midwestern prevention* (Greenberg y cols., *Blueprints*, 2000) es un programa comunitario que incluye a la comunidad escolar como foco central, esta dirigido a adolescentes y ayuda a reconocer la presión social para consumir drogas, ofrece habilidades para evitar el consumo, que se refuerzan en el medio familiar y con los medios locales. En los resultados se reportan reducciones netas (incremento de uso de drogas en el grupo control - incremento de uso de drogas en el grupo experimental) de 4.9% en el fumar diario, 7.2% para emborracharse mensualmente y 2.9% en el uso de marihuana dos veces a la semana. El *PATH* (Penstz, *Blueprints*, 2000) es un programa para niños de escuela elemental que promueve competencias emocionales y sociales y reduce la agresión y los problemas conductuales, es manejado por educadores y consejeros y se imparte tres veces a la semana durante 20-30 minutos. Mejora el autocontrol, la confianza y el manejo de las emociones, incrementa la resistencia a la frustración y enseña herramientas para la resolución de conflictos de la vida diaria. El *Life Skills Training* (Botvin, *Blueprints*, 2000) está dirigido a adolescentes del grado 6º y 7º,

con seguimiento y refuerzos de dos años; reduce dramáticamente el uso de alcohol, tabaco y marihuana entre un 50 y 70%.

Lo mencionado anteriormente es un ejemplo de la importancia que tiene evaluar los modelos y conocer su impacto en la reducción del consumo.

Los Modelos Mexicanos

Respecto a los Modelos Mexicanos, aunque existen muchos programas de diferentes tipos que se están trabajando en el país, los que actualmente pueden considerarse como modelos y no sólo como programas (por su grado de aplicación a nivel nacional, porque tienen marco teórico e instrumentos de autoevaluación y materiales dirigidos para distintos sectores de la población meta) son básicamente cuatro, los cuales tienen diferentes grados de avance en su conceptualización teórica, desarrollo de materiales y evaluación de resultados: El *Modelo de Prevención de Centros de Integración Juvenil* que considera el desarrollo de habilidades con tres componentes básicos: Información, Orientación y Capacitación; sin embargo, no a todos los sectores de la población se le ofrecen los tres componentes (por diversos motivos), la mayoría de la población recibe el componente de información, que es considerado por ellos como sensibilización, y de ahí un número importante de padres, niños y adolescentes del país entran al segundo componente, que es el de orientación y que incluye el desarrollo de habilidades y algunos más avanzan a la capacitación de voluntarios para reproducir los contenidos del programa de orientación e información; su evaluación de resultados considera opinión y percepción de daño del uso de drogas antes y después de las intervenciones, en estos momentos el modelo está siendo afinado en función de los resultados tenidos. Lo importante es que cubre las necesidades de un gran sector de la población, aunque en este momento no se conoce su impacto en la reducción del consumo.

El *Modelo de prevención para trabajadores y sus familias* que maneja el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Consejo Nacional Contra las Adicciones, es una adaptación del modelo desarrollado por la OIT y la OMS para trabajadores de fábricas y tiene como meta específica la reducción del consumo del alcohol entre los trabajadores. Dicho modelo fue evaluado en cuanto al funcionamiento de sus componentes principales, no tiene evaluación de impacto en los patrones de consumo y su componente más exitoso es el de los materiales, que fueron diseñados y manejados por el INP (Castro M.E., 1997, Reporte Interno, INEPAR).

El *Modelo Construye tu vida sin Adicciones*, cuyos materiales fueron desarrollados por el INEPAR para el CONADIC y están diseñados para trabajar con grupos en centros de salud o similares (centros comunitarios, centros de desarrollo social, etc.) tiene un marco teórico constituido por la llamada "medicina mente-cuerpo", con ejercicios psicorporales y de reflexión para mejorar los estilos de vida de las personas que asisten a las clínicas y otros servicios de salud. Aún no se tienen resultados sistematizados sobre el impacto en el estilo de vida y la reducción del consumo de las personas, aunque ha tenido gran aceptación y está siendo aplicado actualmente en muchas partes del país; probablemente este año

se inicien cuidadosos protocolos de investigación con grupos control, sobre este Modelo, que informen sobre la capacidad de las personas para modificar sus estilos de vida y reducir su propio consumo de drogas, a través de las practicas sugeridas en los manuales. Construye Tu Vida esta diseñado para grupos y personas con técnicas de autoayuda y de ayuda mutua.

El *Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales, Chimalli* es un modelo comunitario diseñado por INEPAR que esta siendo actualmente aplicado a nivel Nacional en las comunidades marginadas con las que trabajan los DIF Estatales en los distintos municipios del país y en algunos otros grupos de vecinos formados en los servicios a la comunidad de la Procuraduria, en el Estado de Aguascalientes. La versión escolar está siendo aplicada en escuelas de muchas ciudades, pero principal y sistematicamente en municipios de los Estados de Jalisco, San Luis Potosí y Guanajuato. El modelo cuenta con protocolos de investigación que han evaluado el cambio de actitudes, el desarrollo de habilidades y la reducción del consumo en poblaciones de jóvenes de secundaria y enseñanza media superior, en primarias y en comunidades marginadas. Los datos de dichas evaluaciones se encuentran publicados en distintas revistas científicas y de divulgación. Chimalli se inició en 1989 con base en los estudios epidemiológicos iniciados a nivel nacional en 1976. Cuenta con instrumentos válidos y confiables para investigar el impacto en las conductas de riesgo y trabaja en tres áreas: Uso de drogas y conducta antisocial, Eventos negativos de la vida (problemas con los padres, los amigos, los maestros y/otros adultos) y Estilo de vida (autocuidado de la salud, manejo de la sexualidad y uso del tiempo libre); cuenta también con una evaluación de las actitudes en escuelas secundarias con grupos control y grupo experimental, para evaluar las actitudes antes y después del plan de acción, con evaluaciones pretest y postest de habilidades y perfiles de riesgo (incluyendo el uso de drogas) en 14 comunidades marginadas y en seis comunidades escolares del país (Ciudad de México, León, Zacatecas y San Luis Potosí). Cuenta con materiales para la escuela primaria, adolescentes de secundaria y preparatoria, maestros, padres de familia y para promotores comunitarios en comunidades marginadas. Actualmente se están desarrollando los materiales para trabajadores, para universitarios y para adolescentes de alto riesgo en escuelas.

Descripción y resultados de evaluación del Modelo Chimalli

El contenido del programa y la descripción del modelo, así como algunos de sus resultados pueden apreciarse en esquemas presentados en las páginas siguientes.

Los resultados comparativos, cuando el plan de acción preventiva se apega fielmente al Modelo tal como esta estructurado y cuando el plan de acción no está apegado al Modelo, son interesantes y nos llevan a la consideración final de esta intervención, que tiene que ver con las estrategias de diseminación de los Modelos que funcionan y su transferencia tecnológica a las Instituciones mediadoras y a las comunidades que viven y sufren las problemáticas; es decir, a la importancia de la

prevención comunitaria y las técnicas de autoevaluación y empoderamiento en nuestro país.

**Tabla 1. Programa Chimalli*. Evaluación de Resultados
Grupos de estudiantes de secundaria**

GRUPO	X antes	X después	Prueba T	P
Chimalli 1	65.7	73.2	3.04	0.004
Chimalli 2	69.6	76.6	3.00	0.005
Conferencias	70.0	68.0	.77	NS
Sin intervención	70.0	68.4	.77	NS

* Fuente: Castro, M.E., Mata, M.E., Amador, C., Mayas, R., "Chimalli: Un Programa de Prevención de los Factores de Riesgo Psicosocial en la Adolescencia. Evaluación de resultados. INEPAR, A.C., México.

Como se puede observar en la tabla, en el estudio sobre la capacidad del plan de acción Chimalli en las escuelas para incrementar las actitudes de protección entre los alumnos, se observan incrementos significativos en los grupos control, lo cual ha podido también comprobarse en aplicaciones del Modelo al comparar las actitudes pre y postest en el estado de San Luis Potosí y en Jalisco, medidas con la Escala de Actitud Chimalli, un cuestionario de 41 reactivos con poder discriminativo superior al azar, de acuerdo al estudio piloto de la escala original que contenía 92 reactivos.

En cuanto al desarrollo de habilidades, en la tabla 2 se puede observar que en los ambientes comunitarios de vecinos que trabajaron en planes de acción en las 14 comunidades del estudio piloto, se incrementaron significativamente las habilidades de protección de acuerdo a la percepción de los promotores, medida por el CHP: Cuestionario de Habilidades de Protección, que es respondido por el promotor antes y después del plan de acción y cuyos reactivos tienen análisis de confiabilidad con el coeficiente alpha de cronbach.

Tabla 2. Distribución de puntaje de CHP (familia)

Nombre de la Comunidad	Media estadística Antes	Media estadística Después
GUERRERO (5 comunidades)		
Unidos por Guerrero	5.8	7
Icacos	5.3	7.2
Nuevo Centro de Población	5.7	7.6
Luz y Fuerza	4.8	6.2
Mártires de Cuilapa	5.4	7.9
Media estadística Total	5.4	7.2
BAJA CALIFORNIA (2 comunidades)		
San José	3.7	5.3
San Carlos	2.9	4.4

Media estadística Total	3.3	4.8
SAN LUIS POTOSÍ		
Madres Adolescentes	2.5	4.6
Crucero Rutilio T. y Salvador Nava	7.6	9.3
Muestra estadística Total	5.05	6.9
Suma Total	43.7	59.5
T Global	-13.210	P<.001

En la tabla 3 se presentan los datos de incremento de no consumidores de Alcohol, Tabaco y Marihuana en los planes de acción que fueron fieles al modelo y los planes de acción que no fueron fieles al modelo.

Tabla 3. Incrementos Netos¹ de estudiantes que reportan no consumir alcohol tabaco y/o drogas en los últimos 30 días, antes y después del plan de acción Chimalli. Resultados en seis planteles escolares.

	Con Fidelidad al Modelo	Sin Fidelidad al Modelo	Sin Fidelidad al Modelo	Sin Fidelidad al Modelo	Sin Fidelidad al Modelo	Sin Fidelidad al Modelo
DROGA	Plantel 1	Plantel 2	Plantel 3	Plantel 4	Plantel 5	Plantel 6
Alcohol	+ 17.1	-13.1	+2.7	-18.6	-3.7	-19.6
Tabaco	+15.4	-8.5	-6.5	-2.6	-.3	+5.5
Marihuana	+6.4	+1.5	-4.1	0	-8.0	+2.6

Plantel 1 = Incluye los tres componentes del Modelo: Trabajo grupal, Trabajo de red (incluye a Iso padres) y Evaluación.

Plantel 2= Trabajo de red interrumpido, Trabajo grupal dirigido por los jovenes, Invetigación.

Plantel 3= Trabajo en grupo, Trabajo con padres de familia, No hubo trabajo de red, Investigación.

Plantel 4 = El trabajo de red y padres No fue simultáneo con el trabajo de aula (grupos).

Plantel 5= No se trabajo con padres de familia.

Plantel 6= Se trabajo con padres pero No se hizo una red.

Como puede observarse, el plan de acción que guardo fidelidad al modelo porque incluyo sus tres componentes básicos: 1. Establecer red de voluntarios y llevar a cabo participación comunitaria, 2. Hacer intervención con grupos de alumnos y grupos de padres y 3. Aplicar los instrumentos de investigación y devolver los resultados a la comunidad al término del ciclo, reporta incrementos significativos de no consumidores en el último mes después del plan de acción.

¹ * Incremento neto = Diferencia entre el pretest y post test. Datos tomados de Castro M.E., Llanes J , Carreño A., "Chimalli: Un Modelo de Prevención de Riesgos Psicosociales. Cambios de Actitud y modificaciones de los niveles de protección en seis planteles escolares situados en cuatro ciudades del país", *Psicología Iberoamericana: Prevención del Uso indebido de Drogas*, (1999), Vol 7 No 4., Departamento de Psicología UIA, México, 1999.

Los incrementos en el número de no consumidores en la escuela Modelo se ven también acompañados de reducción del consumo, los resultados más negativos fueron para el plan de acción que no trabajo con padres.

Tabla 4. Incremento Neto en los factores de Protección, antes y después del plan de acción en los seis planteles escolares*.

Área/Plantel	P.1	P.2	P.3	P.4	P. 5	P.6
Puntaje Global	+2.6	+7.5	-3.9	+9.9	-12.0	+22.2
Drogas y conducta antisocial	+15.0	+6.6	-3.6	+3.5	-13.6	+17.3
Eventos negativos de la vida	+11.7	+12..5	-5.6	+3.0	+15.3	+24.3
Estilo de vida	+7.4	+7.9	-.3	+6.9	-6.7	+15.3

* Castro M.E , Llanes J, Carreño A, 1999

En la tabla 4 se presentan los porcentajes de protección para el riesgo global y después se desglosan cada una de las áreas (Protección significa ausencia de las conductas de riesgo antes y después del plan de acción); este es un criterio menos rígido que el anterior porque incluye indicadores combinados en 26 factores, bajo este criterio la escuela modelo sigue siendo la mas alta en incrementar la protección en todas las áreas, y se incluye también la escuela en la que se trabajo con los alumnos y con los padres, pero que no hizo labores significativas con el trabajo de red.

De estos resultados se concluye que el componente de participación comunitaria y el trabajo con los padres de familia son los que pesan más para lograr reducciones del consumo, y por lo tanto, incremento de no consumidores después de la intervención. Trabajar únicamente en aula con los alumnos, definitivamente no es suficiente. Estos datos fueron también corroborados en el estudio de pretest-postest con primarias, en las que el componente más importante fueron los padres de familia y la participación de toda la comunidad escolar.

Si la protección aumenta al ser una dimensión de la dicotomía con el riesgo, se entiende que el plan de acción Chimalli disminuye, pero al distinguir dentro del riesgo dos categorías: alto y mediano riesgo, se observa que factores como uso y venta de drogas y forzar cerraduras, es decir, factores que combinan conducta de drogas y conducta delictiva, no fueron impactados por la intervención dentro de las escuelas, ya que el porcentaje de alto riesgo aumento en el total de las muestras de las seis escuelas, lo que significa la necesidad de ampliar el Modelo con materiales para intervenir en poblaciones que están reportando conductas de alto riesgo, con mucha frecuencia dentro de las escuelas y que requieren atención mas individualizada de prevención primordial dentro del plantel, y que gracias a la intervención y las aplicaciones del IRPA, antes y después, fueron detectadas (detección precoz de casos con trastornos adictivos y/o emocionales), por lo cual

se amplió el Modelo con un Material de "Protección y Cambio" que será probado en el próximo ciclo escolar. (Castro M.E y cols., 1999).

Estudios futuros tendrán que fortalecer los diseños de los protocolos, aumentando grupos control con planes de acción que apliquen otros Modelos y con grupos control que no sean sometidos a ninguna intervención, al menos durante dos ciclos escolares completos (un año de trabajo académico, en el caso de las escuelas y al menos entre 10 y 12 meses de trabajo en los grupos de vecinos).

Prevención comunitaria

“Prevención comunitaria” es un concepto que ha adquirido relevancia en la *jerga* de los trabajadores de muchas instituciones dedicadas al bienestar social (de salud, educativas y de asistencia social, particularmente). Su pertinencia merece discutirse a la luz de las más recientes tendencias dentro de la ciencia de la prevención, que pretende denominarse así, sin más, sin adjetivos y como abarcativa de un campo científico y profesional en aumento de su acervo de datos y métodos cada vez más rigurosos para obtener sus evidencias.

“Ciencia de la prevención” es una expresión que se acuña como resultado de una serie de esfuerzos por imponer al trabajo preventivo una base científica, metodológica y tecnológica que produzca evidencias públicas y replicables. Se insiste en su cientificidad para enfatizar en la importancia de una orientación distinta a la aportada desde convicciones ideológicas o basadas en suposiciones sólo demostrables desde perspectivas particulares de quienes afirman tales evidencias.

Las consecuencias que trae consigo la ciencia de la prevención para el trabajo de los individuos, los grupos y las instituciones, son múltiples: para la salud pública y el desarrollo humano particularmente, pues permiten que el esfuerzo que llevan a cabo el creciente número de científicos que se dedican al diseño de nuevos métodos y procedimientos, tenga un espacio de realización; para los profesionistas que se abocan a la puesta en práctica de sus principios, aporta modelos para que sus programas sean más eficaces y eficientes; y para quienes están encargados de las decisiones políticas la más positiva de las consecuencias es que puedan considerar con objetividad los beneficios que pueden esperarse de costos mejor definidos. La ciencia de la prevención, así considerada, reúne en un área de interés temático a líderes de programas, profesionistas e investigadores de múltiples disciplinas, área en dónde están rompiéndose viejos paradigmas y trabajándose en forma constructivista: inventando nuevos frentes de investigación, desarrollando pautas teóricas y llevándolas a planes y proyectos concretos que se evalúan de forma serie, sistemática y consistente. Con esto es posible ir haciendo innovaciones en las políticas e imponiendo rigor en planes de acción preventiva cada vez más rigurosos, con o que se empieza a eliminar la improvisación y la mera aplicación de buenos deseos, sustituyéndolos por tecnologías de probada validez y confiabilidad.

Todas las intervenciones preventivas, cualquiera que sea su nivel, se ha visto enriquecidas en su repertorio de recursos de manera significativa en los años recientes, de manera que permiten hacer lo más apropiado a las personas, considerando el momento y el lugar, es decir, ajustando la intervención a las condiciones concretas de la acción preventiva. Este enriquecimiento ha permitido hacer intervenciones numerosas y desde distintas perspectivas. Así, puede hacerse prevención de conformidad a los distintos momentos del ciclo vital: prevenir trastornos del desarrollo desde el embarazo, en la niñez, la adolescencia, la vida adulta y la vejez. Pero, asimismo, se pueden desarrollar intervenciones con mayor probabilidad de éxito para distintas situaciones, por ejemplo, socioeconómicas, o bien, de género; y también los casos, disponer de precisión para disminuir los riesgos a la salud o al bienestar social más graves. Y es desde esta perspectiva que adquiere sentido preciso hablar de prevención comunitaria, porque podemos diferenciar métodos y procedimientos que van dirigidos al individuo y su asunción de actitudes y los comportamientos que expresan la prevención, de aquellos que emplean aproximaciones de pequeño grupo o enfoques claramente comunitarios, entendiendo por estos los que están hechos para ser actuados *en y por* una comunidad. A continuación explicaremos de forma sumaria esta aproximación.

Comunidad es una voz que se usa para dirigirse a las personas que tienen algo en común, que les pertenece o de lo que participan. De esta manera, se habla de una comunidad porque esas personas viven en un área geográfica determinada; pero también se entiende que pueden presentar los mismos rasgos culturales, o circunstancialmente tener intereses u otros asuntos en común; y la suma de estas características hablan también de comunidad. La prevención comunitaria es, así, aquel método o procedimiento de aproximación preventiva que tiene un enfoque de participación comunitaria.

En cuanto al enfoque, este se orienta al trabajo con una comunidad, más allá de los individuos. Precisión necesaria porque destaca el significado de la intervención basada en los llamados modelos ecológicos, que tienen que ver más con el ambiente y las negociaciones que pueden hacerse *entre* los individuos, los pequeños grupos y el ambiente social en general. Con esto se subraya su relevancia en la creación de un clima social. Lo que no se pelea, sino que se complementa, con el sentido de protección de los individuos, al punto que puede decirse que una buena prevención permite un mejor desarrollo de los individuos, aún en ambientes difíciles, o como lo acuño la frase de la OPS: “vivir sanamente aún en ambientes insalubres”.

Este punto adquiere mayor relevancia en el sentido práctico de las intervenciones, pues si se observa detalladamente, se verá que en esta como en toda aproximación preventiva, lo que importa es la existencia de una norma clara y el respeto de la misma, pero que esto tenga además valor como comunidad, lo hace distinto y va más allá de la sola conducta individual. Quizá un ejemplo clarifique mejor este enfoque: la regla social cada vez más asimilada de que en lugares públicos cerrados no se fuma, hace cada día menos necesaria la

insistencia en los mensajes preventivos o las señales prohibitivas que pueden o no respetarse. Es decir, se ha trascendido el nivel de la prevención de mera información a una norma social en la que hay, correspondientemente, un comportamiento social que ejerce una presión y control eficaz sobre los individuos. Así en esta sala de conferencias o en una biblioteca, seguramente hay fumadores, pero nadie fuma, y si alguien lo hiciera, voces diversas le indicarían su desaprobación al punto de que el infractor saliera para fumar o inhibiera su conducta de fumar. Por ello se insiste en que los modelos ecológicos trascienden y configuran una aproximación distinta a la que descansa en la mera información y orientación sobre las consecuencias del comportamiento, es decir, que no basta saber para prevenir, sino que es necesario moldear actitudes y desarrollar habilidades correspondientes que significan la prevención, que de esta forma debe operacionalizarse en protecciones específicas a situaciones y condiciones de riesgo concretas.

Un punto contiguo a este que con este enfoque comunitario, la participación de la comunidad adquiere una función trascendente a los beneficios individuales que se logren. Es decir, va más allá del “trabajo de casos” y de la preocupación por la salud, para constituirse en una educación formativa de más amplio alcance. por esto hemos utilizado como concepto más amplio y abarcativo el de “educación preventiva” como una forma de destacar que si la educación es el medio por el que las generaciones inducen a la vida social a sus nuevos miembros en beneficio de sí mismos y de los demás, la educación preventiva crea los climas sociales más favorables para el desarrollo humano y permite que las personas tengan los elementos protectores asimilados en su manera social de comportarse, es decir, en su estilo y forma de vida.

Naturalmente que la participación comunitaria como modo de operación, obliga a condiciones de trabajo distintas a los preventólogos. Define su papel de mejor manera. Ya no es más el “maestro” que sabe lo que esta bien y juzga lo que es inadecuado; ni el “guía inspirador” de nuevos modos de vivir para lograr la felicidad por la salud y la no violencia; y mucho menos el “terapeuta” que pretende influir en las “insanas” formas de comportarse. Simplemente se convierte en un transmisor de métodos y procedimientos que los especialistas han logrado diseñar a la manera de una tecnología. Es decir, el preventólogo es portador de una tecnología que ha de trasmitirse a la comunidad y para lo cual sus esfuerzos se canalizan a tareas de promoción, coordinación e integración de resultados de la energía que invierte la comunidad misma en el proceso de cambio. Así, el preventólogo aplica métodos que han diseñado especialistas y que han demostrado su validez y confiabilidad porque han sido sometidos a estudios rigurosos que han permitido que se disponga de más y mejores materiales para hacer la intervención preventiva más exitosa. Su esfuerzo, entonces, es por ello cada vez más dirigido alas estrategias de movilización comunitaria, a construir las redes y lograr la constitución de los grupos que darán mejores resultados a la intervención comunitaria y a la evaluación de este conjunto de tareas. Es decir, la prevención comunitaria se apoya, como toda intervención preventiva válida y

confiable, en modelos claros, que dispongan de instrumentos de diagnóstico y evaluación, y se guía por conceptos teóricos congruentes, pero tiene como sello distintivo el componente de la participación comunitaria.

Conclusiones

Ciertamente que en el terreno de la ciencia de la prevención en general y en la prevención comunitaria se ha avanzado mucho, pero hay mucho por hacer todavía. Por ejemplo, no hay suficientes estudios longitudinales que demuestren que las intervenciones han sido eficientes en modificar la trayectoria vital a largo plazo. Asimismo a pesar de que cada día se ve la utilidad de poner a prueba las decisiones políticas en estudios piloto antes de implementar a gran escala modelos o programas, las decisiones no se someten a estudios de moldeamiento, gastándose muchos más recursos en adquirir el conocimiento y haciendo caras las experiencias. Un punto crítico es hacer más y mejores estudios para lograr la transferencia de tecnología con fidelidad, es decir, que proteja a las experiencias preventivas de distorsiones, al mismo tiempo que se permitan las variaciones contextuales aludidas antes. Los recursos disponibles siempre insuficientes cuando no escasos, obligan a lograr estrategias más eficaces y eficientes: a conciliar puntos de vista teóricos divergentes e incluso encontradas concepciones sobre la etiología de los trastornos que se pretenden prevenir o porque usan distintos métodos de análisis de los problemas. “Clínicos vs. Epidemiología” es un ejemplo de esa constante batalla conceptual en la prevención, que deberá dar paso a nuevos paradigmas que demuestren la complementariedad de las distintas aproximaciones a los fenómenos y las ventajas de la racionalidad científica en materia de prevención.

En esta tarea de construcción de la ciencia de la prevención hay tareas cuya pertinencia esta destinada a los especialistas y otras que involucran compromisos concretos de las instituciones y las comunidades. El vínculo de los conocimientos biológicos a la prevención, de indiscutible valor para evitar las enfermedades o disminuir las desventajas de su irremediable presencia, con toda su relevancia sólo da fruto cuando se incluye en la información de los programas, pero estos deben negociarse frente a otras prioridades. La evidencia que se contiene de un dato científico es apenas un insumo para implementar intervenciones que lo diseminen. La observación desde la perspectiva científica de los múltiples problemas de la práctica de la prevención crea retos metodológicos que deben de ser resueltos con una estrategia de “investigar interviniendo”, es decir, someter a cuidadosos estudios de evaluación a la practica preventiva en nuestras comunidades.

Un aspecto de primordial importancia practica pero que todavía se resiste a ser discutido con la envidia que merece es el relativo a los aspectos económicos de la prevención, no sólo para analizar los costos pertinentes, sino para inducir consideraciones sobre el costo-beneficio y conclusiones sobre productividad. Y sin duda la prevención comunitaria, en tanto considera el valioso recurso de la participación comunitaria, deberá ser uno de los procedimientos de elección, pues

empoderar a la comunidad no solamente permite programas más pertinentes y exitosos, sino que mejora la relación costo-beneficio.

Bibliografía

Castro, M.E., Llanes, J., Margain, M., Carreño, A., (1999) "Evaluación de planes de acción preventiva de riesgos psicosociales con el Modelo Chimalli-DIF". *Psicología Iberoamericana: Prevención del uso indebido de drogas*, UIA-Depto. de Psicología, Vol.7, Núm.4, México.

_____. "Factores de Protección de los Riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas en población joven", en Tapia, C.R. (2001) *Las Adicciones en México*, Manual Moderno, México.

Klotiarenco, M.A. (1997) *Estado del Arte en Resiliencia*, OPS.

Llanes, J., Castro, M.E., Margain, M. (2000), *Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias, Chimalli-DIF*, Vol. 1: Bases teóricas y Plan de acción y Vol. 2: Intervención preventiva, UNICEF-DIF, México.

Robles Berlanga, F., Navarro, J.L., castro, M.E., Margain, M., "Modelo preventivo de riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias" en *Nuestro futuro depende de su presente: la niñez ante los riesgos de las adicciones*, Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID). Oficina Regional para México y Centroamérica, México.

Sifuentes, A.(2000) "Programa de Adolescentes Banda Chimalli", DIF San Luis Potosí. Tesis profesional para obtener el grado de Lic. en Trabajo Social.

Soriano, M. (1996) *Understanding Risk and Resilience in Youth USAF*. Youth At Risk Program, CSULA, USA.

Naciones Unidas, *World Drug Report, 2000*, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention", Oxford University Press, 2000.

University of Colorado, *Blueprints for Violence Prevention*.
www.colorado.edu/cspv/blueprints/order.htm