

De la
PREVENCIÓN
UNIVERSAL a la **PREVENCIÓN**
SELECTIVA



Centros de Integración
Juvenil, A.C.

2009



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	17
1.1. PREVENCIÓN SELECTIVA	19
1.2. RIESGO Y VULNERABILIDAD	22
1.3. REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS	25
1.4. NECESIDADES DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA	31
1.5. DETECCIÓN TEMPRANA, CANALIZACIÓN OPORTUNA Y TAMIZAJE DE RIESGOS	40
1.6. INDICADORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS	47
CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	57
2.1. ESTÁNDARES CIENTÍFICOS PARA PROGRAMAS Y PROYECTOS PREVENTIVOS	59
2.2. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS PREVENTIVOS	62
2.2.1. DOCUMENTOS PARA EL DISEÑO DE PROYECTOS PREVENTIVOS	66
2.3. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA OPERACIÓN DE PROYECTOS DE PREVENCIÓN SELECTIVA	70
2.4. PROYECTOS DE PREVENCIÓN SELECTIVA	73
2.4.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	74
2.4.2. FORMACIÓN DE EDUCADORAS A NIVEL PREESCOLAR PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS	83
2.4.3. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA	92
2.4.4. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA O ABUSO SEXUAL	100
2.4.5. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE HEROÍNA EN ADOLESCENTES	108
2.4.6. ATENCIÓN A ADULTOS EN PLENITUD	118
2.4.7. MENORES EN SITUACIÓN DE CALLE	124
2.4.8. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN TRABAJADORAS	132
SITIOS WEB DE APOYO	140
BIBLIOGRAFÍA	142
ANEXOS	153



CAPÍTULO 3: TECNOLOGÍA (INCLUIDO EN EL CD DE ESTE LIBRO)

- 3.1. METODOLOGÍA PARA LA OPERACIÓN DE PROYECTOS DE PREVENCIÓN SELECTIVA**
 - 3.1.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD**
 - 3.1.2. FORMACIÓN DE EDUCADORAS A NIVEL PREESCOLAR PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS**
 - 3.1.3. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA**
 - 3.1.4. ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA Y/O ABUSO SEXUAL**
 - 3.1.5. PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE HEROÍNA EN ADOLESCENTES**
 - 3.1.6. ATENCIÓN A ADULTOS EN PLENITUD**
 - 3.1.7. MENORES EN SITUACIÓN DE CALLE**
 - 3.1.8. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN TRABAJADORAS**
 - 3.1.9. RENDIMIENTO ESCOLAR Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN EDUCACIÓN BÁSICA**
- 3.2. CATÁLOGO DE TÉCNICAS GRUPALES**
- 3.3. GUÍA GENERAL DE CONTACTO**
- 3.4. INSTRUMENTOS PARA LA DETECCIÓN DE NECESIDADES**
- 3.5. INSTRUMENTOS PARA EL TAMIZAJE DE RIESGOS**
- 3.6. INVENTARIO PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS**
- 3.7. GLOSARIO DE TÉRMINOS PREVENTIVOS**




INTRODUCCIÓN

En las sociedades actuales, donde coexisten formas y pensamientos diferentes, la tolerancia y la solidaridad con los más desprotegidos son valores a la alza para diversos sectores sociales que ayudan a que el resto de la sociedad entienda y admita los programas que tienen como objetivo mejorar las condiciones de vida de los que son diferentes¹

El abuso de drogas y sus consecuencias son problemas dinámicos, con orígenes múltiples, que afectan diferencialmente a los grupos sociales.

En la presente época, el consumo de drogas se ha diversificado de modo considerable debido a la aparición de nuevas sustancias, nuevos patrones de consumo y múltiples perfiles de usuarios; además de su gravedad, del amplio abanico de población a la que afecta y de las dificultades que entraña el manejo de todos los factores que la originan y mantienen (Ferre, Sánchez y Salvador, 1991). Investigaciones recientes, por ejemplo, indican que el consumo de drogas en México se distribuye de diferente manera en las distintas regiones, concentrándose sobre todo en el centro y norte del país y en las zonas urbanas; se ha incrementado entre las mujeres (principalmente, tabaco y alcohol) y en los más jóvenes (la edad de inicio en el consumo es cada vez menor); ha aumentado el uso de alcohol, marihuana y metanfetaminas, aun cuando el índice general de consumo se ha mantenido estable; el tabaco y el alcohol siguen siendo las “drogas de entrada” para el uso de otras sustancias². Asimismo, es posible identificar factores de riesgo que se encuentran asociados al uso de drogas, como deserción escolar, violencia familiar y escolar, baja percepción de riesgo sobre el uso de alcohol y tabaco, la



¹ “La situación de las drogas y otras adicciones en Andalucía”. Informe especial al Parlamento. Defensor del Pueblo Andaluz. Diciembre 2002. p. 14.

² Cf. Encuesta Nacional de Adicciones, 2002; Medición del Consumo de Drogas en Estudiantes, 2006; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006; Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2003; Encuesta Nacional de la Juventud, 2005, entre otras.



existencia de padres consumidores, comorbilidad con trastornos mentales, etcétera. También es posible delimitar contextos, grupos y sujetos que, por sus condiciones o estilos de vida, son más vulnerables ante el inicio, mantenimiento o aumento del consumo de sustancias tóxicas³.

En general, se observan cambios importantes en diferentes aspectos relacionados con lo que se ha definido como el fenómeno adictivo:

- ♦ Rápida expansión en las formas de consumo, sobre todo de ciertas sustancias que se extienden entre los sectores juveniles.
- ♦ Alarma social que las drogas producen en algunos sectores y que puede provocar respuestas irracionales.
- ♦ Existencia de una economía asociada al dinero procedente de las drogas, que es dirigido a determinados estratos sociales y económicos, y que impide la toma de decisiones para subsanar la situación.
- ♦ Existencia de un problema de salud pública que emerge alrededor de las sustancias y de los efectos, y que llega a afectar a grupos de población significativos.

De esta forma, el consumo de drogas deja de ser una situación de decisión personal o de minorías para convertirse (como era previsible a partir de los matices históricos, culturales y sociológicos del último siglo) en un problema sanitario de gran relevancia para las masas. Esto conlleva a la aceptación de determinadas drogas y de sus usuarios, o bien a su rechazo social al valorar la drogadicción como consecuencia indeseada de un hábito social ilegal, punitivo y rechazable. Es decir, se ha producido una controversia, nuevas dimensiones y un consecuente cambio en la percepción social de las drogas y su consumo, que en nada se parece a condiciones anteriores.

Con este panorama resulta insoslayable apuntar que el abordaje de las adicciones requiere de aproximaciones capaces de “aprehender” y dar cuenta de esa naturaleza cambiante, a fin de proporcionar las bases para la investigación, las intervenciones (preventivo-terapéuticas) y la valoración de las mismas. Este análisis de la realidad debe concluir



³ Ídem.



con nuevas propuestas capaces de acercar, por un lado, el problema a la sociedad y, por otro, mejorar las respuestas que se han dado en este nuevo panorama.

Conocer la realidad del fenómeno adictivo resulta complejo porque implica abarcar distintas aristas y perspectivas. No obstante, a partir de numerosos estudios y esfuerzos realizados tanto en el plano internacional como en el nacional y local, hoy día existe una clara evolución de las ciencias que permiten aproximarse al problema de forma crítica, comprensiva y constructiva.

Cabe señalar que dentro del tema de las drogas la *prevención* tiene un lugar privilegiado debido a que, a partir de una lógica de costo-beneficio, es más conveniente invertir en acciones tendentes a evitar el consumo de drogas y sus daños concomitantes que gastar grandes cantidades de recursos en tratamiento.

La *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones* (p. 21), define la prevención como “... el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias”. Sin embargo, la prevención del consumo de drogas no se limita únicamente a evitar que esta conducta tenga lugar (como anteriormente se había identificado), también implica una actuación enfocada a evitar que algunos riesgos o daños existentes y aun controlables, tomen dimensiones mayores y que se vuelvan incontrolables, incluso cuando ya existe un consumo no problemático de alguna droga.

Es necesario que todo programa preventivo siga una estructura lógica y plausible que demuestre la coherencia de los diversos contenidos de la intervención. En la práctica, consiste en el desarrollo de un plan de implementación basado en principios operativos de coherencia interna. Es decir, un plan integrado por elementos cuya relación responda a criterios de necesidad y complementariedad, organizados temporalmente



con una serie de procedimientos cuya secuencia permita el avance real de una fase a la siguiente.

La prevención del consumo de drogas debe dirigirse hacia metas concretas, con base en el conocimiento riguroso del problema real, las necesidades y características de la población y el contexto de intervención.

Para que una intervención preventiva sea eficaz se debe conocer el fenómeno o problema asociado sobre el cual se va a intervenir; comprender el fenómeno en el contexto y sector donde se presenta; diseñar un plan de acción con objetivos claros y medibles; definir una metodología de intervención para alcanzar los objetivos; coordinarse con otros programas o servicios; integrar el programa en la estructura del servicio; planificar la instrumentación del programa; diseñar un sistema de información permanente e incluir un componente de evaluación (Alvira, 2000).

En este sentido, un programa preventivo puede tener diferentes objetivos (Bukoski, 1995; Hawkins, 1999): Suprimir los patrones de consumo abusivo de drogas que repercuten patológicamente en la dinámica familiar, escolar, interpersonal y social del individuo; eliminar el paso del consumo experimental al consumo compulsivo o abusivo; conseguir la abstinencia completa y prescindir del consumo en cualquiera de sus modalidades; retrasar la edad de inicio del consumo; aplazar la iniciación en el consumo de “drogas de entrada” (tabaco, alcohol, marihuana); vigilar y aminorar los factores de riesgo personal y social con el fortalecimiento de recursos y habilidades de protección.

En los últimos años, la prevención de adicciones ha tenido una reestructuración importante tanto a nivel teórico como metodológico, debido en gran parte al constante desarrollo de estudios epidemiológicos; la evaluación –mediante diseños experimentales controlados– de los distintos modelos teóricos que se han planteado desde que se inició la práctica preventiva en el consumo de drogas; la estimación del impacto de planes estratégicos y políticas preventivas de carácter global, y el todavía incipiente desarrollo de la investigación básica aplicable en prevención. Como resultado de estos estudios, en la actualidad se



dispone de prototipos de programas cuya eficacia respecto a otros o respecto a la no intervención, está clara y consistentemente probada (Sloboda y Bukoski, 2003; Becoña, 2003; Alonso Sanz *et al.*, 2004). Así, la evidencia científica desempeña un papel fundamental en la planeación, diseño, implementación y evaluación de las intervenciones preventivas. Partir de esta base permite conocer el origen del fenómeno y entender los diversos comportamientos sobre el consumo de drogas; elementos que sirven como referente para saber dónde, en qué, por qué y cómo se tienen que desarrollar los programas.

Todo programa de prevención debe partir de un conocimiento del problema sobre el que se requiere intervenir y de un diagnóstico de necesidades que tenga en cuenta el contexto específico donde se va a aplicar, las características de la población destinataria, etcétera. La intervención desde un contexto definido, permite abordar los diferentes actores que integran dicho contexto, lo cual incrementa la posibilidad de desarrollar una prevención integral. Cada contexto implicará para la intervención diversas potencialidades, dificultades y estrategias.

La evolución de los modelos preventivos fue evidente con la propuesta de Laevel y Clark (1966), quienes sugirieron un modelo que dividía la prevención en tres niveles (primaria, secundaria y terciaria). Esta propuesta fue relevante en la salud pública debido a su pronta diseminación y validación por organismos internacionales. Sin embargo, en 1994, el Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos formuló un nuevo marco teórico para la prevención, con base en la clasificación operacional desarrollada previamente por Gordon (1983, 1987 citado en: Mrazek y Haggerty, 1994), en un intento por sistematizar el entendimiento de la prevención de las enfermedades. La propuesta tuvo impacto en los modelos para la atención de diversos problemas de salud, entre ellos, las adicciones. Desde este marco, las intervenciones de prevención del consumo de drogas se clasificaron en universales, selectivas e indicadas.

La *prevención universal* está dirigida a toda la población sin distinción entre personas sanas, en riesgo, consumidores, etcétera; se desarrolla mediante estrategias generales y



perspectivas teórico-metodológicas amplias, poco costosas y aplicadas con menor intensidad; su objetivo es promover habilidades sociales y estilos de vida saludables. La *prevención selectiva* está orientada a aquellos grupos de la población que por sus características sociodemográficas y/o sus condiciones de vida, se encuentran expuestos de manera permanente a múltiples factores de riesgo que los hacen más vulnerables para iniciar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; por ejemplo, jóvenes delincuentes, grupos étnicos o de inmigrantes marginados, menores en situación de calle, entre otros; se desarrolla mediante estrategias y perspectivas teórico-metodológicas racionales en función de las necesidades del grupo que se va a intervenir; independientemente de su nivel individual de vulnerabilidad; son más costosas e intensas que las intervenciones universales; su finalidad es reforzar mecanismos de protección muy concretos: autoestima, habilidades para resolver problemas, destrezas de integración social, etcétera. La *prevención indicada* se dirige a los sujetos que tienen elevadas condiciones de riesgo, o bien a los que ya han experimentado con drogas; se instrumenta mediante estrategias de consejería enfocadas a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo, y requiere de la identificación previa y detallada de la vulnerabilidad del individuo.

Es importante recordar que en prevención del consumo de drogas se advierte la necesidad de disponer de intervenciones efectivas que contribuyan a reducir los riesgos, daños y problemas asociados al consumo de sustancias tóxicas.

Sin embargo, las intervenciones preventivas no deben operarse de manera indiscriminada. Sus objetivos, contenidos y estrategias deben diferenciarse en modalidades universales, selectivas e indicadas, en función de las necesidades y demandas de intervención que se delimitan mediante el análisis sistemático de la distribución del consumo y el nivel de riesgo y vulnerabilidad que se va configurando en el contexto de intervención.

Los fundamentos teóricos y científicos están hoy en día bastante desarrollados y bien definidos para disponer de un



canon de prácticas y elementos recomendables. No hay más espacio para una prevención instintiva o abierta a opiniones personales de lo que podría funcionar.

Tanto la prevención selectiva como la indicada se basan en la premisa de que, en función del *riesgo*, es posible identificar ambientes y grupos *vulnerables* ante el consumo, lo que conlleva a justificar la operación de acciones preventivas que reduzcan la probabilidad de desarrollar problemas con y por las drogas; esto es, uno de los primeros requisitos para plantear el abordaje preventivo diferencial de los grupos sociales es la delimitación de las nociones de “riesgo”, “daño” y “vulnerabilidad”. Así, las intervenciones consiguen mayores beneficios, tanto para las personas a las que van dirigidas como para la comunidad en general.

Desde esta perspectiva, la identificación de los llamados *factores de riesgo* y *factores de protección*, resulta de suma utilidad para actuar sobre lo que origina las diferentes afecciones; para el caso, coadyuva al análisis etiológico de las toxicomanías. Con el paradigma “riesgo/protección” se puede explicar la susceptibilidad de los sujetos para el desarrollo de problemas del uso de sustancias.

Si se parte del enfoque riesgo/protección, la prevención del consumo de drogas, debe comenzar con el conocimiento científico y empíricamente contrastado, a fin de explicar el porqué unas personas abusan de las drogas mientras que otras no lo hacen (Bry, 1996).

Los *factores de riesgo* pueden residir a nivel individual, familiar, comunitario e institucional, o pueden ser de naturaleza biológica, psicológica, ambiental y social. En este sentido, los individuos más vulnerables son aquellos que se encuentran expuestos a gran cantidad de factores de riesgo y que presentan condiciones de vida poco favorables para su sano desarrollo, por ejemplo: víctimas de violencia, niños de la calle, hijos de padres consumidores de alcohol y otras drogas, etcétera. Sin embargo, cabe aclarar que los factores de riesgo y los factores de protección no son entidades opuestas de un continuo, sino dos realidades diferenciadas que interactúan entre sí (NIDA 1997). Esta precisión conceptual permite plantear estrategias de prevención acordes a los niveles de riesgo de



cada población, para desarrollarlas y evaluarlas de forma sistemática en diferentes escenarios sociales.

Desde los servicios sociales, las diversas estrategias de prevención están dirigidas a reducir los factores de riesgo a nivel personal y ambiental, y promocionar los factores de protección y las potencialidades del individuo y de la comunidad, reforzando sus habilidades para afrontar los problemas, incrementar soportes y apoyos personales y sociales o mejorar las habilidades y capacidades interpersonales, desde los contextos de mayor influencia, cercanía y accesibilidad para el individuo: personal, familiar, escolar, grupos de amigos, comunidad, etcétera.

Dentro del desarrollo conceptual generado para sustentar los modelos de atención del consumo de drogas, resulta común que la palabra “riesgo”, implique un carácter negativo, algo no deseable que debe evitarse. Resulta paradójico verificar que para otras ópticas, el riesgo es considerado para algunos grupos como un valor positivo, atractivo y altamente significativo (Vidal, 2006). El riesgo por sí mismo no implica un sentido positivo o negativo; la connotación se adquiere desde una representación sociocultural que conlleva valoraciones subjetivas en torno a un evento u objeto. El concepto de “riesgo” tiene un carácter polisémico; es decir, puede adquirir diferentes significados dependiendo del enfoque teórico desde el cual se conciba. Asimismo, la noción de riesgo se ha desplazado a casi todos los ámbitos de nuestras vidas.

Desde la teoría sociológica contemporánea, la sociedad de riesgos ha constituido un referente importante para tratar de explicar distintos fenómenos en el marco de una sociedad globalizada. Ulrich Beck (1986, 2002) lo refería como el enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana.

Actualmente existe un creciente interés por delimitar y modificar el riesgo, aun cuando en ocasiones se admite que el riesgo nunca puede ser calculado en su totalidad. De ahí que se señale que nuestra sociedad, pese a todos sus avances tecnológicos, no es un mundo más seguro,



sino un entorno más fiable. Por lo tanto, cuando se hace referencia a la reducción del riesgo, sería más indicado argumentar que se trata de estar más cerca a la fiabilidad que a la seguridad.

Por otra parte, los términos *vulnerable* y *vulnerabilidad* son utilizados frecuentemente en la investigación sobre salud. El análisis de la vulnerabilidad ha predominado en ciertos temas como las catástrofes naturales, las hambrunas, el VIH-sida y la salud mental. Al respecto, se afirma:

La vulnerabilidad hace referencia a un estado o situación donde el sujeto es blanco del riesgo, peligro o daño; es decir, está ubicado en una posición de desventaja en comparación con los demás. Depende de la exposición a un daño o riesgo (qué tanto está expuesta una persona), el conocimiento que se tiene sobre el riesgo, peligro o daño y la capacidad (recursos internos) para enfrentar el riesgo, peligro y/o daño (CIJ, 2003). Algunos otros elementos que marcan la vulnerabilidad de los individuos son: predisposición genética, enfermedad crónica, conflictividad personal en la familia, trabajo o escuela.

Entonces, el nivel de riesgo está en función del número y variedad de los factores de riesgo existentes; por el contrario, la vulnerabilidad se precisa como el lugar de desventaja que ocupa una persona o grupo, dentro de la comunidad o sociedad frente al posible uso y abuso de sustancias tóxicas. Así, los grupos vulnerables son poblaciones específicas definidas por los factores de riesgo que las caracterizan y el nivel de vulnerabilidad que éstos implican.

La investigación ha demostrado que los individuos que consumen drogas, por ejemplo, han pasado por un proceso de vulnerabilidad permanente que consiste en la acumulación de riesgos individuales, colectivos y sociales, que redundan en un estado de estrés psicosocial, que pasa inadvertido por la familia, la escuela y la comunidad. Este estrés acumulado es una adversidad que no se puede reducir y simplificar diciendo, sólo que es consecuencia directa del abandono familiar, de la disponibilidad social de la sustancia, de la falta de opciones



para el uso adecuado del tiempo libre, del escaso crecimiento personal derivado de la marginación y la pobreza (Castro *et al.*, 2007).

Con este marco, algunas prácticas en materia de prevención distinguen a la población *vulnerable* de la *no vulnerable* y aplican distintas medidas a partir de estos criterios, como si se tratara de un diagnóstico fijo y, aun más, asumiendo que las personas fueran tan conscientes de su vulnerabilidad como para pedir ayuda por ellas mismas.

Con respecto a la población consumidora parece razonable insistir en las políticas de reducción y, de ser posible, en la eliminación de los riesgos y daños⁴. El modelo de reducción de riesgos y daños ligados al consumo de drogas es un marco conceptual que engloba todas aquellas estrategias que tienen como objetivo disminuir de una manera jerárquica y variada los efectos negativos del uso de drogas; se define como “el conjunto de medidas sociosanitarias individuales y colectivas, dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas” (Minno, 1993). Para comprender la noción de “reducción de riesgos” es necesario enmarcar esta propuesta (política, teórica y metodológica) en el devenir histórico de la reducción de daños, que comenzó a utilizarse a finales de 1980 como respuesta a la aparición de un creciente problema de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los usuarios de drogas parentales (O’Hare, 1995).

Esta visión alude a “grupos vulnerables” para hacer referencia a grupos que, por su condición biológica, están expuestos a ciertos daños a la salud física (mujeres embarazadas, menores de cinco años, etc.). Dentro



⁴ Daño es todo aquello que supone menoscabo, detrimento o pérdida de algo valorado positivamente, es decir, de un bien. Si el riesgo hace referencia a la eventualidad de un daño, entonces lo que está en riesgo siempre es un bien, aunque lo que inmediatamente se tematice, sea su daño.



de esta noción se considera que otros grupos sociales son vulnerables por los “estilos de vida” que adoptan en razón de una condición particular (homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de drogas, personas en situación de calle, etc.). También dentro de este enfoque se habla de la “vulnerabilidad *ex post*” que hace referencia a los grupos que después de presentar una situación específica ésta los hace más susceptibles a otros daños (diabéticos, niños con desnutrición, seropositivos al VIH, migrantes, etc. [Granados, 2002]).

Es preciso destacar que el riesgo y vulnerabilidad no son una condición estática, sino un estado complejo, variable y transitorio que en un momento o situación diferencial puede afectar a cualquiera. Esto obliga a considerar dicho criterio para el abordaje diferenciado en cualquier tipo de intervención preventiva.

La vulnerabilidad no es ni una circunstancia adquirida por los individuos ni una disposición inherente, sino precisamente una situación dinámica en la que han sido “ubicados”; y en ese sentido, no son vulnerables sino, más bien, “han sido vulnerados”. Por lo tanto, es necesario sustituir el término “grupo vulnerable” por el de “socialmente vulnerados”, en virtud de que la noción predominante de vulnerabilidad entraña dificultades ideológicas que tienen implicaciones prácticas, culturales y políticas (Granados, 2007).

Sin embargo, existen diversas posturas sobre la definición de estos conceptos; en general, se acepta que tales nociones adquieren particularidades importantes según sea el fenómeno de salud al que se refiera; por lo que es conveniente afirmar que existe una gama de vulnerabilidades y poblaciones que, en un tiempo, una condición y un espacio determinados, se hallan en situaciones de vulnerabilidad.

Enfoques reduccionistas y esencialistas consideran la vulnerabilidad en salud como casos o situaciones de excepción que son consecuencia de la pérdida de equilibrio entre el individuo y su medio, donde el primero se ve expuesto a un mayor riesgo (vulnerabilidad *ex post*); también hacen referencia a una condición que aunque normal o fisiológica, vuelve más susceptible al individuo ante los daños a la salud. Pero, en este



enfoque se corre el riesgo de perder de vista la inseguridad como una situación estructural que no sólo incrementa los riesgos en salud, sino además genera condiciones inequitativas de soporte social y disminuye las capacidades de los individuos para enfrentar situaciones de riesgo. La consecuencia práctica de un enfoque esencialista es la minimización de la responsabilidad del conjunto social para ofrecer a sus miembros condiciones iguales para el desarrollo de sus potencialidades, así como la minimización del ejercicio público del poder para brindar la seguridad y el soporte social adecuado (Granados *et al.*, 2007).

Algunas definiciones más heurísticas de vulnerabilidad aluden al proceso por medio del cual los individuos generan recursos para afrontar los riesgos cotidianos sobre los que no tienen control; en tal caso se estaría aludiendo a grados de vulnerabilidad. En esta noción además se reconoce que en el contexto hay situaciones y procesos de los cuales la acción individual requiere de transformaciones colectivas que modifiquen las condiciones generadoras del riesgo. Así, es vulnerable quien sufre inseguridad, pero ésta es una situación provista por el soporte social y regulada por la acción colectiva (Delor y Hubert, 2003).

La vulnerabilidad debe conceptualizarse como una dimensión estructural del concepto de riesgo, que más que atenerse a la probabilidad estadística de que ocurra un evento negativo en salud, se enmarca en un conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas, colocan a individuos y grupos en situaciones que pueden limitar su capacidad para responder efectivamente a los riesgos (Granada, 2005). Implica un análisis comprensivo de cómo la percepción de vulnerabilidad está íntimamente ligada a determinados modos de vida, cuya concreción, a pesar de manifestarse en forma individual, mantiene un origen eminentemente social. Por ello, su análisis estructural implica la inclusión de variables antropológicas y etnográficas que otorguen contexto a las variables numéricas presentes en las mediciones epidemiológicas. La vulnerabilidad, más que responder a condiciones meramente objetivas, asume que las personas son capaces de transformar sus percepciones y conductas de acuerdo con diversas experiencias y condiciones dinámicas de vida, en una perspectiva de la subjetividad y la identidad como



agencia, desde la cual responden de forma dinámica y compleja ante situaciones similares.

Este enfoque de vulnerabilidad social conlleva a identificar cómo se conforman y cuáles son las “desventajas acumuladas” y/o “ventajas compartidas” de individuos y grupos, con las cuales enfrentan el esfuerzo cotidiano de vivir en condiciones adversas, evidenciando resultados diferenciales cuando se enfrentan problemas que impactan la salud al interior de un contexto histórico y dinámico. La vulnerabilidad sólo puede entenderse si se ubica en un contexto de relaciones desiguales, que reproducen o construyen situaciones injustamente diferenciadas, como ocurre con la clase social, la etnicidad y el género y sus manifestaciones económicas, laborales, políticas, ambientales y culturales. La combinación de procesos históricos y la construcción cotidiana de las inequidades conllevan la posibilidad de que individuos de un mismo grupo social padezcan a su vez en magnitudes distintas las consecuencias de los procesos de salud y enfermedad, frente a los cuales se encuentran en mayor o menor probabilidad de gestionar la atención de sus problemas.

La vulnerabilidad es un fenómeno multidimensional que tiene su origen tanto en las tendencias económicas como en la insuficiente cobertura de diversos servicios sociales y en el debilitamiento del tejido social. Puede surgir como consecuencia de la concatenación de uno o varios factores económicos, sociales, culturales y ambientales que se complementan, potencian e interrelacionan para propiciar una creciente sensación de riesgo, inseguridad e indefensión en vastos grupos de personas, familias y sectores de la población (Balsam *et al.*, 1992).

La vulnerabilidad social se manifiesta a lo largo del curso de vida de las personas. Éstas se hallan expuestas a distintos tipos de vulnerabilidad en el transcurso de su vida, que tienen origen también en la pertenencia a grupos definidos, ya sea por su condición étnica (indígenas), de salud (discapacitados y enfermos crónicos) o por su ubicación geográfica (habitar en comunidades aisladas y dispersas, zonas de alto riesgo para desastres naturales, asentamientos urbanos donde marginados o inaccesibles, etc. [Delor y Hubert, 2003]).



Las acciones preventivas exitosas retoman el enfoque de vulnerabilidad psicosocial. Todas las referencias recientes de estudios efectuados con poblaciones de estudiantes mexicanos y comunidades marginadas indican que la experimentación con drogas puede predecirse de forma significativa por otras conductas de riesgo en las áreas de salud, consumo de sustancias por familiares y amigos, sexualidad, empleo, escuela, actos antisociales, estilo de vida y eventos negativos significativos en ésta. Las adicciones no deben concebirse de manera aislada, sino en su interacción y variabilidad con otras conductas de riesgo. Debe actuarse con la continuidad y oportunidad que requieren los cambiantes fenómenos de vulnerabilidad psicosocial.

Sin duda, la prevención capaz de intervenir en el riesgo acumulado es diferencial. En este sentido, “prevenir” implica estar preparado para afrontar exitosamente el riesgo acumulado y los estados de vulnerabilidad a los que, como sujetos sociales, vamos estando expuestos en el curso de la vida, en los procesos de interacción y en los contextos o grupos de socialización y desarrollo (Bukoski, 2003; Castro *et al.*, 2007; Delor y Hubert, 2003; Balsam *et al.*, 1992).

La intención de generar no sólo un discurso sino una reflexión teórica más idónea en el campo de la promoción de la salud, implica pensar la “vulnerabilidad” no como una condición esencialista, sino como un proceso construido socialmente que se enmarca en los procesos más complejos de la determinación social de la salud-enfermedad-atención (Granados, 2002). Hay grupos que presentan mayores riesgos y daños que otros y, al mismo tiempo, enfrentan mayores dificultades para resolver sus problemas de salud en virtud de un contexto sociocultural que los ha hecho susceptibles a tales riesgos, daños y problemáticas.

Con base en lo anterior, en el Programa de Centros de Integración Juvenil *Para vivir sin Adicciones* se observa la necesidad de dar lugar a posturas epistemológicas alternas y a nuevas aproximaciones teórico-metodológicas que resulten más cercanas a los grupos desfavorecidos y que sean más eficaces para responder a la reconfiguración de los riesgos biopsicosociales asociados al consumo de drogas. El objetivo es estar presentes en aquellos contextos donde existen variables que incrementan la probabilidad de que una persona se involucre o continúe en el



consumo de drogas, y así promover la prevención, el tratamiento y la reintegración social como un estilo de vida para la comunidad.

La *Dirección de Prevención de CIJ* ha elaborado y sistematizado una serie de ejes teóricos, metodologías y tecnologías tendentes a fortalecer las estrategias y servicios institucionales que constituyen a las diferentes modalidades de prevención: universal, selectiva e indicada. Además, se ha abocado a investigar, seleccionar y diseñar planes de acción que resulten más oportunos a las características, necesidades y recursos de los grupos vulnerables para hacer factible la prevención diferencial del consumo de drogas.

De manera específica, corresponde el turno al libro: *De la prevención universal a la prevención selectiva* (que se complementa con un disco compacto), el cual pretende fungir como una guía inicial para el desarrollo de proyectos y programas de prevención selectiva.

Tanto en el libro como en el CD, se dejan a consideración un conjunto de planteamientos, recursos y herramientas que se han concretado en el proceso de planeación, diseño, instrumentación y evaluación de temas y estrategias que se dirigen a la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en los sectores y grupos poblacionales con alto riesgo. Estos materiales se han elaborado a partir de las necesidades detectadas en múltiples condiciones sociales, han sido probados con el apoyo de los equipos operativos de CIJ y cuentan con fundamentos científicos que garantizan su utilidad como herramienta de ayuda para la práctica preventiva.

La finalidad última es la difusión e intercambio de experiencias con los especialistas y con cualquier persona interesada en la prevención selectiva del consumo de drogas, a fin de conocer, participar, sugerir y mejorar la eficacia de las intervenciones que en materia de adicciones nos demandan las tendencias del fenómeno adictivo. Evidentemente, la reflexión queda abierta, dado que se transforman constantemente los conceptos y procesos sociales.

El consumo de drogas es un problema de salud pública que tiene la particularidad de alterar algunas de sus características de una manera similar a las transformaciones que acontecen en el interior de las dinámicas sociales, como es el caso del creciente uso de estimulantes, tipo anfetamínico, en un contexto de competitividad e *interacción globalizada*. Hacer referencia a esta problemática implica el replanteamiento constante de estrategias preventivas utilizadas para dar respuesta desde las instituciones de salud.

Este libro aborda la transición de la experiencia de un grupo de trabajo (habilitado para el diseño, elaboración de proyectos y materiales de prevención universal) al establecimiento de los fundamentos para realizar prevención selectiva. Asimismo encontrará conceptos básicos y especializados en torno a intervenciones para grupos vulnerables, así como la descripción de componentes metodológicos que se han estudiado y los propios, los cuales han sido empleados en la creación de métodos de trabajo para la atención de poblaciones con mayores riesgos de experimentar con drogas o transitar hacia el abuso de sustancias. Incluye, además, ejemplos de algunas intervenciones en los que puede apreciarse el salto a la práctica de lo descrito, tanto teórica como metodológicamente, sobre prevención selectiva.

Para complementar la gama de detalles protocolarios en el desarrollo de proyectos piloto, así como la documentación adicional para la consecución de estos objetivos, se adjunta un CD con información *in extenso*.

Incluye CD interactivo



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

www.cij.gob.mx