

CALIDAD Y EVIDENCIA EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

Marco de referencia
para la acreditación de programas

CALIDAD Y EVIDENCIA EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

MARCO DE REFERENCIA PARA LA ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS



INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, DEVIDA – Perú



Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC – México



Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, CONSEP – Ecuador



Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, DGPNSD – España



Dirección de Política contra las Drogas y Actividades Relacionadas. Ministerio de Justicia y del Derecho, MINJUSTICIA – Colombia



Instituto Costarricense sobre Drogas, ICD – Costa Rica



Junta Nacional de Drogas, JND – Uruguay



Secretaría Nacional de Políticas sobre Drogas, SENAD – Brasil



Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, SEDRONAR – Argentina



Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA – Chile



Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD – Portugal



CON LA COLABORACIÓN DE

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD – OEA



Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT



Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS



Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias, RIOD



Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD)

Socios Líderes:



Edición:

Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE)

Domicilio del Programa en Madrid:
DGPNSD. Plaza de España, 17 - Planta baja
28008 Madrid. España
T +34 91 436 34 21

i-copolad@copolad.eu
www.copolad.eu

Domicilio del Programa en Bruselas:
FIIAPP, 49-51 Rue de Trèves
1040 Bruselas. Bélgica
T +32 2 231 57 89

Maquetación:

Ediciones Digitales 64

Imprime:

MANGRAF, S.L.
C/ Yunque, 6-12 – 28522 Rivas Vaciamadrid (Madrid)

ISBN:

978-84-617-3018-6

© COPOLAD, 2014
Madrid, noviembre 2014

Dirección y supervisión del proyecto:

Teresa SALVADOR-LLIVINA, Directora. Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD.

Francisco de Asís BABÍN VICH, Delegado del Gobierno. Plan Nacional sobre Drogas (España), entidad líder del Programa COPOLAD.

Seguimiento del proyecto:

Jesús MORÁN IGLESIAS, Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD (hasta mayo de 2013).

Mario G. SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD.

Dirección del estudio Delphi, grupos focales y revisión marco legal:

Lorenzo SÁNCHEZ PARDO, Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales, INTRESS.

Grupo de trabajo para la revisión de la evidencia:

Lorenzo SÁNCHEZ PARDO (autor principal), Carlos ALONSO SANZ, Fernando MARTÍNEZ GONZÁLEZ, César PEREIRO GÓMEZ.

Revisión editorial de la publicación:

Ruth LOSADA SANMARTÍN, Entidad de Coordinación y Ejecución, COPOLAD.

Carmen MENA PIÑEIRO, Ediciones Digitales 64.

Consejo Asesor:

Luis ALFONZO BELLO

Brenda BARRIGUETE MÁZMELA

Cejana BRASIL CIRILO PASSOS

Gregor BURKHART

Karina C. CASAL

José L. CASTAÑO RODRÍGUEZ

Patricia CONTRERAS

Felipe LEYTON

Paula MARQUES

Elena MARTÍN MAGANTO

Javier MARTIN NIETO

Eugenia MATA CHAVARRÍA

Sonia MONCADA BUENO

Marta OLIVA

María E. RIVEROS

Carmen L. SEVILLA CARNERO

Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ

Marta SUANES BERON

José L. VÁZQUEZ MARTÍNEZ

Lorena VILLACÍS RENGIFO

Participantes grupos Delphi:

Alicia ACERO ACHIRICA
César ACOSTA
Susana ALMENDARES
Jordi ALOS
Francisco ALVIRA
Paula ANDRADE
Gabriel ANDREUCCETTI
Victoria ÁNGELES
Mercedes ARANGUREN
Martín ARCILA MARTÍNEZ
Carlos ARIZA CARDENAL
Sara ARROSPIDE
Gustavo ASCACIBAR NOBLECILLA
Gabriel AVENA
Marco BARRIENTOS SEGURA
Elisardo BECOÑA IGLESIAS
Pilar BERMEJO GONZÁLEZ
Gustavo BIORIZA
Francisco BRAVO
William CABANILLAS ROJAS
Alberto CALABRESE
Amador CALAFAT FAR
Ana C. CAMAROTTI
Ana M. CANO RENTERÍA
María A. CAPRILE
Susana CARDOSO
Selva CAREAGA
Luis CARIS
Carlos A. CARVAJAL
Karina C. CASAL
Guillermo CASTAÑO PÉREZ
Liliana CASTRO DEZA
Pedro CATITA
Fabián CHIOSSO
Patricia CONTRERAS
Madalena CRUCHINHO
Gloria CUEVA VERGARA
Mauricio CUEVAS
Aldo DOMANICO
Mariana DRAGO
Arturo DUEÑAS YACTAYO
Domingos DURÁN
Mario ELIZALDE
Alejandro ESCOBAR LOBOS
Susana FERGUSSON
Juan FERNÁNDEZ
José R. FERNÁNDEZ HERMIDA
Ricardo FLEITAS
Paula FRANGO

Maria I. GANDOLFO CONCEIÇÃO
Nadia GARCÍA ALAS
Martha B. GARCÍA GARCÍA
Enrique GIL CARMENA
Luis F. GIRALDO FERRER
Alcinda GOMES
Eduardo GÓMEZ
José A. GÓMEZ FRAGUELA
Andrés GÓNGORA
Aida GONZÁLEZ
Luis GONZÁLEZ
Juan C. GORLERO
Susana GRUNBAUM
Heliodoro GUTIÉRREZ FUENTES
Esperanza HERNANDEZ
María HERRERA VIDIELLA
Carlos IBÁÑEZ
Silvia INCHAURRAGA
Federico INFANTE LEMBCKE
Patricia INSÚA
Manuel ISORNA FOLGAR
Mario KAMENIECKI
Hugo KERN
Félix KESSLER
Agustín LAPETINA
Laura LATORRE
Felipe LEYTON FRAUENBERG
Daniel LLORET IRLES
Alcina LÓ
Danilo LOCATELLI
Manuela LOPES
Asensio LÓPEZ
César LUCCHETTI
Juan C. MANSILLA
Paula MARQUES
Elena MARTÍN MAGANTO
Efrén MARTÍNEZ
Mário MARTINS
Jorge MC DOUALL
Juan C. MELERO
Carmen MENESES FALCÓN
Decio METTIFOGO
Cecilia MILLER
Alberto MINOLETTI
Antonio J. MOLINA
Mariano MONTENEGRO
Gabriela MONTOYA
Verónica MORA DUBUC
Gorka MORENO

Juan A. MOSCA
Telmo MOTA RONZANI
Alicia MUÑOZ
Iván MUÑOZ
Katya MUÑOZ
Mónica NÁPOLI
Patricia NARVÁEZ
Margarida NETO
Francisca OBLITAS
Marta OLIVA
Gabriela OLIVERA
Carlos OLIVERO
Carlos ORDOÑEZ HUAMÁN
Luis OSSA
Antonio PADRINO
Camila PATIÑO
Alfredo PEMJEAN
Cesar PEREA CHUMBE
Sergio PEREIRA
Augusto PÉREZ GÓMEZ
Jesús PÉREZ ARRÓSPIDE
Claudia PETRACCA
Silvia PISANO
José QUEREJETA
Susana REDONDO MARTÍN
Carla RIBEIRO
Sara RIVERA
María E. RIVEROS
Favio ROCA PAUCARPOMA
Elena RODRÍGUEZ
Rafael RODRÍGUEZ FALLA
José L. RODRÍGUEZ VALDÉS

Carlos SAAVEDRA
Mónica SALAZAR PIAGGIO
Margarita M. SÁNCHEZ
Rodrigo SANTIS
José SANTOS SILVA
Hermann SCHRECK
Carmen L. SEVILLA CARNERO
Almudena SILVA
Camila SILVEIRA
Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ
Carola SIRVAS
Paula SOBRINHO
Marta SUANES BERON
Rosa SUÁREZ
José M. SUELVES
Martha SUESCUN
José TASAYCO
Marta TORRENS
Marco A. TORRES RUIZ
Graciela TOUZÉ
Juan TRIACA SALDAÑA
Rosina TRICANICO
Rosa M. UGARTE
Rita URIBE OBANDO
Lilian URRUTIA
Gustavo VALENTINI
Marcelo VASQUEZ
Rubén VERDE CESPEDES
Joan R.VILLALBÍ HERETER
Víctor VILLANUEVA BLASCO
Augusto VITALE

Participantes grupos focales:

Brenda BARRIGUETE MÁZMELA
Cejana BRASIL CIRILO PASSOS
Roberto CANAY
Manuel CARDOSO
Hannia CARVAJAL
Jenny C. FAGUA DUARTE
Agustín LAPETINA
Marcela LARA
Felipe LEYTON FRAUENBERG
Gerardo MARÍN
Elena MARTÍN MAGANTO
María J. MARTÍNEZ RUIZ
Eugenia MATA CHAVARRÍA
Inés E. MEJÍA MOTTA
Telmo MOTA RONZANI

Francisca OBLITAS
Aldemar PARRA ESPITIA
María RICCIARDI
María E. RIVEROS
José ROCHA ALMEIDA
Vicente A. RODRÍGUEZ SALCEDO
Milton ROJAS VALERO
Julio ROQUE
Graciela SILVOSA RODRÍGUEZ
Juan TRIACA SALDAÑA
Julio C. VARGAS
Sofía VASCO
Lorena VILLACIS RENGIFO
Augusto VITALE
Gabriela WALD

Agradecimientos

Los editores de esta publicación desean agradecer su participación y excelentes aportaciones a las distintas fases de este proyecto a todas las instituciones y personas que, desde su responsabilidad institucional y/o su amplia experiencia y profundo conocimiento del ámbito en el que se desarrollan los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD), han contribuido a la obtención de resultados ampliamente consensuados y, en especial, a la identificación de los criterios que se presentan en esta publicación. Dado que no participaron en los grupos de trabajo citados en los créditos arriba presentados, queremos expresar nuestro especial agradecimiento a la Dra. Marica Ferri (Project Manager Best Practices, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, OEDT) y a la Dra. María Estela Monteiro (Asesora Regional en Alcohol y Abuso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS) por sus estimables sugerencias aportadas al capítulo de revisión de la evidencia (Anexo I de esta publicación). Asimismo, queremos expresar nuestro agradecimiento a la Sra. Cynthia Argüello Guerra (Chile), la Dra. Inés Bustamante Chávez (Perú), la Sra. Florencia Failache Artigas (Uruguay), la Dra. Graça Vilar (Portugal) y al Sr. Miguel Ángel Pedrola Kempt (Argentina), quienes colaboraron en la coordinación de la actividad en sus respectivos países. Finalmente, pero no menos importante, queremos agradecer a la Sra. Alexandra Hill (Jefa de la Sección de Reducción de la Demanda de Drogas, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD-OEA) por compartir generosamente un trabajo complementario al de COPOLAD, enfocado a identificar los criterios indispensables para la apertura de centros de tratamiento y que ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo impulsado por CICAD a tal efecto. Sus resultados vienen a enriquecer y complementar el trabajo desarrollado en el marco de COPOLAD, circunstancia por la cual se ha considerado de interés presentarlos en el Anexo IV de esta publicación.

Cláusulas *ad cautelam*, aclaración y exoneración

COPOLAD es un programa financiado por la Unión Europea a través de la Dirección General de Cooperación y Desarrollo Europe-Aid.

Las opiniones o posiciones expresadas en este documento son exclusiva responsabilidad de los autores y editores, y en caso alguno debe considerarse que reflejen necesariamente los puntos de vista o posicionamientos de la Comisión Europea.

Considerando que el respeto y la promoción de la igualdad de género forman parte de los valores de COPOLAD, en este documento y en todos los que se desarrollan en el marco del Programa, el uso indistinto de sustantivos —en género masculino o femenino— carece de intención discriminatoria alguna, es decir, tiene en todos los casos una intención inclusiva.

Reproducción de este manual

La entidad editora de esta publicación considerará de forma favorable solicitudes encaminadas a reproducir o traducir —en su totalidad o en parte— los contenidos de la misma con el fin de ampliar su difusión. Tales solicitudes deberán dirigirse a la Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE) de COPOLAD a través del correo: Calidad-Evidencia@copolad.eu

ÍNDICE

Presentación	11
Resumen ejecutivo: avances y retos de futuro	17
Procesos de consenso para la definición de los criterios y lógica de presentación adoptada	33
1. Proceso de definición y selección de criterios de calidad y base en la evidencia	33
2. Orden y lógica de presentación de los criterios consensuados	38
Criterios básicos	41
1. Criterios comunes a todos los programas de reducción de la demanda de drogas (CRDD)	41
2. Criterios para la acreditación de los programas de prevención (P)	44
3. Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas (RR)	51
4. Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento (T)	52
5. Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño (RD) . .	59
6. Criterios para la acreditación de los programas de incorporación social (IS) . .	60
Criterios avanzados	65
1. Criterios comunes a todos los programas de reducción de la demanda de drogas (CRDD)	65
2. Criterios para la acreditación de los programas de prevención (P)	69
3. Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas (RR)	78
4. Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento (T)	79
5. Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño (RD) . .	88
6. Criterios para la acreditación de los programas de incorporación social (IS) . .	89

ANEXOS

I. Revisión de la evidencia disponible en reducción de la demanda de drogas (RDD) 99

1. Valoración de la calidad de la evidencia disponible en RDD	100
2. Evidencia relativa a los programas de prevención	106
3. Evidencia relativa a los programas de tratamiento	135
4. Evidencia relativa a los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas	156
5. Evidencia relativa a los programas de reducción del daño asociado al consumo de drogas	167
6. Evidencia relativa a los programas de incorporación social de personas drogodependientes	178
7. Conclusiones globales respecto a la evidencia relacionada con los programas de RDD	182
Referencias	185

II. Marco estratégico y opciones potenciales para avanzar hacia la acreditación en reducción de la demanda de drogas (RDD) 223

1. Análisis de viabilidad realizado por los grupos focales	223
2. Estudio de situación del marco legal de acreditación de los programas de RDD en los países participantes	228
3. Posibles estrategias para la implementación de la acreditación en RDD	230
4. Repertorio de posibles medidas para apoyar la puesta en marcha de sistemas supranacionales de acreditación	237

III. Acuerdos y recomendaciones del Consejo Asesor para el impulso de sistemas de acreditación en reducción de la demanda de drogas (RDD) 239

IV. Criterios indispensables para la apertura y el funcionamiento de los centros de tratamiento para personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas 245

PRESENTACIÓN

Reducir la demanda de drogas desde las políticas públicas requiere desarrollar estrategias, planes, programas, actuaciones legales, de planificación y de capacitación en un contexto de elevada incertidumbre y dificultad. Esta realidad se deriva principalmente de los múltiples retos contextuales y los considerables factores de riesgo que —desde mediados del siglo XX hasta hoy— han ido emergiendo y condicionan el uso *contemporáneo* de sustancias psicoactivas.

Los rápidos cambios en las circunstancias de los mercados y en los patrones de consumo de drogas plantean a los gobiernos un enorme reto: la necesidad de articular respuestas políticas inmediatas, efectivas y eficientes para controlar y reducir los complejos problemas relacionados con las drogas y sus usos, aun cuando —en muchos casos— no se disponga de suficiente evidencia de efectividad sobre las distintas opciones potencialmente aplicables para responder adecuadamente a las necesidades de los diversos grupos de población.

Dado que se trata de afrontar fenómenos altamente dinámicos, de origen multifactorial y manifestación poliédrica y pluridimensional, se requiere un alto grado de previsión, anticipación y actualización constante, además de un considerable esfuerzo de coordinación multisectorial capaz de regir, orientar y articular actuaciones globales, integrales, integradas, transversales y sostenibles, con recursos generalmente limitados. Esta exigencia de cooperación y acuerdo, no sólo entre instituciones públicas sino también entre éstas y la sociedad civil, añade complejidad a una tarea ya bastante ardua en sí misma. Finalmente, pero no menos importante, la relativa juventud de un campo de actuación que empezó a

desarrollarse como tal hace poco más de medio siglo, genera un escenario donde las inseguridades son —en algunos casos— superiores a las certezas, y donde el avance pasa por un continuo proceso de aprendizaje y modulación, a medida que se dispone de mayor evidencia derivada de la evaluación del impacto global de las políticas sobre drogas implementadas hasta ahora, así como de un número creciente de estudios experimentales dedicados a validar los distintos modelos de intervención en reducción de la demanda de drogas (RDD) ensayados a lo largo de las últimas décadas.

La necesidad de articular respuestas inmediatas ante fenómenos emergentes (por ejemplo, incremento exponencial de diversas manifestaciones de violencia y tasas de mortalidad de alcance epidémico, asociadas al uso de drogas, irrupción de situaciones de alarma social frente a estos fenómenos, etc.), facilitó que inicialmente, las políticas sobre drogas y, por ende, las actuaciones de RDD, se plantearan básicamente en función de posicionamientos ideológicos, probablemente bien intencionados, pero precaria o nulamente sustentados en criterios de efectividad. Se trataba de políticas e intervenciones basadas en una lógica de lo que podría considerarse como un tipo de *pensamiento mágico*, mediante el cual se infería la posibilidad de alcanzar logros significativos frente a los problemas relacionados con las drogas aun careciendo del suficiente sustento empírico donde tales resultados pudieran fundamentarse.

En cuatro décadas, este panorama ha cambiado significativamente. Gracias a la creciente disponibilidad de resultados derivados de la investigación y a la evaluación de las políticas aplicadas, en este —relativamente breve— periodo de tiempo se han producido sensibles avances en el conocimiento de los factores que intervienen en el inicio, mantenimiento y reducción del uso problemático de sustancias psicoactivas. Las bases de este progreso se hallan en el análisis conjunto de los resultados proporcionados por estudios epidemiológicos, longitudinales y transversales; experimentos en neurociencias; estudios socio-sanitarios prospectivos; análisis económicos rigurosos; así como ensayos clínicos y otros diseños experimentales controlados destinados a evaluar la eficacia de los avances regulatorios y de capacitación aplicados para la implementación de distintas intervenciones preventivas, asistenciales y de inserción social encaminadas a producir cambios de comportamientos, actitudes y conocimientos en relación con las drogas. Buena parte de este progreso ha sido posible gracias al establecimiento de un número

creciente de observatorios nacionales e internacionales de drogas, que han permitido la progresiva disponibilidad de sistemas de información capaces de realizar un monitoreo de indicadores clave de forma sostenida —y sostenible— a medio y largo plazo.

En este contexto de mayor certidumbre y evidencia, a lo largo de las últimas décadas diversas instituciones nacionales e internacionales han ido enfatizando la necesidad de avanzar hacia la construcción de un marco de referencia capaz de informar las políticas, los programas y las actuaciones de RDD de acuerdo a criterios de calidad, seguridad y efectividad, equiparables a los que se vienen exigiendo en cualquier otro ámbito de intervención ya sea éste de carácter comercial, social o sanitario, y muy especialmente —pero no sólo— cuando se trata de regular bienes o servicios que tienen un impacto directo y decisivo en la vida de las personas (por ejemplo, requisitos y pautas para la autorización y administración de medicamentos, requisitos para otorgar licencias de manipulación segura de alimentos, criterios para el tratamiento y saneamiento del agua destinada al consumo humano, exigencias de seguridad que debe cumplir un juguete para poder comercializarse, regulación y acreditación para la práctica de distintos procedimientos terapéuticos, etc.).

Partiendo de esta necesidad —desde diferentes enfoques y con diferentes énfasis— se está progresando hacia la definición de determinados estándares que permitan, no sólo orientar las actuaciones y programas de RDD, sino también facilitar el desarrollo de recursos y procesos de acreditación capaces de impulsar la necesaria regulación de servicios y programas sobre bases cada vez más sólidas, de forma que las intervenciones en RDD sean más efectivas, más eficientes y, en definitiva, puedan asegurar un mejor futuro para nuestras comunidades, las familias y las personas que las integran, y muy especialmente, para las nuevas generaciones.

En el ámbito internacional, este esfuerzo se ha visto reflejado en varias iniciativas de amplio alcance, que se comentarán con más detalle en esta misma publicación y entre las cuales merece destacar proyectos pioneros como los liderados por la Organización Mundial de la Salud desde hace varias décadas y actualmente canalizados a través de su programa *WHO Quality Rights* en el ámbito de la salud mental. Proyectos financiados por la Unión Europea, como los liderados por el

Research Institute for Public Health and Addiction de la Liverpool John Moores University, el propio Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)¹ que —a través de su *Portal de Buenas Prácticas*— sintetiza, difunde y promueve la consideración de la evidencia disponible en RDD, o las iniciativas sobre criterios con base en la evidencia promovidas por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)² tanto en el campo de la prevención como del tratamiento.

De todo ello podemos inferir que, si bien quedan bastantes incertidumbres por dilucidar, disponemos de suficiente evidencia sobre efectividad en RDD como para ir avanzando en la aplicación práctica de requisitos y criterios derivados de las certezas actualmente a nuestro alcance. Este paso entre la investigación y el mundo real puede materializarse mediante la identificación y aplicación de criterios capaces de orientar y regir la práctica diaria en prevención, tratamiento, reducción del daño o inserción social; para ello, además de considerar la evidencia, hay que atender a la vez a la realidad y a los contextos en los que se inscriben los programas implementados, en nuestro caso, la realidad de los países iberoamericanos.

Por ello, desde COPOLAD se ha partido de la consideración de los avances disponibles, integrando la viabilidad como un elemento clave sin el cual no es posible la articulación de los cambios deseables en este sector. Así, se ha contado con la visión y la opinión experta de personas que —desde un profundo conocimiento de las realidades presentes en los países iberoamericanos— han realizado un importante esfuerzo de *aterrizaje* de estos criterios, priorizando aquellos que, en la práctica, podrían y deberían ser considerados como condiciones irrenunciables de las actuaciones reguladas desde las instituciones públicas responsables de las políticas de RDD.

Esperamos que los futuros avances para facilitar la adopción de los criterios que ahora presentamos, permitan ir superando definitivamente la fase del ya comentado *pensamiento mágico* y entrar así en un contexto donde los programas implementados en este ámbito, respondan a un marco básico de efectividad en

1. También referenciado a lo largo de este documento como European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction o EMCDDA, en inglés.

2. Conocido también por sus siglas en inglés: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC).

cuanto a resultados, y de eficiencia en cuanto a la utilización de recursos, ambas consideraciones propias de sociedades democráticas atentas a la toma de decisiones informadas, transparentes y orientadas al alcance de los mejores resultados posibles en todo lo que se refiere a la promoción y protección de la Salud Pública y el respeto a los Derechos Humanos.

El alcance de estos dos objetivos básicos requerirá el inicio de acciones que faciliten y promuevan activamente la implementación de estos criterios, a través de procesos ineludibles de capacitación, regulación y apoyo sin los cuales poco se podría avanzar en la mejora de los programas y servicios en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

Esperamos muy sinceramente que esta publicación pueda contribuir a la facilitación de dichos procesos.

RESUMEN EJECUTIVO: AVANCES Y RETOS DE FUTURO

¿POR QUÉ EL PROYECTO CALIDAD Y EVIDENCIA?

Porque coincide con la propia razón de ser del *Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD)*. Un programa desde el que se reconoce que los problemas relacionados con el uso de drogas requieren de respuestas transnacionales globales e integradas, vertebradas sobre bases sólidas derivadas del creciente conocimiento científico y la progresiva disponibilidad de evaluación de las políticas aplicadas hasta ahora.

Por ello, a través de COPOLAD se están impulsando procesos de cooperación y consenso de dimensión bi-regional América Latina (AL) – Unión Europea (UE), enfocados a incrementar la coherencia, el balance y el impacto de las políticas sobre drogas, en este caso, en el ámbito concreto de la reducción de la demanda de drogas (RDD).

Así, en el marco que ofrece COPOLAD, para el desarrollo de este Proyecto se ha querido conjugar la consideración de los avances derivados del conocimiento disponible actualmente en RDD con la aplicación de la cultura de la calidad, además de una cuidadosa consideración de las posibilidades reales de avanzar en todas estas dimensiones en el contexto actual. Todo ello a través de una amplia representación de países e instituciones que forman parte de la comunidad iberoamericana¹.

1. **Agencias Nacionales:** CONADIC-México; CONSEP-Ecuador; DGPNSD-España; DEVIDA-Perú; ICD-Costa Rica; MINJUSTICIA-Colombia; SEDRONAR-Argentina; SENAD-Brasil; SENDA-Chile; SICAD-Portugal y JND-Uruguay. **Otras instituciones:** Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA); Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT); Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias (RIOD).

Los criterios o principios identificados y consensuados como resultado de este modélico esfuerzo colaborativo, pueden y deben facilitar la implementación de la acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD) en un horizonte temporal cada vez más cercano.

¿CUÁL ES LA FINALIDAD DEL PROYECTO CALIDAD Y EVIDENCIA?

La finalidad del presente proyecto es identificar, consensuar y difundir criterios que permitan la consideración de la calidad y la evidencia en la implementación de programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD).

En este marco, el Proyecto se articula en torno a criterios de:

- **Calidad, en cuanto a contextos y procesos.** El *Proyecto Calidad y Evidencia* pretende facilitar la implementación de programas y servicios basados en estándares rigurosos proporcionados por los sistemas de gestión generalistas, disponibles en el ámbito de las intervenciones sociales y de salud; tanto en cuanto al contexto donde se desarrollan, como en cuanto a los procesos de gestión de los mismos, incluyendo la incorporación de recursos y herramientas para garantizar su adecuada planificación, implementación y evaluación.
- **Base en la evidencia, en cuanto a contenidos.** Esta vertiente del *Proyecto Calidad y Evidencia*, tan importante como la anterior, incluye la intención explícita de enfatizar la necesidad —y facilitar la incorporación— de un modelo teórico validado como base del programa a implementar. Es decir, promover que los programas emprendidos se puedan dotar de una orientación conceptual (de contenidos) que haya demostrado empíricamente su efectividad en contextos similares. Para elegir el modelo teórico apropiado en cada caso, hay que definir previamente a qué necesidades se quieren responder mediante el programa y, en base a los recursos disponibles, seleccionar los objetivos (resultados a alcanzar), es decir, qué variables se pretende modificar mediante la aplicación del programa. Implica pues, un ejercicio de evaluación basal y priorización de objetivos que permitirán identificar el modelo teórico más adecuado para trabajar con (y modificar) estas variables.

Tras su identificación, todos los criterios han sido consensuados por una amplia representación de países e instituciones con responsabilidades en el campo de la RDD. Una vez consensuados, el Proyecto aspira a promover su consideración y utilización con el fin de avanzar hacia la acreditación de los programas desarrollados en este sector clave de las políticas públicas sobre drogas en Iberoamérica.

¿QUÉ RESULTADOS HA ALCANZADO EL PROYECTO CALIDAD Y EVIDENCIA?

Las actividades ya desarrolladas durante la 1ª Fase del *Proyecto Calidad y Evidencia* han permitido alcanzar algunos hitos importantes en la identificación de criterios de referencia en reducción de la demanda de drogas (RDD), así como aportar claves para facilitar el diseño de sistemas de acreditación de programas en este ámbito, e impulsar la deseable generalización de una cultura de mejora de la calidad y efectividad en RDD. Todo ello respaldado por un amplio consenso de expertos y representantes institucionales que han participado en las etapas desarrolladas durante la 1ª Fase del Proyecto.

Los principales logros alcanzados hasta ahora son:

- La disponibilidad de una relación concreta e integrada de **criterios de calidad y base en la evidencia** que deberían exigirse para la acreditación de los programas y servicios de RDD.
- Un **diagnóstico actualizado** que explora la viabilidad para crear o mejorar las condiciones contextuales o prerrequisitos, necesarios para impulsar marcos de acreditación de programas y servicios de RDD.
- La **identificación de estrategias y medidas de apoyo** o acompañamiento que podrían facilitar el avance hacia la instauración de sistemas de acreditación nacionales o supranacionales.
- El **compromiso de instituciones nacionales y multilaterales** para trabajar de forma autónoma y a la vez coordinada, en la difusión y adopción de los criterios consensuados durante este proceso.

¿EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO CALIDAD Y EVIDENCIA?

Durante su 1ª Fase, el Proyecto ha integrado los siguientes pasos:

- **Actualización de los resultados de la investigación en reducción de la demanda de drogas (RDD).** Mediante una revisión inicial para actualizar la evidencia disponible en cada una de las áreas de RDD con el fin de identificar criterios y estándares de calidad potencialmente exigibles para la acreditación de los programas de reducción de la demanda. (**Anexo I.** Revisión de la evidencia disponible en reducción de la demanda de drogas).
- **Selección de criterios de calidad y base en la evidencia mediante consenso.** A través de un estudio Delphi en el que se realizaron 3 grupos (Grupo 1: Prevención - Reducción de riesgos asociados al consumo; Grupo 2: Tratamiento - Reducción de daños asociados al consumo; Grupo 3: Incorporación social), en el que participaron 169 expertos designados por las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los ocho países socios de COPOLAD.

El estudio permitió identificar criterios considerados “imprescindibles” en un marco de acreditación, por parte de un 60% o más de los expertos participantes. Los criterios consensuados a través del estudio Delphi fueron posteriormente revisados por parte de Grupos Focales integrados, respectivamente, por expertos y representantes institucionales de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países (socios y colaboradores) de COPOLAD, con el fin de incorporar la visión institucional y un análisis objetivo de viabilidad considerando la realidad de los países participantes en el Proyecto. En base a todo este proceso de depuración, los criterios finales fueron ordenados en dos categorías según se trate de requisitos considerados **básicos** que deben cumplir los programas, o requisitos considerados como más **avanzados** orientados a progresar hacia el logro de la excelencia. El conjunto de *Criterios de calidad y base en la evidencia* consensuados en su formulación definitiva: básicos y avanzados, se recoge en los capítulos siguientes de esta publicación.

A su vez, estos dos listados de criterios, se complementan con un listado de requisitos **indispensables** identificados por el Grupo de Expertos en reducción de la demanda de drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA), que se consideran previos e indispensables en el ámbito asistencial para iniciar y mantener el proceso de establecimiento de recursos de tratamiento en todos aquellos contextos donde todavía no se están

teniendo en cuenta (**Anexo IV**. Criterios indispensables para la apertura y el funcionamiento de los centros de tratamiento para personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas).

- **Exploración de estrategias y propuestas para facilitar el avance hacia la acreditación en RDD.** En esta fase se llevaron a cabo tres acciones:
 - Se sintetizaron propuestas para facilitar la puesta en marcha de sistemas nacionales y supranacionales de acreditación de programas de RDD, derivadas de las aportaciones de los dos Grupos Focales integrados por expertos y representantes institucionales de las Comisiones o Agencias Nacionales de Drogas de los países participantes en el Proyecto.
 - Adicionalmente, a propuesta de los países participantes, se desarrolló un *Estudio de la situación del marco legal* que regula la acreditación de los programas de RDD en dichos países.
 - Finalmente, los criterios básicos y avanzados consensuados a través del proceso descrito hasta aquí, fueron refrendados por todas las instituciones (países y entidades colaboradoras) que han participado en las distintas fases del Proyecto².

Estos ejercicios han permitido disponer de un diagnóstico actualizado del estado de los sistemas de acreditación de los programas de RDD en los distintos países participantes en la primera fase del Proyecto, así como explorar iniciativas potenciales que, desde la realidad actual, facilitarían la implementación de tales sistemas (**Anexo II**. Marco estratégico y opciones potenciales para avanzar hacia la acreditación en reducción de la demanda de drogas).

- **Acuerdos y recomendaciones del Consejo Asesor.** Los acuerdos adoptados se orientan a proporcionar impulso a la creación de sistemas de acreditación de RDD fundamentados en criterios de calidad y base en la evidencia.

Reconociendo que para llegar a esta meta se requieren actuaciones intermedias, los acuerdos y recomendaciones del Consejo Asesor inciden en aquellos aspectos previos considerados como facilitadores y/o condiciones previas ineludibles para la implementación, a medio plazo, de sistemas de acreditación basados en los criterios consensuados en la primera fase del Proyecto

2. *Ibidem*.

(Anexo III. Acuerdos y recomendaciones del Consejo Asesor para el impulso de sistemas de acreditación en reducción de la demanda de drogas).

Los contenidos y resultados íntegros de los estudios generados como base del Proyecto³, están disponibles en la web de COPOLAD (ver sección de Informes en www.copolad.eu)⁴.

- **Difusión de resultados alcanzados y apoyo al inicio de procesos de implementación de los criterios en los países interesados.** En la nueva etapa abierta a partir de los acuerdos y las recomendaciones emitidos por el Consejo Asesor, COPOLAD, en estrecha coordinación con las entidades colaboradoras de carácter multilateral que integran el Consorcio, aspira a difundir, promover, facilitar y acompañar la adopción de los criterios consensuados por parte de cada país interesado.

Considerando la importante diversidad de situaciones existentes en los países, en cada caso se valorará la mejor forma de contribuir a la optimización de programas y servicios, según las necesidades, prioridades y marcos legales existentes en cada caso.

¿QUÉ APORTA EL PROYECTO CALIDAD Y EVIDENCIA EN RELACIÓN A OTROS DESARROLLOS EMPRENDIDOS HASTA AHORA?

El trabajo de COPOLAD parte de la consideración de los desarrollos ya existentes en este campo. En el ámbito internacional, este esfuerzo se ha visto reflejado en varias iniciativas o proyectos de amplio alcance entre los que merecen ser destacados:

- Los liderados por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1997; UNODC/WHO, 2008; WHO, 2009; WHO/EURO, 2009; WHO, 2012).

3. Sánchez Pardo, L.; Alonso Sanz, C.; Martínez González, F.; Pereiro Gómez, C. y grupo de trabajo COPOLAD para la identificación de criterios de acreditación (2014). Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda. Actividad 3.4.4. de COPOLAD. TOMOS I y II. Madrid: Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE).

4. Disponible en: https://www.copolad.eu/c/document_library/get_file?uuid=4f833171-8105-464c-85b7-f9d1bc0d6f7b&groupId=1015720-b

- Los financiados por la Unión Europea, como los liderados por el Research Institute for Public Health de la Liverpool John Moores University con el apoyo del OEDT (EMCDDA, 2011; Brotherhood, Sumnall and the Prevention Standards Partnership, 2011) y por el Research Institute for Public Health and Addiction (Uchtenhagen y Schaub, 2011).
- Los promovidos por el Canadian Centre on Substance Abuse, CCSA (CCSA, 2010 y 2011).
- Los desarrollados por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, ONUDD, entidad impulsora de estándares en tratamiento: *Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*; y en prevención: *International Standards on Drug Use Prevention* (UNOCD, 2011, 2012, 2013).
- Los promovidos por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD (CICAD, 2012 y 2014).
- Un recurso impulsado por el OEDT a través de su *Portal de Buenas Prácticas* (*Best Practice Portal*, EMCDDA), recientemente renovado con un enfoque orientado a la práctica, de fácil acceso y manejo⁵.

El elemento común entre las iniciativas precedentes y el *Proyecto Calidad y Evidencia*, desarrollado en el marco de COPOLAD, es el compromiso de las instituciones interesadas en contribuir a la mejora de la calidad, la efectividad y la más ajustada relación coste-efectividad de las actuaciones y programas de RDD, mediante la definición de herramientas operativas que garanticen la máxima efectividad para atender, de la mejor forma posible, las necesidades de la población beneficiaria, así como la máxima eficiencia en la inversión de recursos públicos destinados al desarrollo de las políticas, los programas y los servicios implementados en RDD, que no es más que una forma de probada efectividad para promover sus retornos a la sociedad en términos de mejoras sociales y de salud. Estos desarrollos han ido además acompañados de numerosas publicaciones especialmente en el ámbito de la prevención, como guías o “principios” de actuación y buenas prácticas, inventarios y sistemas de información sobre programas preventivos y asistenciales basados en la evidencia y, aunque en menor medida, en el ámbito de la inserción social.

5. Disponible en: www.emcdda.europa.eu/best-practice

Los criterios resultantes del proceso desarrollado en el marco de COPOLAD representan un avance respecto a anteriores desarrollos en los siguientes aspectos:

- Permiten establecer un marco común para facilitar la acreditación en RDD en el contexto de Iberoamérica, en la medida en que son producto del consenso entre una amplia representación de los países que lo conforman. Responden así a la necesidad de disponer de un marco de referencia pensado, desarrollado y difundido desde esta realidad, lo que permite la inclusión de la pluralidad de miradas existentes en el contexto iberoamericano.
- Actualizan la evidencia disponible hasta la fecha, incorporando todas aquellas aportaciones que se han desarrollado en este campo en el ámbito iberoamericano y que, por motivos diversos —entre ellos los lingüísticos—, no suelen emerger en las revisiones realizadas desde el ámbito anglosajón.
- Constituyen una herramienta de fácil comprensión y manejo, unificada y pensada para facilitar las tareas de toma de decisiones, planificación e implementación de todos los niveles implicados (responsables políticos, institucionales y técnicos), que deben concertar esfuerzos en la aplicación de las mejores prácticas en RDD.
- El Proyecto no culmina con la disponibilidad de listados de criterios de calidad. Su aspiración es que estos criterios constituyan la herramienta básica para responder a un reto de mayor alcance: impulsar la creación de sistemas de acreditación de programas y servicios de RDD, punto en el que actualmente se encuentran los avances sobre calidad y base en la evidencia en RDD en el ámbito internacional.

¿CÓMO PUEDEN ESTOS CRITERIOS CONTRIBUIR A MEJORAR LA EFECTIVIDAD Y LA EFICIENCIA DE LAS INTERVENCIONES?

Disponer e implementar referentes de calidad y base en la evidencia:

- Otorga coherencia y solidez a las actuaciones a desarrollar desde ahora, favoreciendo una ganancia sustancial en rigor metodológico a lo largo de todo el proceso de diseño, ejecución y evaluación de los programas y servicios de RDD.
- Al facilitar la evaluación de programas y servicios, favorece la posibilidad de incorporar adaptaciones y mejoras en aquellos ya existentes.

- Permite mejorar los resultados, a medida que los programas se acercan al cumplimiento de estos estándares.
- Pone en valor y promueve el refuerzo de las instituciones que los sustentan e incrementa la visibilidad de su trabajo, a la vez que afianza la sostenibilidad de los programas.
- Permite resolver la incertidumbre que genera invertir en programas de los que desconocemos sus resultados reales, así como disminuir el esfuerzo que implica estar permanentemente ensayando nuevos programas.
- Contribuye al ahorro en las inversiones públicas realizadas para prevenir, paliar o minimizar los problemas relacionados con el consumo de drogas, así como a reducir significativamente la asignación innecesaria de recursos derivada del mantenimiento de programas inefectivos, que al no resolver los problemas en los que se invierten los recursos, generan todavía mayores costes añadidos a corto, medio o largo plazo.

¿QUIÉNES PUEDEN BENEFICIARSE DE LOS RESULTADOS DEL PROYECTO CALIDAD Y EVIDENCIA?

La incorporación de criterios de calidad y base en la evidencia en marcos reguladores de las actuaciones de RDD beneficia directamente a:

- **Las instituciones** responsables del diseño y la implementación de las políticas públicas en reducción de la demanda de drogas. Es decir, las agencias responsables de afrontar el impacto socio-sanitario de los problemas relacionados con las drogas.
- **Quienes tienen la responsabilidad de tomar decisiones y planificar servicios y programas en este ámbito**, tanto en el nivel político, como en el nivel de planificación técnica y de gestión.
- **Las organizaciones y servicios** cuya finalidad es prevenir, atender, minimizar y afrontar los problemas relacionados con el consumo de drogas, ya sea en población general o en grupos poblacionales que sufren distintos problemas relacionados con el uso de drogas.
- **La población beneficiaria de las políticas de RDD.** Se facilita el desarrollo de contextos donde el Estado garantiza el afianzamiento de una sociedad en la que cada niño y niña, cada joven y cada persona adulta, pueda desarrollar su

vida de la forma más libre y menos mediatizada posible por condicionantes del entorno, factores de vulnerabilidad o presiones derivadas de intereses sectoriales ajenos a sus propios intereses vitales. Una sociedad donde las personas que se enfrentan a problemas relacionados con las drogas vean respetados sus derechos y puedan recibir la asistencia necesaria para superarlos. Una sociedad en definitiva, donde el Estado de derecho garantiza el respeto a los Derechos Humanos, así como el fomento, protección, atención y promoción de la Salud Pública de su ciudadanía y, muy especialmente, de los grupos poblacionales expuestos a contextos y situaciones de alto riesgo y vulnerabilidad.

¿CÓMO PUEDEN BENEFICIARSE?

Incorporando las herramientas y el apoyo que el *Proyecto Calidad y Evidencia* puede ofrecer para facilitar su trabajo, en la medida en que proporciona orientaciones operativas para:

- **Planificar, ejecutar y evaluar programas y servicios**, mediante criterios de calidad que mejoran los contextos formales y la gestión de los servicios en este sector y, por ende, los aspectos formales de los programas que estos servicios desarrollan.
- **Facilitar la consideración de criterios de evidencia**, derivados de los resultados de la investigación relevante en RDD actualmente disponible, incrementando de este modo la posibilidad de alcanzar los objetivos de mejora pretendidos con la implementación de los programas.

PARECE ATRACTIVO PERO, ¿ES FACTIBLE Y ASUMIBLE?

En general, los recursos humanos y materiales disponibles en reducción de la demanda de drogas (RDD) suelen ser escasos e insuficientes, Por ello, esta pregunta sobre la aplicabilidad de un marco de acreditación basado en criterios de calidad y evidencia, es muy pertinente.

La incorporación de estos criterios no necesariamente implica incrementar las inversiones en RDD, ni tampoco trabajar más. Implica reorientar los recursos disponibles hacia medidas demostradamente más eficientes y más efectivas para alcanzar los objetivos deseados.

Por ello, aunque inicialmente requiere un necesario esfuerzo normativo y de capacitación de recursos humanos, así como —en algunos casos— de inversión inicial en adecuación de recursos materiales, a medio plazo resulta eficiente, dado que permite alcanzar mejores resultados contando con los —siempre limitados— recursos disponibles.

¿CUÁLES SERÍAN LOS SIGUIENTES PASOS PARA LOS PAÍSES INTERESADOS?

Los criterios consensuados y presentados en esta publicación pueden servir de referente para todos los países que quieran usarlos como instrumento para el desarrollo de sus respectivos sistemas nacionales de acreditación.

Dependiendo del grado de desarrollo del ámbito de la RDD así como de las necesidades existentes, cada país interesado puede:

- **Optar por seleccionar los criterios básicos o avanzados** presentados en esta publicación, o incluso —para el caso del tratamiento— comenzar por los criterios **indispensables** propuestos por CICAD (**Anexo IV**).
- **Seleccionar uno o varios ámbitos considerados prioritarios en cada contexto**, de acuerdo a las necesidades poblacionales y de los servicios existentes en el país (por ejemplo, optar por iniciar la incorporación de criterios en el ámbito asistencial, o de prevención, etc.).
- **Solicitar el apoyo de las instituciones y redes multilaterales que colaboran en el desarrollo del Proyecto Calidad y Evidencia**. CICAD, OPS, RIOD han contribuido a la consecución de los resultados obtenidos hasta la fecha y reiteran su compromiso de impulsar el avance del proceso de incorporación de los criterios consensuados en los países interesados, con el fin de facilitar el desarrollo de sistemas nacionales de acreditación. Este apoyo puede consistir en:
 - **Promover la incorporación del tema de la acreditación en las agendas nacionales** de las políticas sobre drogas en los países de su ámbito de actuación.
 - **Participar en acciones encaminadas a facilitar la incorporación de los criterios consensuados en los países interesados**, por ejemplo, mediante su participación en actividades de capacitación profesional, el impulso de proyectos de validación de procesos de implementación, etc. En este sentido,

OPS ha manifestado —como queda reflejado en los acuerdos del Consejo Asesor (ver **Anexo III**)— su disponibilidad en apoyar procesos de validación de la implementación de los criterios, a través de sus Oficinas Nacionales en los países miembros. Asimismo existe la voluntad de coordinación en este ámbito entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) y la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias (RIOD), coordinación que se puede articular en el marco de sus respectivos *memorandum* de colaboración.

- **Facilitar el desarrollo y uso de recursos de acompañamiento** para dar seguimiento y apoyo a los avances que se registren en cada país, con el fin de fortalecer la implementación de criterios y marcos de acreditación adaptados a las necesidades de cada país.
- **Contribuir a la difusión internacional de las experiencias emprendidas en los países**, de forma que puedan servir de referente para motivar la acción en otros países interesados.
- **Beneficiarse del intercambio de experiencias y herramientas de referencia que proporciona la e-room de COPOLAD⁶**, un foro que:
 - **Ofrece acceso a información sobre experiencias disponibles en el ámbito de la acreditación.** Permite compartir información sobre buenas prácticas referidas a la implementación de sistemas de acreditación para programas y servicios de RDD.
 - **Proporciona documentación especializada.** Dispone de un inventario de publicaciones especializadas y herramientas clave disponibles para facilitar la acción en este campo.
 - **Facilita el intercambio de experiencias entre países.** Ofrece un espacio óptimo para la interacción y el debate sobre desarrollo de sistemas de acreditación.
- **Participar del directorio de centros y servicios que proporciona COPOLAD⁷.** Aquellos países que todavía no disponen de un inventario de recursos y servicios en RDD pueden, si lo consideran de interés, beneficiarse del soporte que ofrece

6. Disponible en: <https://www.copolad.eu/e-room-mecanismo>

7. Disponible en: <https://www.copolad.eu/directorio-de-centros-y-servicios>

este directorio para facilitar la compilación, actualización y monitorización permanente de información básica sobre los servicios e intervenciones que se desarrollan en cada país, como paso previo a la implementación de sistemas de acreditación de programas. Se trata de un recurso al que actualmente ya han empezado a incorporar información la mayor parte de países de América Latina⁸.

La disponibilidad de un inventario nacional de servicios y programas puede facilitar, entre otros, los siguientes avances:

- **Mapeo de recursos disponibles.** Porque permite la identificación y actualización sencilla y permanente de los recursos existentes en el país, así como sus características formales como por ejemplo: dependencia institucional, fuentes de financiación, visibilidad ante la sociedad, etc.
- **Identificación de necesidades.** Dado que facilita el análisis de situación en RDD, tanto de cobertura y balance territorial de servicios, como de carencias o espacios de mejora de los centros o de los equipos (por ejemplo, necesidades de capacitación, de dotación de instrumentos de trabajo, de recursos de coordinación, etc.).
- **Facilitación de sistemas de información sobre drogas.** En la medida en que posibilita la recogida y monitoreo de indicadores clave en RDD, así como el desarrollo de estudios transversales y longitudinales para diagnosticar problemas relacionados con el uso de drogas y observar tendencias. En este sentido puede constituir un recurso de apoyo para el trabajo de los Observatorios Nacionales de drogas.
- **Evaluación de la efectividad y la eficiencia de los recursos existentes.** La información que recoge el directorio puede además facilitar la elaboración de estudios sobre coste-beneficio y coste-efectividad de los recursos invertidos.

En el futuro, este directorio podría ampliarse para incorporar información sobre programas, a través de un proyecto actualmente en desarrollo, que permitirá establecer sinergias entre CICAD, OPS, RIOD y COPOLAD.

8. Actualmente el Directorio incorpora información sobre centros, reconocidos por las autoridades respectivas, de los dieciocho países siguientes: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

¿DÓNDE OBTENER INFORMACIÓN Y APOYO ADICIONAL?

El Programa COPOLAD puede facilitar información y apoyo complementario a los países que deseen avanzar en la implementación de los criterios de calidad y base en la evidencia y/o desarrollar un sistema de acreditación, ya sea para todos los ámbitos de reducción de la demanda de drogas (prevención, tratamiento, reducción de daños e inserción social) o para alguno/s que cada país considere como prioritario/s.

Si desea más información, puede contactar con nosotros:

COPOLAD
Entidad de Coordinación y Ejecución
Calidad-Evidencia@copolad.eu

REFERENCIAS

BROTHERHOOD, A.; SUMNALL, H.R. and the Prevention Standards Partnership (2011). *European Drug Prevention Quality Standards: a Manual for Prevention Professionals*. EMCDDA Manuals Nº 7. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

CCSA (2010). *Stronger Together: Canadian Standards for Community-Based Youth Substance Abuse Prevention*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

CCSA (2010). *Building on our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

CCSA (2011). *Strengthening Our Skills: Canadian Guidelines for Youth Substance Abuse Prevention Family Skills Programs*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

CICAD (2012). *Guide to Preventing Prescription Drug Abuse*. Washington DC: Inter-American Drug Abuse Control Commission.

CICAD (2014). *Guía de criterios indispensables para la apertura y el funcionamiento de centros de tratamiento para personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas*. Washington DC: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

EMCDDA (2011). *European Drug Prevention Quality Standards*. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction.

UCHTENHAGEN, A. y SCHAUB, M. (2011). *Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS. Final report*. Zürich: Research Institute for Public Health and Addiction. Universität Zürich.

UNODC/WHO (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. UNODC/WHO.

UNODC (2011). *The Non-medical Use of Prescription Drugs, Policy Direction Issues*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2012). *TREATNET. Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC (2013). *International Standard on Drug Use Prevention*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

WHO (1997). *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools*. Programme on Mental Health. Geneva: World Health Organization.

WHO (2009). *The WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: World Health Organization.

WHO/EURO (2009). *Evidence for the Effectiveness and Cost-effectiveness of Interventions to Reduce Alcohol-related Harm*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WHO (2012). *WHO Quality-rights Tool Kit: Assessing and Improving Quality and Human Rights in Mental Health and Social Care Facilities*. Geneva: World Health Organization.

PROCESOS DE CONSENSO PARA LA DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS Y LÓGICA DE PRESENTACIÓN ADOPTADA

Los criterios de calidad y base en la evidencia consensuados en el marco de COPOLAD, constituyen el elemento nuclear que puede sustentar el desarrollo e implantación de sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD).

Su consideración puede contribuir a la mejora de la calidad y la efectividad de los PRDD implementados en todos los países de Iberoamérica. El fin último no es otro que el de estandarizar los criterios que, en base a un exhaustivo análisis previo de la evidencia actualmente disponible, y considerando los contextos reales donde los programas se desarrollan, se han identificado como referentes clave para mejorar la efectividad y eficiencia de los programas actualmente implementados.

1. PROCESO DE DEFINICIÓN Y SELECCIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD Y BASE EN LA EVIDENCIA

La definición de criterios de calidad y base en la evidencia para la acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD) se desarrolló a lo largo de las distintas etapas que han integrado la 1ª Fase del Proyecto, que a continuación se presentan de forma resumida.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL ADOPTADA

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), define el concepto de estándares de calidad como “**principios o grupos de reglas general-**

mente aceptadas para la mejor o la más apropiada forma de implementar una intervención”. Pueden hacer referencia a cuestiones de contenidos, a procesos o a aspectos estructurales (formales) de aseguramiento de la calidad, tales como, el modelo en el que se basa una intervención, el medio donde se realiza o la composición del equipo que la debe llevar a cabo.

IDENTIFICACIÓN DE CRITERIOS INICIALES PARA DESARROLLAR EL TRABAJO DE CONSENSO

El grupo de trabajo constituido para el desarrollo de los estudios inicialmente previstos como base del *Proyecto Calidad y Evidencia*, realizó una revisión bibliográfica para comenzar identificando un listado de criterios que sirvieran de apoyo basal para el proceso de consenso a realizar en el marco del Proyecto. Esta búsqueda se realizó considerando:

- La evidencia disponible en relación con la eficacia, y especialmente con la efectividad de los PRDD, demostrada por la investigación realizada en los distintos ámbitos relacionados con la reducción de la demanda de drogas (prevención, reducción del riesgo, tratamiento, reducción del daño e incorporación social).
- Las propuestas y recomendaciones realizadas por distintos organismos internacionales sobre estándares de calidad y evidencia.

En los casos en los que la evidencia disponible no hace referencia a criterios estructurales o de proceso, se recurrió a utilizar las siguientes fuentes:

- Las normas y directrices establecidas en los sistemas generales de calidad.
- Las normas recomendadas en guías y manuales de buenas prácticas que presentan estándares o criterios de calidad, elaborados por distintas instituciones.

A través de este amplio ejercicio de revisión se identificó un total de 336 criterios basales.

GRUPOS DE TRABAJO CONSTITUIDOS PARA DESARROLLAR EL PROCESO DE CRIBADO Y CONSENSUAR LOS ESTÁNDARES FINALES

El listado inicial de 336 criterios surgidos de la revisión anteriormente descrita fue sometido a un proceso de “depuración” hasta la obtención de la propuesta definitiva de los criterios ahora presentados en esta publicación.

Para ello se constituyeron diversos grupos de trabajo cuya finalidad fue participar en este proceso de criba, con el fin de incorporar — a la consideración de calidad y evidencia— la perspectiva derivada de la experiencia profesional e institucional de los participantes en el desarrollo de los PRDD. Los grupos constituidos se describen a continuación:

Grupos Delphi

Un panel de 172¹ expertos en RDD fueron seleccionados por las Agencias Nacionales de drogas de los países participantes durante la fase inicial del Proyecto. Estos expertos se asignaron a los tres grupos temáticos siguientes:

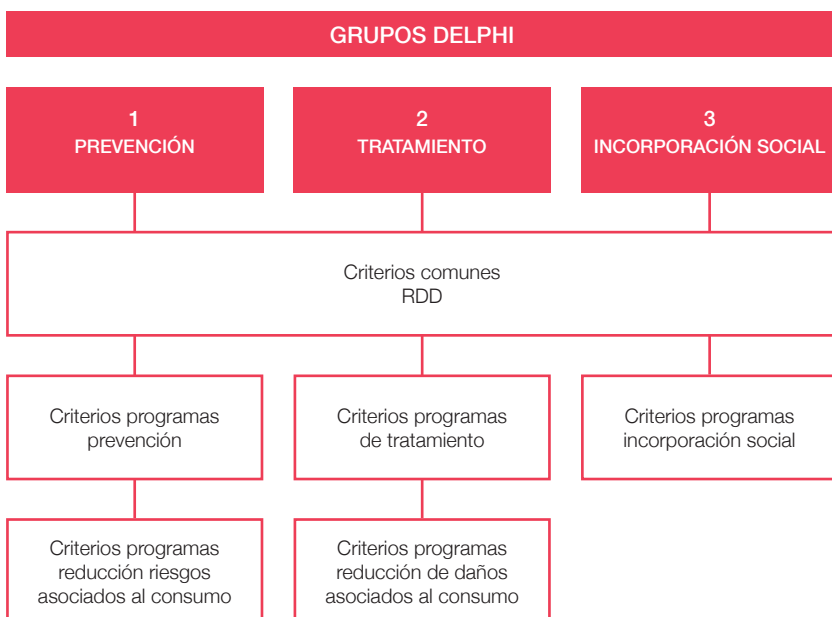
- **Grupo Delphi 1: Prevención - Reducción de riesgos asociados al consumo.**
- **Grupo Delphi 2: Tratamiento - Reducción de daños asociados al consumo.**
- **Grupo Delphi 3: Incorporación social.**

Los expertos participantes en los grupos Delphi cumplimentaron, mediante una aplicación informática accesible desde Internet, un cuestionario general con los criterios de acreditación comunes a los programas de RDD y otro específico con los criterios de acreditación relativos a los programas del grupo al que fueron asignados (prevención, tratamiento o inserción social); en ambos casos se les pidió que se pronunciaran sobre la relevancia que, a su juicio, tienen cada uno de los criterios propuestos inicialmente para la acreditación de las distintas categorías de programas de RDD. Este proceso se desarrolló en dos rondas consecutivas.

La propuesta inicial de criterios sobre la que trabajaron los grupos Delphi contó con un alto grado de aceptación y respaldo por parte de los expertos participantes. El elevado número de criterios que los participantes en los grupos Delphi consideraron “imprescindibles” pone de manifiesto la apuesta de los profesionales e instituciones del sector por incrementar la calidad de estos programas.

1. El número global de expertos participantes fue de 162. Dado que diez de ellos participaron simultáneamente en dos grupos Delphi, en la práctica, el número de profesionales participantes en los grupos creados fue de 172 expertos.

La siguiente figura resume el trabajo seguido por los grupos Delphi para el desarrollo del proceso de consenso inicial:



Grupos focales

Una vez finalizado el estudio Delphi, se constituyeron los siguientes grupos focales:

- **Un grupo de carácter técnico.** Integrado por personal de nivel técnico, adscrito a las agencias o instituciones responsables de las políticas sobre drogas de los países participantes (socios y colaboradores de COPOLAD) y conocedor en profundidad del ámbito de RDD. Su labor se orientó al análisis de idoneidad de los criterios surgidos de los grupos Delphi y permitió:
 - Constatar una valoración general muy positiva del Proyecto iniciado en el marco de COPOLAD, así como de los criterios consensuados.
 - Describir dificultades potenciales a tener en cuenta para la incorporación de procesos e instrumentos de acreditación en RDD.
 - Recopilar ideas clave para afrontar y superar con éxito dichas dificultades.

- **Dos grupos de carácter institucional.** Constituidos por representantes institucionales de las mismas agencias públicas responsables de la toma de decisiones en RDD que, por su cargo dentro de la institución, estuvieran en condiciones de valorar y, eventualmente, incorporar los criterios consensuados. Su tarea se orientó a explorar la viabilidad de la incorporación de los criterios, considerando la realidad institucional y contextual de la RDD en cada país, con el fin de obtener conclusiones igualmente relevantes para la depuración de los criterios a incluir en los listados finales; en concreto estos grupos permitieron, entre otros resultados:
 - Categorizar y/o jerarquizar los criterios y estándares de calidad para el establecimiento de un sistema de acreditación que fijara dos niveles de exigencia: 1) un número de criterios considerados como básicos; y 2) un listado de criterios adicionales considerados como altamente recomendables o avanzados para aquellos países en los que se dispone de la posibilidad de incrementar la exigencia, más allá de los referentes básicos.
 - Plantear la necesidad de diferenciar entre el concepto de “habilitación/licenciamiento” (mínimos necesarios o exigibles para autorizar un programa o servicio de tratamiento); y criterios básicos y avanzados de “acreditación” en todos los ámbitos de RDD (criterios vinculados a la búsqueda de la calidad y la excelencia).
 - Recuperar ciertos criterios que no obtuvieron un consenso suficiente en los grupos Delphi, tales como los referidos a la generación de sinergias con otras organizaciones, la integración de los programas en las políticas nacionales sobre drogas, la transparencia financiera, la colaboración con los sistemas de información nacionales, la inclusión de la perspectiva de género y la evaluación externa de los programas.
 - Describir un considerable repertorio de ventajas que proporciona la puesta en marcha de un sistema de acreditación, tanto operativas y de refuerzo de los equipos, como estratégicas y oportunas para incrementar la eficiencia en la inversión pública de recursos.

Finalmente, en el seno de este 2º grupo focal, surgió la conveniencia de realizar un estudio sobre los desarrollos normativos o marcos legales relacionados con la autorización y/o acreditación de PRDD existentes en los países participantes en el Proyecto, ya fuera globalmente o por ámbitos de intervención. Con esta

propuesta se pretendía además analizar y ponderar la relevancia de actuaciones —ya aplicadas en cada país— que pudieran facilitar el establecimiento de sistemas nacionales de acreditación de PRDD.

Este estudio permitió también explorar la viabilidad de la incorporación de los criterios propuestos a sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional, al proporcionar una información adicional de alta relevancia sobre aspectos de viabilidad de la acreditación, considerando los contextos actualmente existentes en los países. Un resumen de las conclusiones alcanzadas por los grupos focales se presenta en el **Anexo II**.

Consejo Asesor

El Consejo Asesor del Proyecto estuvo integrado por representantes institucionales de los países participantes en la primera fase del Proyecto y expertos representantes de tres entidades multilaterales, colaboradoras de COPOLAD. Su labor se centró en realizar aportaciones a la revisión bibliográfica inicial, valorar y, finalmente, aprobar los criterios consensuados a lo largo de todo el proceso, así como emitir recomendaciones de futuro para el avance en la acreditación de los PRDD en el ámbito iberoamericano, tomando en consideración las sugerencias de los grupos focales. Como ya se ha señalado anteriormente, el **Anexo III** recoge los acuerdos y recomendaciones adoptados por el Consejo Asesor, al final del proceso.

2. ORDEN Y LÓGICA DE PRESENTACIÓN DE LOS CRITERIOS CONSENSUADOS

Con el fin de presentar los criterios de una forma ordenada y basada en un planteamiento racional, se adoptó una presentación multidimensional, considerándose los siguientes ejes:

SEGÚN ÁMBITO DE INTERVENCIÓN EN RDD

Se han agrupado según se trate de criterios de acreditación referidos a los principales ámbitos de intervención, aceptados por la mayor parte de instituciones de referencia en RDD, es decir:

- Comunes a todos los programas de reducción de la demanda de drogas (**CRDD**)
- Específicos para los programas de prevención (**P**)
- Específicos para los programas de reducción de riesgos (**RR**)
- Específicos para los programas de tratamiento (**T**)
- Específicos para los programas de reducción de daños (**RD**)
- Específicos para los programas de incorporación social (**IS**)

Según esta dimensión, en los listados de criterios presentados en los dos capítulos siguientes, el tipo de programa viene definido por sus siglas, delante de cada número asignado al criterio (por ejemplo, T.2.: Programa de Tratamiento, criterio 2).

SEGÚN SU NATURALEZA

Tras la primera clasificación según ámbito de intervención en RDD, dentro de cada uno de estos ámbitos, la presentación de los criterios en el listado se define en base a tres grandes categorías:

- **Estructurales:** Dentro de esta categoría se incluyen aspectos materiales y financieros de los servicios/programas, la composición, cualificación y experiencia de los equipos que los prestan, etc.
- **Funcionales o de proceso:** Entre los que se encuentran la accesibilidad a los programas/servicios, la organización y coordinación de los servicios, los objetivos y contenidos del programa/servicio.
- **De evaluación:** Estos estándares se relacionan con los mecanismos y procedimientos de evaluación interna y externa que deben permitir conocer la efectividad de las intervenciones.

SEGÚN LAS NECESIDADES DERIVADAS DE LA PLANIFICACIÓN EN CADA ÁMBITO

Por último se organizan los criterios por epígrafes (o categorías) que se corresponden con cada ámbito de RDD (prevención, reducción de riesgos, tratamiento, reducción de daños e inserción), en base a los procesos de planificación y a su adecuación a las necesidades inherentes a de cada uno de ellos, así:

- Los **criterios comunes** se organizan en función de aspectos estructurales básicos, como por ejemplo los principios éticos y de derechos de las personas destinatarias, aspectos normativos, financieros, etc.
- Para los **criterios de prevención y reducción de riesgos** se adopta el ajuste al *modelo lógico* de planificación (evaluación y análisis de necesidades, evaluación de recursos disponibles, diseño/formulación del programa, etc.).
- Los **criterios de tratamiento, reducción del daño e inserción social**, se categorizan según principios propios de los marcos regulatorios exigibles a los servicios y programas asistenciales, en el ámbito sociosanitario.

En definitiva, cualquiera de estas categorías permite —y está planteada para— facilitar la planificación en función de las necesidades, el desarrollo y la evaluación de los servicios y programas.

Con el fin de facilitar la identificación de cada una de estas dimensiones, dentro de los listados, éstas aparecen en sombreado, como subtítulos dentro de cada ámbito, intercaladas lo largo de los listados de criterios presentados en los siguientes capítulos.

SEGÚN EL NIVEL DE EXIGENCIA O VALOR OTORGADO

A partir de la consideración orientada a distinguir entre criterios ineludibles y aquellos que pueden considerarse complementarios para avanzar hacia el logro de la excelencia, se acordó presentar los criterios consensuados distinguiendo dos niveles de exigencia:

- **Criterios básicos:** aquellos que, en función de la evidencia disponible, se consideran imprescindibles para que un PRDD pueda ser acreditado.
- **Criterios avanzados:** aquellos que, adicionalmente, es deseable que cumplan los programas orientados al logro de la excelencia.

A continuación se presentan los **criterios básicos** y los **criterios avanzados** en dos capítulos independientes, con el fin de facilitar al máximo la utilización de uno u otro, según sea el nivel de exigencia con el que —en cada caso— se valore más adecuado trabajar. Con el objetivo de garantizar un tratamiento global y sencillo de ambos listados, en el listado de **criterios avanzados**, se incluyen también los **criterios básicos**.

CRITERIOS BÁSICOS

1. CRITERIOS COMUNES A TODOS LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS (CRDD)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas

CRDD.1

Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función de sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.

CRDD.2

El programa o servicio reconoce, a las personas usuarias/beneficiarias del mismo, su derecho a:

- La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no.
- La seguridad y respeto a la dignidad humana.
- La salud, la integridad física, psicológica y moral.
- La no discriminación.
- La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones.
- La protección contra tratos degradantes e inhumanos.

CRDD.3

Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada, de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas.

CRDD.4

Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.

CRDD.5

La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.

CRDD.6

Los datos de los participantes en el programa son tratados confidencialmente.

Aspectos normativos**CRDD.7**

El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.

Aspectos financieros**CRDD.8**

Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.

Recursos humanos**CRDD.9**

Se dispone de un número suficiente de personal técnico para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.

CRDD.10

El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (posee los títulos

y diplomas requeridos y cuenta con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).

Infraestructuras e instalaciones

CRDD.11

Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.

Mecanismos de colaboración y coordinación

CRDD.12

El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

Sistemas de información y documentación

CRDD.13

Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.

CRDD.14

Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.

CRDD.15

El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados, la cesión de los mismos a las “unidades centrales de información” para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.

CRDD.16

Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CRDD.17

La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:

- Contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.).
- Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación.
- Indicadores de evaluación.
- Tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta).
- Utilización prevista de los resultados de la evaluación (continuidad, reorientación o modificación del programa, etc.).
- Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.

CRDD.18

Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.

2. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN (P)

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

Evaluación y análisis de necesidades

P.1

La información relevante, actualizada y fiable recogida y revisada sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluye: tipos de dro-

gas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.

P.2

Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.

P.3

La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.

P.4

Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (sociodemográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.

P.5

Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el mismo trata de modificar.

P.6

El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados que:

- Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante.
- Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención.
- Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas.
- Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.

P.7

Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.

Identificación e implicación de las partes interesadas

P.8

Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.

P.9

Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.

P.10

Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar), ésta se considera como una parte interesada en el programa; sus necesidades se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y si la información proporcionada es comprensible y le permite tomar una decisión sobre el mismo.

Evaluación de recursos

P.11

Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.

P.12

Si el personal no tiene la capacitación necesaria, se define un plan de formación.

Diseño/formulación del programa

P.13

Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados; describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa; informa sobre el modelo teórico adoptado; detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes,

las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados; y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.

P.14

El proyecto define el criterio para el final de la intervención (logro de los objetivos, finalización de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).

P.15

Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.

P.16

Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar); son claros, comprensibles, realistas; están temporalmente definidos y son cuantificables; mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados; tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).

P.17

Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.

P.18

En la selección de las intervenciones existentes se considera:

- Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto.
- Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo.
- Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto.
- Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles.
- Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos.

- El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido.
- La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficiente, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).

P.19

El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario, el entorno operativo, la edad de los participantes, su grado de desarrollo, su género y su cultura.

P.20

El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación; los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención; y el número de participantes por actividad.

P.21

El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.

P.22

El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora el mayor número de elementos posible de dichas evidencias y recomendaciones.

P.23

El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y prolongada debe ser la intervención, y viceversa.

P.24

El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.

P.25

Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.

P.26

Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.

P.27

Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).

P.28

El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.

Seguimiento del programa**P.29**

La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.

P.30

Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN**P.31**

Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados.
- Los momentos en que se realizarán las mediciones.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.

P.32

Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.

P.33

Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.34

Los métodos y las herramientas utilizados para la recogida de los datos de resultados:

- Están claramente descritos.
- Aportan información relevante para los indicadores de evaluación.
- Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas.
- Son consistentemente utilizadas (se usan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).

P.35

Los datos (indicadores) de resultados son medidos antes y después de la intervención.

P.36

Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar.
- Los momentos en que se van a medir los indicadores.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.

P.37

Los indicadores de evaluación de proceso:

- Están relacionados con las actividades realizadas.
- Están claramente descritos.
- Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.38

Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.

P.39

Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del mismo en lo que concierne al uso de diferentes sustancias:

- Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo.
- Si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo.
- Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas.
- Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial.
- Si se han reducido los problemas relacionados con su uso.
- Si se han modificado determinadas variables mediadoras.

P.40

Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo.

P.41

Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.

P.42

Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

3. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS (RR)

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

RR.1

Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a las personas con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.

RR.2

Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.

RR.3

Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de

los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

RR.4

Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos:

- Reducir la proporción de no fumadores expuestos a humo de tabaco en ambientes cerrados.
- Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
- Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública.
- Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol.

NOTA: El reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de prevención.

4. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO (T)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Aspectos normativos

T.1

El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro

especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).

T.2

El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado/habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.

Derechos de los pacientes

T.3

El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:

- Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos, y sin limitaciones por razones de falta de recursos económicos.
- A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas.
- A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.
- A conocer la normativa del centro (reglamento interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.
- A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo, y los beneficios y riesgos que cabe esperar.
- A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de:
 - Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.
 - El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud.
 - Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación.

- A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos.
- A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.

T.4

Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.

Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento

T.5

El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.

T.6

En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.

T.7

Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.

T.8

Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.

Recursos humanos

T.9

Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias.

Infraestructuras e instalaciones

T.10

El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.

T.11

Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.

Mecanismos de colaboración y coordinación

T.12

El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

Organización de los servicios

T.13

El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.

T.14

El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.

T.15

Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la red asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo, y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la red.

T.16

Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.

T.17

Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales.

Cartera de servicios**T.18**

El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.

T.19

La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.

T.20

Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.

Procesos asistenciales clave**T.21**

El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención brindada a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.

T.22

El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos clave que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre sus objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.

T.23

Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.

T.24

Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.

T.25

Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la historia clínica integrada del paciente.

T.26

Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.

T.27

Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.

T.28

La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogándose los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.

T.29

El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.

T.30

Se le asigna a cada paciente un “profesional de referencia”, encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.

T.31

Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.

T.32

Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

T.33

Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.

T.34

El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa individualizado de tratamiento.

T.35

La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).

T.36

El reglamento interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

T.37

Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

T.38

El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.

T.39

Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).

5. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO (RD)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Accesibilidad a los programas y servicios

RD.1

Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

RD.2

El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con

potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).

NOTA: El reducido número de criterios para estos programas podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de tratamiento.

6. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL (IS)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Accesibilidad a los programas y servicios

IS.1

Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.

IS.2

La población destinataria del programa está descrita de forma precisa.

IS.3

Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.

IS.4

El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.

Mecanismos de colaboración y coordinación

IS.5

Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (sociales, de empleo, etc.) que permiten el acceso a los mismos a las personas beneficiarias de los programas de incorporación social.

IS.6

Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**Evaluación y análisis de necesidades****IS.7**

El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.

IS.8

Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogado-dependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda-alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.

IS.9

El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes; las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes; las medidas para apoyar su incorporación social, las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza; y el apoyo a los procesos de incorporación social.

IS.10

La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social; tipo

de alojamiento y características del mismo; tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos; situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo (que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad); nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social; formas de ocupación del ocio; situación jurídico-legal; estado de salud (física y mental); grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio; situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.

Diseño/formulación del programa

IS.11

Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular:

- Las principales conclusiones de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades.
- Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación.
- La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección.
- El modelo teórico en que se apoya el programa.
- Los objetivos que persigue el programa.
- Las estrategias de intervención seleccionadas.
- Los ámbitos en los que incidirá el programa.
- Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.
- Los procedimientos de coordinación internos y externos.
- Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución.
- Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados.

IS.12

Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.

IS.13

El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.

IS.14

El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.

IS.15

Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social es un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de:

- La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.).
- Su actitud y grado de compromiso para el cambio.
- Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta.
- La red social y familiar de apoyo de que dispone.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

IS.16

El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).

IS.17

El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que:

- Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello.
- Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación pre-laboral).
- Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias.
- Disponen de programas individualizados de incorporación social.
- Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (PIIS), realizando todas las actividades previstas y/o alcanzando los objetivos previstos.
- Participan en programas de tratamiento.
- Son derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas.
- Son derivados a los servicios de empleo.

IS.18

El plan de evaluación del programa describe los indicadores que evaluarán su cobertura, en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.

IS.19

El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.

CRITERIOS AVANZADOS

1. CRITERIOS COMUNES A TODOS LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS (CRDD)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas

CRDD.1

Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función de sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.

CRDD.2

El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a:

- La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no.
- La seguridad y respeto a la dignidad humana.
- La salud, la integridad física, psicológica y moral.
- La no discriminación.
- La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones.
- La protección contra tratos degradantes e inhumanos.

CRDD.3

Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada, de acuerdo a su situación personal y otras circunstancias asociadas.

CRDD.4

Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.

CRDD.5

La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.

CRDD.6

Los datos de los participantes en el programa son tratados confidencialmente.

Aspectos normativos**CRDD.7**

El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.

Aspectos financieros**CRDD.8**

Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.

Recursos humanos**CRDD.9**

Se dispone de un número suficiente de personal técnico para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.

CRDD.10

El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (posee los títulos y diplomas requeridos y cuenta con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).

Infraestructuras e instalaciones**CRDD.11**

Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.

Mecanismos de colaboración y coordinación**CRDD.12**

La organización promotora del proyecto propicia sinergias con otras instituciones, asociaciones y colectivos que comparten intereses y estrategias en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

CRDD.13

Se han establecido mecanismos y procedimientos de colaboración y coordinación con diferentes instituciones y organizaciones sociales que participan en el programa o que apoyan su desarrollo.

CRDD.14

El programa se integra dentro de planes amplios ya existentes con los que existe cierta coincidencia estratégica, bien en materia de reducción de la demanda (por ejemplo, planes comunitarios de prevención del consumo de drogas), bien para abordar problemas de carácter transversal (por ejemplo, planes para la prevención de la exclusión social).

CRDD.15

El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

Aspectos organizativos

CRDD.16

La organización promotora del programa define su misión y visión.

CRDD.17

La organización dispone de una estructura definida y conocida por el conjunto de partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación del programa.

CRD.18

La organización promotora del programa dispone de un sistema de gestión de la calidad para asegurar la prestación del mejor programa o servicio disponible a sus beneficiarios.

Sistemas de información y documentación

CRDD.19

Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.

CRDD.20

Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan clave para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.

CRDD.21

El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados, la cesión de los mismos a las “unidades centrales de información” para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.

CRDD.22

Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.

CRDD.23

Se utilizan los materiales necesarios para la ejecución del programa (materiales didácticos, manuales de formación del personal, etc.).

CRITERIOS DE EVALUACIÓN**CRDD.24**

La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:

- Contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.).
- Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación.
- Indicadores de evaluación.
- Tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta).
- Utilización prevista de los resultados de la evaluación (continuidad, reorientación o modificación del programa, etc.).
- Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.

CRDD.25

Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.

2. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN (P)

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**Evaluación y análisis de necesidades****P.1**

La información relevante, actualizada y fiable recogida y revisada sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluye: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción

del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.

P.2

Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.

P.3

La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.

P.4

Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (sociodemográficos, socioeconómicos, psicobiológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.

P.5

Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el mismo trata de modificar.

P.6

El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y los problemas asociados que:

- Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante.
- Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención.
- Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas.
- Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.

P.7

Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.

Identificación e implicación de las partes interesadas

P.8

Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.

P.9

Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.

P.10

Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar), ésta se considera como una parte interesada en el programa; sus necesidades se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y si la información proporcionada es comprensible y le permite tomar una decisión sobre el mismo.

Evaluación de recursos

P.11

Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.

P.12

Si el personal no tiene la capacitación necesaria, se define un plan de formación.

Diseño/formulación del programa

P.13

Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados; describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa; informa sobre el modelo teórico adoptado; detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes,

las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados; y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.

P:14

El proyecto define el criterio para el final de la intervención (logro de los objetivos, finalización de las actividades previstas, número de participantes previstos, duración de la intervención).

P:15

Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.

P:16

Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar); son claros, comprensibles, realistas; están temporalmente definidos y son cuantificables; mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados; tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).

P:17

Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.

P:18

En la selección de las intervenciones existentes se considera:

- Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto.
- Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo.
- Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto.
- Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles.
- Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos.

- El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido.
- La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).

P.19

El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario, el entorno operativo, la edad de los participantes, su grado de desarrollo, su género y su cultura.

P.20

El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención, y el número de participantes por actividad.

P.21

El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con: el modelo teórico explicativo utilizado para la intervención y los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo.

P.22

El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.

P.23

Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes.

P.24

La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.

P.25

El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora el mayor número de elementos posible de dichas evidencias y recomendaciones.

P.26

El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y prolongada debe ser la intervención, y viceversa.

P.27

El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.

P.28

Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.

P.29

Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.

P.30

Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa: es asequible para la población objetivo, ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, garantiza la confidencialidad, evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia, facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.

P.31

Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.

P.32

Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).

P.33

El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.

Seguimiento del programa

P.34

La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.

P.35

Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada, incluyendo:

- El seguimiento de la aplicación piloto.
- Las dificultades encontradas y las soluciones propuestas.
- Las modificaciones realizadas en el diseño de la intervención.

P.36

La implementación está documentada, quedando registrados:

- Datos periódicos de seguimiento de la implementación, en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación.
- Identificación de obstáculos y/o fracasos, y la forma en que fueron corregidos.
- Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto.
- Incidentes extraordinarios y respuestas adoptadas para afrontarlos.

P.37

Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

P.38

Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados.
- Los momentos en que se realizarán las mediciones.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.

P.39

Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.

P.40

Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.41

Los métodos y las herramientas utilizados para la recogida de los datos de resultados:

- Están claramente descritos.
- Aportan información relevante para los indicadores de evaluación.
- Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas.
- Son consistentemente utilizadas (se usan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).

P.42

La evaluación de resultados sigue a un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.

P.43

Los datos (indicadores) de resultados son medidos antes y después de la intervención.

P.44

Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar.
- Los momentos en que se van a medir los indicadores.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.

P.45

Los indicadores de evaluación de proceso:

- Están relacionados con las actividades realizadas.
- Están claramente descritos.
- Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

P.46

La audiencia objetivo está especificada, incluyendo a los participantes en el programa y sus evaluaciones, y a otras partes interesadas.

P.47

El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.

P.48

Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.

P.49

Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos “preventivos” del mismo en lo que concierne al uso de diferentes sustancias:

- Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia en el consumo.
- Si se ha retrasado la edad de inicio en el consumo.
- Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas.
- Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial.
- Si se han reducido los problemas relacionados con su uso.
- Si se han modificado determinadas variables mediadoras.

P.50

Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo.

P.51

Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.

P.52

Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

3. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS (RR)

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

RR.1

Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a las personas con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.

RR.2

Los programas que incorporan intervenciones breves dirigidas a consumidores de alcohol disponen de una guía protocolizada para el consejo sanitario breve, la realización de las intervenciones breves y la formación y apoyo a médicos generales, que incluya respuestas a los principales obstáculos percibidos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo estas actuaciones.

RR.3

Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.

RR.4

Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

RR.5

Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos

y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos:

- Reducir la proporción de no fumadores expuestos a humo de tabaco en ambientes cerrados.
- Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
- Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública.
- Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol.

NOTA: El reducido número de criterios de programas de reducción de riesgos podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de prevención.

4. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO (T)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Aspectos normativos

T.1

El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).

T.2

El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado/habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.

Derechos de los pacientes

T.3

El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:

- Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos, y sin limitaciones por razones de falta de recursos económicos.
- A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas.
- A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.
- A conocer la normativa del centro (reglamento interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.
- A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo, y los beneficios y riesgos que cabe esperar.
- A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de:
 - Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.
 - El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud.
 - Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación.
- A la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos.
- A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.

T.4

Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.

Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento

T.5

El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.

T.6

El centro o servicio resulta accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, al margen de su estado de salud (física o mental), siempre y cuando la demanda de tratamiento se ajuste a los criterios de admisión y exclusión previstos en el centro.

T.7

En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.

T.8

Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.

T.9

Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.

Recursos humanos

T.10

Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias.

T.11

Se dispone de un programa de formación continuada y reciclaje permanente de los profesionales del equipo terapéutico.

T.12

Se proporciona, a la totalidad del personal de nueva incorporación al centro o servicio, adiestramiento y actualización periódica en materia de procedimientos terapéuticos, gestión y evaluación de los problemas asociados al abuso de drogas.

Infraestructuras e instalaciones

T.13

El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.

T.14

Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.

T.15

Los centros de tratamiento residenciales disponen, además de las áreas funcionales comunes a todos los servicios asistenciales, de espacios y equipamientos adecuados a las actividades y tareas propias.

Mecanismos de colaboración y coordinación

T.16

El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

Organización de los servicios

T.17

El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.

T.18

El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.

T.19

El servicio de tratamiento está integrado en una red asistencial amplia, en la que participan otros centros de tratamiento, de tipo ambulatorio y residencial.

T.20

Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la red asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo, y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la red.

T.21

Existen unos mecanismos claramente definidos de entrada y salida del circuito asistencial.

T.22

Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.

T.23

Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales.

Cartera de servicios**T.24**

El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.

T.25

La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.

T.26

La cartera de servicios de los centros de tratamiento residenciales incluye, preferentemente, los siguientes servicios: evaluación diagnóstica (en los casos que carezcan de ella o sea incompleta), desintoxicación, deshabitación, intervenciones de apoyo a la incorporación socio-laboral, atención psicológica individual y grupal, atención sanitaria, atención social, apoyo educativo, intervenciones con los familiares de los pacientes, y servicio de alojamiento y manutención.

T.27

Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.

Procesos asistenciales clave**T.28**

El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención brindada a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.

T.29

El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos clave que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.

T.30

Se dispone de un sistema de registro de las admisiones o ingresos de los pacientes en el centro o servicio de tratamiento, así como de las bajas.

T.31

Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.

T.32

El centro/servicio dispone de un documento de consentimiento informado para la recogida y el tratamiento de la información, así como para el programa terapéutico que va a seguir el paciente.

T.33

Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.

T.34

Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.

T.35

Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.

T.36

Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.

T.37

La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiéndose los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.

T.38

El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.

T.39

Se le asigna a cada paciente un “profesional de referencia”, encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.

T.40

Se incluye en la historia clínica del paciente una copia del plan individualizado de tratamiento y del contrato terapéutico pactado con éste.

T.41

Se dispone de guías clínicas basadas en la evidencia y protocolos específicos aplicables a determinados procesos relevantes del tratamiento (desintoxicación, dispensación de sustitutivos opiáceos, control y tratamiento de enfermedades infecciosas, psicodiagnóstico, abordaje de la patología dual, etc.).

T.42

Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.

T.43

Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

T.44

Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.

T.45

El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el programa individualizado de tratamiento.

T.46

La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).

T.47

El reglamento interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.

T.48

Los centros de tratamiento residenciales trabajan con los pacientes la salida del recurso, incidiendo, entre otros aspectos, en la conveniencia de seguir vinculados a un centro de tratamiento ambulatorio que asegure la continuidad asistencial.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

T.49

Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

T.50

El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.

T.51

El centro/servicio contempla la evaluación de la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, de los profesionales y de otras partes interesadas (familiares).

T.52

Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).

T.53

Se dispone de un programa de seguimiento de los pacientes tras la salida del tratamiento, que incluye monitorización periódica de las recaídas por métodos objetivos.

5. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO (RD)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Accesibilidad a los programas y servicios

RD.1

Las personas que acceden al programa/servicio son informadas del contenido de la cartera de servicios que ofrece el mismo y de las condiciones para su utilización.

RD.2

Tanto el reglamento de funcionamiento del servicio, como los derechos y deberes de los usuarios, están expuestos en un lugar visible y son accesibles para todas las personas que acceden al mismo.

RD.3

Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados.

Recursos humanos

RD.4

La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado, contando sus integrantes con la cualificación adecuada a las funciones que habrán de realizar.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

RD.5

El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con

potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).

NOTA: El reducido número de criterios de programas de reducción del daño podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de tratamiento.

6. CRITERIOS PARA LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL (IS)

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Accesibilidad a los programas y servicios

IS.1

Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.

IS.2

La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.

IS.3

Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.

IS.4

El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.

IS.5

Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa.

Recursos humanos

IS.6

El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial de aquellas relacionadas con la búsqueda de empleo.

Mecanismos de colaboración y coordinación

IS.7

Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (sociales, de empleo, etc.) que permiten el acceso a los mismos a las personas beneficiarias de los programas de incorporación social.

IS.8

Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.

IS.9

El programa se integra dentro de planes o estrategias más amplias dirigidos a la prevención de la exclusión social y/o a apoyar la incorporación social de colectivos vulnerables o desfavorecidos.

CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

Evaluación y análisis de necesidades

IS.10

El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.

IS.11

Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogo-dependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relaciona-

das con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda-alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.

IS.12

El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes; las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes; las medidas para apoyar su incorporación social, las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza; y el apoyo a los procesos de incorporación social.

IS.13

El programa establece mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al mismo disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de incorporación social.

IS.14

La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social; tipo de alojamiento y características del mismo; tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos; situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo (que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad); nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social; formas de ocupación del ocio; situación jurídico-legal; estado de salud (física y mental); grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio; situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.

Diseño/formulación del programa

IS.15

Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular:

- Las principales conclusiones de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades.
- Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación.
- La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección.
- El modelo teórico en que se apoya el programa.
- Los objetivos que persigue el programa.
- Las estrategias de intervención seleccionadas.
- Los ámbitos en los que incidirá el programa.
- Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.
- Los procedimientos de coordinación internos y externos.
- Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución.
- Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados.

IS.16

El programa se soporta en un análisis teórico lógico que establece cómo las estrategias y actuaciones que incorpora contribuirán a evitar/reducir las dificultades que la población beneficiaria presenta en materia de incorporación social.

IS.17

Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.

IS.18

Se explicitan de forma precisa y clara las metas y objetivos que se pretenden conseguir.

IS.19

Los objetivos guardan una estrecha relación con las necesidades y prioridades identificadas en la evaluación de necesidades.

IS.20

El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.

IS.21

El programa establece objetivos realistas, que tienen presentes las limitaciones de la población beneficiaria y las características sociales, culturales y económicas del contexto en el que se va a intervenir y que pueden dificultar los procesos de incorporación social.

IS.22

El programa incluye procedimientos y técnicas de intervención de calidad contrastada, perfectamente definidas y documentadas y coherentes con la evidencia disponible y/o las recomendaciones de buenas prácticas establecidas en materia de incorporación social de la población drogodependiente.

IS.23

Las estrategias de intervención seleccionadas se ajustan a las características y necesidades de la población beneficiaria.

IS.24

Las estrategias de intervención propuestas son viables teniendo en cuenta el contexto donde deben ser implementadas.

IS.25

El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.

IS.26

El programa incluye el entrenamiento en destrezas y conocimientos básicos, previo al acceso a los recursos y servicios previstos para favorecer la incorporación social.

IS.27

Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social es un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de:

- La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.).
- Su actitud y grado de compromiso para el cambio.
- Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta.
- La red social y familiar de apoyo de que dispone.

IS.28

El contenido de los programas individualizados de incorporación social será consensuado con las personas interesadas, quedando reflejados los acuerdos y compromisos alcanzados en un “contrato de incorporación social” que suscribirán las mismas.

IS.29

Las actividades y la metodología previstas para su desarrollo se ajustan a las características de la población destinataria.

IS.30

Las actividades son coherentes con los objetivos y estrategias previstos en el programa.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

IS.31

El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los

instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).

IS.32

El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que:

- Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello.
- Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación pre-laboral, etc.).
- Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias.
- Disponen de programas individualizados de incorporación social.
- Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (PIIS), realizando todas las actividades previstas y/o alcanzando los objetivos previstos.
- Participan en programas de tratamiento.
- Son derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas.
- Son derivados a los servicios de empleo.

IS.33

El plan de evaluación del programa describe los indicadores que evaluarán su cobertura, en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.

IS.34

El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.

ANEXOS

ANEXO I

REVISIÓN DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS (RDD)

Sánchez Pardo, L.; Alonso Sanz, C.; Martínez González, F. y Pereiro Gómez, C.

En las últimas dos décadas, numerosas instituciones y profesionales vienen trabajando para hacer de las intervenciones que se desarrollan en el marco de los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD), una disciplina científica en la que se trabaje en base a la evidencia objetiva.

Estos esfuerzos permiten que hoy se disponga de una sólida base empírica acerca de las estrategias que, en el campo de la prevención de los consumos de drogas, el tratamiento de las adicciones, la reducción de riesgos y daños y la incorporación social de las personas drogodependientes, sirven para asegurar el logro de los objetivos perseguidos, y de aquellas otras que no resultan eficaces. Distintas investigaciones internacionales han aportado pruebas científicas fehacientes acerca de la eficacia de diferentes programas desarrollados en el campo de la reducción de la demanda de drogas (RDD). Bien es cierto que las evidencias disponibles no son igual de numerosas ni concluyentes en los distintos ámbitos de la RDD, concentrándose el grueso de las mismas en relación a los programas de prevención de los consumos y de tratamiento de las drogodependencias.

Sin embargo, más allá de las diferencias existentes en la cantidad y la calidad de las evidencias disponibles, la revisión de las investigaciones desarrolladas en relación a los PRDD, constatan una gran variabilidad en el tamaño de los efectos logrados con las intervenciones, lo que indica la necesidad de comprobar qué características de los programas son las responsables de esta variabilidad.

La identificación de los modelos, enfoques y componentes que, de acuerdo a la evidencia científica disponible, contribuyen a mejorar la efectividad y eficiencia de los PRDD, es uno de los objetivos del presente estudio.

Antes de pasar a describir las evidencias que han sido identificadas en el marco de esta revisión, conviene abordar una cuestión de índole metodológica, como es la existencia de distintos sistemas de clasificación de la evidencia.

1. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA EVIDENCIA DISPONIBLE EN RDD

La toma de decisiones en base a las mejores pruebas científicas constituye la aspiración de todas las ciencias de la salud y sociales. En consecuencia, los responsables del diseño de las políticas en materia de reducción de la demanda de drogas (RDD), y los profesionales encargados de implementar las mismas, deberían promover intervenciones soportadas en conocimientos científicos obtenidos mediante procesos de investigación metodológicamente rigurosos.

Determinar si un tipo de estrategia o intervención resulta adecuada para un determinado grupo de personas, implica establecer que existe un razonable grado de certeza de que el balance entre los beneficios de la misma, por un lado, y los riesgos, perjuicios o efectos no deseados, por otro, resulta lo suficientemente favorable para que dicha intervención merezca ser aplicada (Martín y González, 2010).

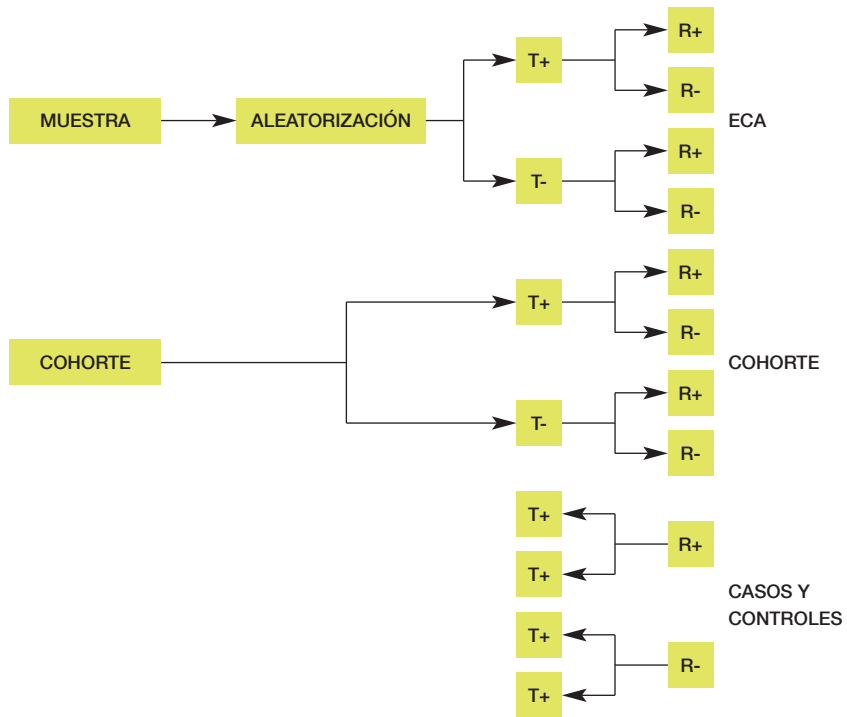
Los conceptos calidad (nivel) de la evidencia y fuerza (grado) de la recomendación son los pilares básicos de la práctica basada en la evidencia, en su afán por estandarizar aquellas prácticas que se han mostrado efectivas y eficientes en el abordaje de distintos problemas relacionados con la salud y, en particular, con la RDD. Por ello, existe un amplio consenso en torno a la idea de que los procesos de toma de decisiones acerca del tipo de estrategias que deben ser promovidas han de fundamentarse en el mejor nivel de evidencia y la mayor fuerza de la recomendación disponible.

Tradicionalmente la calidad de la evidencia se ha relacionado con el diseño de los estudios en los que se apoya la misma y en su calidad, centrada fundamentalmente en la precisión de sus mediciones (limitar el error aleatorio) y en la validez del diseño (limitar los errores sistemáticos). En consecuencia, el nivel de evidencia es mayor en los estudios analíticos que en los descriptivos, y en los estudios experimentales (basados en ensayos clínicos) que en los observacionales (estudios de cohortes y estudios de casos y controles).

No obstante, no todas las intervenciones que se desarrollan en el campo de la salud y, en particular, en el contexto de los programas de reducción de la demanda pueden soportarse en diseños experimentales, debido a razones de muy distinta índole: de carácter ético, de costes, por dificultades metodológicas relacionadas con el control de ciertas variables intervinientes, etc.

En el siguiente cuadro se muestra el diseño general de los tres tipos de estudios utilizados habitualmente para valorar la existencia de relaciones causales. Tanto en el caso del ensayo clínico aleatorio (ECA), como en el de diseño de cohorte, los sujetos son asignados a un determinado tipo de tratamiento o intervención (T+; T-), siendo seguidos en el tiempo para valorar los resultados obtenidos (R+; R-) en cada una de las categorías de exposición o tratamiento. Ambos tipos de estudios son prospectivos, y el tratamiento/intervención pre-

TIPOLOGÍA DE ESTUDIOS PARA VALORAR RELACIONES CAUSALES



Fuente: Ballesteros, 2007.

cede al resultado que se pretende evaluar, radicado la diferencia básica entre los ECA y los diseños de cohortes en la manera en la que se asignan los sujetos al tratamiento o intervención (de forma aleatoria o no aleatoria). Por el contrario, en el diseño de casos y de controles, se parte del resultado y se evalúa retrospectivamente la presencia o no de los posibles tratamientos o exposiciones. Esta inversión temporal del flujo de acontecimientos (y los sesgos de selección e información a los que puede dar lugar) hace que el diseño de casos y de controles sea más problemático que el diseño de cohortes a la hora de establecer relaciones de causalidad en el conjunto de los diseños observacionales.

En función del tipo de diseño utilizado para valorar los resultados de una intervención, la información obtenida tiene distintos niveles de calidad, de los que se derivan diferentes grados de recomendación para su implementación.

El grado de la recomendación indica hasta qué punto puede confiarse en que su aplicación aportará más beneficios que riesgos. Es importante destacar que en la elaboración de las

recomendaciones se deben tener en cuenta, además de la calidad de la evidencia, otros factores como son: el balance entre beneficios y riesgos, la consistencia de los estudios, la aplicación práctica de la recomendación en una determinada población o grupo de pacientes, los costes derivados de su aplicación, etc.

Debe tenerse en cuenta que la existencia de una recomendación, a favor o en contra de una determinada intervención, no significa que la misma deba aplicarse en toda la población, puesto que existen otros factores que deben ser tenidos en consideración, tales como las circunstancias específicas de la población potencialmente beneficiaria de la misma, sus propias preferencias o elementos del contexto (valores, normas, etc.), que puedan desaconsejar su implementación. Así, por ejemplo, el hecho de que las terapias de mantenimiento con metadona se hayan mostrado eficaces para reducir el consumo ilegal de opiáceos, no implica que todos los pacientes con problemas de dependencia a opiáceos deban ser tratados con metadona. El análisis de la evidencia disponible en el campo de la RDD choca con un problema común a otros ámbitos, como es el de establecer un sistema de referencia para evaluar la calidad de la evidencia y establecer una graduación de las recomendaciones, dado que existen múltiples sistemas para ello, con diferencias sustanciales en los criterios para evaluar y estructurar la evidencia, y diferentes interpretaciones de los grados de recomendación.

Para intentar solventar este problema, en el año 2000 se constituyó el grupo de trabajo GRADE (*The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), integrado por metodólogos y clínicos de distintos países, con el objetivo de crear un método común para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, que impida que, según el sistema de clasificación empleado, una misma evidencia obtenga distintas clasificaciones (toda la información sobre el Sistema GRADE está disponible en <http://www.gradeworkinggroup.org>).

Valorar correctamente la evidencia científica requiere considerar múltiples aspectos metodológicos que exceden la simple clasificación en base al diseño del estudio. Si bien los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (o las revisiones sistemáticas basadas en ellos) se consideran el máximo nivel de evidencia científica, estos estudios pueden tener limitaciones para su aplicabilidad o fallos en el diseño que generen sesgos o desviaciones al estimar los resultados. Por otra parte, otros diseños observacionales alternativos (como los estudios de cohorte o casos y controles) pueden, a su vez, generar evidencia muy sólida o consistente cuando abarcan un gran número de pacientes similares a los de la práctica en la vida real.

Como señalan algunos autores (Benson y Hartz, 2000; Concato *et al.*, 2000; Cook *et al.*, 2008), en ciertos casos, estudios cuasi experimentales bien realizados proporcionan estimaciones similares a las de los ensayos controlados aleatorizados, en tanto que ciertas investigaciones sugieren que los estudios cuasi experimentales pueden encontrar beneficios cuando los ensayos controlados aleatorizados no encontraron ninguno (Hulley *et al.*, 1988; Pocock y Elbourne, 2000; Gotzsche y Olsen, 2000).

La propuesta del grupo de trabajo GRADE indica que para enjuiciar la calidad de la evidencia se necesita valorar la validez de los resultados de los estudios individuales para los resultados importantes. Para llevar a cabo estos juicios se deberían utilizar criterios explícitos. Las etapas que se deben seguir en este enfoque permiten realizar juicios secuenciales acerca de (Atkins *et al.*, 2004):

- La calidad de la evidencia en los diferentes estudios para cada uno de los resultados importantes.
- Los resultados que son claves para una decisión.
- La calidad global de la evidencia para estos resultados clave.
- El balance entre beneficios y riesgos.
- La fuerza de las recomendaciones.

La metodología que sigue el Sistema GRADE para valorar la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones puede sintetizarse del siguiente modo:

- Categorización de las variables de resultado y de su importancia relativa. En esta etapa deben establecerse de forma explícita las variables de resultados que tienen realmente interés para las poblaciones a las que se dirigen las intervenciones, y clasificarlas según su importancia relativa.
- Evaluación de la calidad de la evidencia. Distingue cuatro posibles categorías para cada una de las variables de resultados y analiza más tarde la calidad global de la evidencia:
 - Alta: es muy poco probable que nuevos estudios modifiquen la confianza que tenemos en el resultado estimado.
 - Moderada: es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que éstos puedan modificar el resultado.
 - Baja: es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que tenemos en el resultado estimado y que éstos puedan modificar el resultado.
 - Muy baja: cualquier resultado estimado es muy incierto.

Para clasificar la calidad de la evidencia, el Sistema GRADE comienza considerando el diseño del estudio y su adecuación a las preguntas que pretenden resolver las investigaciones realizadas: inicialmente, los ensayos aleatorizados sin limitaciones importantes constituyen evidencias de calidad, en tanto que los estudios observacionales sin especiales puntos fuertes o con limitaciones importantes son considerados como evidencias de baja calidad. Sin embargo hay diversos factores que inciden directamente sobre la calidad de la evidencia, bien haciendo disminuir (limitaciones del estudio, falta de coherencia de los resultados, carácter indirecto de la evidencia, etc.) o aumentar su calidad (gran magnitud del efecto, etc.).

- Graduación de la fuerza de las recomendaciones en dos categorías (recomendaciones fuertes o débiles, bien a favor o en contra), indicando hasta qué punto es posible confiar que la puesta en marcha de la intervención conllevará más beneficios que riesgos.
 - Fuerte: alto grado de confianza en que los efectos deseables de la intervención superen a los no deseables (recomendación fuerte a favor) o viceversa (recomendación fuerte en contra). Una recomendación fuerte podría traducirse en “Hágalo siempre” o “No lo haga nunca”.
 - Débil: probablemente los efectos deseables de la intervención superen a los no deseables (recomendación débil a favor) o viceversa (recomendación débil en contra), pero existe menor grado de certeza. Una recomendación débil podría traducirse en “Puede hacerlo, pero considere otros factores antes de decidir”.

Existen distintos factores que determinan la fuerza de la recomendación (Martín y González, 2010):

- Equilibrio entre efectos deseables y adversos (cuanto mayor es la diferencia entre ellos, mayor es la probabilidad de que esté justificada una recomendación fuerte).
- Calidad de la evidencia (cuanto mayor es la calidad de la evidencia, mayor es la probabilidad de que se justifique una recomendación fuerte).
- Valores y preferencias de las poblaciones destinatarias (cuanto más varían estos valores y preferencias, más justificada estará una recomendación débil).
- Costes (cuanto mayores son los costes o recursos que deben ser asignados a una intervención, menor es la probabilidad de que esté justificada una recomendación fuerte).

Buena parte de la evidencia disponible no ha sido valorada de acuerdo a los numerosos sistemas de clasificación existentes. Sólo recientemente, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ha establecido, dentro de su portal de mejores prácticas, un método para la clasificación de la evidencia de las intervenciones aportadas por los distintos Estados de la Unión Europea (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/methodology>). Este modelo, inspirado en el Sistema GRADE, clasifica las intervenciones desarrolladas en cinco grandes categorías:

- Beneficiosas: intervenciones para las cuales las medidas precisas de los efectos en favor del tipo de intervención se encontraron en revisiones sistemáticas de estudios de relevancia, evaluados con métodos fiables para la valoración de las pruebas. Una intervención clasificada como “beneficiosa” se considera adecuada para la mayoría de los contextos.
- Probablemente beneficiosas: intervenciones que demostraron tener pocas medidas de efecto, pero que es probable que sean eficaces, para las que la evidencia es limitada y/o aquellas que se recomiendan con cierta cautela en las directrices con métodos fiables para la valoración de la evidencia (por ejemplo, GRADE). Una intervención clasificada como “probable que sea beneficiosa” es adecuada para la mayoría de los contextos, con un poco de discreción.

- Equilibrio/compensación entre beneficios y daños: intervenciones que obtienen medidas de efectos favorables a ésta, pero que mostraron algunas limitaciones o efectos no deseados que deben ser evaluados antes de promocionarlas.
- Efectividad desconocida: intervenciones para las cuales los estudios son insuficientes o de baja calidad (con rigor metodológico incierto), por lo que es difícil de evaluar si son eficaces o no. Las intervenciones para las que deben realizarse más investigaciones también se agrupan en esta categoría.
- La evidencia de la ineficacia: intervenciones que obtuvieron resultados negativos si se comparan con un estándar de la intervención o ninguna intervención, por ejemplo.

Por su parte, en Estados Unidos, el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia (National Registry of Evidence-based Programs and Practices, NREPP - US Department of Health and Human Services) establece que los programas basados en la evidencia deben cumplir los cuatro requisitos mínimos fundamentales que se señalan a continuación:

- La intervención ha demostrado uno o más resultados positivos ($p = .05$) en la reducción del uso de sustancias entre los individuos, las comunidades o las poblaciones en las que se les ha aplicado.
- La evidencia de estos resultados ha sido demostrada en al menos un estudio con diseño experimental o cuasiexperimental.
- Los resultados de estos estudios han sido publicados en revistas *peer review* o documentados en un informe de evaluación comprensivo.
- La documentación de la intervención y su correcta aplicación (por ejemplo manuales, protocolos, herramientas, materiales de capacitación) ha sido elaborada y está disponible al público para facilitar la difusión.

PUNTOS CLAVE

- Existen múltiples sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones.
- Las diferencias y limitaciones de estos sistemas de clasificación pueden generar interpretaciones divergentes (e incluso contradictorias) de una misma evidencia y confusiones en la difusión de la misma.
- A la hora de enjuiciar la calidad de una evidencia, para cada resultado importante debe tenerse en cuenta el diseño del estudio, su calidad y consistencia, y si la evidencia es directa o indirecta.
- El balance entre beneficios y riesgos, la calidad de la evidencia, si la evidencia es directa o indirecta y el riesgo basal, son aspectos a tener en cuenta cuando se llevan a cabo juicios sobre la fuerza de las recomendaciones.

En este marco, se ha optado por utilizar el Sistema GRADE para clasificar la evidencia disponible en relación con los PRDD, por ser el utilizado por otras instituciones relevantes en este terreno, como el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías o la Organización Mundial de la Salud. La evidencia por tanto se clasifica como “alta”, “moderada”, “baja” o “muy baja”, de acuerdo a las siguientes definiciones (WHO, 2009):

- Alta: la investigación adicional es muy poco probable que cambie la confianza en la estimación del efecto.
- Moderada: la investigación adicional es probable que tenga un impacto importante en la confianza en la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.
- Baja: la investigación es muy probable que tenga un impacto importante en la confianza en la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.
- Muy baja: cualquier estimación del efecto es muy incierta.

2. EVIDENCIA RELATIVA A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

Como señalan Babor y colaboradores (2010), la investigación sobre los resultados de los programas de prevención presenta algunas limitaciones importantes. La primera de estas limitaciones tiene que ver con el hecho de que los investigadores han estudiado un reducido número de estrategias, de modo que algunas de las comúnmente utilizadas, como el apoyo a coaliciones comunitarias que se organizan para combatir el uso de drogas, rara vez han sido evaluadas. De hecho, son las intervenciones desarrolladas en las escuelas las que disponen de una mayor base de datos probatorios, en gran medida porque el espacio del aula facilita la realización de ensayos controlados aleatorizados, a diferencia de lo que sucede en otros ámbitos tradicionales de la intervención preventiva (programas de prevención comunitarios, programas centrados en el uso de medios de comunicación, etc.). La segunda de las limitaciones, estrechamente vinculada a la anterior, se relaciona con el hecho de que prácticamente no existen investigaciones sobre los resultados de los programas de prevención del consumo de drogas en otras poblaciones diferentes a adolescentes y jóvenes (por ejemplo, se ha investigado poco la efectividad de los programas de prevención en ámbitos como el laboral, integrado mayoritariamente por población adulta). La tercera de las limitaciones tiene que ver con la circunstancia de que cerca del 90% de las investigaciones centradas en la evaluación de los programas de prevención se han realizado en Estados Unidos, lo que plantea dudas acerca de si los resultados obtenidos por las mismas pueden generalizarse a otros países.

A continuación se detallan las principales evidencias disponibles en relación a las intervenciones preventivas desarrolladas en distintos ámbitos, así como a las estrategias que habitualmente incorporan los programas de prevención.

2.1. EVIDENCIA SOBRE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR

Un meta-análisis efectuado en Estados Unidos, en base a la revisión de 595 estudios de programas de prevención dirigidos a adolescentes, reveló que las intervenciones más efectivas para modificar el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas eran las que incluían actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales y las basadas en el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas (Tobler y Stratton, 1997). Consecuentemente, muchos programas de prevención del abuso de sustancias incluyen entre sus componentes el entrenamiento en asertividad y otras habilidades sociales, al haberse constatado que estas habilidades pueden contribuir a mejorar la resistencia de los adolescentes a la presión del grupo de iguales para consumir drogas (Botvin, 2000).

Esta posición es congruente con el hecho de que entre los principios a seguir para la prevención de las drogodependencias, según indica el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos (National Institute on Drug Abuse - NIDA, 2005), se incluyan algunos referidos especialmente a la prevención en la escuela, entre ellos el que “Los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: 1) Hábitos de estudio y apoyo académico, 2) Comunicación, 3) Relaciones con los compañeros, 4) Auto-eficacia y reafirmación personal, 5) Habilidades para resistir las drogas, 6) Refuerzo de las actitudes antidrogas y 7) Fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.”

No obstante, los resultados de algunas investigaciones (Gorman, 2011) cuestionan la efectividad de los programas de habilidades para la vida, mientras que algunas revisiones destacan la superioridad de los programas de influencia social (Roona *et al.*, 2007).

Las evaluaciones realizadas de los programas de prevención centrados en variables psicosociales permiten concluir que, en general, estas intervenciones logran resultados positivos sobre variables como el grado de información o las actitudes hacia las drogas. Cuando el criterio de evaluación empleado es el consumo, los resultados positivos se limitan a aquellos programas que centran la intervención en la promoción de las competencias y en las variables psicosociales relacionadas con el consumo (Bangert-Drowns, 1988; Tobler y Stratton, 1997; Tobler *et al.*, 2000; Wilson, Gottfredson y Najaka, 2001).

Entre los programas que han logrado mejores resultados se encuentra el *Life Skill Training*¹ desarrollado en la Universidad de Cornell de Nueva York (Botvin y Tortu, 1988). No obstante, las evidencias sobre los resultados positivos de este tipo de programas no son tan claras

1. Referenciado a lo largo de este texto también como *Programa de entrenamiento en habilidades de vida* o, genéricamente, como programa/s de habilidades para la vida.

cuando se refieren al mantenimiento de sus efectos en el tiempo (algunos estudios señalan que estos efectos desaparecen, mientras que otros indican que se mantienen sobre el consumo de tabaco y alcohol).

Autores como Resnicow y Botvin (1995) atribuyen la reducción de efectos a medida que pasa el tiempo a cuestiones tales como: el empleo de programas demasiado cortos, el bajo grado de implementación de los mismos, la inclusión de componentes curriculares inadecuados, la reducción del poder estadístico asociado con la pérdida de sujetos o la existencia de expectativas inadecuadas sobre los efectos de los programas.

La desaparición con el paso del tiempo de efectos positivos sobre el consumo de tabaco y alcohol de los programas de habilidades para la vida no supone la desaparición de los efectos de estos programas sobre el consumo de otras drogas (Gómez, Luengo y Romero, 2001). El retraso en la edad de inicio al consumo de tabaco o alcohol, o la reducción de su frecuencia, tienen un efecto importante en la prevención del consumo de otras drogas, que puede tener un desarrollo evolutivo más tardío.

Un meta-análisis realizado por Faggiano *et al.* (2005), que incluyó 32 estudios de evaluación de la efectividad de programas preventivos del consumo de drogas ilegales en la escuela, analizó la eficacia de estos programas en función del tipo de intervenciones, que incorporaban: 1) intervenciones puramente de conocimiento, 2) intervenciones únicas sobre la respuesta afectiva, 3) intervenciones basadas en los compañeros, para resaltar la presión ejercida por éstos a favor del consumo, que incluyen habilidades de rechazo (de resistencia) y habilidades para la vida social, estos últimos basados en habilidades interpersonales (comunicación, etc.) o personales (educación afectiva). Los resultados sobre la eficacia de cada una de estas estrategias preventivas indican que:

- Los programas basados en el conocimiento mejoran las variables de intervención (especialmente el conocimiento sobre las drogas) en comparación con el currículo habitual, pero no son más efectivos que los programas basados en las habilidades. Cuando se consideran los resultados finales (el consumo de drogas), sus efectos son comparables a aquellos del currículo habitual y de los otros dos tipos de programas.
- Los programas basados en la respuesta afectiva mejoran las habilidades para la toma de decisiones y el conocimiento sobre las drogas en comparación con el currículo habitual y las intervenciones basadas en el conocimiento.
- Los programas basados en las habilidades tienen un efecto positivo sobre las variables de intervención (conocimiento sobre las drogas, toma de decisiones, autoestima y resistencia a la presión de los compañeros) y sobre los resultados finales (consumo de drogas) en comparación con el currículo habitual. El meta-análisis de las variables dicotómicas sobre el consumo de drogas, muestra que éste es menor en los grupos de intervención después de la misma, aun años después de dicha intervención.

Los resultados de este meta-análisis son coherentes con los aportados por otras revisiones sistemáticas realizadas sobre la efectividad de la prevención primaria del consumo de drogas en escolares (Tobler *et al.*, 2000).

Otro interesante meta-análisis es el realizado por Thomas y Perera (2008) para determinar si los programas escolares para prevenir el consumo de tabaco son más efectivos que una intervención mínima o ninguna intervención. Este trabajo se basa en 23 estudios de alta calidad que incluían el siguiente tipo de intervenciones: suministro de información, competencia social, influencia social, competencia social e influencia social combinadas, influencia social *versus* suministro de información e iniciativas multimodales.

Estas son sus principales conclusiones:

- El estudio de suministro de información sola mostró un efecto significativo de la intervención. Debido al número limitado de estudios rigurosos, es difícil excluir un efecto beneficioso de la información sola sobre el tabaco, pero hay pocas pruebas positivas disponibles para apoyar esta intervención.
- Los dos estudios que enseñaban la competencia social mostraron efectos positivos, pero sin significación estadística.
- De los trece ensayos que recurrieron en mayor o menor medida a los modelos de influencia social, en los que éstas fueron el modo dominante de intervención, nueve mostraron algún efecto positivo de la intervención sobre la prevalencia del hábito de fumar. La revisión muestra que hay ciertas pruebas de que los programas de las escuelas que incorporan modelos de influencias sociales pueden afectar el comportamiento de los fumadores a corto plazo. Adicionalmente, algunos estudios con períodos de seguimiento largos presentaron resultados positivos.
- Los tres estudios que incluyen combinaciones de modelos de influencias sociales y de competencia social no aportan pruebas suficientes para determinar si el agregado de ambas intervenciones resulta más eficaz que las intervenciones de influencias sociales solas.
- Hay datos limitados sobre los cuales emitir un juicio acerca de la mayor efectividad de las intervenciones de influencias sociales realizadas conjuntamente con iniciativas más amplias, de modalidades múltiples, como la participación comunitaria.

Aunque ningún estudio de alta calidad comparó directamente el impacto que el diferente número de sesiones del programa y de refuerzo tiene sobre sus resultados, el *Hutchinson Smoking Prevention Project* incluyó más sesiones que los otros estudios (65 lecciones en el aula). Los resultados nulos de este programa ponen en duda la importancia del número de sesiones como una variable de mediación, al menos en el contexto de las intervenciones de influencias sociales.

Una de las dificultades para interpretar los hallazgos aportados por las evaluaciones de los programas de prevención escolar radica en cómo caracterizar las intervenciones, puesto que muchos programas recurren a una combinación ecléctica de enfoques. Donde hay una orientación teórica clara, se producen diferencias en los componentes y desacuerdo sobre cuáles son los elementos efectivos. La dificultad en la caracterización de las intervenciones puede ser una razón que explique los resultados contradictorios de las revisiones y meta-análisis anteriores, que han tendido a ser más optimistas acerca de los beneficios de los programas de prevención escolar (Bruvold, 1993, Rooney y Murray, 1996 y Tobler *et al.*, 2000) que los soportados en la revisión realizada por Thomas y Perera (2008).

Actualmente se observa una mayor cautela a la hora de señalar los resultados positivos de los programas basados en modelos de influencias sociales, destacando el hecho de que, aunque algunos programas muestran efectos positivos a corto plazo, no hay pruebas sólidas de un beneficio a largo plazo.

Seguirá habiendo desacuerdo sobre el grado en que el éxito o el fracaso de los estudios particulares se relaciona con las diferencias de las intervenciones probadas. Al decidir si poner o no en práctica un programa en particular, los diseñadores de políticas deben considerar no sólo las pruebas de la efectividad, sino también los costes de implementación de la intervención. Autores como Reid (1999) argumentan que las intervenciones complejas en las escuelas imponen exigencias poco realistas al tiempo de los maestros y, en consecuencia, no pueden mantenerse a largo plazo. Los diseñadores de políticas deberán prestar tanta atención a estas cuestiones como a los detalles más sutiles de la intervención usada.

Un trabajo sobre los criterios de calidad en el desarrollo de proyectos y actuaciones en el campo de la promoción de la salud y la educación para la salud en centros escolares (Salvador *et al.*, 2008) aporta valiosas recomendaciones, con base en la evidencia, que deberían ser tenidas en cuenta en el diseño y ejecución de programas de prevención del consumo de drogas en los centros escolares:

- Las intervenciones de promoción de la salud y educación para la salud en centros educativos pueden ser eficaces cuando son capaces de transmitir conocimientos, desarrollar habilidades y promover la adopción de elecciones que se traduzcan en una conducta positiva orientada a la salud.
- Se sabe que la información, aunque importante, por sí sola no genera cambios del comportamiento, siendo necesario acompañarla de una capacitación de habilidades para la vida realizada mediante métodos interactivos, entre las que se incluyen las habilidades sociales y para la vida en general, la autoestima, el autocontrol emocional o la resolución de problemas, entre otras.
- El desarrollo del método basado en el entrenamiento de habilidades para la vida ha demostrado ser de utilidad para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas

(Alonso, Freijo y Freijo, 1996; Becoña, 2002; Bond *et al.*, 2004; Gómez *et al.*, 2002; Moral *et al.*, 2004).

- En general, los programas de promoción de la salud y educación para la salud que pueden considerarse efectivos son aquellos que:
 - Están bien diseñados (disponen de una planificación adecuada).
 - Explicitan las teorías en las que se basan, como el Modelo de Creencias en Salud y los múltiples modelos derivados de la Teoría del Aprendizaje Social.
 - Se acompañan de un proyecto de desarrollo para el profesorado integrado y de amplio alcance.
 - Además de la adquisición de conocimientos relevantes relativos al área de la salud, tienen como objeto la consecución y el enriquecimiento en habilidades para la vida.
- La experiencia acumulada hasta la actualidad indica que los proyectos educativos de calidad en este ámbito se caracterizan por:
 - Brindar un abordaje complejo, multifactorial y contar con más de un dominio de actuación (curricular, entorno escolar y/o comunitario).
 - Ofrecer intervenciones intensivas y de larga duración, teniendo en cuenta los cambios en el desarrollo evolutivo social y cognitivo de la juventud.
 - Prestar una atención adecuada a la formación del profesorado (así como a otro agente implicado en el proyecto) y a la provisión de aquellos recursos necesarios para su implantación.
- La efectividad de las intervenciones puede empeorar significativamente si la implementación no es la adecuada, siendo habitual que la fidelidad a los proyectos originales sea pobre (Mukoma y Flisher, 2004).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A LOS PROGRAMAS ESCOLARES

Intervenciones beneficiosas:

- La evidencia empírica a favor de los programas escolares de prevención es generalmente débil y no permite recomendar una divulgación amplia de ningún programa (Pape, 2009). En consecuencia, la posibilidad de admitir un programa como modelo se basa siempre en una evidencia parcial y probablemente sesgada de los resultados experimentales, y en ningún caso en pruebas irrefutables que garanticen su efectividad. En esta misma dirección, diversos autores señalan que las agencias que buscan identificar programas de prevención “basados en la evidencia” o “modelo” deben revisar toda la evidencia disponible (Gorman, 2011).

- Los programas escolares que implementan los conceptos de influencia social y habilidades para la vida se muestran eficaces para reducir el consumo de alcohol en la última semana (Foxcroft *et al.*, 2008), reducir la embriaguez general y la embriaguez en 3 o más episodios (Faggiano *et al.*, 2010).
- Los programas escolares que implementan los conceptos de influencia social y habilidades para la vida son eficaces para reducir el consumo de cannabis en tres o más ocasiones en los últimos 30 días (Faggiano *et al.*, 2010), aunque algunos autores (Gorman, 2011) cuestionan la capacidad de programas como el *Life Skills Training* para reducir el consumo de marihuana en adolescentes.

Intervenciones probablemente beneficiosas:

- Los programas escolares interactivos han mostrado ser más eficaces que los programas no interactivos en (Tobler *et al.*, 2000; Cuijpers, 2002b; Roona *et al.*, 2003; Porath-Waller *et al.*, 2010): la reducción del consumo de tabaco y alcohol así como de cannabis y otras drogas ilícitas, la disminución de la conducción bajo la influencia del alcohol y el retraso en la edad de inicio al consumo de sustancias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Un estudio que analizó 29 revisiones (McGrath *et al.*, 2006) encontró evidencia a favor de la eficacia de los pares educadores en programas de prevención de drogas en la escuela para reducir el consumo de tabaco y el uso de todas las sustancias en el post-test. Sin embargo, esta eficacia relativa no se aplicaba a seguimientos a uno o dos años (*Best Practice Portal*, EMCDDA). Mientras algunos autores concluyen que la participación de líderes iguales no mejora los resultados (Ellickson *et al.*, 1993), otros apoyan sin reservas su utilidad (Cuijpers, 2002; Fernández, Nebot y Jané, 2002).
- Una revisión sistemática de 32 estudios, 29 de ellos ECA, encontró evidencias de que los programas que incorporan el entrenamiento en habilidades para la vida resultan más eficaces que los programas habituales en (Faggiano *et al.*, 2005): reducir el uso genérico de drogas, reducir el consumo de cannabis, mejorar la capacidad para la toma de decisiones, mejorar la autoestima y aumentar la resistencia a la presión de los pares (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Sin embargo, Gorman (2011) llega a la conclusión de que es improbable que el programa *Life Skills Training* reduzca el consumo de marihuana entre los adolescentes. Además, los resultados favorables pueden deberse más bien al tipo de análisis realizados y no a su verdadera efectividad (Gorman y Huber, 2009).

En el mismo sentido, Roona, Streke, Ochshorn *et al.* (2007) llegan a la conclusión de que, en la enseñanza secundaria, los programas comprensivos de habilidades para la vida no son más efectivos que los programas de influencia social para el

conjunto de las drogas, excepto el alcohol. Para el caso del alcohol, los programas de la influencia social son superiores a los de habilidades para la vida porque son capaces de prevenir el abuso de alcohol, aunque no influyen en la prevalencia de uso. Consecuentemente, estos autores recomiendan el uso de programas basados en la influencia social en lugar de los programas comprensivos de habilidades para la vida.

- Los programas basados en la respuesta afectiva (Faggiano *et al.*, 2005) mejoran las habilidades para la toma de decisiones y el conocimiento sobre las drogas en comparación con el currículo habitual y las intervenciones basadas en el conocimiento (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Hay buena evidencia de que los programas basados en enfoques de influencias sociales (Tobler *et al.*, 2000; Cuijpers, 2002b) inciden positivamente en algunas importantes variables mediadoras del uso de drogas, como la educación normativa, el compromiso de los estudiantes de no usar drogas y su intención de no hacerlo en el futuro. Aunque hay pocos datos que avalen resultados que perduren en el tiempo, algunos estudios disponibles proporcionan evidencia empírica de la efectividad a largo plazo de los programas basados en la influencia social en la prevención o reducción del consumo de sustancias, incluso a los 15 años después de haber completado el programa, especialmente si han incluido sesiones de repaso (Skara y Sussman, 2003).
- Se desconoce la utilidad del entrenamiento en habilidades para rechazar incitaciones al consumo. Mientras que algunos trabajos concluyen que las habilidades para rechazar no son un componente esencial de los programas de educación sobre drogas (Roona *et al.*, 2007), otros consideran que, para que las habilidades para rechazar sean efectivas, deben ir acompañadas de otros elementos (Sussman *et al.*, 1993). Por ejemplo, es necesario que se complementen con educación normativa, ya que las habilidades para rechazar no tendrán efecto si el sujeto cree que consumir drogas es correcto (Donaldson *et al.*, 1995).
- Se han obtenido buenos resultados con programas multicomponente que incluyen una intervención escolar junto a otros componentes comunitarios. Por ejemplo el *Midwestern Prevention Program – MPP (Proyecto STAR)* combina un programa escolar basado en la influencia social al cual se añaden otros cuatro componentes de carácter más comunitario: programa de medios de comunicación (campañas de información sobre el programa, destrezas de prevención, etc.), programa de padres (colaboración con los padres para eliminar el empleo de drogas en los centros escolares, formación de los padres en destrezas de comunicación, etc.), programa de organización de la comunidad (formación de líderes comunitarios en prevención) y cambios en la política sobre drogas (restringir acceso de los jóvenes a las drogas, recaudar fondos para prevención, incrementar los impuestos a bebidas alcohólicas, etc.). Los resultados indican que el programa tuvo éxito en reducir el consumo de

tabaco, alcohol y marihuana y que, 15 años después, los resultados se mantienen (Pentz, 2001). También ha resultado útil para reducir el consumo de drogas en población de alto riesgo, es decir, en sujetos que ya consumían tabaco, alcohol o marihuana antes de la intervención (Chou *et al.*, 1998).

Sin embargo, otras revisiones (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011c) indican que los programas multicomponente pueden ser efectivos para prevenir el consumo de alcohol, pero que hay pocas pruebas de que las intervenciones con componentes múltiples sean más efectivas que las intervenciones de un solo componente (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Intervenciones de efectividad desconocida*

- Una revisión (McGrath *et al.*, 2006) encontró evidencia de que las sesiones de refuerzo, o componentes adicionales similares que tenían como objetivo reforzar los efectos de un programa, tienen un impacto positivo en los resultados pre-especificados. Sin embargo, dado que la relación entre las sesiones de refuerzo y los resultados del programa no fue examinada estadísticamente, la misma debe ser entendida como hipotética (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

A pesar de ello, dado que es muy habitual en los programas de prevención la desaparición con el transcurso del tiempo de los efectos positivos logrados a corto plazo, numerosos autores recomiendan la realización de sesiones de repaso o bien realizar intervenciones posteriores de afianzamiento (Fernández, Nebot y Janet, 2002; NIDA, 2004).

- Los programas orientados a la mejora del conocimiento (Faggiano *et al.*, 2005) consiguen mejorar los conocimientos de los participantes acerca de las drogas ilícitas, aunque no tienen ningún efecto sobre el uso de las mismas (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- No hay evidencia (Velleman, 2009) de que la formación específica impartida a jóvenes con el fin de conseguir que se influyan entre sí sea eficaz en la reducción de consumo de alcohol y tabaco y en el aumento del conocimiento y el cambio de actitudes frente al alcohol y el tabaco (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenciones en las que es difícil evaluar su eficacia por no existir estudios suficientes o ser éstos de baja calidad (con pocos pacientes o con rigor metodológico incierto), y/o intervenciones en las que deben realizarse más investigaciones.

Fuente: Elaboración propia.

En base a los resultados aportados por la investigación, es posible establecer una serie de recomendaciones que deberían ser tenidas en consideración a la hora de implementar programas de prevención en el ámbito escolar:

RECOMENDACIONES BÁSICAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR

- No existen pruebas sólidas de efectividad que permitan recomendar la implementación de proyectos basados solamente en la transmisión de información sobre los riesgos asociados al consumo de drogas (Thomas, Perera, Faggiano *et al.*, 2006), ni tampoco sobre aquellos que se centran exclusivamente en la dimensión afectiva (Faggiano *et al.*, 2005).
- Las intervenciones escolares con mayor evidencia de eficacia son las basadas en los métodos que combinan la adquisición del conocimiento mediante métodos interactivos (Cuijpers, 2003) con modelos de influencia y aprendizaje social (Gómez *et al.*, 2002; Thomas y Perera, 2005; Faggiano *et al.*, 2006; Winkleby *et al.*, 2004; Ellickson, 2003; Peterson, 2000; Mann, 2000; Peterson *et al.*, 2000a; Peterson *et al.*, 2000b; Perry *et al.*, 2003).
- Se ha demostrado la efectividad (Gottfredson y Wilson, 2003), e incluso una buena relación coste-efectividad, de este tipo de proyectos desarrollados en la escuela (Caulkins, Pacula, Paddock y Chiesa, 2004).
- La investigación sobre la eficacia y efectividad de los programas de prevención en el medio escolar evidencia que, aunque dichas intervenciones son capaces de alcanzar sus objetivos educativos (mejorar el conocimiento sobre las drogas y sus efectos, concienciación sobre los riesgos, adquisición de habilidades, incremento de una visión crítica frente a las presiones al consumo, etc.), por lo general, tienen un modesto efecto en objetivos conductuales como el retraso de la edad de inicio al consumo y la reducción a corto plazo en el número de quienes consumen (Schaps *et al.*, 1986; O'Donnell *et al.*, 1995; Snow *et al.*, 1992; Hanewinkel y Asshauer, 2004; Cuijpers, 2003). Por ello es importante enfatizar la necesidad de que las iniciativas desarrolladas desde el ámbito educativo se vean arropadas por programas comunitarios y políticas globales de amplio alcance (Salvador *et al.*, 2008).

2.2. EVIDENCIA SOBRE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR

En el ámbito de los programas de prevención familiar, diversos autores (Kumpfer y Alvarado, 2003; Kumpfer y Johnson, 2007) distinguen cuatro tipos de aproximaciones o enfoques diferentes, de acuerdo con la población a la que se dirigen:

- Apoyo familiar domiciliario: son intervenciones preferentemente dirigidas a familias en crisis, con padres con alto nivel de riesgo (prevención selectiva o indicada) y con hijos menores de cinco años. Su objetivo primordial es satisfacer las necesidades básicas familiares y tratar la crisis. Este tipo de intervenciones suponen la movilización de recursos sociales o sanitarios al domicilio familiar o el traslado de un gestor de caso a una familia en crisis

o en una situación de alto riesgo, con el fin de facilitar la utilización de los servicios que permitan afrontar dicha situación. La principal ventaja de este enfoque es que contribuye a que los padres puedan implicarse en el programa.

- **Formación parental:** son intervenciones de carácter cognitivo-conductual dirigidas a mejorar las habilidades educativas y comunicativas de los padres. Pueden utilizarse en la prevención, tanto selectiva como indicada, de familias con hijos de 6 a 11 años. Pueden ser individuales o grupales, pero siempre de carácter interactivo.
- **Formación en habilidades familiares:** son intervenciones de carácter multicomponente que se dirigen tanto a los padres como a los hijos y que se utilizan en los tres tipos de prevención (universal, selectiva e indicada). Su población destinataria son familias con hijos entre 6 y 14 años. Sus objetivos son cambiar y mejorar el funcionamiento familiar, enseñando habilidades de comunicación y técnicas de solución de problemas a padres e hijos, habilidades educativas o de manejo familiar a los padres, estrategias de afrontamiento de los problemas o conflictos familiares, etc.
- **Terapia familiar:** esta intervención se produce cuando se identifica riesgo en un adolescente que ya está siendo tratado por presentar algún problema (trastorno de conducta, etc.) asociado al consumo de sustancias. Su aplicación es de carácter indicado, aunque su estructura, por sesiones terapéuticas, está más cerca del tratamiento que de una aplicación preventiva estricta. La terapia familiar cuenta con tres formatos concretos en el campo de la prevención selectiva del abuso de drogas: la terapia familiar breve estratégica, la terapia funcional familiar y la terapia multidimensional familiar.

La evaluación realizada a lo largo del período 2001-2006 de programas como el *Iowa Strengthening Families Program (ISFP)* y el *Preparing for Drug Free Years Program (PDFY)*, ahora denominado *Guiding Good Choices* (Spoth, Redmond, Shin y Azevedo, 2004; Spoth, Shin, Guyll, Redmond y Azevedo, 2006; Spoth, Guyll y Day, 2002; Spoth, Redmond y Shin, 2001), confirma la efectividad de ambos programas para reducir, tanto la iniciación al consumo, como el consumo actual de tabaco, alcohol y marihuana en los jóvenes. Los resultados de estas intervenciones se mantienen en el tiempo, observándose diferencias significativas entre el grupo control y los de tratamiento a los seis años de seguimiento (los grupos de tratamiento presentan menos consumo de alcohol, tabaco y marihuana que el grupo control).

Investigaciones que analizaron los efectos de una intervención combinada de prevención familiar (*Strengthening Families Program*, para chicos entre 10 y 14 años) y escolar (*Life Skills Training*) sobre la iniciación y prevalencia de consumo de alcohol, tabaco y marihuana en jóvenes (Spoth, Redmond, Trudeau y Shin, 2002; Spoth, Randall, Shin y Redmond, 2005; Spoth, Clair, Shin y Redmond, 2006; Spoth, Randall, Trudeau, Shin y Redmond, 2008) indican que: a) al año de seguimiento, la intervención combinada produjo mejores resultados que el programa de prevención escolar sólo, comparando los resultados con los obtenidos por un grupo de control, b) a los dos años y medio de seguimiento, se produjeron incre-

mentos del consumo tanto en el grupo control como en los experimentales, pero se mantuvieron las diferencias en el índice de iniciación. Se encontraron también diferencias positivas en las borracheras semanales, pero no en el uso regular del alcohol y c) a los cinco años y medio de seguimiento, la prevalencia de consumo de metanfetaminas era significativamente menor, tanto en el grupo de tratamiento combinado, como en el de prevención escolar sólo. También se encontraron diferencias significativas en el índice de iniciación, frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, marihuana y borracheras, y consumo mensual y frecuente de varias sustancias.

Una revisión Cochrane sobre los efectos de los programas preventivos no escolares que tenían como objetivo reducir o retrasar el consumo de drogas en los jóvenes (Gates *et al.*, 2006), concluyó que los programas más efectivos, entre los estudiados, eran los programas familiares (*Best Practice Portal*, EMCDDA). En la investigación se incluyeron 17 estudios, todos ellos ensayos controlados aleatorizados, que evaluaban cuatro tipos de intervenciones: entrevistas motivacionales o intervenciones breves, educación o entrenamiento en habilidades, programas familiares e intervenciones en la comunidad con componentes múltiples. Sólo uno de los estudios con entrevistas motivacionales y los programas familiares (*Focus on Families*, *Iowa Strengthening Families Program* y *Preparing for the Drug Free Years*) tuvieron efecto sobre el consumo de cannabis en los jóvenes. Entre estos programas familiares, el ISFP obtuvo cierta ventaja en las medidas de prevalencia media y del último año (auto-informadas) de consumo de cannabis obtenidas en un seguimiento de seis años. En todo caso, los autores señalan que ninguna de estas intervenciones ha sido señalada claramente como efectiva y se desconoce la relación coste-efectividad. Por consiguiente, resulta difícil recomendar su uso hasta que se hayan realizado más investigaciones.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A LOS PROGRAMAS FAMILIARES

Intervenciones beneficiosas:

- No hay intervenciones que cumplieran con los criterios para esta categoría.

Intervenciones probablemente beneficiosas:

- Los programas integrales orientados a la familia, que incluyen la capacitación de padres, niños y familias enteras, resultan ser eficaces en un estudio incluido en una revisión sistemática de 17 estudios aleatorios (Gates *et al.*, 2006), aunque con algún desacuerdo y debilidad metodológica, en reducir el consumo de cannabis entre los adolescentes a lo largo de la vida y en el último año, a los seis años de seguimiento, aunque en ningún caso los resultados son concluyentes.
- Las visitas domiciliarias a familias compuestas por mujeres solteras con bajos ingresos resultaron ser, en un estudio narrativo (Toumbourou *et al.*, 2007), medianamente efectivas a los 15 años de seguimiento en la reducción entre los padres del

número de cigarrillos fumados por día y en el número de días en los que consumieron alcohol en los últimos seis meses (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

- Una revisión sistemática Cochrane de 12 ensayos controlados aleatorios (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011b), que examinó la efectividad de los programas universales basados en la familia para la prevención del abuso de alcohol en los jóvenes, concluyó que sus efectos son pequeños, pero generalmente persistentes a medio y largo plazo (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Una revisión sistemática de 22 ensayos clínicos aleatorios (Thomas *et al.*, 2007) señala que la formación de profesores para comunicarse con los padres y la creación de asociaciones con ellos, los manuales de entrenamiento y las visitas de supervisión y seguimiento, escuelas de padres semanales y talleres para padres resultan eficaces para reducir el consumo de cigarrillos entre los adolescentes (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Intervenciones de efectividad desconocida*

- Un informe descriptivo de los 9 estudios (Bühler y Kröger, 2006) señala que la formación de los padres, no asociada con el entrenamiento de los niños, contribuye a mejorar el comportamiento educativo de los niños y a reducir los comportamientos problemáticos, pero no influye en el consumo de sustancias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenciones en las que es difícil evaluar su eficacia por no existir estudios suficientes o ser éstos de baja calidad (con pocos pacientes o con rigor metodológico incierto), y/o intervenciones en las que deben realizarse más investigaciones.

Fuente: Elaboración propia.

Una revisión realizada por Kumpfer y Alvarado (2003) permitió identificar los siguientes principios que condicionan la efectividad de los programas de prevención familiar, de modo que los programas más efectivos serían aquellos que:

- Son multicomponentes y comprehensivos.
- Están más centrados en la familia que en padres o hijos únicamente.
- Mejoran la relación familiar, la comunicación y la supervisión parental.
- Producen cambios cognitivos, afectivos y conductuales en la dinámica familiar.
- Dan una intervención más extensa e intensa a las familias de riesgo.
- Son evolutivamente apropiados.
- Se ajustan al momento más receptivo al cambio de los destinatarios.

- Son más prematuros en los casos muy disfuncionales.
- Se ajustan mejor a las tradiciones culturales.
- Usan incentivos para mejorar el reclutamiento.
- Se aplican por personal capacitado.
- Utilizan métodos de enseñanza interactivos.
- Desarrollan procesos colaborativos para que los padres identifiquen sus propias soluciones.

Un informe publicado en Alemania por el Federal Centre for Health Education (Bühler y Kröger, 2008), establece que, la valoración de los trabajos que evalúan la efectividad de los programas de prevención familiar, permite obtener las siguientes conclusiones:

- Las intervenciones de carácter comprehensivo son útiles para reducir o retrasar el consumo de los hijos (especialmente de alcohol).
- Las intervenciones mono-componente (formación parental) tienen efectos sobre los factores de riesgo, pero no sobre el consumo.
- Las medidas preventivas orientadas a la familia son particularmente efectivas con los no consumidores (especialmente en alcohol).
- Las medidas más efectivas tienen las siguientes características:
 - Promocionan la interacción positiva de padres e hijos, forman a los padres en los principios del reforzamiento social y en la aplicación de la disciplina constructiva.
 - Utilizan métodos de formación interactiva.
 - Tienen una base teórica confirmada empíricamente.
 - Promueven la formación de mediadores.
 - Disponen de evaluación.
 - Son intervenciones comprehensivas que comienzan temprano, siguen a través de la vida, tratan numerosos factores de riesgo y protección y se generalizan a diversos ámbitos.
 - Tienen un material ajustado a los diferentes estadios de desarrollo.
 - Atienden al contexto comunitario y cultural.
 - Disponen de un tratamiento y seguimiento suficientes.
- El impacto sobre las conductas de consumo y los factores de riesgo es prolongado.
- Las medidas para alcanzar a las familias de riesgo tienen éxito.
- Los efectos negativos sobre los factores de riesgo no puede ser excluidos.
- Las medidas preventivas para los pre-escolares (3-5 años) deberían ser principalmente de carácter familiar.

RECOMENDACIONES BÁSICAS DERIVADAS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN FAMILIAR

- Fomentar la participación de toda la unidad familiar durante todas las etapas del desarrollo del programa.
- Incidir en la formación de padres y madres sobre los principios que rigen la conducta, con los objetivos de:
 - Reducir los problemas conductuales de sus hijos.
 - Mejorar la relación intergeneracional.
 - Establecer un modelo de convivencia respetuosa.
 - Controlar las actividades de sus hijos durante la adolescencia.
- Incluir componentes educativos, para padres, con información específica sobre drogas.
- Realizar programas dirigidos a padres y madres de estudiantes de todas las edades.
- Facilitar el acceso de las familias en situación de riesgo a los servicios especializados de orientación y asesoramiento.

Fuente: Secades *et al.*, 2011.

2.3. EVIDENCIA SOBRE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

Buena parte de las intervenciones comunitarias se encuadran dentro de programas multi-componentes que simultanean el trabajo en la comunidad con actuaciones en otros ámbitos, como la escuela o la familia.

Esta circunstancia explica las dificultades existentes para aislar o identificar los efectos producidos por los programas de prevención comunitaria.

La existencia de un reducido número de evaluaciones de este tipo de programas, junto con los resultados no demasiado alentadores aportados por algunos estudios (Saxe *et al.*, 2006), hacen que la base en la evidencia de los mismos sea globalmente muy débil.

Una revisión Cochrane sobre la efectividad de las intervenciones realizadas fuera del ámbito escolar para prevenir el uso de drogas ilegales entre los jóvenes, mediante actividades de prevención en la familia y la comunidad, detectó en algunos estudios efectos importantes de intervenciones realizadas en las familias, pero no en las intervenciones con múltiples componentes comunitarios (Gates *et al.*, 2006).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS

Intervenciones beneficiosas

- Una revisión sistemática de 222 estudios (Jones *et al.*, 2006), entre ellos 103 ECA, señala que los enfoques integrales que involucran a la comunidad, la escuela y la familia son más eficaces en la prevención/retraso/reducción del consumo de tabaco, alcohol, cannabis y el resto de drogas ilícitas, en comparación con los programas que inciden sólo en la comunidad. Igualmente son más eficaces los programas escolares y comunitarios dirigidos a jóvenes de alto riesgo y a individuos de alto riesgo, en comparación con aquellos dirigidos a individuos de bajo riesgo. No se observaron diferencias en la eficacia de los programas de “escuela-comunidad” y los programas “sólo en la comunidad” (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Los servicios de tutoría, entendida como una relación de apoyo en la que una persona ofrece apoyo, orientación y asistencia concreta a la pareja, fueron encontrados en una revisión sistemática (Thomas *et al.*, 2011) más eficaces que ninguna intervención en la prevención del consumo de alcohol (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Intervenciones probablemente beneficiosas

- Intervenciones anti-tabaco de componentes múltiples en la comunidad, que incluyen restricciones de edad para la compra de tabaco, programas para la prevención de enfermedades (como enfermedades del corazón), medios de comunicación y los programas escolares, fueron encontradas eficaces en una revisión sistemática (Sowden y Stead, 2003) de 17 estudios para (*Best Practice Portal*, EMCDDA):
 - Reducir la prevalencia de tabaquismo en comparación con ninguna intervención de control y los programas escolares sólo.
 - Reducir la tasa de aumento de la prevalencia de tabaquismo en comparación con sólo campañas en medios de comunicación.
- Algunas intervenciones normativas han demostrado su efectividad, tales como el incremento de los precios (Townsend *et al.*, 1994; Babor *et al.*, 2010a); la regulación de la venta a personas menores de edad (Schofield *et al.*, 1994) o la restricción de la disponibilidad a través de reducciones en los horarios y días de venta, límites en la cantidad de puntos de venta de alcohol y las restricciones en el acceso al alcohol al menudeo (Babor *et al.*, 2010a).

Además, cuando las medidas legislativas se acompañan de otros componentes, especialmente de una intensa acción comunitaria, pueden ser realmente exitosas (Forster *et al.*, 1998).

- Una revisión de estudios (Springer *et al.*, 2004) mostró que los programas interactivos dirigidos a los jóvenes vulnerables que inciden en el desarrollo de habilidades, el trabajo en equipo, la comunicación interpersonal y la auto-reflexión son eficaces

- en la reducción del consumo de tabaco, alcohol y marihuana en los últimos 30 días (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Hay evidencia en una revisión narrativa (*Best Practice Portal*, EMCDDA), incluidos los resultados de un ECA (Faggiano y Vigna-Taglianti, 2008), de que grupos combinados de apoyo con un mentor entrenador de iguales dirigidos a gente joven con padres u otros familiares consumidores de sustancias pueden ser eficaces a corto y medio plazo para la mejora entre los jóvenes de:
 - El conocimiento del programa.
 - El afrontamiento enfocado a las emociones.
 - El afrontamiento del apoyo social.
 - La expectativa de reducción de tensiones.
 - Una revisión Cochrane que incluyó 20 ensayos de grupos paralelos (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011c) concluyó que existen pruebas de la efectividad de los programas universales de prevención de componentes múltiples para prevenir el abuso de alcohol en niños en edad escolar de hasta 18 años (*Best Practice Portal*, EMCDDA). Sin embargo, hay pocas pruebas de que las intervenciones con componentes múltiples sean más efectivas que las intervenciones con un solo componente.

Algunos programas multicomponente, como el *Midwestern Prevention Program* (que combina componentes escolares y comunitarios, como fue descrito anteriormente), han tenido éxito en reducir el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, resultados que se mantendrían 15 años después de la intervención (Pentz, 2001). También ha resultado útil para reducir el consumo de drogas en población de alto riesgo, es decir, en sujetos que ya consumían tabaco, alcohol o marihuana antes de la intervención (Chou *et al.*, 1998).

Intervenciones de efectividad desconocida*

- Una revisión de 29 comentarios y estudios débiles, debido a la falta de grupos de control, de intervenciones comunitarias anti-alcohol/cannabis (McGrath *et al.*, 2006), sugiere una reducción del consumo de ambas sustancias (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- No ha podido ser determinada en una revisión sistemática (Thomas *et al.*, 2011) la eficacia del asesoramiento para la prevención del consumo de drogas en jóvenes, a través de tutorías (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenciones en las que es difícil evaluar su eficacia por no existir estudios suficientes o ser éstos de baja calidad (con pocos pacientes o con rigor metodológico incierto), y/o intervenciones en las que deben realizarse más investigaciones.

Fuente: Elaboración propia.

2.4. EVIDENCIA SOBRE INTERVENCIONES PREVENTIVAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN GENERAL

La eficacia de la utilización de campañas publicitarias y otras actuaciones preventivas basadas en medios de comunicación continúa siendo una cuestión controvertida. Son numerosos los investigadores que señalan que las campañas preventivas en medios de comunicación, por sí solas, no resultan efectivas para reducir el consumo de drogas. Un análisis de los diferentes métodos basados en la utilización de medios de comunicación, realizado por Hawks y colaboradores (2002) para la Organización Mundial de la Salud, concluyó que el uso de medios de comunicación como único instrumento preventivo no resultaba eficaz para reducir el consumo de sustancias psicoactivas, si bien las campañas en los medios de comunicación podían, en ciertos casos, contribuir a crear conciencia acerca de las consecuencias negativas del uso de drogas.

Un estudio (Orwin *et al.*, 2006) que evaluó la Campaña Nacional Antidrogas dirigida a los jóvenes, que se desarrolló en Estados Unidos durante el período 1999-2003 y que se apoyó en el uso distintos medios de comunicación (televisión, radio, etc.), no reveló ningún efecto sobre el uso de drogas por parte de los jóvenes, ni consiguió cubrir su objetivo de retrasar la edad de inicio al consumo de drogas.

No obstante, algunos trabajos han encontrado resultados positivos con este tipo de intervenciones, no sólo en la prevención del consumo de tabaco (Macaskil *et al.*, 1992; Sly *et al.*, 2001) y alcohol (Vázquez *et al.*, 1997), sino también en la prevención de drogas ilegales como la marihuana (Palmgreen *et al.*, 2001). Una evaluación de la Intervención de Mercadeo Social (*Social Marketing Intervention, SMI*) informó que hubo un efecto significativo sobre el uso de cannabis a lo largo de la vida (Slater *et al.*, 2006), así como en la reducción, de entre un 10% y un 70%, en la probabilidad de iniciarse en el consumo de cannabis dos años después de la exposición a la intervención, en comparación con las comunidades de control que no recibieron el programa.

Los defensores del uso de los medios de comunicación como instrumentos preventivos argumentan que esas técnicas tienen el potencial de aumentar la participación en iniciativas particulares de tratamiento o prevención, como los servicios para promover el abandono del hábito de fumar (Hastings y McLean, 2006).

En conjunto, la evidencia disponible indica que deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones de carácter general (Alonso, 2009):

- Para lograr buenos resultados hay que combinar distintos componentes y trabajar en diferentes ámbitos simultáneamente.
- Nada sirve para todo el mundo. Todas las intervenciones deben estar adaptadas a las características y condiciones de las personas a las que se dirigen.

- La complejidad y duración de las intervenciones debe estar relacionada con el nivel de riesgo de sus destinatarios. Cuanto mayor sea la acumulación de factores de riesgo, mayor debe ser la intensidad de la intervención y más tempranamente debe comenzar.
- El carácter interactivo de los programas es clave para lograr su efectividad, y ello no sólo en los programas escolares sino también en los comunitarios o incluso en las campañas.
- Los resultados tienden a desvanecerse con el tiempo. La efectividad depende muchas veces de la perseverancia. Es necesario el repaso en las intervenciones escolares y el diseño de actuaciones a largo plazo y continuadas en el tiempo en el resto de ámbitos de actuación.
- Valorando globalmente las distintas estrategias, los programas basados en la influencia social parecen los más efectivos. Complementar éstos con habilidades para la vida no parece que asegure mayor efectividad.
- Los programas comunitarios que incluyen campañas publicitarias y cambios en la política, como nuevos reglamentos que restringen el acceso al alcohol, al tabaco u otras drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones familiares y escolares (NIDA, 1997b).
- Los programas de prevención eficaces son eficientes. Por cada dólar gastado en la prevención del uso de drogas, las comunidades pueden ahorrar de 4 a 5 dólares en costos de tratamientos y terapias dirigidos a combatir el uso de drogas (NIDA, 1997b).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA DE LAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN GENERAL

Intervenciones beneficiosas

- No hay intervenciones que reúnan criterios en esta categoría.

Intervenciones probablemente beneficiosas

- Existe cierta evidencia de que las campañas publicitarias son más efectivas cuando se combinan con otros componentes, especialmente con programas escolares (Flynn *et al.*, 1992; Pechmann y Ratneshwar, 1994), en particular cuando las campañas incluyen un acercamiento interpersonal, son emitidas durante largos períodos de tiempo, se utilizan diversos estilos y formatos adaptados a los diferentes grupos de edad y tienen en cuenta las necesidades e intereses de los sujetos a los que se dirigen (Expósito, 1995).
- Una revisión sistemática de 84 estudios (Brinn *et al.*, 2010) encontró que las campañas antitabaco en medios de comunicación de masas, en combinación con otros componentes como los programas escolares y de base comunitaria, resultan eficaces para (*Best Practice Portal*, EMCDDA):

- Reducir la prevalencia de tabaquismo en comparación con ninguna intervención, aunque no tienen efecto sobre el consumo de cigarrillos en los últimos 7 o 30 días en comparación con ninguna intervención.
- Reducir el consumo semanal de tabaco cuando las campañas de los medios de comunicación junto con los programas escolares se compararon con los programas escolares.
- Modificar las actitudes hacia el tabaco cuando las campañas de los medios de comunicación junto con los programas escolares se compararon con los programas escolares.
- Las campañas en los medios de comunicación son eficaces para reducir la ingestión de bebidas alcohólicas y los accidentes de tráfico. Una revisión narrativa de 4 estudios (Wakefield *et al.*, 2010) encontró que las campañas en los medios de comunicación son eficaces para reducir la ingestión de bebidas alcohólicas (*Best Practice Portal*, EMCDDA).
- Los anuncios de televisión para combatir los efectos del alcohol en la conducción, en combinación con medidas de apoyo, contribuyen a reducir la incidencia de los efectos del alcohol en la conducción y los accidentes relacionados con el alcohol (Agostinelli y Grube, 2002).

Intervenciones de efectividad desconocida*

- De acuerdo con una revisión narrativa (Anderson *et al.*, 2009) no se han realizado evaluaciones de si la difusión de pautas de consumo de alcohol impacta en los efectos nocivos de esta sustancia (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

* Intervenciones en las que es difícil evaluar su eficacia por no existir estudios suficientes o ser éstos de baja calidad (con pocos pacientes o con rigor metodológico incierto), y/o intervenciones en las que deben realizarse más investigaciones.

Fuente: Elaboración propia.

2.5. EVIDENCIA SOBRE INTERVENCIONES PREVENTIVAS SEGÚN EL TIPO DE ESTRATEGIA ADOPTADO

En todos los programas preventivos descritos en los puntos anteriores, podemos identificar cuatro grandes tipos de estrategias preventivas (Torjman, 1986): las estrategias de influencia, las de desarrollo de competencias, las de protección y control y las de modificación ambiental.

Estrategias de influencia

Incluyen un amplio conjunto de actuaciones que tratan de influir sobre las audiencias modificando sus creencias, sus actitudes o su comportamiento en relación a las drogas. Entre las estrategias que habitualmente se utilizan para estos fines cabe destacar la inclusión de mensajes en el etiquetado de drogas legales, las campañas publicitarias y las medidas informativas y de cambio de actitudes.

- Mensajes en el etiquetado del tabaco o el alcohol: parecen tener poca capacidad para cambiar el comportamiento de consumo, aunque sí parece que pueden aumentar la conciencia de los riesgos asociados al consumo (Mackinnon *et al.*, 1993; Anderson y Baumberg, 2006; Babor *et al.*, 2003; Caetano, Casswell *et al.*, 2010).
- Campañas publicitarias o educativas: a pesar de que muchos autores comparten la idea de que, por sí mismas, no tienen mucha utilidad (Schilling, 1990), algunos trabajos han encontrado resultados positivos con este tipo de intervenciones, no sólo en la prevención de drogas legales como el tabaco (Macaskil *et al.*, 1992; Sly *et al.*, 2001) o el alcohol (Vázquez *et al.*, 1997), sino también en la prevención de drogas ilegales como la marihuana (Palmgreen *et al.*, 2001). Además, parece haber cierta evidencia de que este tipo de intervenciones son más efectivas cuando se combinan con otros componentes, especialmente con programas escolares (Flynn *et al.*, 1992; Pechmann y Ratneshwar, 1994). Ello es especialmente evidente cuando las campañas se combinan con un acercamiento interpersonal, son emitidas durante largos períodos de tiempo, se utilizan diversos estilos y formatos adaptados a los diferentes grupos de edad y se tienen en cuenta las necesidades e intereses de los sujetos a que se dirigen (Expósito, 1995).
- Medidas informativas y de cambio de actitudes: un buen número de las intervenciones realizadas con ánimo preventivo han buscado influir en las creencias de las personas acerca de las drogas para modificar así sus actitudes, todo ello a pesar de que hace años se viene demostrando reiteradamente que la información por sí misma tiene poca influencia sobre la conducta (Lemstra *et al.*, 2010). Los programas basados en la mera transmisión de información aumentan el conocimiento y, posiblemente, modifican las actitudes, pero no llegan a modificar la conducta (Botvin *et al.*, 1995), pudiendo en ocasiones promover el uso de las sustancias.

Algunos autores sugieren que este tipo de intervenciones se siguen realizando, a pesar de saber que no son eficaces, no tanto para responder a las necesidades de los jóvenes, sino a las de los adultos preocupados, en especial padres de adolescentes, que desean ver que se está haciendo algo que piensan que probablemente será efectivo (Babor, Caulkins, Edwards *et al.*, 2010).

Además, hay que tener en cuenta que los programas que enfatizan contenidos de conocimiento tienden a utilizar métodos no interactivos, mientras que los programas basados en

el desarrollo de competencias usan habitualmente métodos interactivos. Al respecto, los estudios sugieren que las aproximaciones didácticas más eficaces son las interactivas: *role-playing*, modelado activo, discusión y debate (Gázquez *et al.*, 2009).

EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE INFLUENCIA ²				
ESTRATEGIA	EFECTIVIDAD	SOPORTE CIENTÍFICO	TRANSCULTURALIDAD	COSTE DE IMPLEMENTACIÓN
Mensajes en etiquetado	0	+	+	Bajo
Campañas publicitarias	0/+	+++	++	Moderado
Medidas informativas y de cambio de actitudes	0	+++	++	Moderado

Fuente: Babor *et al.*, 2003.

Estrategias de desarrollo de competencias

Si bien los resultados de la investigación indican que la relación entre las habilidades sociales generales y el consumo de drogas es confusa (Llorens *et al.*, 2004), algunos programas han encontrado resultados muy satisfactorios con estrategias de carácter cognitivo-social en las que las habilidades de interacción tienen un papel muy relevante (Snow *et al.*, 1997).

Tampoco el desarrollo de las habilidades para rechazar está exento de polémica. Mientras que algunos trabajos concluyen que no son un componente esencial de los programas de educación sobre drogas (Roona *et al.*, 2007), otros consideran que, para que éstas sean efectivas, deben ir acompañadas de otros elementos (Sussman, Dent, Stacy *et al.*, 1993). Por ejemplo, es necesario que se complementen con educación normativa, ya que las habilidades para rechazar no tendrán efecto si el sujeto cree que consumir drogas es correcto (Donaldson *et al.*, 1995).

2. La efectividad se refiere a la evidencia científica: 0 evidencia de falta de efectividad; + evidencia de efectividad limitada; ++ evidencia de efectividad moderada; +++ evidencia de un grado elevado de efectividad.

La amplitud del soporte científico se refiere a la disponibilidad de estudios, revisiones y meta análisis: 0 no se han realizado estudios de efectividad; + sólo existe un estudio de efectividad completo y bien diseñado; ++ 2-4 estudios completos; +++ 5 o más estudios completos.

La transculturalidad se refiere a que una medida es igualmente aplicable a países, regiones o clases sociales diferentes: 0 no se ha probado adecuadamente la estrategia; + sólo se ha estudiado en un país; ++ se ha estudiado en 2-4 países; +++ se ha estudiado en 5 o más países.

Los programas basados en la resistencia a la presión de grupo y la educación normativa han demostrado cierta utilidad para prevenir conductas de riesgo con el alcohol, aunque con resultados dispares (Shope, 1998). La mayor parte de programas basados en las habilidades de resistencia han fallado en cuanto a modificar conductas (Anderson, 2006; Botvin, 1995).

Otros elementos pueden influir también en que fracasen los programas de desarrollo de competencias. Tobler (1999) señala que el hecho de que los aplicadores fueran policías, que disponen de menos recursos didácticos que los profesores, puede ser una de las causas del fracaso del programa DARE (Ennett *et al.*, 1994). También la participación de líderes ha sido objeto de controversia ya que mientras algunos autores concluyen que no mejora los resultados (Ellickson *et al.*, 1993) otros apoyan sin reservas su utilidad (Cuijpers, 2002; Fernández *et al.*, 2002).

Naturalmente, la duración de los programas también puede influir en sus resultados. Aunque es difícil establecer cuántas sesiones deben tener los programas, algunos autores, a partir del análisis de los programas más exitosos, señalan que los programas escolares deben tener al menos 10 sesiones el primer año y 5 sesiones el año siguiente, ya que el refuerzo mediante sesiones de recuerdo es muy importante para que los resultados no desaparezcan cuando el programa termine (Dusembury *et al.*, 1997).

En general parece que los programas basados en la influencia social (que, en principio, se centran en información, normas subjetivas y habilidades para rechazar) tienen un notable apoyo empírico, aunque a menudo sus resultados tienden a desaparecer con el tiempo. Incluso algunas revisiones son ciertamente optimistas y sostienen que los estudios disponibles proporcionan evidencia empírica de la efectividad en la prevención o reducción del consumo de sustancias a largo plazo de los programas basados en la influencia social, 15 años después de haber completado el programa, especialmente si han incluido sesiones de repaso (Skara y Sussman, 2003).

Entre las estrategias utilizadas, los programas de habilidades para la vida están, al menos aparentemente, entre los más avalados por la investigación. Por ejemplo, Tobler (1999), después de revisar los resultados de 120 programas de prevención aplicados en Estados Unidos y Canadá, concluye que los programas más efectivos son los de habilidades para la vida, que incluyen como componentes los conocimientos (efectos, influencias sociales, niveles de consumo real), junto a habilidades de rechazo, habilidades genéricas (de comunicación, asertividad, habilidades de toma de decisiones, identificación de alternativas, etc.) y apoyo de la comunidad al programa escolar, todo ello aplicado con una metodología interactiva.

Otras revisiones también han señalado al programa *Life Skills Training* (Botvin, Baker, Renick *et al.*, 1984) como el que tiene una efectividad más contrastada empíricamente con largos períodos de seguimiento de los resultados (Dusembury *et al.*, 1997).

Sin embargo, cada vez más voces críticas han establecido la falta de efectividad de los programas de habilidades para la vida. Por ejemplo, Gorman (2011) llega a la conclusión de que es improbable que el programa *Life Skills Training* reduzca el consumo de marihuana entre los adolescentes. Además, los resultados favorables pueden deberse más bien al tipo de análisis realizados y no a su verdadera efectividad (Gorman y Huber, 2009).

De igual forma, en un trabajo realizado por los mismos autores que participaron en el meta-análisis publicado por Tobler, se efectúa un re-análisis de los datos con técnicas estadísticas más adecuadas, concluyendo que, en la enseñanza secundaria, los programas comprensivos de habilidades para la vida no son más efectivos que los programas de influencia social para el conjunto de las drogas, a excepción del alcohol. Para el caso del alcohol, los programas de la influencia social son superiores a los de habilidades para la vida porque son capaces de prevenir el abuso de esta sustancia, aunque no influyen en la prevalencia de uso. Su superioridad respecto a los de habilidades para la vida en materia de alcohol se debe a que los de habilidades para la vida son contraproducentes, es decir, promueven el consumo de alcohol (Roona *et al.*, 2007).

Consecuentemente, los autores del documento recomiendan el uso de programas basados en la influencia social en lugar de los programas comprensivos de habilidades para la vida. Al respecto, también sugieren que no es seguro que los programas interactivos deban incluir habilidades para rechazar y que, probablemente, no utilizarlas permitiría desarrollar programas interactivos más eficientes y fáciles de implementar.

También pueden encontrarse en la literatura científica otras voces discordantes. En cuanto a la prevención del tabaquismo, la revisión realizada por Thomas (2002) encontró efectos dispares entre los obtenidos en los programas basados en el modelo de influencia social y aquellos que combinan los modelos de influencia social y de competencia social, como el de “entrenamiento en habilidades para la vida”, varios estudios sugirieron que éstos pueden tener un efecto sobre la prevalencia de tabaquismo. Sin embargo, no se encontraron estudios de alta calidad metodológica que prueben este enfoque. El autor concluye que no hay evidencia suficiente para determinar que el agregado del entrenamiento de competencia social genérica a las intervenciones de influencia social sea más eficaz que las intervenciones de influencia social sola.

Entre sus conclusiones, este autor señala que las intervenciones escolares más ampliamente usadas recurren a modelos de influencia social. Aunque hay pruebas contradictorias acerca de los efectos de tales programas, la prueba más grande y rigurosa de un modelo de influencias sociales, el *Hutchinson Smoking Prevention Project* (Peterson *et al.*, 2000), no encontró pruebas de un efecto sostenido sobre la prevalencia de tabaquismo. Es posible que la combinación de los modelos de influencias sociales con otros componentes, como las intervenciones comunitarias y el entrenamiento de competencias sociales genéricas pueda mejorar su efectividad, pero hay pocos datos de las comparaciones directas para sugerir la magnitud del aumento que se puede lograr (Tomas, 2002).

En cuanto a la prevención del consumo de alcohol, en una rigurosa revisión realizada por Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp *et al.* (2002), se seleccionaron 56 estudios de evaluación de intervenciones psicosociales y educativas que cumplieran los criterios de rigor metodológico, y se señaló que no es posible establecer conclusiones sólidas sobre la efectividad de las intervenciones de prevención a corto y medio plazo. Sin embargo, esta conclusión tan escéptica debe matizarse en función de los resultados de revisiones posteriores de programas escolares de prevención del consumo de alcohol en jóvenes (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011a), que indican que se encontraron tanto estudios que no mostraron efectos del programa preventivo, como estudios que sí mostraron efectos significativos. En estos casos, la mayoría de los efectos positivos observados fueron sobre la embriaguez y consumo compulsivo, concluyéndose que las pruebas podrían indicar que estos programas son opciones políticas y prácticas válidas, incluyendo el *Life Skills Training*. Otras revisiones encuentran también efectos positivos en la prevención del consumo de alcohol en programas familiares y en programas multicomponente (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011b, c).

Por lo que se refiere a las drogas ilegales, la revisión realizada por Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino *et al.* (2005), tras el análisis de los 32 estudios que cumplieron los criterios de exigencia metodológica, concluyen que los programas basados en habilidades para la vida son los más efectivos, aunque —como señalan los autores— prácticamente todos los estudios han sido realizados en Estados Unidos y se desconoce si en otros países serán igualmente efectivos.

Al respecto, algunas investigaciones han tratado de establecer si los programas de desarrollo de habilidades para la vida pueden ser también efectivos en otras culturas, encontrándose resultados esperanzadores en su aplicación en países europeos (Luengo *et al.*, 1999; Faggiano *et al.*, 2010).

EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS ³				
ESTRATEGIA	EFECTIVIDAD	SOPORTE CIENTÍFICO	TRANSCULTURALIDAD	COSTE DE IMPLEMENTACIÓN
Habilidades de rechazo	0/+	++	+++	Moderado
Influencia social	++	+++	+++	Moderado
Habilidades para la vida	+++	+++	+++	Moderado
Fuente: Babor <i>et al.</i> , 2003.				

Estrategias de protección y control

El tercer grupo de intervenciones preventivas lo constituyen las estrategias de protección y control. Estas medidas son generalmente de carácter normativo y casi siempre están dirigidas al control de la oferta, es decir, a reducir la presión social o las oportunidades de consumo.

Evidentemente, en el caso de las sustancias ilegales, tales normas tienen por objeto mantener las sustancias fuera del sistema social y la legislación es precisamente el instrumento de su ilegalización. En el caso de las drogas legales, la utilización de medidas de control normativo del consumo debe realizarse con prudencia por el posible efecto contrapreventivo que puede generar en base a procesos de reactancia psicológica (Alonso, 2009). A pesar de estas precauciones, las medidas normativas pueden ser muy útiles y muy eficientes ya que parecen bastante efectivas en relación a su bajo coste (May, 1991).

Aunque también se utilizan para prevenir el abuso de otras sustancias (por ejemplo, medicamentos) las medidas de este tipo son especialmente importantes en el caso del tabaco y el alcohol. Para ello se utilizan normas que han demostrado su efectividad, tales como el incremento de los precios (Townsend *et al.*, 1994; Babor, Caetano, Casswell *et al.*, 2010), la regulación de la venta a personas menores de edad (Schofield *et al.*, 1994) o la restricción de la disponibilidad a través de reducciones en los horarios y días de venta, límites en la cantidad de puntos de venta de alcohol y las restricciones en el acceso al alcohol al menudeo (Babor, Caetano, Casswell *et al.*, 2010).

Además, cuando las medidas legislativas se acompañan de otros componentes, especialmente de una intensa acción comunitaria, pueden ser realmente exitosas (Forster *et al.*, 1998).

En el caso del alcohol, la política de impuestos y precios ha demostrado ser una estrategia especialmente útil para reducir los consumos de esta sustancia entre los jóvenes, aunque sus beneficios se perciben también entre los grandes bebedores, vía reducción de las tasas de cirrosis, lesiones intencionales y no intencionales, accidentes laborales, etc. (Rodríguez, 2008). Por su parte, el establecimiento de una edad mínima legal para vender alcohol a menores (cuyo límite la Organización Mundial de la Salud recomienda fijar en los 18 años), reduce las ventas y las consecuencias derivadas del consumo entre los jóvenes, en especial en la reducción de los accidentes de tráfico (Babor *et al.*, 2010). Otras medidas como la restricción de la densidad de los locales dedicados a la venta y/o dispensación de alcohol, o las restricciones de días y horas para vender bebidas alcohólicas tienen una menor evidencia respecto a su impacto. A pesar de ello, la evidencia disponible confirma que, globalmente, las medidas destinadas a restringir la venta y dispensación de bebidas alcohólicas, soportadas en instrumentos que permitan un adecuado control de su cumplimiento, son más eficaces que la prevención meramente fundamentada en la educación y persuasión del bebedor (Babor *et al.*, 2003).

EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE PROTECCIÓN Y CONTROL ⁴				
ESTRATEGIA	EFECTIVIDAD	SOPORTE CIENTÍFICO	TRANSCULTURALIDAD	COSTE DE IMPLEMENTACIÓN
Impuestos y precios	+++	+++	+++	Bajo
Establecimiento edad mínima para consumo/venta	+++	+++	++	Bajo
Restricción densidad locales venta	++	+++	++	Bajo
Restricción días y horas de venta	++	++	++	Bajo

Fuente: Babor *et al.*, 2003.

Estrategias de modificación ambiental

Finalmente, el cuarto grupo de intervenciones está formado por las estrategias de modificación ambiental. Estas estrategias intentan alterar el ambiente cultural, social, físico y económico en el cual las personas hacen sus elecciones acerca del uso de drogas (Burkhart, 2011).

Los programas que modifican el entorno escolar (como programas que se centran en mejorar la disciplina y el clima escolar, así como mejorar las aptitudes de los maestros para la gestión del aula) pueden ser incluso más efectivos que los que tratan de modificar el comportamiento individual, como sugiere el estudio realizado por Manski, Pepper y Petrie (2001). Esto implica que programas que no tienen un contenido específicamente relacionado con las drogas pueden, sin embargo, reducir el uso de drogas porque crean un contexto más positivo para el desarrollo de los jóvenes (Babor, Caulkins, Edwards *et al.*, 2010).

Los mejores resultados obtenidos por programas que intentan lograr ambientes más preventivos han sido informados por programas multicomponente que incluyen una intervención escolar junto a otros componentes comunitarios. Por ejemplo, como fue explicado anteriormente, los resultados del *Midwestern Prevention Program (MPP)*, indican que éste tuvo éxito en reducir el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, especialmente en población de alto riesgo —sujetos que ya consumían estas drogas antes de la intervención—, manteniendo sus resultados 15 años después de su aplicación.

Sin embargo, otras revisiones indican que —efectivamente— los programas multicomponente pueden ser efectivos para prevenir el consumo de alcohol, pero que hay pocas pruebas de que las intervenciones con componentes múltiples sean más efectivas que las intervenciones de un solo componente (Foxcroft y Tsertsvadze, 2011c).

Las intervenciones que no incluyen programas escolares tienen resultados menos claros. Gates, McCambridge, Smith *et al.* (2006) realizaron una revisión de las intervenciones preventivas efectuadas en ámbitos no escolares y concluyen que ninguna de estas intervenciones ha sido señalada claramente como efectiva, desconociéndose la relación coste-efectividad. Por consiguiente, resulta difícil recomendar su uso hasta que se hayan realizado más investigaciones.

En general, los trabajos de evaluación de programas de tipo comunitario son poco frecuentes y sus resultados no muy alentadores. Saxe, Kadushin, Tighe *et al.* (2006), tras valorar los resultados del programa *Fighting Back* (que constituye la iniciativa más importante puesta en marcha por una entidad privada para reducir la demanda de drogas ilegales y alcohol a través de estrategias comunitarias), concluyen que la falta de patrones de resultados interpretables apoyan la conclusión de que el entusiasmo por los programas comunitarios de prevención del abuso de sustancias no está apoyado por la evidencia de la investigación. También es cierto que algunas intervenciones han obtenido buenos resultados, como el *Child Development Project (CDP)*, propuesto por el Center for Substance Abuse Prevention (CSAP). En otros casos se han combinado con éxito un programa escolar y un programa comunitario (Sussman *et al.*, 1998), aunque la utilidad del componente comunitario parece dudosa.

En otros casos las intervenciones comunitarias tienen un carácter demasiado amplio y generalista (por ejemplo, los programas de tiempo libre), de manera que este tipo de programas son los menos evaluados y se dispone de pocos datos sobre su efectividad para prevenir el consumo de drogas. A pesar de ello, algunas revisiones (Lence *et al.*, 1997) concluyen que los programas basados en la promoción de alternativas saludables de ocio parecen bastante eficaces cuando se dirigen a poblaciones de riesgo, tales como minorías o sectores de la población marginales o desfavorecidos. En cuanto al tipo de actividades propuestas, las deportivas son probablemente las más utilizadas en los programas de alternativas de tiempo libre. Sin embargo, no está claro el papel protector del deporte respecto al consumo de drogas (Kunz, 1997).

También se pueden incluir en este grupo de programas de modificación ambiental muchos de los programas de prevención familiar. Estas intervenciones dirigidas a los padres permiten mejorar las prácticas parentales reduciendo la influencia de factores de riesgo y favoreciendo los factores de protección (Catalano, Kosterman y Haggert, 1998), logrando, algunos de estos programas, resultados prometedores en la reducción del consumo de drogas a través de la formación de los padres tanto en habilidades educativas como en conocimientos específicos sobre las drogas (Bauman *et al.*, 2001). En este mismo sentido, la revisión realizada

por Foxcroft y Tsertsvadze (2011b) concluyó que los efectos de los programas de prevención del consumo de alcohol basados en la familia son pequeños, pero generalmente consistentes y persistentes en el medio y largo plazo. Tal como señala el NIDA (2004), estos programas deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias y la información y la educación sobre drogas. Partiendo de que la compenetración familiar constituye el cimiento de la relación entre los padres y los hijos, ésta puede verse favorecida a través de un entrenamiento para mejorar la capacidad de apoyo de los padres a los hijos, la comunicación entre padres e hijos y la participación de los padres con los hijos.

EFECTIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE MODIFICACIÓN AMBIENTAL ⁵				
ESTRATEGIA	EFECTIVIDAD	SOPORTE CIENTÍFICO	TRANSCULTURALIDAD	COSTE DE IMPLEMENTACIÓN
Modificación entorno social	++	++	++	Moderado
Programas comunitarios	0/+	+	+	Elevado
Intervenciones con familias	++	+++	+	Moderado

Fuente: Babor *et al.*, 2003.

A modo de balance cabe destacar que los resultados obtenidos con las diversas estrategias preventivas son a menudo diferentes y, en algunas ocasiones, contradictorios. Muchos trabajos alcanzan buenos resultados con unos sujetos y fracasan con otros. De ello debe extraerse la conclusión de que el conocimiento disponible no permite identificar una intervención preventiva cuya efectividad esté garantizada. Aunque sí parece que algunas intervenciones pueden ser más efectivas que otras, el resultado es siempre incierto y ello debe llevarnos a continuar investigando, a evaluar las intervenciones siempre que sea posible y a revisarlas constantemente para mejorarlas.

Babor y colaboradores (2010), después de revisar la evidencia disponible acerca de las estrategias preventivas ensayadas en diferentes ámbitos, ofrecen la siguiente respuesta a la pregunta de si la prevención es efectiva, en lo que podía ser una síntesis del nivel de la evidencia disponible en esta materia: “algunos programas de prevención sí parecen dar resultado, pero los efectos son modestos y los datos probatorios generalmente son bastante escasos. También concluimos que hay algunos tipos de programas de prevención que evidentemente no dan resultado.”

5. Ver nota 2, en este Anexo I.

3. EVIDENCIA RELATIVA A LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

“Hacer bien lo que hay que hacer, a quien hay que hacérselo”, de esta forma coloquial resume Meneu (2003) la necesidad de realizar intervenciones eficaces, en las poblaciones adecuadas y de forma efectiva. Por ello, desde hace varias décadas, e impulsados por el movimiento de la “Medicina basada en la evidencia” (Sackett *et al.*, 1997), se ha desarrollado un intenso esfuerzo investigador orientado a la identificación de los elementos que determinan la eficacia de los tratamientos de las drogodependencias.

A continuación se revisan las evidencias bien establecidas (niveles 1 y 2) sobre la eficacia de los distintos tratamientos del abuso y dependencia de las drogas, y los grados de recomendación (A y B) que se derivan de los mismos.

- **Nivel evidencia 1:** procede de ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados o de meta-análisis.
- **Nivel evidencia 2:** se obtiene de ensayos clínicos que tienen pequeñas limitaciones metodológicas.

El grado de recomendación A se plantea para el nivel de evidencia 1, mientras que el grado de recomendación B se formula para el nivel de evidencia 2.

A) TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS

3.1. Tratamientos farmacológicos

En la actualidad se dispone de fármacos eficaces para la desintoxicación y deshabitación de la dependencia del alcohol, opiáceos y nicotina (NIDA, 2009a).

3.1.1. Desintoxicación

a) Dependencia del alcohol

Las benzodiazepinas son los fármacos de primera elección para la desintoxicación de la dependencia del alcohol, habiendo demostrado su eficacia en numerosos estudios controlados. Clometiazol también es un fármaco eficaz para el síndrome de abstinencia alcohólica, aunque es poco seguro en desintoxicaciones ambulatorias (Pereiro, 2010).

Las benzodiazepinas y clometiazol han demostrado ser superiores al placebo en el tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol. Las benzodiazepinas son de mayor utilidad, dada su rapidez de inicio, su efecto prolongado (en las de vida media larga) y la posibilidad de reversión de sobredosis mediante flumazenil (Guardia, 2010).

La prescripción de clonidina, betabloqueantes o haloperidol para el tratamiento del síndrome de abstinencia aguda del alcohol, sólo puede hacerse como coadyuvante del tratamiento con benzodiazepinas, ya que en monoterapia no son eficaces para el tratamiento de la abstinencia (Guardia, 2010).

La gabapentina ha demostrado su eficacia en distintos estudios abiertos (monoterapia) y en un estudio controlado, combinada con clometiazol. De igual modo, la carbamazepina ha demostrado ser eficaz para el tratamiento farmacológico de la abstinencia alcohólica de intensidad leve o moderada en monoterapia y politerapia, siendo una opción terapéutica segura para las desintoxicaciones ambulatorias. En varios estudios controlados, el ácido valproico ha demostrado ser un tratamiento eficaz, en monoterapia o politerapia, para el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica en casos graves. Durante el tratamiento de desintoxicación del alcohol es recomendable la administración de tiamina (B1) para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff, especialmente si presentan algún síntoma de este síndrome o si están en situación de riesgo: diarrea, vómitos, desnutrición severa, anorexia severa, enfermedades físicas graves (Pereiro, 2010).

Algunos anticonvulsivantes pueden ser utilizados como fármacos de primera elección con pacientes que presentan riesgo de abuso de benzodiazepinas o consumo simultáneo de alcohol y benzodiazepinas, incluso pueden utilizarse en combinación con triapride en aquellos casos en los que sea recomendable evitar el uso de benzodiazepinas (Guardia, 2010).

Tiapride, a su vez, ha demostrado eficacia en estudios controlados en el tratamiento de la abstinencia alcohólica, pudiendo utilizarse por vía intramuscular o intravenosa. Por último, betabloqueantes como propanolol o atenolol pueden ser útiles para tratar en politerapia ciertos síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica, como la taquicardia o el temblor (Pereiro, 2010).

b) Dependencia de opiáceos

Las pautas de desintoxicación clásicas de la dependencia de opiáceos se basan en la utilización de agonistas opiáceos, antagonistas alfa-2-adrenérgicos y tratamiento farmacológico sintomático.

Dentro de los agonistas, el fármaco más utilizado es la metadona, mediante dispensación en dosis decrecientes durante 21 días (Pereiro, 2010). Diversos estudios confirman que la reducción gradual de metadona puede reducir la gravedad del síndrome de abstinencia, aunque la mayoría de los pacientes desintoxicados con esta modalidad recaen en el consumo de heroína (Amato *et al.*, 2005).

Una opción interesante es la transición de metadona a buprenorfina, como paso intermedio a la abstinencia. En pacientes que hayan estado en programas de mantenimiento con metadona y que manifiesten el deseo de abandonar este tratamiento y muestren dificultades en los últimos tramos de la desintoxicación, la transferencia a buprenorfina puede facilitar la retirada de metadona y facilitar la desintoxicación de opiáceos al ser los síntomas de abstinencia de buprenorfina leves o moderados y más retardados en su aparición (Pereiro, 2010).

La clonidina reduce de forma importante el dolor abdominal, escalofríos, calambres musculares, irritabilidad e inquietud. No actúa, sin embargo, de forma significativa sobre la ansiedad, el insomnio, ni los dolores osteomusculares. Por ello es necesario el uso simultáneo de un ansiolítico miorrelajante y un AINE (Pereiro, 2010).

La clonidina y la lofexidina son más eficaces que el placebo para el tratamiento de la abstinencia de la heroína o metadona. No se han encontrado diferencias significativas en la eficacia de los tratamientos con clonidina o lofexidina y los de reducción gradual de metadona durante un período de alrededor de 10 días. La metadona, sin embargo, está asociada a menores efectos adversos que la clonidina y la lofexidina, y tiene un mejor perfil de seguridad que la clonidina (Gowing, Farrell, Ali, White *et al.*, 2009).

La buprenorfina es más efectiva que la clonidina y la lofexidina para el manejo de la abstinencia a opiáceos, asociándose a una mayor retención/finalización del tratamiento, así como a una mejor tolerabilidad y un menor número de efectos adversos en comparación con la clonidina (Gowing, Ali y White, 2009; Bobes *et al.*, 2010).

La combinación de buprenorfina/naloxona es más eficaz que la clonidina, encontrándose notables diferencias a favor de la combinación en la supresión de los síntomas de abstinencia, menor *craving* y mejor tolerabilidad (Bobes *et al.*, 2010). La buprenorfina puede ofrecer algunas ventajas sobre la metadona, por lo menos en régimen hospitalario, en términos de una resolución más rápida de los síntomas de abstinencia y unas tasas algo más altas de cumplimiento del tratamiento (Gowing, Ali y White, 2009).

Comparando la buprenorfina y la metadona, ambas en dosis decrecientes en programas de desintoxicación, no se encuentran diferencias apreciables en cuanto a su eficacia. Sin embargo, la buprenorfina es mejor tolerada, el síndrome de abstinencia se resuelve más rápidamente y produce menos sintomatología residual (Bobes *et al.*, 2010).

c) Dependencia de la nicotina

El tratamiento farmacológico de la adicción a la nicotina es complementario al tratamiento psicológico conductual y ha demostrado multiplicar por dos la probabilidad de éxito en el intento de cesación del hábito tabáquico en pacientes motivados (NIDA, 2009a; Pereiro, 2010).

Todas las formas de terapia sustitutiva de la nicotina (TSN) disponibles (chicle, parche transdérmico, spray nasal, inhalador y pastillas sublinguales) pueden aumentar las posibilidades

de éxito de las personas para dejar de fumar, reduciendo el síndrome de abstinencia y la motivación de fumar. La TSN aumenta la tasa de abandono del hábito tabáquico entre un 50% y un 70%, independientemente del contexto en el que se utilice.

La efectividad de la TSN parece ser en gran medida independiente de la intensidad del apoyo adicional prestado al fumador. Proporcionar niveles más intensos de apoyo, aunque es beneficioso porque facilita la probabilidad de dejar de fumar, no es esencial para el éxito de la TSN (Stead, Perera, Bullen *et al.*, 2008).

Asimismo, el bupropión ha demostrado ser eficaz, mejorando la tasa de éxito en los intentos de cese del hábito de fumar. Por lo que respecta a la vareniclina, los estudios concluyen que es cuatro veces más eficaz que el placebo y dos veces más eficaz que el bupropión (Pereiro, 2010).

d) Dependencia de la cocaína

El síndrome de abstinencia agudo de cocaína suele ser una situación benigna que, por lo general, no precisa de especiales cuidados médicos (Kessler *et al.*, 2006). No obstante, en las últimas décadas, fármacos como los antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, neurolépticos atípicos, agonistas dopaminérgicos, antiepilépticos, etc. han sido utilizados en el tratamiento del síndrome de abstinencia y para prevenir las recaídas (Van den Brink y Van Ree, 2003; Kenna *et al.*, 2007).

Sin embargo, no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados (Vocci *et al.*, 2005).

Diversos estudios han analizado la eficacia de la amantadina (agonista dopaminérgico) a dosis de 200-400 mg/día en el control de los síntomas asociados a la abstinencia de cocaína, sin que en ninguno de ellos se obtuvieran resultados concluyentes, ni cuando se compara con placebo (Gawin *et al.*, 1989), ni en los casos en que se utilizan otros fármacos como desipramina, bromocriptina, uoxetina, etc. (Weddington *et al.*, 1991). A pesar de ello algunos autores, sobre la base de los resultados obtenidos en sus estudios, defienden la utilidad de la amantadina en la abstinencia severa de cocaína en un periodo no superior a cuatro semanas (Giannini *et al.*, 1989; Kampman *et al.*, 2000).

Las evidencias referidas al uso de fármacos en los procesos de deshabituación de pacientes con dependencia a cocaína indican que (Terán *et al.*, 2008):

- La amantadina podría ser útil en el tratamiento de pacientes con abstinencia.
- El propranolol solo o combinado con amantadina puede ser una alternativa eficaz al tratamiento del síndrome de abstinencia severo de cocaína, aunque se precisan un mayor número de estudios controlados que confirmen los primeros resultados positivos.
- La presencia de complicaciones en la abstinencia de cocaína puede hacer necesario el uso de fármacos antidepresivos, antipsicóticos, benzodiazepinas, antiepilépticos, etc.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A LAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS EFICACES PARA LA DESINTOXICACIÓN

Dependencia del alcohol

- Benzodiacepinas
- Clometiazol
- Gabapentina
- Carbamazepina
- Ácido valproico
- Tiamina (B1)
- Tapride
- Propanolol
- Atenolol

Dependencia de opiáceos

- Metadona
- Buprenorfina
- Buprenorfina/naloxona
- Clonidina
- Tratamiento farmacológico sintomático

Dependencia de la nicotina

- Terapia sustitutiva con nicotina
- Bupropión
- Vareniclina

Dependencia de la cocaína

- Amantadina
- Propanolol

3.1.2. Deshabitución

En la fase de deshabitución pueden utilizarse distintos fármacos eficaces para restablecer la función normal del cerebro, prevenir recaídas y disminuir los intensos deseos de consumir drogas —*craving*— (NIDA, 2009a; NIDA, 2009b; Pereiro, 2010).

a) Dependencia del alcohol

Ensayos clínicos controlados han confirmado la eficacia de la naltrexona, asociada a una intervención psicosocial, para la prevención de recaídas en pacientes alcohólicos (Guardia, 2010). Se ha demostrado que la naltrexona reduce el riesgo de recaída durante los tres primeros meses de tratamiento en casi un 36%, aunque es menos eficaz para ayudar a los pacientes a mantener la abstinencia (NIDA, 2009b).

Los ensayos clínicos controlados y meta-análisis efectuados con acamprosato para el tratamiento del alcoholismo, han comprobado que produce una mejoría en la tasa de abstinencia y en los días acumulados sin consumir bebidas alcohólicas, pudiendo ser más eficaz en pacientes con dependencia severa. Asimismo, hay evidencia de la efectividad del topiramato en comparación con un placebo para reducir el consumo de alcohol y aumentar los días de abstinencia en pacientes alcohólicos en tratamiento (NIDA, 2009b; Guardia, 2010).

El disulfiram ha demostrado ser eficaz para el tratamiento farmacológico de la deshabitación del alcohol en situaciones en que el fármaco se ha utilizado con pacientes muy motivados dentro de un programa terapéutico (Pereiro, 2010). La utilidad y efectividad del disulfiram se consideran limitadas debido a que el cumplimiento es generalmente pobre. Algunos pacientes lo utilizan de forma casual en situaciones de alto riesgo, como reuniones sociales en las que está presente el alcohol (NIDA, 2009b).

b) Dependencia de opiáceos

Los programas de mantenimiento con metadona son eficaces en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. Una revisión sobre la efectividad de las terapias de mantenimiento con metadona (Amato *et al.*, 2005b) concluyó que era dos veces más probable que los usuarios de heroína inscritos en programas de tratamiento con sustitutivos opiáceos (PTSO) abandonaran el uso de heroína en comparación con los usuarios no tratados.

Además de reducir el uso de heroína, los PTSO aumentan las probabilidades de conseguir empleo, reducen el comportamiento delictivo hasta en un 60% (Amato *et al.*, 2005b) y disminuyen el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. En concordancia con estos resultados, el riesgo de muerte (en particular por sobredosis) en los pacientes que reciben metadona es un 25% inferior al que están expuestos los usuarios de heroína no tratados (Amato *et al.*, 2005b; Barnett, 1999; Gunne y Gronbladh, 1981). Otros beneficios asociados a los PTSO trascienden a los propios pacientes, como son: reducción de la actividad delictiva (menos víctimas de delitos), reducción de las tasas de desempleo (menor demanda de asistencia social) y menor prevalencia de enfermedades infecciosas (reducción del riesgo de enfermedades para el conjunto de la población). El mantenimiento con metadona también disminuye el uso de otras drogas ilegales distintas de los opiáceos (Babor, Caulkins, Edwards *et al.*, 2010).

Una revisión Cochrane (Mattick *et al.*, 2009) pone de manifiesto que la metadona es una intervención efectiva para el tratamiento de la dependencia de la heroína ya que los pacientes continúan en tratamiento por más tiempo y disminuyen el consumo de heroína en mayor medida que los tratamientos que no utilizan terapia de sustitución de opiáceos. Sin embargo, no muestra un efecto estadísticamente superior en la actividad delictiva y en la mortalidad de los pacientes.

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A LOS EFECTOS ATRIBUIDOS A LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS (PTSO)

- La participación de los pacientes en PTSO se asocia a la reducción del consumo de opiáceos ilícitos, de las incidencias legales y judiciales, a la mejora de la integración laboral y familiar y del estado de salud.
- Los PTSO aumentan la supervivencia de los pacientes, reduciendo notablemente el riesgo de muerte. Algunos estudios confirman que las posibilidades de fallecimiento entre los pacientes que siguen en tratamiento son un tercio inferiores respecto de aquellos que abandonan el mismo (Caplehorn *et al.*, 1993), o un 25% inferior al que están expuestos los usuarios de heroína no tratados (Amato *et al.*, 2005b; Barnett, 1999; Gunne y Gronbladh, 1981) o que la mortalidad de los pacientes se reduce progresivamente en función del tiempo de permanencia en PTSO (Segest *et al.*, 1990), dado que su permanencia en tratamiento favorece su supervivencia (Langendam *et al.*, 2001).
- Existen múltiples evidencias de que las muertes relacionadas con sobredosis en consumidores de opiáceos son más probables en pacientes que no están recibiendo metadona que entre aquellos que la reciben (Caplehorn y Drummer, 1999; Langendam *et al.*, 2001; Caplehorn y Drummer, 2002).
- Un efecto reiteradamente asociado a las PTSO es su positivo impacto en la reducción de la infección por VIH/sida, asociado al retroceso del uso de la vía parenteral y de ciertas prácticas de riesgo relacionadas con el consumo.
- La mayor parte de las investigaciones coinciden en señalar la reducción de la comisión de actos delictivos entre los pacientes vinculados a los PTSO.

Fuente: Sánchez, 2009.

A continuación se señalan algunas de las principales variables que distintas investigaciones han relacionado con la efectividad de los PTSO:

VARIABLES ASOCIADAS A LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS			
VARIABLES	AUTORES	PAÍS	RESULTADOS
A) Relativas a los sujetos			
<i>Antecedentes legales</i>			
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EEUU	Mejora pronóstico
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EEUU	Empeora retención
<i>Gravedad adicción</i>			
	McLelan <i>et al.</i> , 1993	EEUU	No se relaciona
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EEUU	Empeora pronóstico
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EEUU	Empeora retención
<i>Abuso de cocaína previo al tratamiento</i>			
	Dunteman <i>et al.</i> , 1992	EEUU	No relación uso drogas en el tratamiento
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	España	Uso heroína y cocaína en el tratamiento
<i>Psicopatología asociada</i>			
	Alterman <i>et al.</i> , 1996	EEUU	< Retención > uso drogas en tratamiento
	Grella <i>et al.</i> , 1997	EEUU	< Retención > uso drogas en tratamiento
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EEUU	> Uso drogas en el tratamiento
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	España	> Uso drogas en el tratamiento
<i>Deterioro somático</i>			
	Grella <i>et al.</i> , 1997	EEUU	Mayor abandono del tratamiento
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	España	Mayor uso de drogas
<i>Ninguna</i>			
	Maddeux <i>et al.</i> , 1994	EEUU	Ninguna variable relativa a los sujetos resulta predictiva
B) Relativas al tratamiento			
<i>Dosis metadona >60 mg/día</i>			
	Ball y Ross, 1991	EEUU	> Retención < uso drogas en tratamiento
	D'Aunno y Vaughm, 1992	EEUU	< Uso drogas en el tratamiento
	Caplehorn <i>et al.</i> , 1993	Australia	> Retención < uso drogas en tratamiento
	Maddeux <i>et al.</i> , 1994	EEUU	No hay diferencias
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EEUU	> Retención
	Torrens <i>et al.</i> , 1996	España	> Retención
	Fernández <i>et al.</i> , 2001	España	> Retención
<i>Tiempo prolongado en PTSO</i>			
	Ball y Ross, 1991	EEUU	< Uso drogas en el tratamiento
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EEUU	< Uso drogas en el tratamiento
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EEUU	< Uso drogas en el tratamiento
	Caplehorn <i>et al.</i> , 1993	Australia	< Uso drogas en el tratamiento
	Appel <i>et al.</i> , 2001	EEUU	< Uso drogas en el tratamiento
<i>Oferta asistencial amplia</i>			
	Kosten <i>et al.</i> , 1987	EEUU	> Retención < uso drogas en tratamiento
	Ball y Ross 1991	EEUU	> Retención < uso drogas en tratamiento
	McLelan <i>et al.</i> , 1993	EEUU	> Retención
	Grella <i>et al.</i> , 1997	EEUU	< Uso drogas en el tratamiento
	Magura <i>et al.</i> , 1999	EEUU	> Retención < uso drogas en tratamiento
Fuente: adaptado de Fernández, 2005.			

La cantidad de sustitutivo administrado se configura como una de las variables que más condicionan los resultados obtenidos por los PTSO, recomendándose dosis altas de metadona para reducir el consumo de opiáceos y para conseguir una retención más prolongada en el tratamiento. Dosis de metadona que van desde 60 a 100 mg/día son más eficaces que dosis más bajas (1 a 39 mg) para retener a los pacientes en tratamiento y para reducir el consumo de heroína y cocaína durante el mismo, siendo similares los efectos secundarios de la metadona en las diferentes dosis (Faggiano *et al.*, 2003).

La cantidad y la calidad de las intervenciones de los PTSO (la oferta de atenciones de tipo sanitario, psicológico, psiquiátrico, social y ocupacional complementarias a las dispensación de metadona), así como su frecuencia e intensidad, se correlacionan positivamente con el grado de consecución de los objetivos (nivel de éxito) de los programas (Ball *et al.*, 1988; McLellan *et al.*, 1988; Ball y Ross, 1991; Joe, 1991; Sánchez, 2009). Agregar cualquier forma de apoyo psicosocial a los tratamientos de mantenimiento con metadona incrementa el número de pacientes que se mantienen abstinentes durante el tratamiento (Amato *et al.*, 2007).

El número de los profesionales (ratio pacientes/profesional) y la antigüedad de los mismos en los PTSO se correlacionan positivamente con el grado de cumplimiento de los objetivos de los programas (McLellan *et al.*, 1988; Ball y Ross, 1991; Joe, 1991).

El período de permanencia en el tratamiento ha sido señalado como el mejor predictor de éxito de los PTSO (Kreek, 1983; Ball *et al.*, 1988; Bertchy, 1995). La permanencia prolongada en PTSO se traduce en mayores tasas de abstinencia, mejoras sustantivas en los niveles de bienestar psicológico y en las relaciones familiares y en la reducción de las actividades delictivas para una amplia mayoría de sus beneficiarios (Ball *et al.*, 1988; Hubbard *et al.*, 1997; Amato *et al.*, 2005b).

La presencia de psicopatología asociada se vincula de forma recurrente a una menor retención en el tratamiento y a un mayor consumo de drogas ilícitas (Alterman *et al.*, 1996; Grella *et al.*, 1997; Fernández *et al.*, 2001), aunque no directamente con el pronóstico en el tratamiento.

Parece existir coincidencia al asignar a las variables relacionadas con los sujetos una menor influencia que a las relacionadas con el tratamiento, y al asociar la efectividad de los PTSO a las siguientes variables vinculadas al tratamiento:

- La dispensación de dosis adecuadas de metadona (superiores a 60 mg/día) se asocia a una mayor retención en el tratamiento en la mayoría de los estudios y revisiones (Ball y Ross, 1991; D'Annunzio y Vaughn, 1992; Caplehorn *et al.*, 1993; Magura *et al.*, 1999; Torrrens *et al.*, 1996; Fernández *et al.*, 2001; Faggiano *et al.*, 2007) y, en menor medida, a la reducción del consumo de otras drogas durante el tratamiento (Ball y Ross, 1991; Caplehorn *et al.*, 1993; Faggiano *et al.*, 2007).

- La permanencia de los pacientes en los PTSO durante largos períodos de tiempo se asocia con unos menores niveles de consumo de drogas durante el tratamiento (Ball y Ross 1991; Kosten *et al.*, 1987; Magura *et al.*, 1999; Caplehorn *et al.*, 1993; Appel *et al.*, 2001; Amato *et al.*, 2005b).
- La existencia de una oferta amplia de servicios se asocia a una mayor retención en el tratamiento (Kosten *et al.*, 1987; Ball y Ross, 1991; McLellan *et al.*, 1993; Grella *et al.*, 1997; Magura *et al.*, 1999) y a la reducción del consumo de drogas durante el mismo (Kosten *et al.*, 1987; Ball y Ross, 1991; Grella *et al.*, 1997; Magura *et al.*, 1999; Sánchez, 2009).

El uso de la buprenorfina en el marco de los programas de tratamiento con sustitutivos opiáceos es más reciente que el de la metadona. Los estudios sobre la efectividad de la administración de buprenorfina en dosis elevadas recogen importantes reducciones en el uso de heroína y cocaína entre los pacientes tratados con este fármaco (Johnson *et al.*, 2000; Kakko *et al.*, 2003). Las comparaciones de las investigaciones sobre la efectividad de las terapias con metadona y buprenorfina coinciden en señalar que la buprenorfina es una intervención efectiva para la realización de tratamientos de mantenimiento en personas dependientes de opiáceos/heroína, pero es menos eficaz que la metadona administrada en dosis adecuadas (Mattick *et al.*, 2008; Bobes *et al.*, 2010). Esta última afirmación es avalada por una reciente revisión, que concluye que la metadona es ligeramente más efectiva y menos costosa que la buprenorfina (Connock *et al.*, 2007).

Las dosis de buprenorfina tienen una importancia capital en la retención de los pacientes en el tratamiento, de forma que dosis en torno a 16 mg/día se asocian a una mayor retención y a un menor consumo de opiáceos, y dosis superiores a un descenso del *craving* (Bobes, 2010).

La buprenorfina en dosis bajas, medias y altas es significativamente superior al placebo en la retención de pacientes en el tratamiento. Sin embargo, sólo dosis medias y altas suprimen el consumo de heroína muy por encima del placebo. Un ensayo clínico aleatorio evidenció que la terapia de mantenimiento con buprenorfina es más eficaz que el placebo en reducir el consumo de la heroína, mejorar la retención en el tratamiento y reducir el número de positivos a la morfina en orina (WHO, 2009a). Asimismo, el uso de buprenorfina para la abstinencia a opiáceos se mostró eficaz en un análisis agrupado de ocho estudios (WHO, 2009a) para reducir los niveles de auto-reporte de la abstinencia de opiáceos —evidencia de alta calidad— (*Best Practice Portal*, EMCDDA).

Comparando los tratamientos con metadona y buprenorfina, según las dosis empleadas, se observa que la metadona en dosis bajas retiene en mayor medida a los pacientes en el tratamiento que la buprenorfina en dosis bajas. La buprenorfina en dosis medias no mejora los resultados de la retención de los pacientes con metadona en dosis bajas, pero puede suprimir el consumo de heroína en mayor medida. La buprenorfina en dosis medias no muestra ventajas en la retención de pacientes en comparación con metadona en dosis medias (Mattick *et al.*, 2008).

La naltrexona es especialmente adecuada para evitar una recaída en el uso de opiáceos después de la desintoxicación de heroína para pacientes en los que la falta de cumplimiento del tratamiento tiene consecuencias importantes, por ejemplo, profesionales de la salud, ejecutivos de empresas y personas bajo supervisión legal. Sin embargo, el cumplimiento de la toma de la medicación y las tasas de retención de pacientes en tratamiento con naltrexona son bajos. En una revisión Cochrane (Minozzi *et al.*, 2008) sobre la utilización oral de naltrexona, con o sin tratamiento psicológico, no se han encontrado resultados mejores que el placebo o tratamientos sin soporte farmacológico con respecto a la retención en el tratamiento, el consumo de la droga principal o efectos secundarios. El único resultado claramente a favor de la naltrexona es una reducción de los encarcelamientos, pero estos resultados corresponden sólo a dos estudios. En estudios individuales, la naltrexona no es superior a las benzodiacepinas o la buprenorfina para la retención de pacientes en el tratamiento, la abstinencia o efectos secundarios. En consecuencia, la terapia farmacológica con naltrexona no puede considerarse aún como un tratamiento que haya demostrado ser superior a otros tipos de aproximación terapéutica (Mattick *et al.*, 2008).

La combinación de buprenorfina/naloxona se comporta en el tratamiento de la dependencia de opiáceos como la buprenorfina sola, a la vez que reduce el riesgo potencial de mal uso, es segura, bien tolerada y reduce tanto el consumo como el *craving* de opiáceos. Asimismo, presenta una eficacia similar a la metadona en programas de mantenimiento (Bobes *et al.*, 2010).

c) Dependencia de la cocaína

Existe consenso a la hora de señalar que no existe un tratamiento farmacológico de probada eficacia para la adicción a la cocaína. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, los resultados de los ensayos clínicos realizados con diferentes psicofármacos no arrojan evidencia suficiente sobre su eficacia (Terán *et al.*, 2008).

Una revisión sobre el uso de agonistas dopaminérgicos como la amantadina, la bromocriptina y la pergolida, no aportó evidencias suficientes sobre su eficacia en el tratamiento de la dependencia a la cocaína (Soares *et al.*, 2003).

Existen algunas evidencias que sustentan el uso de fármacos como eltopiramato, disulfiram, la buprenorfina (en casos de codependencia de opiáceos) y la risperidona (en casos con coexistencia de trastornos de tipo psicótico) en el tratamiento de la dependencia de la cocaína, aunque su eficacia y tolerabilidad precisan de un número mayor de ensayos clínicos controlados o meta-análisis que confirmen los resultados iniciales (Caballero, 2005; Sofuoglu y Kosten, 2005; Karila *et al.*, 2007; EMCDDA, 2007).

Hay otros fármacos en fase de experimentación, con resultados inicialmente prometedores (tiagabina, vigabatrina, baclofeno, naltrexona, anfetaminas, propranolol, aripiprazol, ondan-

setrón o la propia vacuna anticocaína), que deberán ser validados por nuevos ensayos clínicos controlados que confirmen su eficacia (Terán *et al.*, 2008).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A LAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS EFICACES PARA LA DESHABITUACIÓN

Dependencia del alcohol

- Naltrexona
- Acamprosato
- Disulfiram
- Topiramato

Dependencia de opiáceos

- Metadona
- Buprenorfina
- Naltrexona
- Buprenorfina/naloxona

Dependencia de la nicotina

- Terapia sustitutiva con nicotina
- Bupropión
- Vareniclina

Dependencia de la cocaína

- No existen tratamientos farmacológicos de probada eficacia

3.2. Tratamientos psicológicos

Los tratamientos psicológicos eficaces ayudan a que los pacientes incrementen la motivación para abandonar el consumo de drogas, se comprometan con el proceso de tratamiento y se mantengan abstinentes, modifiquen sus actitudes y comportamientos relacionados con el abuso de drogas y aumenten sus habilidades para manejar circunstancias estresantes y señales ambientales que puedan desencadenar una recaída. Estos tratamientos también pueden mejorar la eficacia de la terapia farmacológica y ayudar a que las personas continúen en tratamiento por más tiempo (NIDA, 2009a; NIDA, 2009b).

A continuación se resumen las principales conclusiones sobre los tratamientos psicológicos que han demostrado ser eficaces (Becoña y Cortés, 2008).

3.2.1. Entrevista y terapia motivacional

- La entrevista motivacional es más eficaz que la ausencia de tratamiento (nivel de evidencia 1).
- Sus efectos decaen con el tiempo. A los 12 meses tiene una pequeña pero significativa eficacia (nivel de evidencia 1).
- La entrevista motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio del paciente antes de iniciar el tratamiento (nivel de evidencia 1). Puede estar más indicada para cierto tipo de pacientes (nivel de evidencia 2), como es el caso de consumidores con un mayor deterioro cognitivo, personas con carencias extremas que no tienen hogar, o consumidores de drogas por vía intravenosa que no tienen intención de abandonar el consumo, disminuyendo en estos dos últimos casos el consumo de drogas y mejorando los síntomas psicopatológicos de los pacientes (grado de recomendación B).
- Más que en los resultados del tratamiento, la utilidad de la entrevista motivacional parece centrarse en potenciar otras intervenciones terapéuticas mejorando la participación, adherencia, retención y satisfacción durante la fase inicial del tratamiento, incluidos los más estructurados y prolongados en el tiempo (nivel de evidencia 2).

En síntesis, se puede concluir que los estudios indican que las intervenciones motivacionales son útiles para incrementar la motivación dirigida a producir cambios, pero que esta motivación disminuye con el paso del tiempo. Este tipo de intervenciones no son suficientes por sí solas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados, siendo los pacientes menos motivados los que resultan más beneficiados del uso de estas técnicas (Becoña y Cortés, 2011).

3.2.2. Terapias conductuales y cognitivo-conductuales

- Las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces para el tratamiento de las conductas adictivas (nivel de evidencia 1).
- Las terapias cognitivo-conductuales son por lo general más efectivas que el tratamiento farmacológico y que otras modalidades de tratamiento psicológico por separado. Su eficacia aumenta en tratamientos multicomponentes. De hecho, la combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas psicológicas y farmacológicas es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes por separado (nivel de evidencia 1). En el tratamiento con sustitutivos opiáceos se obtienen mejores resultados cuando la administración del fármaco se acompaña de intervenciones cognitivo-conductuales (grado de recomendación A). Asimismo, la combinación de terapia farmacológica con interdictores del alcohol junto con terapia cognitivo-conductual fundamentalmente mejora los resultados del tratamiento de la dependencia de alcohol y cocaína (grado de recomendación B).

- La terapia cognitivo-conductual es efectiva tanto en formato individual como grupal (nivel de evidencia 1).
- Aunque en algunas circunstancias y para algunos pacientes las intervenciones breves pueden resultar eficaces, a mayor tiempo de exposición a la terapia cognitivo-conductual mejores resultados a largo plazo (nivel de evidencia 1).
- Los efectos de la terapia cognitivo-conductual persisten después de haber finalizado el tratamiento pero decaen con el tiempo (nivel de evidencia 1). Por tanto, es importante contar con programas de seguimiento tras el alta para consolidar los logros terapéuticos conseguidos con la terapia cognitivo-conductual (grado de recomendación A).
- En adolescentes, la terapia cognitivo-conductual es eficaz a corto plazo para reducir el consumo de drogas y mejorar las relaciones familiares en pacientes con patología dual, con independencia de la psicopatología asociada (nivel de evidencia 2). En la intervención con adolescentes es recomendable incluir a familiares junto a la aplicación de la terapia cognitivo-conductual para mantener en el tiempo los cambios alcanzados (nivel de evidencia 2). Los grupos de adolescentes deben diseñarse teniendo en cuenta sus características y determinadas limitaciones para evitar el sobreaprendizaje de conductas antisociales y desadaptativas (grado de recomendación B).
- De igual modo, la terapia cognitivo-conductual, en solitario o combinada con tratamiento farmacológico, produce cambios significativos que decaen tras el tratamiento en pacientes drogodependientes con trastornos del estado de ánimo (nivel de evidencia 2).

Una revisión sistemática de 27 ensayos controlados aleatorios, que incluyeron 3.663 participantes, señala que las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado ser más eficaces en la reducción de los abandonos del tratamiento y del uso de la cocaína, en comparación con el asesoramiento de drogas —asistencia a psicoterapia— (Knapp *et al.*, 2007).

Se indican a continuación las terapias conductuales y cognitivo-conductuales que han recibido mayor apoyo empírico para el tratamiento de las drogodependencias.

a) Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento

El objetivo del entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento es que el paciente adquiera o refuerce las habilidades y el autocontrol necesarios para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo, mejorando sus estrategias cognitivas y conductuales. Las más extendidas en la práctica clínica son el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, asertividad y rechazo de consumo, el entrenamiento en el manejo del *craving* y en el entrenamiento en el manejo de estados de ánimo (Becoña y Cortés, 2008; Becoña y Cortés, 2011).

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios (nivel de

evidencia 1). Este abordaje, cuando forma parte de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento de personas con dependencia del alcohol y/o de la cocaína (grado de recomendación A).

b) Prevención de recaídas

La prevención de recaídas es efectiva en el tratamiento de la dependencia de las drogas (nivel de evidencia 1).

La prevención de recaídas más que como una técnica en sí misma, se utiliza con frecuencia como un método de afrontamiento de las recaídas en general dentro de programas de tratamiento más amplios (Becoña y Cortés, 2011).

c) Manejo de contingencias

El manejo de contingencias en el caso de las conductas adictivas consiste frecuentemente en la entrega a los pacientes de vales (*vouchers*) canjeables por bienes o servicios de forma contingente a la ausencia de consumo de drogas (terapia de incentivo), retención en el tratamiento y/o asistencia a las sesiones terapéuticas. Por su parte, los programas de reforzamiento comunitario se basan en proporcionar al paciente contacto con los refuerzos naturales que hay en su entorno social para incrementar la probabilidad de mantenerse abstinentes (Becoña y Cortés, 2011).

- El manejo de contingencias, en particular el empleo de incentivos contingentes a analíticas negativas, asistencia a las sesiones terapéuticas o la implicación en actividades alternativas, es una estrategia de tratamiento eficaz de la adicción a la heroína cuando se combina con la administración de fármacos agonistas como metadona (nivel de evidencia 1); incluso cuando los incentivos se utilizan sin el apoyo de medicación, mejora la retención y se reduce el consumo de heroína (nivel de evidencia 2).
- Los tratamientos con agonistas o con antagonistas se deben combinar con técnicas de manejo de contingencias (grado de recomendación A).
- El programa de reforzamiento comunitario, sumado a la terapia de incentivo incrementa las tasas de retención en programas ambulatorios y reduce el consumo de cocaína (nivel de evidencia 1).
- El manejo de contingencias tiene mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual para reducir el consumo de cocaína en programas de mantenimiento con metadona (nivel de evidencia 2).
- El manejo de contingencias mediante vales canjeables por bienes y servicios mejora la adherencia y reduce las recaídas en el tratamiento de la dependencia del alcohol (nivel de evidencia 2).
- Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables cuando se utilizan dentro de programas de tratamiento más amplios (grado de recomendación B).

3.2.3. Terapia familiar

Las terapias centradas en la familia muestran sus mejores resultados en la intervención en adolescentes con problemas de consumo de drogas (Becoña y Cortés, 2011).

- La terapia familiar multidimensional y multisistémica, junto a programas de dispensación de metadona, mejora la retención de los pacientes que tienen peor pronóstico inicial (nivel de evidencia 1).
- La terapia familiar multidimensional tiene mayor eficacia que la terapia de grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual, familiar, escolar y del grupo de iguales, además de reducir el consumo de drogas durante el tratamiento (nivel de evidencia 2).
- La terapia familiar estratégica breve favorece el compromiso de las familias para participar activamente en el proceso de tratamiento de las conductas adictivas en adolescentes (grado de recomendación A).
- La terapia familiar estratégica breve mejora la dinámica de funcionamiento familiar, persistiendo los efectos en el tiempo. Este tipo de terapia familiar está especialmente indicada para familias desestructuradas de adolescentes que consumen drogas (grado de recomendación B).
- La terapia familiar estratégica breve centrada en una sola persona del núcleo familiar puede ser tan efectiva como la inclusión de toda la familia en la terapia (grado de recomendación B).
- Las terapias individuales que tienen como objetivo la estructura familiar, producen mejores resultados que las individuales que tienen como diana el cambio individual (grado de recomendación B).

3.2.4. Terapia conductual de pareja

- La terapia conductual de pareja dirigida a mejorar las relaciones familiares ayuda a incrementar las tasas de abstinencia (nivel de evidencia 1).
- La terapia conductual familiar y/o de pareja debe aplicarse con los pacientes que conviven con parejas no consumidoras de drogas (grado de recomendación B).

3.2.5. Terapia conductual y cognitivo-conductual de grupo

- En el tratamiento de la dependencia del alcohol y de la cocaína, el formato de terapia de grupo obtiene resultados similares al individual, con la ventaja de que la relación coste-eficacia es mucho mejor en el formato de grupo (Guardia *et al.*, 2010; Terán *et al.*, 2008).
- En los adictos a la cocaína, la terapia de grupo resulta más útil cuando los pacientes están abstinentes y estables, existiendo evidencia de que la técnica de prevención

de recaídas es eficaz cuando se aplica en formato grupal (Terán *et al.*, 2008) (nivel de evidencia 2).

- En el caso de la dependencia de la nicotina, hay pruebas de que la terapia grupal intensiva obtiene mejores resultados de cesación tabáquica que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas para ayudar a las personas a dejar de fumar (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003; Lancaster y Stead, 2005). No existen en cambio pruebas suficientes para determinar si existen diferencias entre la efectividad de la terapia grupal y el tratamiento individual intensivo (Raw *et al.*, 1998; Stead y Lancaster, 2005).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS EFICACES

- Entrevista y terapia motivacional.
- Terapia conductual y cognitivo-conductual:
 - Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento.
 - Prevención de recaídas.
 - Manejo de contingencias (terapia de incentivo y programas de refuerzo comunitario).
- Terapia familiar:
 - Terapia familiar conductual.
 - Terapia familiar multidimensional.
 - Terapia familiar multisistémica.
 - Terapia familiar estratégica breve.
- Terapia conductual de pareja.

3.3. Tratamientos psicológicos eficaces en drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica

- Los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con comorbilidad psiquiátrica —grado de recomendación A— (Becoña y Cortés, 2008).
- La combinación de entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual e intervenciones familiares, mejora la evolución de pacientes diagnosticados de esquizofrenia con trastornos por abuso de sustancias —grado de recomendación B— (Becoña y Cortés, 2008).

- El tratamiento psicológico, sólo o en combinación con terapia farmacológica, debe ser la piedra angular para obtener resultados positivos con muchos pacientes duales. Existen varias terapias conductuales y cognitivo-conductuales prometedoras para el tratamiento de drogodependientes con patología dual. Asimismo, algunos fármacos, como el bupropión, aprobado para tratar la depresión y la dependencia de la nicotina, puede ser útil para ayudar a reducir el *craving* y el consumo de las metanfetaminas. No obstante, en ambos casos se requiere más investigación para determinar los tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para abordar a los pacientes drogodependientes con otros trastornos mentales asociados (NIDA, 2011).
- El tratamiento integrado de los drogodependientes con patología dual parece el más adecuado ya que facilita la adherencia, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas. Una revisión (Tiet y Mausbach, 2007) concluye que existen tratamientos eficaces para reducir la sintomatología psicopatológica y el uso de sustancias, pero sigue sin estar clara la eficacia de los tratamientos integrados.

3.4. Tratamiento en comunidades terapéuticas

A continuación se revisa la evidencia del tratamiento en comunidades terapéuticas. Las conclusiones sobre los niveles de evidencia 1 y 2 y los grados de recomendación A y B son las siguientes (Becoña y Cortés, 2008):

- Las comunidades terapéuticas son modelos multicomponentes de tratamiento de las drogodependencias que han mostrado efectividad principalmente en los primeros meses tras el abandono del consumo de drogas (nivel de evidencia 2).
- Los componentes activos de cambio en las comunidades terapéuticas son: control estímular, modelado y reforzamiento de conductas adaptativas, manejo del tiempo, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas, toma de decisiones, manejo de cogniciones y emociones, y retroalimentación y refuerzo de los progresos (nivel de evidencia 2).
- Debido a que un porcentaje de usuarios abandonan las comunidades terapéuticas sin finalizar el tratamiento, especialmente durante las primeras semanas de admisión (nivel de evidencia 1), es recomendable desarrollar estrategias para incrementar la retención de los pacientes, ya que el aumento de las tasas de retención está asociado a la reducción del consumo de drogas (grado de recomendación B).
- Las comunidades terapéuticas obtienen mejoras significativas en el estado clínico general del paciente (consumo de drogas y psicopatología asociada), así como en la conducta delictiva y en la situación laboral (nivel de evidencia 2).
- Los logros obtenidos por los tratamientos en comunidad terapéutica se mantienen en los seguimientos a largo plazo de uno a cinco años (nivel de evidencia 2).
- Las comunidades terapéuticas son tratamientos eficaces para la adicción a la heroína, siempre y cuando el paciente permanezca en el programa durante un tiempo suficiente.

La permanencia en el programa es un buen predictor del éxito del tratamiento, de forma que las personas que completan seis meses de tratamiento tienen significativamente mejores resultados que aquellas que permanecen menos tiempo, de igual forma que los que finalizan el tratamiento obtienen mejores resultados que quienes lo abandonan prematuramente (nivel de evidencia 2).

- En las comunidades terapéuticas intrapenitenciarias existe una relación positiva entre la duración óptima del tratamiento y los buenos resultados obtenidos. Este tipo de dispositivos obtienen unos resultados significativamente mejores a los 12 meses de salir de prisión en tasa de reincidencia (nuevos arrestos y encarcelaciones) y en el consumo de alcohol y de otras drogas, que la ausencia de intervención o de un programa de tratamiento de salud mental en prisión (Smith *et al.*, 2008). Como factores que mejoran los resultados de las comunidades terapéuticas en prisión se han identificado los siguientes: que la comunidad se encuentre en una unidad aislada del resto de la población penitenciaria, aunque los reclusos en tratamiento acudan al comedor común y participen en otras actividades con el resto de los internos; que los drogodependientes una vez que abandonen el centro penitenciario continúen tratamiento en una comunidad terapéutica; que el programa de tratamiento cuente con el apoyo de la administración penitenciaria, con autonomía de funcionamiento, respeto a las normas de la prisión y con personal cualificado y motivado para el desempeño de su labor (Lipton *et al.*, 1995).

B) TRATAMIENTOS BREVES

3.5. Consejo breve para dejar de fumar

La intervención mínima, como el consejo sanitario para dejar de fumar, está considerada una de las actuaciones esenciales y más coste-efectivas para promover el abandono del hábito tabáquico. El consejo sanitario mínimo, frente a la no intervención, incrementa la probabilidad de cesación (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2003). A pesar de que la intervención breve para dejar de fumar tiene una efectividad modesta que no supera el 10%, su coste-efectividad es muy elevado (Pereiro, Becoña, Córdoba *et al.*, 2008).

Todos los profesionales sanitarios deberían aconsejar insistentemente a todos los fumadores que abandonen el hábito tabáquico (Pereiro, Becoña, Córdoba *et al.*, 2008; Fiore *et al.*, 2008). El marco ideal, aunque no el único, para llevar a cabo las intervenciones breves, es la atención primaria de salud por su accesibilidad y continuidad de la asistencia.

De acuerdo con el US Public Health Service – Department of Health and Human Services (Fiore *et al.*, 2008), se pueden establecer las siguientes conclusiones y recomendaciones basadas en la evidencia de calidad (nivel de evidencia A) sobre el consejo breve en centros sanitarios para dejar de fumar:

- Se debe preguntar a todos los pacientes si fuman y se debe documentar su hábito tabáquico en la historia clínica. Disponer de un sistema clínico que identifique a los fumadores incrementa las tasas de intervención por los profesionales sanitarios, aunque en sí mismo, no produce tasas significativamente mayores de abandono del tabaco.
- Las intervenciones mínimas de al menos 3 minutos de duración incrementan las tasas totales de abstinencia del tabaco, por ello, a todos los fumadores se les debe ofrecer al menos una intervención mínima, independientemente de que se les derive o no a una intervención intensiva.
- Las intervenciones intensivas son más efectivas que las intervenciones menos intensivas y se deben utilizar siempre que sea posible. Hay una relación dosis-respuesta entre la duración de las sesiones y las tasas de abstinencia, de modo que la mayor intensidad de consejo produce mayores tasas de abstinencia. Tanto el consejo mínimo (3 minutos o menos), como el consejo de baja intensidad (de 3 a 10 minutos) y el consejo de mayor intensidad (más de 10 minutos) incrementan significativamente las tasas de abstinencia por encima de las que producen las intervenciones con ausencia de contacto.
- El tiempo total de contacto con el fumador influye en las tasas de cesación. Hay una clara tendencia hacia el incremento de las tasas de abstinencia al hacerlo con tiempo acumulado de contacto, hasta un límite de 90 minutos. No hay datos que indiquen que más de 90 minutos de tiempo total de contacto incrementen las tasas de abstinencia.
- La intervención directa en personas, aplicada en cuatro o más sesiones, parece ser especialmente efectiva en el incremento de las tasas de abstinencia del tabaco. Un mayor número de sesiones de consejo breve incrementan las tasas de abstinencia respecto a las que se asocian a cero o una sesión.
- La intervención aplicada por diversos profesionales sanitarios incrementa las tasas de abstinencia en comparación con las intervenciones en las que no participan profesionales sanitarios. Por tanto, todos los profesionales sanitarios deben aplicar intervenciones de consejo breve para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. Los resultados indican que los médicos y otros profesionales sanitarios (profesionales de enfermería, psicólogos, dentistas, higienistas dentales) tienen una eficacia similar en la prestación de asesoramiento para dejar de fumar. No obstante, parece que el número de contactos es más importante que el número de profesionales sanitarios que realizan la intervención.

3.6. Intervenciones breves en consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol

En los servicios de atención primaria de salud se pueden distinguir diferentes tipos de intervenciones breves realizadas por médicos u otros profesionales sanitarios, según su intensidad (Whitlok *et al.*, 2004a):

- Intervenciones muy breves: una única sesión de hasta 5 minutos de duración.
- Intervenciones breves: una única sesión de hasta 15 minutos.
- Intervenciones breves repetidas: una sesión inicial de hasta 15 minutos y visitas de seguimiento.

El consejo breve encabeza la lista de métodos efectivos de tratamiento del abuso de alcohol basados en la evidencia (Miller *et al.*, 2003). Una revisión sistemática y meta-análisis de la efectividad de las intervenciones breves en consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol ha encontrado efectos positivos de estas intervenciones en el consumo de bebidas alcohólicas, la mortalidad, la morbilidad, las lesiones y consecuencias sociales relacionadas con el alcohol, el uso de servicios de cuidados de salud e indicadores de laboratorio sobre el daño del consumo de alcohol (Kaner *et al.*, 2007).

Las intervenciones breves han demostrado ser efectivas en hombres y mujeres, con evidencia que sugiere una mayor efectividad entre los primeros. Las poblaciones estudiadas han sido principalmente adultos, aunque se dispone de evidencia limitada de su efectividad en niños, adolescentes y adultos jóvenes. El estatus socioeconómico no influye en la efectividad de estas intervenciones. La evidencia disponible sugiere que incluso las intervenciones muy breves pueden ser efectivas en la reducción de los efectos negativos del consumo de alcohol, mejorados por entrevistas motivacionales (Vasilaki *et al.*, 2006), pero con poco beneficio añadido derivado de una mayor exposición (Kaner *et al.*, 2007).

La mayoría de los estudios se han realizado en atención primaria, existiendo limitada evidencia sobre la efectividad de las intervenciones breves en otros servicios sanitarios como, por ejemplo, los servicios de urgencias (D'Onofrio y Degutis, 2002; Havard *et al.*, 2008; Dinh-Zarr, 2004). No hay evidencia concluyente sobre la efectividad de estas intervenciones en pacientes en tratamiento ambulatorio y hospitalario (Whitlock *et al.*, 2004b). Por otra parte, ninguna revisión sistemática ha presentado pruebas sobre la efectividad de las intervenciones breves en ámbitos no sanitarios, como tampoco hay revisiones sistemáticas recientes sobre el impacto de las intervenciones breves durante el embarazo (Chang, 2004).

Distintos estudios en atención primaria han aportado evidencia sobre la potencial influencia de la formación y el apoyo a médicos generales en la detección del consumo de alcohol y en el uso de materiales para la intervención breve, sobre las tasas de intervención y de detección de bebedores de riesgo (Nilsen *et al.*, 2006). Una revisión sistemática de 12 estudios encontró que la combinación de formación y una oficina de apoyo incrementó los niveles de cribado y consejo en atención primaria de salud de un 32% a un 45% (Anderson *et al.*, 2004).

El tiempo extra de trabajo del cribado y de las intervenciones breves puede ser una barrera para la aceptación y la voluntad de llevar a cabo este tipo de programas. La realización de una rutina de cribado y de intervenciones breves requiere un trabajo en equipo de médicos, personal de enfermería y personal no sanitario, en el que se determine el grado de implicación y los roles específicos a desempeñar por cada miembro del equipo (WHO, 2009b).

Distintos estudios han identificado otras barreras para llevar a cabo acciones de cribado y de consejo breve en atención primaria: 1) renuencia de los profesionales a preguntar a sus pacientes sobre los hábitos de consumo de alcohol, salvo que se perciban claros signos de consumo de riesgo (Aira *et al.*, 2003), 2) déficit percibido de conocimientos para detectar pacientes en riesgo, 3) confusión acerca de las actuales directrices sobre consumo de alcohol y sobre los beneficios conocidos de beber con moderación y 4) miedo a perturbar la relación terapéutica médico-paciente si al discutir sobre el consumo de alcohol se ofende al usuario (WHO, 2009b).

4. EVIDENCIA RELATIVA A LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

4.1. INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN GENERAL

4.1.1. Entornos cerrados libres de humo de tabaco

El humo de segunda mano provoca un amplio abanico de enfermedades, entre ellas cardiopatías, cáncer de pulmón y enfermedades de las vías respiratorias (US Department of Health and Human Services, 2006).

No se conoce un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. Los entornos cerrados completamente libres de humo de tabaco son el único medio probado de proteger adecuadamente a las personas frente a los efectos nocivos del humo de segunda mano (OMS, 2008). Los entornos libres de humo de tabaco no sólo protegen a los no fumadores (Mulcahy *et al.*, 2005), sino que también ayudan a los fumadores que desean abandonar el hábito (Fichtenberg y Glantz, 2002).

Dentro de los entornos cerrados completamente libres de humo de tabaco se incluyen las instalaciones sanitarias y educativas, los lugares cerrados de trabajo, incluidos restaurantes y bares, vehículos y estaciones de transporte público y, en general, todos los espacios públicos cerrados.

Existe evidencia de que las leyes o restricciones que prohíben o limitan la conducta de fumar en lugares cerrados, reducen significativamente la presencia de contaminantes ambientales procedentes del humo de tabaco y la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados contaminados. Por lo general, las leyes consiguen mayores reducciones que las restricciones en los lugares de trabajo (Hopkins, 2001).

En los países de ingresos elevados, se ha demostrado que los lugares públicos y de trabajo libres de humo de tabaco reducen su consumo en un 3-4% (Fichtenberg y Glantz, 2002).

Asimismo, los fumadores que trabajan en espacios libres de humo de tabaco tienen más del doble de probabilidades de dejar de fumar que los que trabajan en lugares donde se permite fumar (Bauer *et al.*, 2005).

La experiencia de un número cada vez mayor de países y zonas subnacionales demuestra que es posible promulgar y hacer cumplir prohibiciones eficaces en restaurantes, bares, clubes y casinos y que la población las acepta, mejorando la salud, sin perjudicar a esos negocios (OMS, 2008; Office of Tobacco Control, 2005; OPS, 2010; Ministry of Health, 2007).

La OMS establece los siguientes criterios o recomendaciones para que la creación de espacios cerrados libres de humo de tabaco sea una medida eficaz (OMS, 2008):

- Promulgar leyes que prohíban fumar en todos los lugares de trabajo cerrados. En un sector determinado, por ejemplo, bares y restaurantes, es importante conseguir que todos los establecimientos estén libres de humo de tabaco al mismo tiempo, en lugar de limitarse a los que tienen características o dimensiones determinadas.
- Las medidas voluntarias son ineficaces. La ventilación y los espacios reservados para fumadores no reducen la exposición al humo de tabaco de segunda mano hasta un nivel aceptable o seguro.
- Es esencial contar con una buena planificación, recursos suficientes, un compromiso político firme, un uso eficaz de los medios de comunicación, una redacción meticulosa de las leyes y la participación de la sociedad civil.
- Al aplicar las leyes sobre ambientes libres de humo de tabaco, es fundamental que los gobiernos generen un amplio apoyo público mediante campañas de educación de la población, incluidos los propietarios de las empresas afectadas, sobre los beneficios que comportan los lugares de trabajo libres de humo de tabaco, informando del hecho de que no perjudican a su negocio.
- Una vez promulgadas las leyes, se deben hacer cumplir debidamente. En el periodo inmediatamente posterior a su promulgación, puede ser necesario un enfoque más activo para asegurar su cumplimiento. Cuando se alcanza un alto nivel de respeto a la ley, puede ser factible reducir las medidas de control y sanción.
- La manera más eficaz de asegurar el cumplimiento de las leyes que propician ambientes libres de humo de tabaco es responsabilizar a los propietarios y encargados de los establecimientos. Es más probable asegurar el cumplimiento imponiendo multas y otras sanciones a los propietarios de los negocios que multando a los fumadores.
- El cumplimiento de la legislación y su impacto deben vigilarse con regularidad. La evaluación y publicidad sobre la inexistencia de efectos negativos para las empresas aumentará aún más su cumplimiento y aceptación.

4.1.2. Intervenciones poblacionales para reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol

a) Establecimiento legal de un nivel máximo de concentración de alcohol en sangre y controles de alcoholemia a conductores

El establecimiento legal de un nivel máximo de concentración de alcohol en sangre (CAS) para conductores es efectivo para disminuir las víctimas de tráfico relacionadas con el consumo de alcohol. La realización intensiva y aleatoria de pruebas de alcoholemia, así como la existencia de puntos de control, reducen las lesiones y muertes relacionadas con el consumo de alcohol. Hay evidencia de una cierta eficacia para los niveles bajos de alcoholemia (incluyendo el nivel cero) en conductores jóvenes y/o inexpertos (WHO, 2009b).

Una revisión sistemática de estudios que evalúan el impacto de la introducción de leyes que establecen un límite legal de CAS para conducir, encontró efectos beneficiosos de estas medidas, aunque la magnitud de sus efectos varía considerablemente de unos países a otros (Mann *et al.*, 2001). Los efectos beneficiosos parecen reducirse con el tiempo, quizás debido a una disminución del riesgo percibido por el conductor de ser identificado y sancionado (WHO, 2009b).

Un análisis sobre el impacto de la reducción de la concentración de alcohol en sangre en conductores de 0,8 g/litro a 0,5 g/litro, llevado a cabo en la Unión Europea, detectó que la reducción de los niveles de CAS no tenía impacto a menos que la regulación fuera acompañada de la práctica de controles aleatorios de alcoholemia en la carretera (Albalade, 2006). Cuando las dos medidas se aplicaron juntas, la tasa de letalidad en la población disminuyó un 4,3% y la tasa de letalidad por kilómetro conducido se redujo un 6,1%, con un lapso de tiempo de dos años para observar la eficacia de ambas medidas combinadas (WHO, 2009b).

Un meta-análisis de 23 estudios sobre controles de alcoholemia aleatorios y selectivos encontró que los accidentes relacionados con el alcohol descendieron una media del 18% en los puestos de control aleatorio y del 20% en los puestos de control selectivo. Los accidentes mortales relacionados con el alcohol descendieron una media del 22% en los puestos de control aleatorio y del 23% en los puestos de control selectivo. Los accidentes disminuyeron independientemente del tiempo de seguimiento del estudio, reduciéndose un promedio del 18% en los seguimientos de menos de un año y del 17% en los seguimientos de más de un año (Shults *et al.*, 2001).

Una revisión sistemática del impacto de las leyes que rebajan los límites de alcohol en sangre en jóvenes y conductores inexpertos encontró que tres estudios que examinaron los resultados en accidentes fatales informaron de una disminución del 24%, el 17% y el 9%; dos estudios que examinaron los accidentes con resultado de lesiones informaron de una dis-

minución del 17% y el 4%; y el único estudio que examinó los accidentes en los que la policía sospechaba que el conductor superaba los límites de alcoholemia informó de una disminución del 11% (Shults *et al.*, 2001).

b) Campañas en los medios de comunicación

Hay alguna evidencia de que las campañas en los medios de comunicación mejoran la efectividad de las políticas de alcohol y tráfico. En una revisión de este tipo de intervenciones poblacionales se identificaron siete estudios en los que se informaba que la realización de las campañas estaba asociada a un descenso medio del 13% en los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol. Igualmente, se identificaron otros seis estudios en los que se detectó una disminución media del 10% en los accidentes con lesiones relacionados con el consumo de alcohol (Elder *et al.*, 2004).

Las campañas en los medios de comunicación que han sido evaluadas tenían varios componentes en común: mensajes pre-testados, altos niveles de exposición de la audiencia al mensaje (que generalmente se logra a través de la publicidad pagada) y esfuerzos complementarios de prevención a nivel local, tales como alta visibilidad de la aplicación de las leyes que abordan los problemas de tráfico relacionados con el alcohol. Los mensajes de las campañas iban desde aquellos que se centraban en las consecuencias legales de beber y conducir, a los que ponían énfasis en las consecuencias sociales y sanitarias de conducir bajo los efectos del alcohol. Las evaluaciones no encontraron una clara diferencia en efectividad entre los dos tipos de campaña (WHO, 2009b).

4.1.3. Intervenciones en contextos de consumo de alcohol

Las intervenciones en contextos de consumo de alcohol pueden ser importantes, ya que los problemas que se pretenden evitar suponen por lo común daños a terceras personas, incluyendo los derivados de conductas violentas. La evidencia muestra que estas intervenciones son de impacto limitado, a menos que estén respaldadas por la exigencia de un adecuado respeto a la ley.

Ciertas características de los establecimientos de consumo inmediato de bebidas alcohólicas aumentan la probabilidad de que surjan problemas relacionados con el alcohol. Dentro de estas características se incluyen: a) prácticas de dispensación que promueven la intoxicación etílica, b) formas agresivas de cerrar el local por parte del personal o por la policía, c) incapacidad del personal para manejar problemas de conducta dentro del establecimiento, d) características generales del local como tipo de establecimiento, hacinamiento, confort físico y permisividad total por parte del personal, f) accesibilidad por medio de transporte público y g) mezcla étnica de los clientes (WHO, 2009b).

Es poco probable que las intervenciones adoptadas por iniciativa propia en contextos de bebida tengan un impacto sustancial en la reducción de los riesgos relacionados con el alcohol. Es recomendable un incremento en la exigencia en el cumplimiento de las normas y de la aplicación de restricciones a la venta de bebidas alcohólicas a personas intoxicadas, mejor aún si forman parte de una acción global en la comunidad destinada a reducir los riesgos y los daños causados por el alcohol a personas distintas del bebedor (WHO, 2009b).

4.1.4. Intervenciones para reducir la disponibilidad de bebidas alcohólicas

Una mayor densidad de puntos de venta de alcohol se asocia a mayores niveles de consumo entre los jóvenes, con el incremento de las agresiones y otros daños como homicidios, negligencia y maltrato infantil, lesiones auto-infligidas y, con menos evidencia, accidentes de tráfico. La reducción de las horas o los días de venta de bebidas alcohólicas disminuye el número de problemas relacionados con el alcohol, incluidos los homicidios y las agresiones (Livingston *et al.*, 2007; Chikritzhs *et al.*, 2007).

La introducción de la venta de cerveza de mediana graduación (4,5°) en supermercados de Suecia se ha relacionado con un mayor número de hospitalizaciones asociadas con el alcohol, especialmente entre los adolescentes (Ramstedt, 2002). Asimismo, en San Diego, se ha encontrado una asociación significativa entre hospitalizaciones relacionadas con el alcohol y número total de licencias para vender bebidas alcohólicas (Tatlow *et al.*, 2000).

En San Francisco, la densidad de puntos de venta de bebidas alcohólicas, determinada por el número de licencias por kilómetro de carretera, se ha relacionado positivamente con los peatones heridos (Lascala *et al.*, 2001). En otro estudio realizado en California se ha encontrado una relación positiva entre maltrato y abandono infantil y la densidad *per capita* de bares, restaurantes y otros establecimientos de suministro de bebidas alcohólicas, a razón de 2,2 nuevos casos de abuso en la infancia por cada unidad de incremento en la densidad (Freisthler *et al.*, 2004).

Un análisis de series temporales, realizado en Noruega entre 1965 y 1990, encontró una relación significativa entre puntos de venta de alcohol y agresiones, sugiriendo que modificaciones en la densidad producían cambios en la misma dirección en las tasas de agresión (Norstrom, 2000). Más evidencia sobre una relación longitudinal existente entre densidad de puntos de venta de alcohol y agresiones se ha encontrado en un estudio de series temporales de 6 años en distritos de California. En este último, se analizó la influencia de la densidad de tres tipos de puntos de venta de alcohol: bares, restaurantes y tiendas situadas fuera de instalaciones. El estudio encontró una significativa relación positiva entre agresiones, bares y tiendas fuera de instalaciones, mientras que no encontró esta relación en los restaurantes. La densidad de bares en las regiones vecinas también se asoció positivamente

con la violencia, lo que sugiere que la existencia de nuevos bares no sólo tiene impacto sobre la violencia en su área local, sino también en las zonas de los alrededores (Gruenewald y Remer, 2006).

Un estudio australiano también ha encontrado evidencia de la relación existente entre accesibilidad y densidad de puntos de venta de alcohol y delitos, seguridad e intoxicaciones étlicas en los barrios de Nueva Gales del Sur. El estudio demuestra que a mayor accesibilidad (cercanía) a los locales de venta de bebidas alcohólicas con licencia, mayores niveles de embriaguez y de daños a la propiedad en los barrios. Asimismo, la densidad de los puntos de venta de alcohol se asoció significativamente con los niveles de borrachera, y demás problemas relacionados con el consumo de alcohol en los barrios que fueron reportados por los residentes (Donnelly *et al.*, 2006).

Un estudio realizado en Los Ángeles, por medio de un experimento natural, ha presentado evidencia sobre el impacto de la reducción de los puntos de venta de alcohol en la conducta sexual de riesgo, centrandó el análisis en las tasas de gonorrea detectadas en la zona. Después de los disturbios ocurridos en Los Ángeles en 1992, en los que se quemaron muchas tiendas de licores, 270 puntos de venta de bebidas alcohólicas devolvieron sus licencias a raíz de una campaña comunitaria para impedir la reapertura de las tiendas dañadas. Los resultados de este estudio muestran un marcado impacto de los puntos de venta de alcohol sobre las conductas sexuales de riesgo, sugiriendo que la densidad de los puntos de venta desempeña un papel significativo en la propagación de la gonorrea (Cohen *et al.*, 2006).

Varios estudios también han mostrado que ampliar los días y el horario de venta de bebidas alcohólicas aumenta los problemas relacionados con su consumo. En Australia Occidental se ha demostrado que la extensión del horario de apertura de los locales nocturnos desde las 24:00 horas hasta la 1:00 de la madrugada aumentó en un 70% los incidentes violentos en este tipo de establecimientos, debido al incremento del consumo de alcohol, aumentando también significativamente la CAS de los conductores accidentados que habían estado bebiendo en los locales en los que se prolongó la licencia de apertura (Chikritzhs y Stockwell, 2002).

También hay evidencia de que la restricción de días y horas en la venta de alcohol reduce los problemas asociados con su consumo. Por ejemplo, el gobierno brasileño, teniendo presente que el homicidio era la principal causa de muerte, adoptó en la ciudad de Diadema — que tenía en ese momento uno de los mayores índices de asesinatos del país — medidas de política local entre las que se incluía una nueva ley de concesión de licencias que prohibía la venta de alcohol en locales después de las 23:00 horas. Para evaluar el efecto de la reducción del horario de dispensación de bebidas alcohólicas en los homicidios y en la violencia, se analizaron los datos de los archivos de la policía local. La introducción de un límite en las horas de apertura dio lugar a una caída significativa en las tasas de homicidios en la ciudad y a una disminución del 44% en el número de muertos (Duailibi *et al.*, 2007).

4.1.5. Intervenciones comunitarias para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol

Hay alguna evidencia de que los programas comunitarios multicomponente pueden reducir el consumo de alcohol en conductores, las muertes por accidentes de tráfico y las lesiones por agresiones relacionadas con el consumo de alcohol. Existe además evidencia limitada de que estos programas pueden ser coste-efectivos (WHO, 2009b).

La evaluación de los programas comunitarios para reducir los riesgos y daños relacionados con el consumo de alcohol ha encontrado que aquellos más efectivos son los que incluyen estrategias como la movilización de la comunidad, la dispensación responsable de bebidas alcohólicas y un estricto cumplimiento de la legislación sobre el alcohol (WHO, 2009b).

Un programa de esta naturaleza realizado en Estocolmo consiguió una reducción del 29% en los delitos violentos relacionados con el consumo de alcohol en la zona de intervención en comparación con la zona de control (Wallin *et al.*, 2003). Otro programa similar (*Community Trials Project*) que incluía cinco componentes (movilización de la comunidad y medios de comunicación; dispensación responsable de bebidas alcohólicas; restricción del acceso al alcohol a los menores de edad; alcohol y conducción; y acceso controlado para reducir la disponibilidad de alcohol) fue ejecutado en tres comunidades, dando lugar a la reducción de los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol, las lesiones por agresión y el consumo nocivo de alcohol. El coste-beneficio de este programa se estimó en 2,9 euros ahorrados por 1 euro gastado, considerando sólo la reducción de los accidentes de tráfico (Holder *et al.*, 1997).

Las intervenciones que se han mostrado prometedoras son aquellas que han puesto especial atención en los controles al acceso de bebidas alcohólicas, incluidos los contextos ambientales donde los productos son vendidos y distribuidos, así como en la implicación de la comunidad en el cumplimiento de las políticas de Salud Pública (Holder, 1998).

La movilización de la comunidad se ha utilizado para aumentar la conciencia sobre los problemas locales relacionados con el consumo de alcohol, desarrollar soluciones concretas frente a estos problemas y presionar a los propietarios de bares para reconocer que tienen una responsabilidad con la comunidad en aspectos como el nivel de ruido en sus locales y el comportamiento de sus clientes. Los resultados de la evaluación de estas intervenciones sugieren que la movilización de la comunidad puede tener éxito en reducir las agresiones y otros problemas relacionados con el alcohol en los locales con licencia para la venta y consumo de bebidas alcohólicas (WHO, 2009b).

Una revisión de 10 estudios sobre programas comunitarios para reducir los riesgos y los daños producidos por el consumo de alcohol ha encontrado que estos programas incluían campañas de información y educación, promoción en los medios de comunicación, contrapublicidad, promoción de la salud, controles en los lugares de venta y consumo de alcohol,

regulaciones para reducir el acceso al alcohol, mayor vigilancia y sanción por el incumplimiento de la ley, creación de coaliciones en la comunidad y desarrollo de la organización comunitaria (Gesbrecht, 2003).

Pocos estudios han investigado el impacto de los cambios en la estructura y organización de los centros de trabajo sobre la reducción de los riesgos y de los daños relacionados con el alcohol en el ámbito laboral (Roman y Blum, 2002). A pesar de ello, hay algunas evidencias limitadas de que las políticas y programas en las empresas, incluyendo el apoyo de compañeros y el consejo breve, pueden reducir los riesgos y los daños relacionados con el alcohol en el lugar de trabajo (WHO, 2009b).

4.2. INTERVENCIONES DIRIGIDAS A CONSUMIDORES DE DROGAS

4.2.1. Intervenciones para reducir los accidentes de tráfico

a) Suspensión del permiso de conducir

La suspensión del permiso de conducir a condenados o sancionados por problemas de alcohol y tráfico es sólo parcialmente efectiva para reducir la reincidencia de conducir bajo los efectos del alcohol o para reducir los accidentes relacionados con su consumo. Sin algún tipo de programa de educación, asesoramiento o tratamiento, los efectos de la suspensión por problemas de alcohol y conducción se mantienen mientras el conductor se encuentra incapacitado por la suspensión de su licencia, y estos períodos pueden ser relativamente cortos (WHO, 2009b).

Una revisión de 46 estudios sobre la retirada del permiso de conducir encontró que la suspensión fue seguida por una reducción media del 5% en los accidentes relacionados con el alcohol y del 26% en los accidentes mortales (Zobeck y Williams, 1994).

La autoridad facultada para imponer una pena de prisión puede proporcionar un fundamento legal para derivar a los condenados a programas de tratamiento, que se han demostrado eficaces para reducir la reincidencia en la conducción bajo los efectos del alcohol, tanto en penados por primera vez, como en reincidentes (WHO, 2009b). Un meta-análisis de 215 evaluaciones independientes de programas de rehabilitación encontró una reducción media del 8-9% en la repetición de los delitos de conducción bajo los efectos del alcohol y en accidentes relacionados con su consumo (Wells-Parker *et al.*, 1995).

b) Bloqueadores del encendido del motor (*alcohol locks*)

Una revisión de ocho estudios de programas de bloqueo del encendido del motor cuando se superan los límites de alcoholemia, realizados bajo la autoridad de un tribunal local o de

un departamento de tráfico, encontró que estos dispositivos son más efectivos que la suspensión de la licencia de conducir para la prevención de la reincidencia en conductores con problemas de alcohol. Sin embargo, siete de los estudios encontraron que, una vez que se elimina el bloqueador de encendido del motor, los condenados a los que se aplica este dispositivo tienen la misma tasa de reincidencia que aquellos a los que se les suspende la licencia de conducir (Voas *et al.*, 1999).

Asimismo, en una revisión Cochrane de un estudio aleatorio y 13 estudios controlados se encontró que las reincidencias fueron menores en los grupos que utilizan el bloqueador de encendido del motor que en los grupos de control, pero que la mejora desaparece cuando se retira el dispositivo (Willis *et al.*, 2004).

c) Formación de dispensadores de bebidas alcohólicas

Los programas de formación de camareros y otros servidores de bebidas alcohólicas, con el fin de prevenir los problemas de conducción relacionados con el consumo de alcohol, enseñan a los participantes cómo identificar el problema, rechazar el servicio de bebidas alcohólicas a clientes intoxicados y proporcionarles transporte alternativo a la conducción de su vehículo. Una revisión sistemática de estos programas de formación, cuya evidencia proviene principalmente de estudios a pequeña escala en los cuales los participantes podían estar inusualmente motivados y en los que los investigadores tenían un alto grado de control sobre la formación, identificó tres estudios en los que la aplicación del programa se asociaba a una disminución en la proporción de clientes borrachos en un rango del 17% al 100% (media de 33%), y un estudio de evaluación de un programa de formación estatal que encontró que la formación se asociaba a un descenso del 23% en los accidentes nocturnos con lesiones en vehículos en los que viajaba sólo el conductor (Shults *et al.*, 2001).

d) Conductor designado

Debido al pequeño tamaño de los efectos observados y a las limitaciones de las medidas de resultado en los estudios realizados para evaluar estos programas, la evidencia actual es insuficiente para sacar conclusiones sobre la efectividad de cualquier tipo de programa evaluado de promoción del conductor designado (WHO, 2009b).

Considerando los distintos tipos de intervenciones poblacionales y sobre los consumidores para reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol que han sido evaluados, se concluye que hay una clara evidencia de que estos accidentes pueden prevenirse cuando los niveles legales de CAS para conducir se reducen a 0.2 g/litro y se controlan a través de programas aleatorios de pruebas de aliento, apoyados por el cumplimiento de otras medidas tales como la suspensión de la licencia de conducir por ponerse al volante con un nivel de alcoholemia positivo, la obligatoriedad de tratamiento para conductores con-

denados, el uso de bloqueadores del encendido del motor cuando la tasa de alcoholemia supera el nivel permitido y campañas en los medios de comunicación. En el caso de conductores noveles y jóvenes existe evidencia sobre la efectividad de introducir un nivel 0 g/litro. Por su parte, en el caso de conductores profesionales, podría considerarse la posibilidad de usar bloqueadores de la conducción por exceso de alcohol en sangre (WHO, 2009b).

4.2.2. Dispensación responsable de bebidas alcohólicas

Casi todas las evaluaciones de formación del personal para la dispensación responsable de bebidas alcohólicas, cuando se apoyan en el cumplimiento de la ley, han demostrado mejoras en los conocimientos y en las actitudes de los participantes en los programas. Los estudios de evaluación también han mostrado algunos efectos en las prácticas de servir bebidas alcohólicas, aunque no siempre. Mientras que los servidores están normalmente dispuestos a intervenir con los clientes que están visiblemente intoxicados, generalmente no actúan cuando el único criterio de decisión es el número de bebidas consumidas o la estimación de la concentración de alcohol en sangre. La formación contribuye además a fomentar intervenciones “suaves” como sugerir la toma de alimentos o ralentizar el servicio, y/o a desalentar prácticas como animar a beber. En cuanto a los efectos sobre la intoxicación del cliente, varios estudios han encontrado que la formación de los servidores produce unos menores niveles de CAS entre los clientes en general y, en menor medida, entre aquellos que presentan altos niveles de alcoholemia (WHO, 2009b).

Un análisis de series temporales sobre la formación obligatoria para la dispensación responsable de alcohol, sugiere que el entrenamiento está asociado a la disminución del número de clientes visiblemente intoxicados, y a la reducción de accidentes de tráfico nocturnos con lesiones en conductores sin pasajero (Holder y Wagenaar, 1994).

Estudios de impacto sobre la adhesión del establecimiento a las políticas para evitar la intoxicación etílica en sus clientes han encontrado efectos modestos en la reducción del consumo intenso y de alto riesgo (Stockwell y Gruenewald, 2001).

Los programas de dispensación responsable de bebidas alcohólicas con frecuencia se incluyen en intervenciones más amplias que han conseguido reducciones en la conducta violenta. Una revisión Cochrane encontró evidencia fiable de que los programas dirigidos a los servidores de alcohol son efectivos para reducir las lesiones en las zonas en las que se realizan (Ker y Chinnock, 2006). Dado que la participación en las intervenciones parece ser un problema, los programas obligatorios pueden tener más probabilidades de conseguir resultados (WHO, 2009b).

El impacto de la dispensación responsable de bebidas alcohólicas es mucho mayor cuando existen leyes que prohíben la venta de alcohol a clientes intoxicados y cuando éstas se cumplen de una forma activa y continua. En los códigos voluntarios de dispensación responsable

de bebidas alcohólicas, el control del cumplimiento también parece ser un componente necesario para tener éxito (WHO, 2009b; Wallin *et al.*, 2003).

RESUMEN DE LA EVIDENCIA REFERIDA A INTERVENCIONES PARA REDUCIR LOS RIESGOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO

Convincente o consistente

- Evidencia de que la intervención reduce el riesgo
 - Entornos libres de humo de tabaco.
 - Menor nivel legal de CAS para conductores.
 - Realización aleatoria de controles de alcoholemia en conductores.
 - Restricciones de los días y horas de venta de alcohol.
 - Reducción de la densidad de puntos de venta de alcohol.
 - Consejo breve para dejar de fumar en centros sanitarios.
 - Intervenciones breves en consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol en atención primaria de salud (APS).

Probable

- Evidencia de que la intervención reduce el riesgo
 - Formación obligatoria en dispensación responsable de alcohol para reducir las conductas violentas.
 - Cumplimiento de las restricciones de la venta de alcohol a personas intoxicadas.
- Evidencia de que la intervención no reduce el riesgo
 - Formación de dispensadores de bebidas alcohólicas para reducir los accidentes de tráfico.
 - Promoción del conductor designado.

Limitada/sugereente

- Evidencia de que la intervención reduce el riesgo
 - Programas comunitarios para reducir los riesgos y los daños relacionados con el consumo de alcohol.
 - Programas en los centros de trabajo para reducir los riesgos relacionados con el alcohol.
 - Menores niveles legales de CAS en conductores jóvenes o inexpertos.
 - Tratamiento obligatorio de conductores condenados por problemas de alcohol y tráfico.
 - Campañas en los medios de comunicación para reducir los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
 - Suspensión del permiso de conducir en conductores sancionados por problemas de alcohol y tráfico.
 - Bloqueadores de encendido del motor (*alcohol locks*).

Adaptado de WHO, 2009b.

5. EVIDENCIA RELATIVA A LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS

A continuación se resume la información disponible sobre los efectos de diferentes intervenciones específicas que se realizan con personas con dependencia a las drogas para reducir los daños asociados al uso de las sustancias, clasificadas en tres grandes categorías:

- Beneficiosas.
- Probablemente beneficiosas.
- De efectividad desconocida.

NIVEL DE EVIDENCIA A (BENEFICIOS DEMOSTRADOS DE FORMA CONSISTENTE)

- 1) El tratamiento sustitutivo con opiáceos (metadona o buprenorfina) reduce las conductas de riesgo en relación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Mattick *et al.*, 2009; Gowing *et al.*, 2008 y 2011; WHO, 2009).
 - Reduce la seroconversión VIH, especialmente entre las personas que están en tratamiento de forma continuada.
 - Reduce el riesgo de infección VIH.
 - Reduce la frecuencia de inyección, el uso compartido de material de inyección y las puntuaciones de conductas de riesgo medidas a través de escalas.
 - Reduce el riesgo de sexo inseguro.
- 2) El tratamiento sustitutivo con metadona reduce la mortalidad (Mattick *et al.*, 2009; Bargagli *et al.*, 2007):
 - Reduce el riesgo de muerte.
 - Reduce el riesgo de muerte por sobredosis entre los que están en tratamiento.

Fuente: *Best Practice Portal*, EMCDDA
(<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors>)

Una revisión Cochrane (Mattick *et al.*, 2009), dirigida a evaluar los efectos del mantenimiento con metadona, comparados con tratamientos sin sustitutivos (desintoxicación, programas libres de drogas, placebo, etc.), en la que se analizaron 11 ensayos aleatorios controlados, concluyó que la metadona es una intervención terapéutica de mantenimiento efectiva para el tratamiento de la dependencia de la heroína, ya que retiene a los pacientes en tratamiento y disminuye el consumo de heroína más que los tratamientos que no utilizan la terapia de sustitución con opiáceos. No obstante, no muestra una diferencia estadísticamente significativa en un mayor efecto sobre la actividad delictiva o la mortalidad.

Una evaluación (Gowing *et al.*, 2008) del efecto del tratamiento de sustitución oral en adictos a opiáceos que utilizaban la vía parenteral sobre las tasas de infección por el VIH y las conductas de alto riesgo, soportado en 33 estudios que en su mayoría no eran ensayos controlados aleatorizados, obtuvo los siguientes resultados:

- El tratamiento de sustitución se asocia a una disminución significativa en la proporción de participantes que reportaron el uso de drogas inyectables y en la frecuencia de la inyección. Sin embargo, la diversidad de diseños de los estudios y los medios de evaluar e informar del uso de drogas inyectables no permiten realizar una estimación cuantitativa global de la medida de la disminución observada. Además, el beneficio no puede ser sostenido después del cese del tratamiento con metadona, particularmente si la interrupción del tratamiento no es voluntaria.
- Los datos sugieren que el tratamiento de sustitución se asocia generalmente con una disminución significativa en el uso compartido del material de inyección. Esto puede deberse a una reducción en la conducta de inyección, si bien este extremo no puede determinarse con los datos disponibles. Parece que reducciones similares en el uso compartido de material se pueden lograr mediante otras formas de tratamiento distintas a la de sustitución y también que la disminución puede mantenerse incluso después de la interrupción del tratamiento sustitutivo.
- El uso de escalas para observar puntuaciones de riesgo relacionadas con el VIH y el uso de drogas, muestra datos consistentes con los relativos a la prevalencia y a la frecuencia de la inyección, así como al uso compartido de equipos de inyección, mostrando con la aplicación del tratamiento de sustitución una reducción significativa en el riesgo.
- Los tratamientos de sustitución se asocian con una disminución significativa en la proporción de participantes que usan opiáceos ilícitos y en la frecuencia de uso.
- Los datos sobre el consumo de cocaína son menos consistentes. La mayoría de los estudios encontraron una reducción significativa en el consumo de cocaína asociado a la sustitución para la dependencia de opiáceos, pero para algunos estudios estas diferencias no fueron significativas.
- Aunque el pequeño número de estudios que abordan esta cuestión impide ser concluyentes, los datos existentes son indicativos de que los tratamientos de sustitución se asocian con una menor incidencia de socios/parejas sexuales y de los intercambios de sexo por drogas o dinero.
- Los datos sugieren que no hay cambio, o sólo una pequeña disminución, en la prevalencia de las relaciones sexuales sin protección asociadas con el tratamiento de sustitución.
- El uso de escalas que califican las conductas de riesgo sugieren que el tratamiento de sustitución puede estar asociado con reducciones en los comportamientos de riesgo relacionados con el sexo.

- Las escalas disponibles para la evaluación de las conductas de riesgo de VIH permiten el cálculo de una calificación de "riesgo global" (la combinación de riesgos relacionados con las drogas y con el sexo). Para todos los estudios disponibles existe una significativa reducción en el riesgo global de VIH para los participantes en tratamientos de sustitución.
- Los estudios analizados, aunque difieren en sus métodos de evaluación y la presentación de datos, son consistentes en indicar tasas más bajas de seroconversión asociadas al tratamiento de sustitución.

Una reciente revisión realizada por estos mismos autores (Gowing *et al.*, 2011), centrada en 38 estudios con un total de 12.400 participantes, destaca que estos estudios muestran de forma consistente que el tratamiento de sustitución oral con metadona o buprenorfina para dependientes de opiáceos, usuarios de drogas inyectables, se asocia con reducciones estadísticamente significativas en el uso ilegal de opiáceos, el uso inyectado y el intercambio de material de inyección.

También se asocia con reducciones en la proporción de usuarios de drogas inyectables que reportan compañeros sexuales múltiples o de intercambios de sexo por drogas o dinero, pero tiene poco efecto sobre el uso del preservativo. Parece que las reducciones en los comportamientos de riesgo relacionados con el consumo de drogas se traducen en reducciones en los casos de infección por VIH.

Las conclusiones de los autores de esta revisión Cochrane indican que el tratamiento de sustitución oral para los consumidores de opiáceos reduce los comportamientos relacionados con la droga con un alto riesgo de transmisión del VIH, pero tiene menos efecto sobre los comportamientos de riesgo relacionados con el sexo. La falta de datos de estudios controlados aleatorios limita la solidez de las pruebas presentadas en esta revisión.

Una revisión sistemática de estudios observacionales (Bargagli *et al.*, 2007) para evaluar la efectividad del tratamiento de la dependencia de opiáceos sobre la mortalidad general y la ocurrencia de sobredosis fatales o no, soportada en la revisión de 18 estudios, en su mayoría estudios de cohortes (N = 80.919 sujetos), aporta evidencia adicional sobre la efectividad del tratamiento de mantenimiento con metadona en la reducción de la mortalidad global y la muerte por sobredosis. El efecto protector del tratamiento sobre la mortalidad por cualquier causa se sitúa en un rango de 2-5 veces menos mortalidad entre los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona, respecto de los pacientes fuera de tratamiento. La magnitud del efecto protector del tratamiento sobre la mortalidad por sobredosis puede ir desde prácticamente ningún efecto, en un estudio, a la reducción de 3-50 veces, en los estudios restantes.

No se han encontrado datos sobre la eficacia de los tratamientos de diferente duración, de distinta intensidad o soportados en otros modelos de tratamiento.

**NIVEL DE EVIDENCIA B
(BENEFICIOS DEMOSTRADOS DE FORMA PRELIMINAR)**

- 1) La combinación de tratamientos de sustitución y programas de intercambio de jeringas reducen la incidencia de VIH y de hepatitis C (VHC) (Turner *et al.*, 2011).
- 2) La continuidad del tratamiento en la comunidad, realizado a la salida de la prisión, reduce la mortalidad (Dolan *et al.*, 2005).
- 3) Las salas de consumo supervisado reducen las conductas de riesgo relacionadas con la inyección (Kerr *et al.*, 2007; Hedrich, 2004).
- 4) El acceso a jeringas en las farmacias como complemento de los programas de intercambio reduce las conductas de riesgo relacionadas con la inyección (Tilson *et al.*, 2007; Wodak *et al.*, 2004).
- 5) Los programas de intercambio de jeringas reducen la infección por VIH y las conductas de riesgo relacionadas con la inyección (Tilson *et al.*, 2007; Gibson *et al.*, 2001).
- 6) Los tratamientos de sustitución con opiáceos mejoran el tratamiento con antirretrovirales en usuarios de opiáceos seropositivos al VIH (Craine *et al.*, 2009; EMCDDA, 2010).
- 7) El tratamiento con sustitutivos opiáceos reduce la VHC (Wright y Tompkins, 2006).
- 8) El tratamiento sustitutivo con opiáceos reduce las conductas de riesgo relacionadas con la inyección en prisión (Stallwitz y Stover, 2007).

Fuente: *Best Practice Portal*, EMCDDA
(<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors>)

Los estudios sobre mortalidad muestran consistentemente que el principal factor de riesgo es la interrupción del tratamiento, que se asocia con un riesgo elevado de muerte por sobredosis, en particular en el primer período después de su abandono. Eventualmente, hay alguna evidencia escasa de mayor riesgo de muerte en las dos primeras semanas de tratamiento con metadona.

Con el objetivo de investigar si la terapia de sustitución con opiáceos y los programas de intercambio de jeringas pueden reducir la transmisión del VHC entre usuarios de drogas inyectables, se realizó un meta-análisis y un análisis conjunto de los resultados aportados por un estudio realizado en seis ciudades del Reino Unido, en el que participaron 2.986 usuarios de drogas inyectables encuestados entre 2001 y 2009. Los resultados del análisis avalan la

existencia de evidencia de calidad de que la adscripción a terapias de sustitución con opiáceos y la alta cobertura de los programas de intercambio de jeringas pueden reducir sustancialmente el riesgo de transmisión del virus entre usuarios de drogas inyectables (Turner *et al.*, 2011).

Un estudio de una cohorte de 382 presos varones consumidores de heroína que habían participado en un ensayo controlado aleatorio en la cárcel, realizado para examinar el impacto a largo plazo del tratamiento de mantenimiento con metadona en la mortalidad, la re-encarcelación y la seroconversión al VHC en reclusos varones consumidores de heroína, aporta los siguientes resultados (Dolan *et al.*, 2003):

- No se registraron muertes mientras los presos permanecían en el programa de mantenimiento con metadona. Diecisiete sujetos murieron, mientras estaban fuera del programa de sustitución, lo que representa una tasa de mortalidad de 2,0% personas-año.
- La re-encarcelación presentaba un riesgo más bajo durante los episodios de tratamiento con metadona de 8 meses o más, aunque los períodos de tratamiento de 2 meses o menos se asociaron con mayor riesgo de re-encarcelación.
- El aumento del riesgo de seroconversión del VHC se asoció significativamente con penas de prisión de menos de 2 meses y los episodios de tratamiento sustitutivo de menos de 5 meses.
- Los sujetos se encontraban en mayor riesgo de abandono de los programas durante las penas de prisión cortas, de 1 mes o menos.
- La incidencia de infección VIH fue del 0,3% personas-año.

En conclusión, la retención en el programa de mantenimiento con metadona se asoció con una reducción de la mortalidad, las tasas de re-encarcelamiento y la infección por VHC. Los programas de mantenimiento con metadona en la prisión son parte integral de la continuidad del tratamiento necesario para asegurar resultados óptimos para la salud individual y pública.

Una revisión sistemática de las principales bases de datos médicas electrónicas, que incluyó 18 artículos sobre la revisión final de 1.007 resúmenes, realizada para analizar la evidencia disponible acerca de la efectividad de las intervenciones de prevención primaria para reducir la incidencia o prevalencia del VHC, arrojó los siguientes resultados (Wright y Tompkins, 2006):

- Los programas de intercambio de jeringas reducen la prevalencia del VHC, aunque ésta sigue siendo elevada.
- De manera similar, la efectividad del tratamiento de mantenimiento con metadona es sólo marginalmente eficaz en la reducción de la incidencia de VHC.
- Existen pruebas limitadas para evaluar la eficacia de otras intervenciones como las conductuales, uso de desinfectantes o salas de consumo de drogas.

En conclusión, las intervenciones de prevención primaria han dado lugar a una reducción en la incidencia del VIH, pero han sido menos efectivas para reducir la incidencia del VHC. La prevalencia global de VHC sigue siendo preocupantemente alta en usuarios de drogas inyectables. Una respuesta contundente al problema de salud global del VHC requiere la implementación de nuevas intervenciones. Las intervenciones conductuales, la distribución de desinfectantes, la distribución de jeringas estériles y otra parafernalia para la inyección, así como la evaluación de las salas de consumo de drogas, merecen una mayor expansión a nivel internacional y actividades de investigación sobre su efectividad para contribuir a la base de pruebas emergentes. Aunque la prevalencia del VHC sigue siendo alta, muchas de las intervenciones actuales dirigidas a la prevención primaria del VHC se han demostrado que son rentables debido a su impacto positivo y significativo sobre la prevalencia del VIH.

Una revisión de la literatura científica (Tilson *et al.*, 2007) para determinar la fuerza de la evidencia de los resultados de los programas de intercambio de jeringas (PIJ) concluyó que:

- Casi todos los programas incluidos en la literatura tratan de combinar intercambio de equipos de inyección con otros componentes como el trabajo de acercamiento, la educación para la reducción de riesgos, la distribución de preservativos, la provisión de desinfectantes y la educación en la desinfección del material de inyección, así como las derivaciones para el tratamiento del abuso de sustancias y otros problemas de salud y sociales.
- Existe evidencia moderada de un gran número de estudios y trabajos de revisión (la mayoría en países desarrollados) que muestran que la participación en los programas multi-componentes de prevención del VIH que incluyen intercambio de jeringas se asocia con una reducción en las conductas de riesgo sobre el VIH relacionadas con las drogas. Tal comportamiento incluye auto-informes sobre uso compartido de material de inyección, las prácticas más seguras de inyección y la frecuencia de inyección.
- Los PIJ no se han diseñado de forma primaria para tratar los comportamientos de riesgo relacionados con el sexo. En dos estudios de cohortes iniciales, los participantes en programas de intercambio reportaron disminuciones de conductas de riesgo relacionados con el sexo. Sin embargo, esta cuestión no ha sido bien estudiada y la modesta evidencia existente es insuficiente para determinar la eficacia del intercambio de jeringas en la reducción de conductas de riesgo relacionadas con el sexo.
- Cuatro estudios ecológicos han asociado la ejecución o la expansión de los programas de prevención del VIH que incluyen el intercambio de jeringas con una menor prevalencia del virus en ciudades a través del tiempo, después de examinar la prevalencia local del VIH en el momento de la ejecución del programa o de su expansión, aunque no han podido establecer una relación de causalidad sobre la base de estos estudios. La evidencia de la eficacia de PIJ en la reducción de la prevalencia del VIH se considera modesta, debido a la debilidad de los diseños de los estudios.

- Existe moderada evidencia que indica que los programas de prevención VIH multicomponentes que incluyen intercambio de jeringas reducen las conductas de riesgo para el VIH. Sin embargo, la evidencia sobre el efecto de intercambio de agujas y jeringas en la incidencia del VIH es limitada y no concluyente.
- Cinco estudios aportan pruebas moderadas de que los programas de prevención VIH que incluyen intercambio de jeringas tienen menos impacto en la transmisión y adquisición del VHC que del VIH, aunque un estudio caso-control muestra una disminución drástica en el VHC y la infección por hepatitis B (VHB).
- Algunos estudios han evaluado de forma específica si los programas de prevención que incluyen intercambio de jeringas pueden conducir a consecuencias no deseadas, tales como el aumento de nuevos usuarios de drogas, inyecciones más frecuentes entre los usuarios veteranos, ampliación de redes usuarios de alto riesgo, abandono de jeringas en la comunidad y cambios en las tendencias delictivas. Existe una modesta evidencia que muestra que los PIJ no aumentan el número de jeringas abandonadas en la vía pública y que la frecuencia de inyección no aumenta entre los participantes en programas de intercambio. Evidencias débiles y datos limitados sugieren que los programas que incluyen intercambio de jeringas no generan nuevos usuarios o ampliación de las redes ya existentes, ni un aumento de la delincuencia.
- Algunos estudios empíricos han evaluado si los programas de prevención que incluyen intercambio de jeringas vinculan eficazmente a los usuarios de drogas inyectables (UDI) a los servicios asistenciales de salud o los servicios sociales. Los pocos estudios que examinan este tema muestran una captación moderada de estos servicios entre los asistentes a los PIJ. Sin embargo, ninguno de ellos tenía grupos de comparación o control, por lo que el uso total de dichos servicios entre usuarios de drogas que no participan en este tipo de programas es desconocida.

En consecuencia, los autores de la revisión concluyen afirmando la existencia de una evidencia moderada en países desarrollados que apunta a un efecto beneficioso de los programas de prevención del VIH, que incluyen intercambio jeringas, sobre las conductas de riesgo relacionadas con la infección VIH, tales como el auto-informe del uso compartido de material de inyección y la frecuencia de las inyecciones. Una modesta evidencia también apunta a una disminución de las tendencias en la prevalencia del VIH en las ciudades seleccionadas que estudiaron estos usos por más tiempo. Aunque muchos estudios tienen limitaciones de diseño, la consistencia de estos resultados a través de un gran número de estudios apoya estas conclusiones.

Gibson y colaboradores (2001) realizaron una revisión de 42 estudios para evaluar la efectividad de los PIJ para reducir las conductas de riesgo en relación con la infección por VIH, y la seroconversión entre usuarios de drogas por vía intravenosa. De los 42 estudios revisados, 28 encontraron efectos positivos asociados con el uso de intercambio de jeringas,

dos encontraron asociaciones negativas y 14 no encontraron ninguna asociación o una mezcla de efectos positivos y negativos. La distribución de los resultados difiere de acuerdo con el diseño de la investigación. Los hallazgos negativos o nulos se concentraron en los estudios realizados con muestras comunitarias de UDI, que habitualmente eran comparados con otros usuarios que no realizaban intercambio de jeringas. Las asociaciones positivas se observaron en 12 estudios, negativas en 2 y los efectos nulos en 11. Por el contrario, todos los estudios llevados a cabo con los usuarios de PIJ (8 de 8) encontraron asociaciones positivas. De manera similar, 5 de los 6 estudios ecológicos sugieren beneficios asociados con el uso de intercambio de jeringas. Los 5 estudios de modelización de Kaplan y sus colaboradores también proporcionan evidencia de la efectividad del intercambio de jeringas.

Los autores de la revisión concluyen señalando la existencia de una evidencia sustancial de que los PIJ son eficaces para prevenir el comportamiento de riesgo y la seroconversión sobre el VIH entre los usuarios de drogas inyectables por vía intravenosa.

Un informe elaborado por Wodak y colaboradores (2004) para la OMS, soportado en una amplia revisión de la literatura científica, con el fin de evaluar la evidencia sobre la eficacia de los PIJ para la prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables en diferentes entornos y contextos, formula las siguientes conclusiones:

- Existe evidencia convincente de que el aumento de la disponibilidad y utilización de equipos de inyección estéril por los usuarios de drogas por vía intravenosa reduce la infección por VIH sustancialmente.

En general, hay pruebas convincentes de que los PIJ, evaluados de forma conservadora, cumplen seis de los nueve criterios de Bradford Hill (fuerza de la asociación, replicación de hallazgos, secuencia temporal, plausibilidad biológica, coherencia de las pruebas y argumentos por analogía) y los cinco criterios adicionales (coste-eficacia, ausencia de consecuencias negativas, viabilidad de la implantación, expansión y cobertura, beneficios no anticipados y aplicación a las poblaciones especiales).

En comparación con estándares objetivos, la evidencia que apoya la eficacia de los PIJ, para reducir sustancialmente la infección VIH, debe ser considerada como abrumadora.

- No existe evidencia convincente sobre ninguna consecuencia negativa importante no intencionada. En concreto, y después de casi dos décadas de extensa investigación, todavía no hay evidencia convincente de que los PIJ puedan aumentar la iniciación, la duración o la frecuencia de consumo de drogas ilegales o el consumo inyectado.
- Los PIJ son rentables. Aunque es difícil generalizar a partir de estudios de coste-eficacia, una serie de ellos, cuidadosamente realizados en varios países desarrollados y algunos países en transición, han demostrado convincentemente que los PIJ son coste-efectivos.

- Los PIJ, además de reducir la infección VIH entre los usuarios de drogas inyectables, tienen beneficios adicionales que han de ser considerados. Existen pruebas razonables de que pueden aumentar el reclutamiento para el tratamiento por consumo de drogas y, posiblemente, también los cuidados básicos de salud.
- El uso de lejía y otras formas de desinfección cuentan con el apoyo de una buena evidencia sobre su eficacia para reducir la infección por VIH. Sin embargo, es débil la evidencia que apoya concretamente la eficacia de la lejía y otras formas de desinfección en la descontaminación de los equipos de inyección. Los estudios de campo ofrecen considerables dudas sobre la probabilidad de que estas medidas sean siempre eficaces. A lo sumo, estas estrategias sólo pueden ser consideradas como aceptables en comunidades donde la introducción de los PIJ no pueda llevarse a cabo por la hostilidad existente por parte de los miembros de la comunidad o las autoridades. Los profesionales de Salud Pública en estos contextos deben continuar abogando por la introducción de los PIJ, como la forma más fiable y basada en la evidencia de control del VIH entre los UDI. El uso de lejía y otras formas de desinfección sólo cumplen dos de los nueve criterios Bradford Hill (plausibilidad biológica y analogía) y tres de los cinco criterios adicionales (ausencia de consecuencias negativas, viabilidad de la implantación, expansión y cobertura, y aplicación a las poblaciones especiales).

Por su parte, una revisión de la literatura científica disponible sobre las evidencias existentes en cuanto a los posibles beneficios de las salas de consumo supervisado en relación con la infección VIH/sida entre usuarios de drogas por vía inyectada (Kerr *et al.*, 2007) concluye señalando que:

- La evidencia disponible sugiere que las salas de consumo supervisado pueden complementar el actual conjunto de servicios que tratan de abordar los daños entre los UDI en relación con el VIH/sida. Por medio de la captación de los usuarios de drogas inyectadas de alto riesgo, ofreciendo educación sobre el uso seguro de la inyección y promoviendo el reclutamiento en programas dirigidos a la abstinencia. A través de la reducción del uso compartido de jeringas, las salas de consumo supervisado pueden prevenir la transmisión del VIH y promover una mayor estabilidad entre usuarios de drogas inyectadas.
- Mediante la provisión de espacios alternativos para la inyección, las salas de consumo supervisado pueden reducir la ratio de inyección pública y la asociación con prácticas inseguras que incrementan el riesgo de infecciones y otras formas de morbilidad entre los usuarios de drogas que son VIH positivos. Finalmente, al proporcionar respuestas urgentes en caso de sobredosis, las salas de consumo han demostrado que pueden reducir la mortalidad asociada con el uso inyectado de drogas.

Por otro lado, una exhaustiva revisión de trabajos de investigación realizados sobre los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos en centros penitenciarios implementados en distintos países, muestra los siguientes resultados (Stallwitz y Stover, 2007):

- Los programas de tratamiento con sustitutivos en prisión y, en especial, el tratamiento de mantenimiento con metadona, pueden reducir el consumo de drogas y la conducta de inyección en las instituciones penales.
- Por otra parte, la provisión de metadona puede reducir los comportamientos de riesgo de inyección, así como los cargos por drogas y las tasas de readmisión.
- Para que los programas de mantenimiento con metadona puedan retener a los pacientes en el tratamiento, reducir el uso ilegal de drogas y la conducta criminal, parece ser crucial la duración del tratamiento, que debe abarcar todo el período de encarcelamiento y con una dosis de metadona suficientemente alta (por ejemplo >60 mg).
- Sobre la base de los resultados analizados, los autores recomiendan la prestación de programas de mantenimiento con metadona a las personas con una larga dependencia de opiáceos y sugieren una gran expansión de esta modalidad de tratamiento con sustitutivos para la mayor parte de los países.

NIVEL DE EVIDENCIA C (BENEFICIOS NO DEMOSTRADOS SUFICIENTEMENTE)

- 1) Las salas de consumo supervisado reducen el VIH, la VHC y la mortalidad (Kerr *et al.*, 2007).
- 2) El acceso a jeringas en las farmacias como complemento de los PIJ reduce el VIH, la VHC y las conductas de riesgo relacionadas con la inyección (Wodak *et al.*, 2004).
- 3) La prescripción y el entrenamiento en el uso de naloxona previenen la mortalidad por sobredosis de opiáceos (Baca y Grant, 2005).
- 4) Los PIJ reducen el VIH, la VHC y las conductas de riesgo relacionadas con la inyección en prisión (Dolan *et al.*, 2003; Stöver y Nelles, 2003).
- 5) Los programas de sustitución con opiáceos incrementan la cumplimentación del tratamiento para la VHC (Hellard *et al.*, 2009).
- 6) El tratamiento de sustitución con opiáceos incrementa la respuesta viral en el tratamiento de la VHC (Hellard *et al.*, 2009).
- 7) El tratamiento de sustitución con opiáceos reduce el VIH y la VHC en prisión (Gowing *et al.*, 2008; Dolan *et al.*, 2003; Stallwitz y Stover, 2007).
- 8) El trabajo de acercamiento y la educación reduce las conductas de riesgo relacionadas con la inyección (Coyle *et al.*, 1998; Needle *et al.*, 2004).
- 9) La distribución de naloxona entre pares reduce la mortalidad (Baca y Grant, 2005).

10) Los PIJ reducen la VHC (Gibson *et al.*, 2001; Tilson *et al.*, 2007; Wodak *et al.*, 2004; Wright y Tompkins, 2006).

11) La provisión de tratamiento supervisado con heroína puede proporcionar un valor añadido al tratamiento con metadona (Ferri *et al.*, 2011).

Fuente: *Best Practice Portal*, EMCDDA
(<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/harm-reduction/opioid-injectors>)

Una revisión de la literatura científica, que incluyó 14 artículos específicos sobre los PIJ en prisiones de Suiza, Alemania y España, identificó seis evaluaciones de este tipo de programas, todas ellas favorables (Dolan *et al.*, 2003):

- Se informa de la disminución de uso de drogas o su estabilización en el tiempo. Los informes muestran una drástica reducción del uso compartido de jeringas.
- No se notificaron nuevos casos de transmisión de infección VIH, VHB o VHC. En las evaluaciones no se encontraron informes de incidentes negativos de naturaleza grave, tales como la iniciación en el consumo inyectado o de la utilización de agujas como armas. Las actitudes del personal fueron en general positivas, pero variaron las tasas de respuesta a estas encuestas.
- Los PIJ en prisión son factibles y aportan beneficios en la reducción de comportamientos de riesgo y la transmisión de la infección sanguínea sin ningún tipo de consecuencias negativas no intencionales.

Una reciente revisión Cochrane (Ferri *et al.*, 2011) ha analizado los resultados de ocho ensayos aleatorios controlados de tratamiento de mantenimiento con heroína (sola o combinada con metadona) en los que participaron 2.007 pacientes. La comparación de los resultados de los programas de mantenimiento con heroína y los tratamientos de sustitución de metadona o con cualquier otra forma de tratamiento farmacológico de la dependencia a opiáceos (referida a su eficacia y aceptabilidad, retención de pacientes en tratamiento, reducción del uso de sustancias ilícitas, mejoría del estado de salud y funcionamiento social), aporta las siguientes conclusiones:

- La provisión de tratamiento supervisado con heroína puede proporcionar un valor añadido al tratamiento con metadona.
- Teniendo en cuenta la mayor tasa de eventos adversos graves, la eventual relación beneficio-riesgo de la prescripción de heroína debe ser cuidadosamente evaluada antes de su aplicación extensa en la práctica clínica.

- La prescripción de heroína debería ser considerada para personas que no han podido mantenerse en otras modalidades terapéuticas de sustitución y tratamiento, debiendo realizarse siempre en el ámbito clínico y con un seguimiento adecuado.

Algunos estudios que analizan la relación coste-beneficio de los programas de dispensación controlada de heroína (Sánchez y Pereiro, 2008) destacan que:

- Las experiencias llevadas a cabo hasta el momento ponen de relieve la utilidad de la prescripción de heroína, tanto por vía intravenosa como oral, y su potencial terapéutico en el tratamiento de las adicciones a opiáceos, si bien su dispensación comporta importantes riesgos.
- A pesar de su potencial utilidad terapéutica en el tratamiento de pacientes dependientes a opiáceos con un importante deterioro en sus condiciones sociales y sanitarias y reiterados fracasos en otras modalidades de tratamiento, existen factores de tipo práctico que cuestionan la viabilidad de este tipo de tratamiento:
 - El reducido número de personas que podrían beneficiarse de estos programas, debido al reducido número de adictos “sólo” a la heroína con fracasos en otras modalidades terapéuticas.
 - La limitada utilidad clínica, o para su uso en espacios terapéuticos, de las actuales formas de presentación de la heroína, que obligan a los beneficiarios de los programas de tratamiento con heroína a asistir al centro de referencia un mínimo de dos veces al día, todos los días del año, para auto-administrarse su dosis. Estos programas son tremendamente exigentes con los pacientes en lo relativo a la frecuentación de los centros/servicios de tratamiento, mucho más que los programas de sustitución con metadona.
- El coste económico que tienen estos programas es muy superior al de los programas de mantenimiento con metadona, siendo la relación coste-beneficio abrumadoramente favorable a los programas de tratamiento con metadona.

6. EVIDENCIA RELATIVA A LOS PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL DE PERSONAS DROGODEPENDIENTES

En el exhaustivo proceso de búsqueda y revisión bibliográfica realizado en el marco del presente trabajo, no se localizaron estudios, meta-análisis ni revisiones sistemáticas de los resultados obtenidos con diferentes estrategias desarrolladas para facilitar la incorporación social de las personas drogodependientes.

Las razones de la falta de evidencia respecto de los programas de incorporación social de las personas drogodependientes se relacionan, fundamentalmente, con las dificultades de

conceptualización de los procesos de exclusión-inclusión social. A pesar de los avances registrados en las últimas décadas, no se dispone en la actualidad de una definición suficientemente comprensiva y válida, que cuente con el consenso de las instituciones más relevantes que operan en este ámbito.

La ausencia de una definición precisa y con vocación operativa de los conceptos de inclusión social y/o incorporación social, provoca un doble resultado: a) que los términos inserción, normalización, integración, inclusión e incorporación social se utilicen de forma equivalente y b) que estos términos se conviertan en un “cajón de sastre” en el que caben una gran diversidad de intervenciones.

Otras razones que justifican la ausencia de estudios, meta-análisis y revisiones que identifiquen la evidencia disponible en el campo de la incorporación social son:

- La ausencia de indicadores de evaluación estandarizados que faciliten la comparabilidad de los diferentes programas.
- La inexistencia de programas de referencia, suficientemente evaluados, que pudieran ser aplicados en distintos contextos.
- La enorme diversidad de criterios y orientaciones político/institucionales con que se aborda la exclusión social de las personas drogodependientes.
- La convergencia de otros problemas en materia de exclusión, además de la drogodependencia, que hace que el repertorio de programas desarrollados sea amplio y heterogéneo.
- La propia naturaleza descentralizada y cooperativa de muchos programas, con multitud de actores participantes en su diseño, ejecución y evaluación.

Conviene destacar, además, que la mayor parte de los programas de incorporación social analizados no hacen referencia al modelo teórico en el que se apoyan, ni a las evidencias que justifican el uso de determinadas estrategias de intervención. Esta omisión suele compensarse con la identificación de una serie de criterios orientadores, que son la traslación de algunos de los análisis teóricos formulados en el campo de la exclusión social (por ejemplo, la necesidad de adecuar las intervenciones en este ámbito al carácter multidimensional de los procesos de exclusión social) y de la dilatada experiencia de algunas organizaciones en la implementación de programas de esta naturaleza.

La escasa (por no decir prácticamente nula) trayectoria de la investigación relacionada con los programas de incorporación social, se ve compensada por la existencia de una amplia y coherente relación de principios o criterios con un amplio consenso entre los profesionales y organizaciones que trabajan en este campo (soportados en la reflexión crítica de la práctica), que actúan a modo de “hechos bien asentados en la incorporación social de las personas drogodependientes” y que son descritos seguidamente.

HECHOS BIEN ASENTADOS EN LA INCORPORACIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES: CRITERIOS ORIENTADORES DE LOS PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL

- Puesto que los procesos de exclusión tienen una naturaleza multicausal y multidimensional, los programas de incorporación social deben incluir estrategias de intervención amplias, que incidan simultáneamente y de forma complementaria en distintos niveles:
 - Individual: con el objetivo de mejorar las aptitudes y actitudes de estas personas de cara a su integración social.
 - Microsocial: con la finalidad de crear, en el entorno social próximo de los beneficiarios de los programas, condiciones favorecedoras de los procesos de incorporación social.
 - Macrosocial: a fin de modificar las percepciones sociales dominantes acerca de las drogodependencias y las personas con problemas de exclusión, de involucrar a la comunidad en la formulación de programas y actuaciones para su abordaje y de modificar las estructuras sociales generadoras de discriminación y exclusión social. En los procesos de incorporación social la comunidad no es un elemento pasivo, neutro; de cuáles sean las actitudes sociales dominantes frente a estos fenómenos dependerá en gran medida el éxito-fracaso de los programas de incorporación social.
- Los programas de incorporación social deben contextualizarse, adecuarse a las características de la realidad social.
- La multicausalidad de la exclusión sólo puede ser abordada desde una concepción multidimensional de las metas de inclusión, no exclusivamente centrada en la inserción laboral (por más que ésta se considere el mecanismo básico de inclusión social y protección frente a la pobreza). La incorporación social de estas personas exige una intervención integral, que incida en todos los ámbitos de su vida: personal, relacional, familiar, educativo, sanitario, formativo, laboral, jurídico-penal, etc.
- Para una efectiva integración social, resulta fundamental la reconstrucción de un ámbito de relaciones sociales normalizadas, lo cual va más allá de la superación de la adicción y del acceso al mercado de trabajo (CICAD, 2011).
- La incorporación social es un proceso, de aproximaciones graduales y sucesivas, aunque no siempre lineales. Un proceso en que cual las personas drogodependientes pasan por diferentes etapas. Las fases por las que pase cada sujeto, la rapidez con la que progrese en su recorrido, los objetivos a conseguir en cada una de las fases y los posibles “retrocesos” en el proceso dependerán de las características de la persona y de su contexto micro y macrosocial, así como del conjunto de recursos que participen y apoyen su proceso de incorporación social.

- Sean cuales sean los contenidos del recorrido que las personas drogodependientes sigan para avanzar en su incorporación social, y las características del mismo, deben cumplir dos condiciones para que pueda completarse con éxito (Funes, 1995):
 - En todas las fases (desde la de consumo activo y/o exclusión a la de la integración satisfactoria) deben existir profesionales y recursos que acojan, orienten y realicen un seguimiento de la persona (no existe intervención socializadora sin agentes de referencia capaces de estimular la construcción del tránsito hacia la sociedad).
 - La persona inmersa en un proceso de integración social debe encontrar en su comunidad de referencia recursos adaptados a sus necesidades y a los diferentes momentos por los que va pasando en su evolución. Estos recursos deben estar, además, coordinados entre sí ("redes articuladas de ocasiones para cambiar").
- Los procesos de rehabilitación y de incorporación social se refuerzan mutuamente. La incorporación social no es una etapa posterior a la rehabilitación, sino que comienza y se desarrolla en paralelo a la rehabilitación (la incorporación social es un proceso transversal que recorre el tratamiento y se mantiene una vez concluido el mismo).
- La posibilidad de acceder a programas de incorporación social debe ofertarse a todas las personas drogodependientes que se encuentren en tratamiento y que presenten carencias relevantes relacionadas con la integración social.
- Las personas drogodependientes deben asumir un papel activo en el proceso de incorporación social, ser los protagonistas del cambio de sus trayectorias vitales. Para ello, es necesario que la persona participe, junto con los profesionales encargados de apoyar el proceso, tanto en el diagnóstico de su situación, como en el diseño de un plan de trabajo para modificar la misma y en la evaluación de los progresos registrados.
- En general, la incorporación social de las personas drogodependientes requiere una intervención inicial orientada a consolidar su abstinencia y/o al control del consumo y a integrar ciertos aprendizajes básicos que les permitan acceder a la oferta de recursos existentes en la comunidad. No obstante, la falta de consolidación de la abstinencia entre personas drogodependientes no debería ser motivo para impedir su acceso a los servicios de apoyo a la incorporación social existentes (servicios de formación para el empleo, servicios de alojamiento, etc.).
- Los procesos de incorporación social deben operativizarse, incluyendo objetivos concretos y evaluables, estrategias y actividades capaces de asegurar el logro de esos objetivos e indicadores que permitan evaluar sus resultados.
- No todas las personas drogodependientes tienen problemas de exclusión. De hecho existe un abanico de posibilidades que van, desde personas que no precisan intervenciones específicas en este campo, a otras con graves dificultades y que necesitan de un amplio y continuo apoyo.

- La incorporación social es un proceso individualizado, que requiere de un estudio previo de las necesidades, demandas y recursos de cada drogodependiente, con el fin de establecer estrategias diferenciales para cada caso.

La individualización de las intervenciones se refiere, tanto a la adecuación de los servicios prestados a las necesidades específicas de las personas y a la fase del proceso de incorporación social en la que se encuentran, como a su participación en la definición de los objetivos y los contenidos de las intervenciones, que deben establecerse y negociarse con cada sujeto, en base a sus carencias, recursos y expectativas de cambio.

- La incorporación es un proceso plural, flexible no lineal, no pudiendo estructurarse en fases estandarizadas por las que deban transitar todas las personas con problemas de drogodependencias. Debe ser una meta lo suficientemente flexible como para que tengan cabida todas las personas que quieran cambiar (Cruz *et al.*, 2005).
- Es un proceso plural que se concretará y resolverá de forma diferente según las necesidades y potencialidades de cada persona y de los recursos disponibles (no existen recetas únicas para un colectivo heterogéneo).
- Las actividades integradoras se sustentarán preferentemente en la utilización de recursos de carácter generalista, debiendo evitarse, siempre que sea posible, la organización de actividades específicas para drogodependientes (las intervenciones no han de ser segregadoras, debiendo operar en un marco no exclusivo para drogodependientes).
- Los programas de incorporación social deben promover actuaciones destinadas a la satisfacción de las necesidades básicas de su población destinataria, mientras que de forma paralela inciden sobre los factores generadores de situaciones de exclusión social.

7. CONCLUSIONES GLOBALES RESPECTO A LA EVIDENCIA RELACIONADA CON LOS PROGRAMAS DE RDD

Las evidencias disponibles en relación a los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD) son muy limitadas, problema que por otra parte no es exclusivo de este ámbito. Baste apuntar que sólo el 30% de las intervenciones médicas tienen base en la evidencia (Dixon *et al.*, 1997).

El nivel de evidencia difiere sustancialmente en los distintos ámbitos analizados. Así mismo, la existencia de diversos sistemas de evaluación de la calidad de las evidencias dificulta enormemente la identificación y difusión de aquellas intervenciones que, contando con un aceptable nivel de evidencia, disponen de un fuerte grado de recomendación.

En el campo de la RDD, al igual que ocurre en el ámbito de la Salud Pública, no siempre pueden llevarse a cabo diseños clásicos aleatorizados y controlados de forma estricta para conocer los resultados obtenidos con una intervención (bien por criterios éticos, por razones operativas o por imposibilidad conceptual). Máxime teniendo en consideración que la mayoría de las intervenciones son de tipo multicomponente, lo que hace que la interpretación de resultados sea compleja.

Los estudios observacionales son infravalorados en la medición de la calidad de la evidencia, a pesar de que este tipo de estudios son, en muchos casos, los indicados en materia de RDD.

Buena parte de la evidencia disponible resulta de escasa utilidad para estandarizar determinadas intervenciones, porque está referida a estrategias generales de intervención o afrontamiento de los problemas relacionados con las drogas y las drogodependencias, y no específicamente a programas o intervenciones concretas perfectamente acotadas. Dicho de otro modo, la falta de concreción de determinadas intervenciones dificulta la valoración de la calidad de la evidencia, impidiendo que puedan establecerse recomendaciones generales respecto de su implementación.

Aunque idealmente podría pensarse que las actividades sanitarias se implementan como consecuencia de la existencia de evidencia científica suficiente, proporcionada por la investigación biomédica, epidemiológica, etc., en la práctica esto sólo sucede en una pequeña parte de los casos, como es bien conocido. De hecho, hasta hace muy poco la evidencia empírica más convincente, que es la proporcionada por los estudios experimentales, se ha limitado a un 15% o un 20% de las intervenciones y procedimientos (Bunker, 1988), lo que contrasta con la general caracterización de la medicina como una ciencia.

Un estudio (Dixon *et al.*, 1997) en el que se valoraba de forma crítica la literatura sobre las intervenciones propuestas o sugeridas a los responsables sanitarios para su “adquisición”, aportó los siguientes resultados, que muestran las limitaciones existentes para la implementación de intervenciones con base en la evidencia: de las 144 propuestas sometidas a estudio, tan sólo existía evidencia potente para el 6,2%, mediana para el 21,2%, pobre para el 38,1% y ninguna para el resto, si bien en ningún caso se dispuso de evidencia en contra. A esto hay que añadir que la correlación entre la potencia de la evidencia sobre la efectividad de la propuesta y la puntuación inicial obtenida en cuanto a ganancia de salud resultó moderada (al finalizar el proceso de priorización había desaparecido cualquier correlación).

Hay que tener en cuenta las limitaciones de la evidencia empírica para tomar decisiones, porque no todos los problemas son susceptibles de análisis experimental y porque los estudios experimentales no son suficientes a la hora de garantizar una racionalización de las decisiones en el campo de la salud. Podría concluirse señalando que siempre que sea pertinente conviene disponer de evidencia experimental sobre la eficacia de una intervención y

que, cuando se dispone de ella, es necesario incluirla en el proceso de toma de decisiones que debe completarse con otro tipo de consideraciones de carácter más político.

No obstante, y al igual que ocurre en otros ámbitos como el de la atención sanitaria, la implementación de intervenciones para la RDD con base en la evidencia se encuentra con diversas dificultades: limitaciones en el conocimiento disponible, obstáculos a la innovación, resistencias corporativas y problemas de reasignación de recursos.

En la práctica, la apuesta por implementar programas y servicios basados en la evidencia tropieza con la inexistencia de (o la falta de accesibilidad a) la información e investigación necesaria para apoyar determinadas decisiones a nivel técnico y político (Meneu *et al.*, 2000):

- Las personas que deben decidir sobre los programas y servicios a implementar no pueden acceder a toda la información relevante.
- La información de que disponen, responde sólo de manera parcial a sus necesidades, y la que precisan, a menudo no está localizable.
- Los investigadores a menudo obvian las características y necesidades de los potenciales usuarios de su trabajo.

La opción por lograr un mayor anclaje de las decisiones en materia de RDD en las evidencias disponibles se enfrenta a una cuestión clave: ¿cuánta evidencia se requiere para considerar que una intervención (preventiva, terapéutica, etc.) deba implementarse y estandarizar su utilización?, una cuestión que aparece vinculada al tipo de evidencia y las características de los estudios que la sustentan, la relevancia de los resultados aportados o la adecuación de los indicadores utilizados para evaluar su efectividad.

El enfoque dominante en la evaluación de resultados en el campo de la salud se sustenta en la realización de ensayos clínicos aleatorios (convertido en el patrón de oro de la investigación de la efectividad de los programas y servicios), infravalorando los estudios observacionales que, en muchos casos, son los más indicados y los únicos posibles en el campo de la RDD.

Los ensayos controlados aleatorios (ECA) son esenciales para evaluar la eficacia de las intervenciones clínicas, donde la cadena causal entre el agente y el resultado es relativamente corta y sencilla, y donde los resultados pueden extrapolarse de forma segura a otros ámbitos. Sin embargo, las cadenas causales en las intervenciones de Salud Pública, al igual que ocurre con frecuencia en el caso de los PRDD, son complejas, haciendo que los resultados de los ECA estén sujetos a modificación del efecto en diferentes poblaciones. La validez, tanto interna como externa, de los resultados de los ECA puede mejorarse considerablemente por estudios observacionales que utilicen diseños adecuados o plausibles. Hay, por tanto, una necesidad urgente de desarrollar normas y protocolos de evaluación para su uso en circunstancias donde los ECA no son apropiados (Victoria *et al.*, 2004).

REFERENCIAS

AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS (2003). *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid: AETS del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

AGOSTINELLI, G. y GRUBE, J.W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media – a review of recent research, *Alcohol research and health* 26(1): 15-21.

AIRA, M. *et al.* (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semistructured interview study. *Family Practice*, 2003, 20(3): 270–275.

AJZEN, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Milton Keynes: Open University Press.

AJZEN, I. y FISHBEIN, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

ALBALATE, D. (2006). *Lowering blood alcohol content levels to save lives: the European experience*. Barcelona: Research Institute of Applied Economics (No. CREAP20006-07).

ALONSO, C. (2009). Intervención comunitaria para la prevención del consumo de drogas en la población infantil y juvenil. En: C. Velaz de Medrano (coord.). *Educación y protección de menores en riesgo. Un enfoque comunitario*. Barcelona: Graó.

ALONSO, C. y DEL BARRIO, V. (1994). Empleo del tiempo libre y consumo de drogas legales en escolares. *Revista de Psicología Social*, 9(1): 71-93.

ALONSO, C. y DEL BARRIO, V. (1996). Expectativas y consumo de drogas legales. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(2): 91-111.

ALONSO, D.; FREIJO, E. y FREIJO, A. (1996). *La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

ALTERMAN, A.I. *et al.* (1996). Response to methadone maintenance and counseling in antisocial patients with and without major depression. *J Nerv Mental Dis* 1996; 184: 695-702.

AMATO, L. *et al.* (2007). Tratamientos psicosociales combinados con mantenimiento con agonistas *versus* tratamientos de mantenimiento con agonistas solos para el tratamiento de la dependencia de opiáceos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

AMATO, L.; DAVOLI, M.; MINOZZI, S.; ALI, R. y FERRI, M. (2005). *Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD003409. DOI: 10.1002/14651858.CD003409.pub3.

AMATO, L.; DAVOLI, M.; PERUCCI, C.A.; FERRI, M.; FAGGIANO, F. y MATTICK, R.P. (2005b). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28: 321-330.

AMENGUAL, M. (1998). Programación y evaluación: instrumentos y claves para la mejora de los programas preventivos. El programa "Tú decides" como proceso de investigación-evaluación. En F. de Arce (coord). *Ponencias de las IV Jornadas sobre Prevención de Drogodependencias*, Alcorcón, pp. 75-84.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Alcohol, cocaine, opioids*. American Psychiatric Press.

ANDERSON, P. y BAUMBERG, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. UK: Institute of Alcohol Studies.

ANDERSON, P.; CHISHOLM, D. y FUHR, D.C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet* 373 (9682): 2234-46.

ANDERSON, P. *et al.* (2004). Engaging general practitioners in the management of alcohol problems: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2004, 65:191-199

APPEL, P.W. *et al.* (2001). Selected in treatment outcomes of long-term methadone maintenance patients in New York State. *Mt Sinai J Med* 2001; 68: 55-61.

BALL, J.C. *et al.* (1988). Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. *Journal of Health and Social Behavior* 1988, 29: 214-260.

ASHLEY, O.S.; MARSDEN, M.E. y BRADY, T.M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2003; 29 (1): 19-53.

ATKINS, D.; BEST, D.; BRISS, P.A.; ECCLES, M.; FALCK-YTTER, Y.; FLOTTORP, S. *et al.* (2004). *GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations GRADE Working Group*. *BMJ*. 2004; 328:1490.

ATKINSON, A.B. (1998), *Poverty in Europe*. Oxford, Blackwell Publishers.

ATKINSON, A.B. y MARLIER, E. (2010). *Analysing and measuring Social Inclusion in a global context*. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs.

BABOR, T.; CAETANO, R.; CASSWELL, S. *et al.* (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- BABOR, T.; CAULKINS, J.; EDWARDS, G. *et al.* (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- BACA, C.T. y GRANT, K.J. (2005) Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction* 100: 1823-1831.
- BACHMAN, J.G. *et al.* (1988). Explaining the recent decline in marijuana use: Differentiating the effects of perceived risk, disapproval, and general lifestyle factors. *Journal of Health and Social Sciences*, 29: 92-112.
- BALL, J.C. y ROSS, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer-Verlag.
- BALLESTEROS, J. (2007). Revisión de los principales diseños de investigación en drogodependencias. Niveles de Evidencia. En: *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias*. Valencia: Sociedad Española de Toxicomanías, pp 49-56.
- BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- BANGLERT-DROWNS, R.L. (1988). The effects of schools-based substance abuse education. A meta analysis. *Journal of Drug Education*, 18 (3): 243-264.
- BARGAGLI, A.; DAVOLI, M.; MINOZZI, S.; VECCHI, S. y PERUCCI, C. (2007). *A Systematic Review of Observational Studies on Treatment of Opioid Dependence*. WHO Guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence. Geneva, Switzerland.
- BARNETT, P. (1999). The cost-effectiveness of methadone maintenance as a health care intervention. *Addiction* 94: 479-488.
- BAUER, J.E. *et al.* (2005). A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024-1029.
- BAUMAN, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Editorial Tusquets.
- BAUMAN, K.E.; FOSHEE, V.A.; ENNET, S.T.; PEMBERTON, M.; HICKS, K.A.; KING, T.S. y KOCH, G.G. (2001). The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol use. *American Journal of Public Health*, 91(4): 604-610.
- BECK, K.H. *et al.* (1995). Social context and sensation seeking. Gender differences in college student drinking motivations. *The international Journal of the adictions*, 30 (9): 1101-1115.
- BECOÑA, E. (1999). *Bases teóricas de que sustentan los programas de prevención*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

BECOÑA, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

BECOÑA, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1): 89-101.

BECOÑA, E.; CORTÉS, T. (coord.) et al. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

BECOÑA, E.; CORTÉS T. (coord.) et al. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

BECOÑA, E. y MÍGUEZ, M.C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16(2): 91-96.

BENDIT, R. y STOKES, D. (2004). Jóvenes en situación de desventaja social: políticas de transición entre la construcción social y las necesidades de una juventud vulnerable. *Revista de Estudios de Juventud*, 65: 116-120.

BENSON, K. y HARTZ, A.J. (2000). A comparison of observational studies and randomized, controlled trials. *The New England Journal of Medicine* 342: 1878-1886.

BERTCHY, G. (1995). Methadone maintenance treatment: an update. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 245:114-124.

BOBES, J.; CASAS, M.; TERÁN, A. et al. (2010). *Guía para el tratamiento de la adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

BOND, L.; THOMAS, L.; COFFEY, C. et al. (2004). Long-term impact of the Gatehouse Project on cannabis use of 16-year-olds in Australia. *J Sch Health*, 2004; 74: 23-29.

BOTVIN, G.J. (2000). Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors. *Addictive Behaviors*, 25: 887-897.

BOTVIN, G.J.; BAKER, E. y DUSENBURY, L. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial. *Journal of the American Association* 1995, 273: 1106-1112.

BOTVIN, G.J.; BAKER, E.; DUSENBURY, L.; TORTU, S. y BOTVIN, E.M. (1990). Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a 3-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4): 437-446.

BOTVIN, G.J.; BAKER, E.; RENICK, N.L.; FILAZZOLA, A.D. y BOTVIN, E.M. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors*, 9: 137-147.

BOTVIN, G.J. y TORTU, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. En: R. Price, E. Cowen, R. Lorion y J. Ramos McKay (eds.). *Fourteen ounces of prevention*. Washington: APA, pp. 98-110.

BRADY, T.M. y ASHLEY, O.S. (eds.) (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*. DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

BRINN, M.P.; CARSON, K.V.; ESTERMAN, A.J.; CHANG, A.B. y SMITH B.J. (2010). *Mass media interventions for preventing smoking in young people*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*, Issue 11. Art. No.: CD001006. DOI: 10.1002/14651858.CD001006.pub2

BRITTON, L. y CASEBOURNE, J. (2002). *Defining social inclusion*. *Working Brief*, 136: 10-14.

BROTHERHODD, A.; SUNMALL, H.R. and the Prevention Standards Partnership (2011). *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*. EMCDDA Manuals N° 7. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

BRUVOLD, W.H. (1993). A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 872-80.

BRY, B.H. *et al.* (1998). Scientific findings from family prevention intervention research. *NIDA Res Monogr* 1998; 177: 103-129.

BÜHLER, A. y KRÖGER, C. (2006). *Report on the prevention of substance abuse*. Federal Centre for Health Education BZgA.

BÜHLER, A. y KRÖGER, C. (2008). *EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

BUNKER, J.P. (1988). Is efficacy the gold standard for quality assessment? *Inquiry* 1988; 25: 51-8.

BURKHART, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones*, 23(2): 87-100.

CABALLERO, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

CABRERO, G. (1988). La integración social de drogodependientes. En: *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid: Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.

CALAFAT, A.; FERNÁNDEZ, C.; JUAN, M. y BECOÑA, E. (2005). Cómo el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*, 17(2): 145-155.

CAPLEHORN, J.R.M. *et al.* (1993). Clinic policy and retention in methadone maintenance. *Int J Addictions* 1993, 28: 73-90.

CAPLEHORN, J.R.M. y DRUMMER, O.H. (1999). *Mortality associated with New South Wales methadone programs in 1994: lives lost and saved*. MJA 1999, 170: 104-109.

CAPLEHORN, J.R.M. y DRUMMER, O.H. (2002). Methadone dose and post-mortem blood concentration. *Drug and Alcohol Review*, 2002. 21: 329-333.

CARVAJAL, S.C. *et al.* (2000). Psychosocial Determinants of the Onset and Escalation of Smoking: Cross-sectional and Prospective Findings in Multiethnic Middle School Samples. *Journal of Adolescent Health*, 27: 255-265.

CASTEL, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del asalariado*. Buenos Aires: Paidós.

CASTEL, R. (1997). La exclusión social. En: VV.AA. *Exclusión e intervención social. IV Encuentro internacional sobre servicios sociales*. Valencia: Fundación Bancaixa, pp. 185-200.

CASTEL, R. (2004). Encuadre de la exclusión. En: S. Karsz (coord.). *La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Barcelona: Gedisa.

CATALANO, R.J. y HAWKINS, J.D. (1996). The social development model: A theory of anti-social behavior. En: J.D. Hawkins (ed.). *Delinquency and crime. Current theories*. New York: Cambridge University Press, pp: 198-235.

CATALANO, R.F.; KOSTERMAN, R.; HAGGERTY, K.; HAWKINS, J.D. y SPOTH, R.L. (1998). A universal intervention for the prevention of substance use: preparing for the drug-free years. En: R.S. Ashery, E.B. Robertson y K.L. Kumpfer (eds.). *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph nº 177. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, pp. 130-159.

CAULKINS, J.P.; PACULA, R.L.; PADDOCK, S. y CHIESA, J. (2004). What we can —and cannot— expect from school-based drug prevention. *Drug and Alcohol Review*, 23: 79-87.

CEIES (Statistics Users Council) (1999). *Social Exclusion Statistics, Conference Proceedings*, Joint Conference, 22 November 1999. Imac Research: Esher, UK.

CEPS (1999). *Estudio sobre factores de riesgo y protección de carácter familiar relacionados con el uso y abuso de drogas en adolescentes en el municipio de Madrid*. Madrid: Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

CHAMBLESS, D.L. *et al.* (1998). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51: 3-16.

CHANG, C. (2004). Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Research and Health*, 2004, 28: 80-84.

CHIKRITZHS, T. *et al.* (2007). *Predicting alcohol-related harms from licensed outlet density: A feasibility study*. Perth, WA: Curtin University of Technology, National Drug Research Institute.

CHIKRITZHS, T. y STOCKWELL, T.R. (2002). The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2002, 63: 591-599.

CHOU, C.P.; MONTGOMERY, S.; PENTZ, M.A. *et al.* (1998). Effects of a community-based prevention program on decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 88 (6): 944-948

CICAD (2011). *Integración social drogas*. Secretaría Ejecutiva de la CICAD. CICAD/INF.3/11 26 abril 2011.

CICAD-OPS/OMS (1999). *Normas mínimas de atención para el tratamiento de la dependencia a las drogas: una experiencia en las Américas*. Diciembre 1999. Comisión Interamericana contra el Abuso de Drogas (CICAD/OEA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

CLAYTON, R.R. (1992). Transitions in drug use: risk and protective factors. En: M. Glantz y R. Pickens (eds.). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, D.C: American Psychological Association, pp. 15-51.

CLAYTON, R.R.; CATTARELLO, A.M. y JOHNSTONE, B.M. (1996). The effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (Project DARE): 5-year follow-up results. *Preventive Medicine*, 25: 307-318.

CLEARY, M.; HUNT, G.; MATHESON, S.; SIEGFRIED, N. y WALTER, G. (2008). *Intervenciones psicosociales para personas con enfermedades mentales graves y abuso de sustancias*. *Revisión Cochrane. Biblioteca Cochrane Plus*, 2008. Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

COEI, J.D. *et al.* (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychology* 46: 265-293.

COHEN, D.A. *et al.* (2006). Alcohol outlets, gonorrhea, and the Los Angeles civil unrest: a longitudinal analysis. *Social Science & Medicine*, 2006, 62: 3062-3071.

COHEN, D.A. y RICE, J. (1997). Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement. *Journal of Drug Education*, 27(2): 199-211.

COHEN, E. y FRANCO, R. (1988). *Evaluación de proyectos sociales*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

COMÍN, E.; TORRUBIA, R. y MOR, J. (1998). Relación entre personalidad, actitudes y consumo de alcohol, tabaco y ejercicio en escolares. *Gaceta Sanitaria*, 12(6): 255-262.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2003). *Informe conjunto sobre la inclusión social en el que se resumen los resultados del examen de los planes nacionales de acción en favor de la inclusión social (2003-2005)*. Bruselas, 12.12.2003.

CONCATO, J.; SHAH, N. y HORWITZ, R.I. (2000). Randomized, controlled trials, observational studies and the hierarchy of research designs. *New England Journal of Medicine* 342: 1887-1892.

CONNOCK, M.; JUAREZ-GARCIA, A.; JOWETT, S. *et al.* (2007). Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment* 11: 1-190.

COOK, T.D.; SHADISH, W.R. y WONG, V.C. (2008). Three conditions under which experiments and observational studies produce comparable causal estimates: New findings from within-study comparisons. *Journal of Policy Analysis and Management* 27: 724-750.

COPELAND, J. y MAY, W. (1992). A comparison of predictors of treatment dropout of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. *British Journal of Addiction*, 1992; 87(6): 883-890.

COSTA, F.M. *et al.* (1999). Transition into adolescent problem drinking: the role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 480-490.

CRAINE, N.; HICKMAN, M.; PARRY, J.V. *et al.* (2009). Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. *Epidemiology and Infection* 137: 1255- 65.

CRUZ, F. *et al.* (2005). *Documento Marco de UNAD. Incorporación sociolaboral de las personas con problemas de drogas. Redefiniendo nuestros planteamientos*. Madrid: Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente.

CUJJPERS, P. (2002). Peer-led and adult-led school drug prevention: A meta-analytic comparison. *Journal of Drug Education*, 32(2): 107-119.

- CUIJPERS, P. (2002b) Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors* 27: 1009–23.
- CUIJPERS, P. (2003). Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: education, prevention and policy*. 2003; 10: 7-20.
- D'AUNNO, T. y VAUGHM, C. (1992). Variations in methadone maintenance treatment practices. *JAMA* 1992; 267: 253-258.
- DEL BARRIO, V. y ALONSO, C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y Salud*, 5: 69-81.
- DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS (2009). *Creating an inclusive society: practical strategies to promote social integration*. New York: United Nations.
- DINH-ZARR, T.B. (2004). *Interventions for preventing injuries in problem drinkers*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004,(3):CD001857.
- DOLAN, K.A.; RUTTER, S. y WODAK, D. (2003). Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 2003, 98: 153–158.
- DOLAN, K.A.; SHEARER, J.; WHITE, B.; ZHOU, J.; KALDOR, J. y WODAK, A.D. (2005). Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection. *Addiction* 2006, 100: 820–828.
- DONALD, M.; DOWNER, J. y KAVANAGH, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science and Medicine*, 2005; 60 (6):1371-83.
- DONALDSON, S.I.; GRAHAM, J.W.; PICCININ, A.M. y HANSEN, W.B. (1995). Resistance-skills training and onset of alcohol use: evidence for beneficial and potentially harmful effects in public schools and in private catholic schools. *Health Psychology*, 14(4): 291-300.
- DONNELLY, N. *et al.* (2006). Liquor outlet concentrations and alcohol-related neighbourhood problems. *Alcohol Studies Bulletin*, 2006, 8.
- D'ONOFRIO, G. y DEGUTIS, L.C. (2002). Preventive care in the emergency department: screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Academic Emergency Medicine*, 2002, 9(6): 627-638.
- DIXON, S.; BOOTH, A. y PERRET, K. (1997). The application of evidence-based priority setting in a District Health Authority. *J Public Health Med* 1997; 19: 307-312.

DRAKE, R.E.; MUESER, K.T.; BRUNETTE, M.F. y MCHUGO, G.J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27 (4): 360-74.

DUALIBI, S. *et al.* (2007). The effect of restricting opening hours on alcohol related violence. *American Journal of Public Health*, 2007, 97(12): 2276–2280.

DUSEMBURY, L.; FALCO, M. y LAKE, A. (1997). A review of evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally. *Journal of School Health*, 67(4): 127-131.

DYSON, A. (2001). Dilemas, contradicciones y variedades en la inclusión. En: *IV Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. Salamanca 15, 16 y 17 de marzo de 2001. *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Serie: Colección Psicología, n.º 51. Salamanca: Amarú Ediciones, pp. 145-160.

ELDER, R.W. *et al.* (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2004, 27: 57–65.

ELLICKSON, P.L.; BELL, R.M. y MCGUIGAN, K. (1993). Preventing adolescent drug use: long-term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*, 83(6): 856-861.

ELLICKSON, P.L.; MCCAFFREY, D.F.; GHOSH-DASTIDAR, B. y LONGSHORE, D.L. (2003). New inroads in preventing adolescent drug use: results from a large-scale trial of project ALERT in middle schools. *Am J Public Health*. 2003; 93: 1830-1836.

EMCDDA (2003). *Social exclusion and reintegration. Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. Lisboa: Autor.

EMCDDA (2007). *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Literature reviews. Lisbon.

EMCDDA (2010). *Harm reduction: evidence and impacts. EMCDDA Monograph*. T. Rhodes y D. Hedrich (eds.). Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA (2011). *European drug prevention quality standards: A manual for prevention professionals. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction n° 7*. Luxembourg: The Publications Office of the European Union.

ENNETT, S.T.; TOBLER, N.S.; RINGWALT, C.L. y FLEWELLING, R.L. (1994). How effective is Drug Abuse Resistance Education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84(9): 1394-1401.

EPSTEIN, J.A.; BOTVIN, G.J.; GRIFFIN, K.W. y DÍAZ, T. (2001). Protective factors buffer effects of risk factors on alcohol use among inner-city youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 11(1): 77-90

ESTIVILL, J. (2003). *Panorama de la lucha contra la exclusión social. Conceptos y estrategias*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.

EVANS, R.I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5: 122-127.

EXPÓSITO, M. (1995). *Campañas de marketing social en drogodependencias. Experiencias extranjeras*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F.; VERSINO, E. y LEMMA, P. (2003). *Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2003*, Issue 3. Art. No.: CD002208. DOI: 10.1002/14651858.CD002208.

FAGGIANO, F. y VIGNA-TAGLIANTI, F. (2008). Drugs, Illicit – Primary Prevention Strategies. En: Kris Heggenhougen and Stella Quah (eds.). *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 2. San Diego: Academic Press, pp. 249-265.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F.; VERSINO, E.; ZAMBON, A.; BORRACCINO, A. y LEMMA, P. (2005). *School-based prevention for illicit drugs' use*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F.; BURKHART, G. *et al.* and The EU-DAP Study Group (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 108: 56-64.

FARRELL, A.D. y WHITE, K.S. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: family structure and parent-adolescent relationship as protective factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2): 248-258.

FELIX-ORTIZ, M. y NEWCOMB, M.D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27: 257-292.

FERGUSSON, D.M. y LYNSKEY, M.T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37: 281-292.

FERNÁNDEZ, J.J. *et al.* (2001). Consumo de drogas ilegales y alcohol antes y a lo largo de 6 años de mantenimiento con metadona y variables relacionadas. *Adicciones*, 2001; 13: 179-188.

FERNÁNDEZ, S.; NEBOT, M. y JANÉ, J. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública*, 76: 175-187.

FERRI, M.; DAVOLI, M. y PERUCCI, C.A. (2011). *Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12.

FICHTENBERG, C.M. y GLANTZ, S.A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357): 188.

FIORE, M.C.; JAÉN, C.R.; BAKER, T.B. *et al.* (2008) *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

FLAY, B.R.; BIGLAN, A.; BORUCH, R.F. *et al.* (2005). Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3): 151-175.

FLYNN, B.S.; WORDEN, J.K.; SECKER-WALKER, R.H.; BADGER, G.J.; GELLER, B.M. y COSTANZA, M.C. (1992). Prevention of cigarette smoking through mass-media intervention and school programs. *American Journal of Public Health*, 82(6): 827-834.

FORSTER, J.L.; MURRAY, D.M.; WOLFSON, M.; BLAINE, T.M.; WAGENAAR, A.C. y HENNRİKUS, D.J. (1998). The effects of community policies to reduce youth access to tobacco. *American Journal of Public Health*, 88(8): 1193-1198.

FOXCROFT, D.; IRELAND, D.; LISTER-SHARP, D.J.; LOWE, G. y BREEN, R. (2002). *Prevencción primaria para el abuso de alcohol en los jóvenes*. Traducida de The Cochrane Library, Issue 2. Chichester, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.

FOXCROFT, D.; IRELAND, D.; LOWE, G. y BREEN, R. (2008). Primary prevention for alcohol misuse in young people, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD003024. DOI: 10.1002/14651858.CD003024.

FOXCROFT, D. y TSERTSVADZE, A. (2011a). *Programas escolares universales para prevenir el abuso del alcohol en los jóvenes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5, Art. No.: CD009113.

FOXCROFT, D. y TSERTSVADZE, A. (2011b). *Programas universales de prevención basados en la familia para el abuso de alcohol en los jóvenes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art No.: CD009308.

FOXCROFT, D. y TSERTSVADZE, A. (2011c). *Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD009307. DOI: 10.1002/14651858.CD009307.

FREISTHLER, B.; MIDANIK, LT. y GRUENEWALD, P.J. (2004). Alcohol outlets and child physical abuse and neglect: Applying routine activities theory to the study of child maltreatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65: 586-592.

FUNES, J. *et al.* (1995). *La incorporación social de las personas con problemas de drogas*. Pamplona/Vitoria: Ed. Plan Foral de Drogodependencias del Gobierno de Navarra y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.

GALLIE, D. y PAUGAN, S. (2000). *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*. Oxford University Press, UK.

GARAU, J. (2005). *Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales*. Barcelona: Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales.

GARCÍA, J. y CARRASCO, A.M. (2003). Factores individuales, familiares y educativos asociados al consumo de alcohol en jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 18(1): 49-60.

GARDNER, S.E. et al. (2001). *Guide to science-based practices 2. Promising and proven substance abuse prevention programs*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

GATES, S.; MCCAMBRIDGE, J.; SMITH, L.A. y FOXCROFT, D.R. (2006). *Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. Nº CD005030.

GAWIN, F.H.; MORGAN, C.; KOSTEN, T.R. y KLEBER H.D. (1989). Double-blind evaluation of the effect of acute amantadine on cocaine craving. *Psychopharmacology* 1989, 97(3): 402-403.

GÁZQUEZ, M.; GARCÍA DEL CASTILLO, J.A. y ESPADA, J.P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 9 (2): 185-208.

GIANNINI, A.J.; FOLTS, D.J.; FEATHER, J.N. et al. (1989). Bromocriptine and amantadine in cocaine detoxication. *Psychiatry Res* 1989; 29: 11-16.

GERRA, G. et al. (2004). Substance use among high-school students: Relationships with temperament, personality traits, and parental care perception. *Substance Use and Misuse*, 39(2): 345-367.

GIBSON, D.; FLYNNA, N. y PERALES, D. (2001). *Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users*. *AIDS* 2001, 15: 1329-1341.

GIESBRECHT, N. (2003). Alcohol, tobacco and local control. A comparison of several community-based prevention trials. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 20: 25-40.

GILVERY, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41: 55-80.

GÓMEZ, J.A.; LUENGO, A. y ROMERO, E. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un proyecto. *Psicothema* 14(4): 685-692.

GONZÁLEZ, M.; IBÁÑEZ, I. y PEÑATE, W. (1997). Consumo de alcohol, búsqueda de sensaciones y dimensiones básicas de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(89): 385-405.

GORMAN, D. (2011). Does the Life Skills Training program reduce use of marijuana? *Addiction Research and Theory*, 19(5): 470-481.

GORMAN, D.M. y HUBER, J.C. (2009). *The social construction of "evidence-based" drug prevention programs. A reanalysis of data from the Drug Abuse Resistance Education (DARE) Program. Evaluation Review*, 33(4): 396-414.

GOTTFREDSON, D.C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review*, 11: 739-763.

GOTTFREDSON, D.C. y WILSON, D.B. (2003). Characteristics of effective school-based substance abuse prevention. *Prevention Science*, 4(1): 27-38.

GOWING, L.; ALI, R. y WHITE, J.M. (2009). *Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 3. Art. No.: CD002025. DOI: 10.1002/14651858.CD002025.pub4.

GOWING, L.; FARRELL, M.; ALI, R. y WHITE, J.M. (2009). *Alpha2-adrenergic agonists for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009*, Issue 2. Art. No.: CD002024. DOI: 10.1002/14651858.CD002024.pub3.

GOWING, L.; FARRELL, M.; BORNEMANN, R.; SULLIVAN, L.E. y ALI, R. (2008). *Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). The Cochrane Collaboration*, Issue 4.

GOWING, L.; FARRELL, M.F.; BORNEMANN, R.; SULLIVAN, L.E. y ALI, R. (2011). *Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). The Cochrane Collaboration*, Issue 8.

GOTZSCHE, P.C. y OLSEN, O. (2000). Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *The Lancet* 35: 129-134.

GRAÑA, J.L. y MUÑOZ-RIVAS, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2): 249-269.

GRAY, J. (2000). Inclusion: A Radical Critique. En: *Social Inclusion: Possibilities and Tensions*. Basingstoke: MacMillan.

GREEN, A.I.; DRAKE, R.E.; BRUNETTE, M.F. y NOORDSY, D.L. (2007). Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *American Journal of Psychiatry* 164 (3): 402-8.

GRELLA, C.E. *et al.* (1997). Predictors of treatment retention in enhanced and standard methadone maintenance treatment for HIV risk reduction. *J Drug Issues* 1997; 27: 203-224.

GRUENEWALD, P.J. y REMER, L. (2006). Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30: 1184-1193.

GRUPO DE TRABAJO INTERAUTONÓMICO (1997). Criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias. En: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (comp.). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, pp. 105-128.

GUARDIA, J. (coord.) *et al.* (2010). Alcoholismo (2ª edición). *Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

GUNNE, L.M. y GRCNBLADH, L. (1981). The Swedish methadone maintenance program: A controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 7: 249-256.

HANEWINKEL, R. y ASSHAUER, M. (2004). Fifteen-month follow-up results of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health Educ Res.* 2004; 19: 125-137.

HASTINGS, G. y MCLEAN, N. (2006). Social marketing, smoking cessation and inequalities. *Addiction* 101: 303-304

HAVARD, A.; SHAKESHAFT, A. y SANSON-FISHER, R. (2008). Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 2008, 103(3): 368-378.

HAWKINS, J.D. *et al.* (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112: 64-105.

HAWKINS, J.D.; ABBOTT, R.; CATALANO, R.F. y GILLMORE, M.R. (1995). Medidas de efectividad en prevención del abuso de drogas: aspectos de la aplicación que influyen sobre los efectos a largo plazo y sobre la reproductibilidad del programa. En: NIDA (eds.). *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud, pp. 33-59.

HAWKS, D.; SCOTT, K.; MCBRIDE, N.; JONES, P. y STOCKWELL, T. (2002). *Prevention of Psychoactive Substance Use*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

HEDRICH, D. (2004). *European Report on Drug Consumption Rooms*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

HELLARD, M.; SACKS-DAVIS, R. y GOLD, J. (2009). Hepatitis C Treatment for Injection Drug Users: A Review of the Available Evidence. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 49, Issue 4: 561-573.

HERNÁNDEZ, S.; POZO, C. y ALONSO, E. (2004). La aproximación multimétodo en la evaluación de necesidades. *Apuntes de Psicología*, 22(3): 293-308.

HILLMANN, K.H. (2005). *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. Barcelona: Herder.

HOLDER, H.D. (1998). *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

HOLDER, H.D. *et al.* (1997). A community prevention trial to reduce alcohol-involved accidental injury and death: overview. *Addiction*, 1997, 92(Suppl. 2): S155-S171.

HOLDER, H.D. y WAGENAAR, A.C. (1994). Mandated server training and reduced alcohol-involved traffic crashes: a time series analysis of the Oregon experience. *Accident Analysis & Prevention*, 1994, 26: 89-97.

HOPKINS, D.P.; BRISS, P.A.; RICARD, C.J. *et al.* (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*; 2001, 20(2S): 16-66.

HORNIK, R. (2006). Personal influence and the effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 608(1): 282-300.

HUBBARD, R.L.; CRADDOCK, S.G.; FLYNN, P.M.; ANDERSON, J. y ETHERIDGE, R.M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (4): 261-278

HULLEY, S.; GRADY, D.; BUSH, T.; FURBERG, C.; HERRINGTON, D.; RIGGS, B. y VITTINGHOFF, E. (1998). Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin replacement Study (HERS) Research Group. *Journal of the American Medical Association* 280: 605-613.

JACKSON, C. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use Turing lata childhood: relation to peer, parent, and personal risk factors. *Addictive Behaviors*, 22(5): 685-698.

JESSOR, R. (1992). Risk behaviour in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12: 597-605.

JESSOR, R. y JESSOR, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development. A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.

JESSOR, R.; VAN DEN BOS, J.; VANDERRYN, J.; COSTA, F.M. y TURBIN, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31(6): 923-933.

JOE, G.W. *et al.* (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *J. Subst Abuse* 1991; 3: 73-84.

JOHNSON, R.E.; CHUTUAPE, M.A.; STRAIN, E.C.; WALSCH, S.L.; STITZER, M.L. y BIGELOW, G.E. (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine and methadone for opioid dependence. *New England Journal of Medicine*, 343: 1290-1297.

JONES, L.; SUMNALL, H.; WITTY, K.; WAREING, M.; MCVEIGH, J. y BELLIS, M.A. (2006). *A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people*. National Collaborating Centre for Drug Prevention, Centre for Public Health. Liverpool: John Moores University.

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2007). *Guía de profesionales. Gestión de procesos de integración sociolaboral de drogodependientes*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Comisionado Regional para la Droga.

JUNTA DE CASTILLA LEÓN (2010). *VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León (2009-2013)*. Valladolid: Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Comisionado Regional para la Droga.

KAKKO, J.; SVANBORG, K.D.; KREEK, M.J. y HEILIG, M. (2003). 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomized, placebo controlled trial. *The Lancet*, 36: 662-668.

KALAWSKI, J.P. y HAZ, A.M. (2003). Y... ¿dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37(2): 365-372.

KAMPMAN, K.M.; VOLPIDELLI, J.R.; ALTERMAN, A.I.; CORNISH, J.W. y O'BRIEN, C.P. (2000). Amantadine in the treatment of cocaine dependent patients with severe cocaine withdrawal symptoms. *Am J. Psychiatry* 2000; 157: 2052-2054.

KANDEL, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190: 912-914.

KANDEL, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En: D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (eds.). *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives*. (NIDA. Research Monograph 30, DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

KANDEL, D.B. y JESSOR, R. (2002). The Gateway Hypothesis revisited. En: D.B. Kandel (ed.). *Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis*. New York: Cambridge University Press, pp. 365-372.

KANDEL, D.B. y YAMAGUCHI, K. (1985). *Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood*. NIDA Research Monograph, 56: 193-235.

KANER, E.F.S. *et al.* (2007). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, (2): DC004148.

KAPLAN, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 29(2): 345-377.

KARILA, L.; GORELICK, D.; WEINSTEIN, A.; NOBLE, F.; BENYAMINA, A.; COSCAS, S. *et al.* (2007). New treatments for cocaine dependence: a focused review. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 1-14.

KEDIA, S. y WILLIAMS, C. (2003). Predictor of substance abuse treatment outcomes in Tennessee. *J. Drug Educ.* 2003; 33(1): 25-47.

KENNA, G.A.; NIELSEN, D.M.; MELLO, P.; SCHIES, A. y SWIFT, R.M. (2007). Pharmacotherapy of dual substance abuse and dependence. *CNS Drugs* 2007; 21(3): 213-237.

KER, K. y CHINNOCK, P. (2006). *Interventions in the alcohol server settings for preventing injuries*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2): CD005244.pub2.

KERR, T. *et al.* (2007). *The Role of Safer Injection Facilities in the Response to HIV/AIDS Among Injection Drug Users*. *Currents HIV/AIDS Reports* 2007, 4: 158-164.

KESSLER, F.; DE BONI, R.; BENZANO, D. y PECHANSKY, F. (2006). Cocaína. Aspectos clínicos. En: *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA.

KNAPP, W.P.; SOARES, B.; FARRELL, M. y SILVA DE LIMA, M. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, Art. No. CD003023, DOI: 10.1002/14651858.CD003023.pub2.

KOSTEN, T.R. *et al.* (1987). Multidimensionality and prediction of treatment outcome in opioid addicts: 2,5 years follow-up. *Comprehensive Psychiatry* 1987; 28: 3-13.

KREEK, M.J. (1983). Health consequences associated with the use methadone. En: J.R. Cooper, F. Altman, B.S. Brown y D. Czechowicz (eds.). *Research on the Treatment of Narcotic Addiction: State of the Art*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 83-101. Rockville, M.D.: National Institute Drug Abuse.

KRONAUER, M. (1998). Social exclusion and underclass—new concepts for the analysis of poverty. En: A. Hans Jurgen (ed.). *Empirical poverty research in a comparative perspective*. Aldershot: Ashgate, 51-75.

KUMPFER, K.L. *et al.* (1998). *Family-focused substance abuse prevention: what has been learned from other fields*. NIDA Res Monogr 1998; 177: 78-101.

KUMPFER, K.L. y ALVARADO, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *The American psychologist*, 58: 457-465.

KUMPFER, K.L. y JOHNSON, J.L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, 19: 13-25.

KUNZ, J.L. (1997). Associating leisure with drinking: current research and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 16: 69-76.

LAESPADA, T. *et al.* (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias.

LANCASTER, T. y STEAD, L.F. (2005). *Self-help interventions for smoking cessation*. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 3. Art. Nº.: CD001118. DOI:10.1002/14651858.CD001118.

LANGENDAM, M.W.; VAN BRUSSEL, G.H.; COUTINHO, R.A. y VAN AMEIJDEN, E.J. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health*, 91: 774-780.

LANZA, M.T.; SANTOS, M.E.; FERREIRA, S. y ABAD, M.C. (2003). La familia y el consumo de alcohol en los adolescentes. En: Congreso "La familia en la sociedad del siglo XXI". Libro de comunicaciones. Madrid: febrero.

LASCALA, E.A.; JOHNSON, F.W. y GRUENEWALD, P.J. (2001). Neighborhood characteristics of alcohol-related pedestrian injury collisions: a geostatistical analysis. *Prevention Science*, 2001, 2(2): 123-134.

LEDOUX, S.; SIZARET, A.; HASSLER, C.; CHOQUET, M. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. *Adicciones*, 12(2): 255-279.

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 and Theory*, 18(1): 84-96.

LENCE, M.; GÓMEZ, J.A. y LUENGO, M.A. (1997). El meta-análisis y la prevención de drogodependencias en el ámbito escolar: una revisión. *Adicciones*, 9(4): 601-616.

LEVITAS, R. *et al.* (2007). *The multi-dimensional analysis of social exclusion*. London: Department for Communities and Local Government.

LIPTON, D.S.; FALKIN, G.P. y WEXLER, H.K. (1995). El tratamiento de drogas en establecimientos penitenciarios de los Estados Unidos: Una panorámica. En: *El tratamiento del abuso de drogas en cárceles y penitenciarias*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, pp. 19-39.

LIVINGSTON, M.; CHIKRITZHS, T. y ROOM, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*, 2007, 26: 557-566.

LONCZAK, H.S.; HUANG, B.; CATALANO, R.F.; HAWKINS, J.D. *et al.* (2001). The social predictors of adolescent alcohol misuse: A test of the Social Development Model. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2): 179-189.

LÓPEZ, M.D. (2004). Medicina basada en la evidencia y la gestión. *Revista Galega de Actualidade Sanitaria*, vol. 3, nº 1: 28-30.

LÓPEZ-TORRECILLAS, F.; PERALTA, I.; MUÑOZ-RIVAS, M.J. y GODOY, J.F. (2003). Auto-control y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2): 127-136.

LLORENS, N.; PERELLÓ, M. y PALMER, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4): 261-266.

LUENGO, M.A. *et al.* (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela, Mº de Educación y Cultura, Mº de Sanidad y Consumo y Mº del Interior.

MACASKIL, P.; PIERCE, J.P.; SIMPSON, J.M. y LYLE, D.M. (1992). Mass media-led anti-smoking campaign can remove the education gap in quitting behavior. *American Journal of Public Health*, 82(1): 96-98.

MACKINNON, D.P.; PENTZ, M.A. y STACY, A.W. (1993). The alcohol warning label and adolescents: the first year. *American Journal of Public Health*, 83(4): 585-587.

MALGESINI, G. y GARCÍA, M. (2000). *Patrones de exclusión social en el marco europeo. Acciones prioritarias para la integración*. Proyecto financiado por la Comisión Europea, Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales.

MANN, R.E. *et al.* (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood limits for driving: an international review. *Accident Analysis and Prevention*, 2001, 33: 569-583.

MANN, S.L.; PETERSON, A.V.; MAREK, P.M. y KEALEY, K.A. (2000). The Hutchinson Smoking Prevention Project trial: design and baseline characteristics. *Prev Med*. 2000; 30: 485-495.

MANSKI, C.F.; PEPPER, J.V. y PETRIE, C.V. (eds.). (2001) *Informing America's policy on illegal drugs: What we don't know keeps hurting us*. Washington: National Academy Press.

MARTÍN, P. y GONZÁLEZ, J. (2010). Valoración de la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones (I). El sistema GRADE. *Evid Pediatr.* 2010; 6: 63.

MARTÍNEZ-LORCA, M. y ALONSO-SANZ, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 2003, vol. 15, num. 2: 145-158.

MASTEN, A.S. (1994). Resilience in individual development. Successful adaptation despite risk and adversity. En: M.C. Wang y E.W. Gordon (eds.). *Educational Resilience in InnerCity America: Challenges and Prospects*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

MASTEN, A.S.; BEST, K.M. y GARMEZY, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4): 425-444.

MATTICK, R.P.; BREEN, C.; KIMBER, J. y DAVOLI, M. (2009). *Methadone maintenance therapy versus no opioide replacement therapy for opioid dependence (Review)*. *The Cochrane Collaboration*, Issue 3.

MATTICK, R.P.; KIMBER, J.; BREEN, C. y DAVOLI, M. (2008). *Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub3.

MAY, C. (1991). Research on alcohol education for young people: a critical review of the literature. *Health Education Journal*, 50(4): 195-199.

McGRATH, Y.; SUMNALL, H.; McVEIGH, J. y BELLIS, M. (2006). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. National Institute for Health and Clinical Excellence, January 2006. ISBN: 1-84629-147-X.

McLELLAN, A.T. et al. (1988). *Counselor differences in methadone treatment, in problems of drug dependence; 1987*. NIDA Res. Monogr 81. Edited by Harris L.S., Rockville MD. National Institute on Drug Abuse 1988, pp. 243-250.

McLELLAN, A.T.; MARSDEN, J. y BERGLUND, M. (2003). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas*. Nueva York: PNUFID-ONU.

MENEU, R. (2003). Algunas evidencias sobre las decisiones sanitarias. Implicaciones para la formulación de políticas. En: E. Regidor. *La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria*. Universidad de Alicante.

MENEU, R.; ORTÚN, V. y PEIRÓ, S. (2000). *Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones*. [monografía en Internet]. Barcelona: Departament d'Economia i Empresa i Centre de Recerca en Economia i Salut. Univ. Pompeu Fabra.

MENSCH, B.D. y KANDELL, D.B. (1988). Dropping out of high school and drug involvement. *Sociology of Education*, 61: 95-113.

MERIKANGAS, K.R. *et al.* (1998). *Familial factors and substance abuse: implications for prevention*. NIDA Res Monogr 1998; 177, pp. 12-41.

MILLER, N.S. (1997). Generalized vulnerability to drug and alcohol addiction. En: N.S. Millar (ed.). *The principles and practice of addictions in psychiatry*. Philadelphia, PA: WB. Saunders Company, pp. 11-25.

MILLER, W.R.; WILBOURNE, P.D. y HETEMA, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. En: R.K. Hester y W.R. Miller (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*, 3rd ed. Boston, MA: Allyn and Bacon, pp. 13-63.

MINEHAN, J.A.; NEWCOMB, M.D. y GALAIF, E.R. (2000). Predictors of adolescent drug use: cognitive abilities, coping strategies and purpose in life. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10 (2): 33-52.

MINOZZI, S.; AMATO, L.; VECCHI, S.; DAVOLI, M.; KIRCHMAYER, U. y VERSTER, A. (2008). *Tratamiento de mantenimiento con naltrexona por vía oral para la dependencia de opiáceos* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.

MINISTRY OF HEALTH (2007). *China tobacco control report*. Beijing: Government of the People's Republic of China.

MOLINA, B.S.G. *et al.* (1994). A comparison of mechanisms underlying substance use for early adolescent children of alcoholics and controls. *J Stud Alcohol* 1994; 55: 269-275.

MORAL, M.; SIRVENT, C.; OVEJERO, A. y RODRÍGUEZ, F.J. (2004). Comparación de la eficacia preventiva de proyectos de intervención psicosocial sobre las actitudes hacia el consumo juvenil de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*. 2004; 6: 247-260.

MUKOMA, W. y FLISHER, A.J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*. 2004; 19: 357-368.

MULCAHY, M. *et al.* (2005). Second hand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6): 384-388.

MUÑOZ-RIVAS, M.J. *et al.* (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

MUÑOZ-RIVAS, M.J.; GRAÑA, J.L.; PEÑA, M.E. y ANDREU, J.M. (2002). Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones*, 14(3): 313-320.

NAVARRO, J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid.

NAVARRO, J. (2004). Los factores de riesgo y protección en los consumos de drogas. En: Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. *El consumo de drogas en Galicia VII*, Colección Drogodependencias 31. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, pp. 176-207.

NEEDLE, R.H. *et al.* (2004). *Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing hiv/aids among injecting drug users*. Paris: WHO.

NIDA (1997b). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

NIDA (2003). *La comunidad terapéutica*. National Institute on Drug Abuse Serie Informes de Investigación.

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*. National Institute on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services.

NIDA (2006). *Tratamiento dentro del sistema de justicia penal para delincuentes con problemas de abuso de drogas*. National Institute on Drug Abuse, InfoFacts.

NIDA (2009a). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción*. National Institute on Drug Abuse, InfoFacts.

NIDA (2009b). *Principles of drug addiction treatment: A research base guide (second edition)*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.

NIDA (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses*. National Institute on Drug Abuse, Research Reports Serie.

NIDA (2011). *La comorbilidad entre la adicción y otros trastornos mentales*. National Institute on Drug Abuse, InfoFacts.

NILSEN, P. *et al.* (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2006, 24(1): 5-15.

NORSTROM, T. (2000). Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995. *Journal of Studies on Alcohol*, 2000, 61: 907-911.

O'CALLAGHAN, F.V.; CALLAN, V.J. y BAGLIONI, A. (1999). Cigarette use by adolescents: Attitude-behavior relationships. *Substance Use and Misuse*, 34(3): 455-468.

O'DONNELL, J.; HAWKINS, J.D.; CATALANO, R.F.; ABBOTT, R.D. y DAY, L.E. (1995). Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: long-term intervention in elementary schools. *Am J Orthopsychiatry*. 1995; 65: 87-100.

OFFICE OF TOBACCO CONTROL (2005). *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin: Department of Health and Children.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2004). *Tratamiento del abuso de sustancias y atención a la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Viena.

OMS (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS (2008). *Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ONUCDD (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Austria: Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006). *Estudio de conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005*. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados).

ORWIN, R.; CADELL, D.; CHU, A.; KALTON, G.; MAKLAN, D.; MORIN, C.; PIESSE, A.; SRIDHARAN, S.; STEELE, D.; TAYLOR, K. y TRACY, E. (2006). *Evaluation of the national youth anti-drug media campaign: 2004 report of findings*. Washington, DCA: National Institute on Drug Abuse.

ORWIN, R.; FRANCISCO, L. y BERNICHON, T. (2001). *Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis*. Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services.

PALMGREEN, P.; DONOHEW, L.; PUGZLES, E.; HOYLE, R.H. y STEPHENSON, M.T. (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: test of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health*, 91(2): 292-295.

PAN-MONTOJO, J. (1999). Pobreza, exclusión y desigualdad. *Revista de Occidente*, nº 215: 5-18.

PAPE, H. (2009). School-based programmes that seem to work. Useful research on substance use prevention or suspicious stories of success? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26: 521-535.

PECHMANN, C. y RATNESHVAR, S. (1994). The effects of antismoking and cigarette advertising on young adolescent' perceptions of peers who smoke. *Journal of Consumer Research*, 21: 236-251.

PENTZ, M.A. (2001). Un ejemplo de prevención efectiva de la drogodependencia. El Proyecto STAR: Un programa completo de prevención de la drogodependencia basado en la comunidad. En: F. De Arce (coord.). *Ponencias de las V Jornadas sobre Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Ayuntamiento de Alcorcón, pp. 49-55.

PENTZ, M.A. (2003). Evidence-based prevention: Characteristics, impact, and future direction. *Journal of Psychoactive Drugs, supplement 1*: 143-152.

PEREIRO, C. (ed.) et al. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

PEREIRO, C.; BECOÑA, E.; CÓRDOBA, R.; MARTÍNEZ, J. y PINET, C. (2008). *Tabaquismo. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

PERRY, C.L. et al. (2003). A randomized controlled trial of the middle and junior high school DARE and DARE Plus programs. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003; 157: 178-184.

PETROSINO, A. (2003). Standards for evidence and evidence for standards: The case of school-based drug prevention. *The Annals of the Academy of Political and Social Science*, 587: 180-207.

PETERSON, A.V.; MANN, S.L.; KEALEY, K.A. y MAREK, P.M. (2000a). Experimental design and methods for school-based randomized trials. Experience from the Hutchinson Smoking Prevention Project (HSPP). *Control Clin Trials*. 2000; 21: 144-165.

PETERSON, A.V.; KEALEY, K.A.; MANN, S.L.; MAREK, P.M. y SARASON, I.G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention-results on smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 92(24): 1979-1991.

PETTERSON, P.L.; HAWKINS, J.D. y CATALANO, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16: 579-602.

POCOCK, S.J. y ELBOURNE, D.R. (2000). Randomized trials or observational tribulations. *New England Journal of Medicine*, 342: 1907-1909.

POLLARD, J.A. *et al.* (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations.*

PORATH-WALLER, A.; BEASLEY, E. y BEIMESS D.J. (2010), A meta-analytic review of school based prevention for cannabis use. *Health Education Behaviour* Vol. 37(5): 709-723 (October 2010) DOI: 10.1177/1090198110361315

PORTELA, M. (2003). *Programa de incorporación personalizado. Colección Drogodependencias.* Documentos 30. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

PRENDERGAST, M.L. y PODUS, D. (2000). Drug treatment effectiveness: an examination of conceptual and policy issues. *Subs Use Misuse.* 2000 Oct-Dec; 35(12-14): 1629-57.

RAMSTEDT, M. (2002). The repeal of medium-strength beer in grocery stores in Sweden – the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. En: R. Room (ed.). *The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when control systems change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, pp. 117-131.

RAW, M.; McNEILL, A. y WEST, R. (1998). Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide for effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 1998; 55 (5 sup): s1-s19.

REID, D. (1999). Failure of an intervention to stop teenagers smoking. Not such a disappointment as it appears. *BMJ* 1999; 319: 934-5.

RENZAGLIA, A. *et al.* (2003). *Promoting a lifetime of inclusion. Focus on autism and other developmental disabilities*, vol. 18, nº 3, pp. 140-149.

RESNICOW, K. y BOTVIN, G. (1995). School-based substance use prevention programs: Why do effects decay? *Preventive Medicine*, 22: 484-490.

RIOD (2000). *Criterios mínimos de calidad en los programas de prevención y tratamiento. Un reto de las ONG que conforman la RIOD.* Lima: Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias.

ROBLES, L. y MARTÍNEZ, J.M. (1998). Factores de protección en la prevención de las drogodependencias. *Idea-Prevención*, 17: 58-70.

RODRÍGUEZ, J. (1998). La funcionalidad de la teoría de la conducta planeada en la predicción de las conductas adictivas. En J.A. García-Rodríguez y C. López (eds.). *Nuevas aportaciones a la prevención de las drogodependencias.* Madrid: Síntesis, pp. 73-83.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (2007). *Guía de estrategias para reducir la conducción bajo los efectos del alcohol y otras sustancias psicoactivas.* Madrid: Ministerio de Sanidad y

Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. (2008). Estrategias y métodos en prevención y promoción de la salud. Políticas de alcohol. En: *Prevención de los problemas derivados del alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

ROMAN, P.M. y BLUM, T.C. (2002). The workplace and alcohol problems prevention. *Alcohol Research and Health*, 2002, 1: 49-57.

ROMERO, E.; LUENGO, M.A. y OTERO-LÓPEZ, J.M. (1995): La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 10(2): 149-159.

RONFENBRENNER, U. y CECI, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4): 568-586.

ROONA, M.; STREKE, A. y MARSHALL, D. (2003). En: T.P. Guillotta y M. Bloom (eds.). *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 1073-1078.

ROONA, M.; STREKE, A.; OCHSHORN, P.; MARSHALL, D. y PALMER, A. (2007). *Identifying effective school-based substance abuse prevention interventions*.

ROONEY, BL. y MURRAY, DM. (1996). A meta-analysis of smoking prevention programs after adjustment for errors in the unit of analysis. *Health Education Quarterly* 1996; 23: 48-64.

ROSENDAHL, K.I.; GALANTI, M.R.; GILLJAM, H.; BREMBERG, S. y AHLBOM, A. (2002). School and class environments are differently linked to future smoking among preadolescents. *Preventive Medicine*, 34: 649-654.

ROSENTHAL, L.; THORPE, K.; YOUNG, R.; COLLETT, R. y OCCHIPINTI, S. (1998). Social skills, expectancies and drinking in adolescents. *Addictive Behaviours*, 23(5): 587-599.

SACKETT, D.L.; RICHARDSON, W.S.; ROSENBERG, W.M.C. y HAYNES, R.B. (1997). *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone.

SACKETT, D.L.; ROSENBERG, W.M.; GRAY, J.A.; HAYNES, R.B. y RICHARDSON, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.

SÁIZ, P.A. *et al.* (2001). Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. *Adicciones*, 13(2): 159-171.

SALVADOR, T. (1998). Condicionantes del consumo de tabaco en España. En E. Becoña (ed.). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona, Glosa Ediciones, pp. 153-173.

SALVADOR, T.; SUELVES, J.M. y PUIGDOLLERS, E. (2008). *Criterios de calidad para el desarrollo de proyectos y actuaciones de promoción y educación para la salud en el sistema educativo. Guía para las Administraciones Educativas y Sanitarias*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo.

SAMBRANO, S.; SPRINGER, J.F.; SALE, E.; KASIM, R. y HERMANN, J. (2005). Understanding prevention effectiveness in real-world settings: The National Cross-Site Evaluation of High Risk Youth Programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31: 491-513.

SÁNCHEZ, L. (1992). Los límites de la intervención social. *Revista Intervención Psicosocial*, 2: 73-82.

SÁNCHEZ, L. (1996). *Manual para profesionales de los servicios de salud laboral*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina y Fundación de Ayuda Contra la Drogadicción.

SÁNCHEZ, L. (2001b). *El consumo de drogas entre los escolares y los factores asociados*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

SANCHEZ, L. (2003). *La protección social de los menores hijos de drogodependientes*. Monografía Nº 4. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

SÁNCHEZ, L. (2006). *Factores de riesgo y protección de carácter psicosocial asociados al consumo de drogas y otras conductas desadaptadas en estudiantes de secundaria de la Comunidad Valenciana*. Valencia: Fundación para el Estudio, Prevención y Asistencia a las Drogodependencias.

SANCHEZ, L.; DE VICENTE, P. y BOLAÑOS, E. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de Castilla y León*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Comisionado Regional para la Droga.

SÁNCHEZ, L. y PEREIRO, C. (2008). *Estudio de necesidades y viabilidad de la puesta en marcha de salas de consumo supervisado y programas de dispensación de heroína en Galicia*. Santiago de Compostela: Sociedad Española de Toxicomanías y Xunta de Galicia.

SANZ, M.; IRAURGI, I.; MARTÍNEZ-PAMPLIEGA, A. y COSGAYA, L. (2006). Conflicto marital y consumo de drogas en los hijos. *Adicciones*, 18(1): 39-48.

SÁINZ, P.A.; GONZÁLEZ, M.P.; JIMÉNEZ, L.; DELGADO, Y.; LIOREIRO, M.J.; GRANDA, B. y BOBES, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3): 209-220.

SARASA, S. y SALES, A. (2009). *Itineraris i factors d'exclusió social*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Síndic de Greuges.

SAXE, L.; KADUSHIN, C.; TIGHE, E.; BEBERIDGE, A.A.; LIVERT, D.; BRODSKY, A. y RINDS-KOPF, D. (2006). Community-based prevention programs in the war on drugs: Findings from the "Fighting Back" demonstration. *Journal of Drug Issues*, 36(2): 263-294.

SCHAPS, E.; MOSKOWITZ, J.M.; MALVIN, J.H. y SCHAEFFER, G.A. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: a final report on the Napa project. *Int J Addict*. 1986; 21: 1081-1112.

SCHIEER, L.M.; BOTVIN, G.J.; DÍAZ, T. y GRIFFIN, K.W. (1999). Social skills competence and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29(3): 251-278.

SCHILDHAUS, S.; GERSTEIN, D.; BRITTINGHAM, A.; CERBONE, F. y DUGONI, B. (2000). Services research outcomes study: overview of drug treatment population and outcomes. *Subst Use misuse*. 2000 Oct-Dec; 35(12-14): 1849-77.

SCHILLING, R.F. (1990). Preventing drug use in adolescents through media interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4): 416-424.

SCHOFIELD, M.J.; WEEKS, C. y SANSON-FISHER, R. (1994). Alcohol sales to minors: a surrogate study. *Preventive Medicine*, 23: 827-831.

SECADES, R.; FERNÁNDEZ, J.R.; GARCÍA, G. y AL-HALABI, S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Barcelona: Diputació de Barcelona.

SEGEST, E. *et al.* (1990). The influence of prolonged stable methadone maintenance treatment on mortality and employment: an 8-year follow-up. *Int J Addict* 1990; 25: 53-63.

SEGURA, A. (2000). La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria. *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 87-93.

SEN, A. (2000). *Social exclusion: Concept, application and scrutiny*. Manila, Filipinas: Office of Environment and Social Development, Asian Development Bank.

SHADISH, W.R.; COOK, T.D. y LEVITON, L.C. (1991). *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park: Sage Publications, Inc.

SHOPE, J.T.; COPELAND, L.A.; KAMP, M.E. y LANF, S.W. (1998). Twelfth grade follow-up of the effectiveness of a middle school-based substance abuse prevention program. *J Drug Education* 28 (3): 185-197.

SHULTS, R.A. *et al.* (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21: 66-88.

SKARA, S. y SUSSMAN, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*, 37: 451-474.

SIMONS, R.L.; CONGER, R.D. y WITHBECK, L.B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18: 293-315.

SLATER, M.D.; KELLY, K.J.; EDWARDS, R.W.; THURMAN, P.J.; PLESTED, B.A.; KEEFE, T.J.; LAWRENCE, F.R. y HENRY, K.L. (2006). Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Education Research*, 21: 157-167.

SLOBODA, Z. y DAVID, S.L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

SLOBODA, Z.; STEPHENS, R.C.; STEPHENS, P.C. *et al.* (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and Alcohol Dependence*, 102: 1-10.

SLY, D.F.; HOPKINS, R.S.; TRAPIDO, E. y RAY, S. (2001). Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida "truth" Campaign. *American Journal of Public Health*, 91(2): 233-237.

SMITH, L.A.; GATES, S. y FOXCROFT, D. (2006) Therapeutic communities for substance related disorder, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No. CD005338, DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2

SMITH, L.A.; GATES, S. y FOXCROFT, D. (2008). *Comunidades terapéuticas para los trastornos relacionados con el uso de sustancias*. *Revisión Cochrane*. Biblioteca Cochrane Plus, 2008, N° 2.

SNOW, D.L.; KRAEMER, I. y AYERS, T.S. (1997). Impact of two social-cognitive interventions to prevent adolescent substance use: test of amenability to treatment model. *Journal of Drug Education*, 27(1): 1-17.

SNOW, D.L.; TEBES, J.K.; ARTHUR, M.W. y TAPASAK, R.C. (1992). Two-year follow-up of a social-cognitive intervention to prevent substance use. *J Drug Educ.* 1992; 22: 101-114.

SOARES, B.; LIMAS, M.; REISER, A. y FARRELL, M. (2003). *Dopamine agonists for cocaine dependence (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. John Wiley & Sons; Ltd, Chichester.

SOFOUGLU, M. y KOSTEN, T.R. (2005). Novel approaches to the treatment of cocaine addiction. *CNS Drugs* 2005; 19(1): 13-25.

SOWDEN, A.J. y STEAD, L.F. (2003). *Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 1. Art. No.: CD001291. DOI: 10.1002/14651858.CD001291

SPOTH, R.L.; CLAIR, S.; SHIN, C. y REDMOND, C. (2006). Long-term effects of universal preventive interventions on methamphetamine use among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160: 876-882.

SPOTH, R.L.; GUYLL, M. y DAY, S.X. (2002). Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol*, 63: 219-228.

SPOTH, R.; RANDALL, G.K.; SHIN, C.; REDMOND, C. (2005). Randomized study of combined universal family and school preventive interventions: patterns of long-term effects on initiation, regular use, and weekly drunkenness. *Psychology of addictive behaviors*, 19: 372-381.

SPOTH, R.L.; RANDALL, G.K.; TRUDEAU, L.; SHIN, C. y REDMOND, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96: 57-68.

SPOTH, R.L.; REDMOND, C.; SHIN, C. y AZEVEDO, K. (2004). Brief Family Intervention Effects on Adolescent Substance Initiation: School-Level Growth Curve Analyses 6 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72: 535-542.

SPOTH, R.L. REDMOND, C. SHIN, C. (2001). Randomized trial of brief family interventions for general populations: adolescent substance use outcomes 4 years following baseline. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 627-642.

SPOTH, R.L.; REDMOND, C.; TRUDEAU, L. y SHIN, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2): 129-134.

SPOTH, R.; SHIN, C.; GUYLL, M.; REDMOND, C. y AZEVEDO, K. (2006). Universality of Effects: An Examination of the Comparability of Long-Term Family Intervention Effects on Substance Use Across Risk-Related Subgroups. *Prevention Science*, 7: 209-224.

SPRINGER, J.F.; SALE, E.; HERMANN, J.; SAMBRANO, S.; KASIM, R. y NISTLER, M. (2004). Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *The Journal of Primary Prevention*, 25 (2) , pp. 171-219. DOI: 10.1023/B:JOPP.0000042388.63695.3f

STALLWITZ, A. y STOVER, H. (2007). The impact of substitution treatment in Grisons - A literature review. *International Journal of Drug Policy* 2007, 18: 464-474.

STEAD, L.F. y LANCASTER, T. (2005). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Review. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. Nº.: CD001007. DOI:10.1002/14651858.CD001007.

STEAD, L.F.; PERERA, R.; BULLEN, C.; MANT, D. y LANCASTER T. (2008). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2008*, Issue 1. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub3.

STOCKWELL, T. y GRUENEWALD, P. (2001). *Controls on the availability of alcohol*. En: N. Heather et al. (eds.). *International handbook of alcohol dependence and problems*. Chichester: John Wiley and Sons, Ltd.

STÖVER, H. y NELLES, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14 (5-6): 437-44.

SUBIRATS, J. et al. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección Estudios Sociales Núm.16. Barcelona: Fundación La Caixa.

SUBIRATS, J.; GOMÁ, R. y BRUGUÉ, J. (2005). *Análisis de los factores de exclusión social*. Madrid: Fundación BBVA e Instituto de Estudios Económicos de la Generalitat de Cataluña.

SUELVES, J.M. y SÁNCHEZ-TURET, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología 2001*, vol. 17, nº 1 (junio): 15-22.

SUSSMAN, S.; DENT, C.W.; STACY, A.W. y CRAIG, S. (1998). One-year outcomes of Project Towards No Drug Abuse. *Preventive Medicine*, 27: 632-642.

SUSSMAN, S.; DENT, C.W.; STACY, A.W.; SUN, P.; CRAIG, S.; SIMON, T.R.; BURTON, D. y FLAY, B.R. (1993). Project Towards No Tobacco Use: 1-year behavior outcomes. *American Journal of Public Health*, 83(9): 1245-1250.

TATLOW, J.R.; CLAPP, J.D. y HOHMAN, M.M. (2000). The relationship between the geographic density of alcohol outlets and alcohol-related hospital admissions in San Diego County. *Journal of Community Health*, 2000, 25(1): 79-88.

TERÁN, A.; CASETE, L. y CLIMENT, B. (2008). *Cocaína. Guías clínicas SOCIDROGALCOHOL basadas en la evidencia científica*. Valencia: SOCIDROGALCOHOL.

TEZANOS, J.F. (1999). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades tecnológicas avanzadas. Un marco para el análisis. En J.F. Tezanos (ed.). *Tendencias en desigualdad y exclusión social. Tercer foro sobre tendencias sociales*. Madrid: Editorial Sistema, pp. 11-54.

THOMAS, R. (2002). School-based programmes for preventing smoking. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No. CD001293.

THOMAS, R.E.; BAKER, P. y LORENZETTI, D. (2007). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jan 24; (1):CD004493. Epub 2007 Jan 24.

THOMAS, R.E.; LORENZETTI, D. y SPRAGINS, W. (2011). Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11.

THOMAS, R. y PERERA, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3: CD001293.

THOMAS, R. y PERERA, R. (2008). Programas escolares para la prevención del hábito de fumar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.

TILSON, H.; ARAMRATTANA, A.; BOZZETTE, S. *et al.* (2007). *Preventing HIV infection among injecting drug users in high risk countries: an assessment of the evidence*. Washington, DC: Institute of Medicine.

TIET, Q. y MAUSBACH, B. (2007). Treatment for patients with dual diagnosis: A review. Alcoholism: *Clinical and Experimental Research* 31: 513-536.

TOBLER, N. y STRATTON, H. (1997). Effectiveness of School-Based drug Prevention Programs: A Meta-analysis of the Research. *Journal of Primary Prevention*, 18 (1): 71-128.

TOBLER, N.S. (1999). Meta-análisis de programas de prevención de drogas en adolescentes: resultados del meta-análisis de 1993. En: NIDA (comp.). *Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, pp. 9-66.

TOBLER, N.S. *et al.* (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 2000; 20(4): 275-336.

TOBLER, N.S.; ROONA, M.R.; OCHSHORN, P.; MARSHALL, D.G.; STREKE, A.V. y STACK-POLE, K.M. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis, *The Journal of Primary Prevention*, Volume 20, Number 4, 275-336, DOI: 10.1023/A:1021314704811

TOMAS, B. (2001). *Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen –Erfahrungen aus der Praxis. Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?* Viena: Verein Dialog, pp. 56-64.

TORJMAN, S. (1986). Prevention in the drug field. En: *Essential concepts and strategies*. Monograph 1. Toronto: Addiction Research Foundation, pp. 36-89.

TORRENS, M. *et al.* (1996). Retention in a low threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Depend* 1996; 41: 55-59.

TOUMBOUROU, J.W.; STOCKWELL, T.; NEIGHBORS, C.; MARLATT, G.A.; STURGE, J. y REHM, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet* 2007; 369: 1391-401. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60369-9

TOWNSEND, J.; RODERICK, P. y COOPER, J. (1994). Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income, and health publicity. *British Medical Journal*, 6959(309): 923-927.

TOWNSEND, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom*. Harmondsworth: Penguin.

TRAFIMOW, D. (1996). The importance of attitudes in the prediction of college student's intentions to drink. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(24): 2167-2188.

TRULSOSN, K. (2000). The identity of women and treatment of drug abuse. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 2000; 1-2: 120-136.

TSUANG, J.; FONG, T.W. y LESSER, I. (2006). Psychosocial treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 2006; 5 (2): 53-66.

TURCO, R. (1997). Effects of exposure to cigarette advertisements on adolescent's attitudes toward smoking. *Journal of Applied Social Psychology*, 27(13): 1115-1130.

TURNER, K.M. *et al.* (2011). The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction* 2011, 106: 1978-1988.

TYRER, P. y WEAVER, T. (2004). Desperately seeking solutions: the search for appropriate treatment for comorbid substance misuse and psychosis. *Psychiatric Bulletin*, 2004; 28 (1): 1-2.

UCHTENHAGEN, A. y SCHAUB, M. (2011). *Minimum quality standards in drug demand reduction* EQUUS. Final report.

UHL, A.; IVES, R. y Members of the Pompidou Group Prevention Platform (2010). *Evaluation of drug prevention activities*. Theory and practice. Strasbourg: Council of Europe.

UNDCP – United Nations International Drug Control Programme (2000). *Demand Reduction. A Glossary of Terms*. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta: Public Health Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

VAN DEN BRINK, W. y VAN REE, J. (2003). Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. *Eur Neuropsychopharmacol* 2003; 13: 476-487.

VASILAKI, E.I.; HOSIER, S.G. y COX, W.M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism* 41(3): 328-335.

VÁZQUEZ, R.; RUÍZ, A.V. y SANTOS, L. (1997). *Campaña para la prevención del consumo abusivo de alcohol por los jóvenes. Evaluación*. Gijón: Fundación Municipal de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Gijón.

VEDUNG, E. (1993). Utilización de la evaluación. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 30: 69-80.

VELLEMAN, R. (2009). Alcohol prevention programmes: A review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation (part two). En: *Children, young people and alcohol: how they learn and how to prevent excessive use*. York: Robert Rowntree Foundation.

VICTORA, C.G.; HABICHT, J.P. y BRYCE, J. (2004). Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004; 94: 400-405.

VILLALBI, J.R. (1998). Tabaco y políticas del tabaco. En E. Becoña (ed.). *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa Ediciones, pp: 175-189.

VILLALBÍ, J.R. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev Esp Salud Pública* 2001, 75, nº 6: 489-490.

VILLALOBOS, E. y ZALAKAIN, J. (2010). Delimitación conceptual de la inclusión social. En: *Discapacidad, Tercer Sector e Inclusión Social*. Madrid: CERMI.

VIÑA, C.M. y HERRERO, M. (2002). Actitudes y conductas alimentarias y su relación con el consumo de drogas: Una muestra universitaria. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28(121): 645-670.

VOAS, R.B. *et al.* (1999). The Alberta Interlock Program: the evaluation of a province-wide program. *Addiction*, 1999, 94: 1857-1867.

VOCCI, F.J. y LING, W. (2005). Medications development: successes and challenges. *Pharmacology and Therapy* 2005; 108: 94-108.

VON SYDOW, K.; LIEB, R.; PFISTE, H.; HÖFER, M. y WITTCHEN, H. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 68: 49-64.

WALLIN, E.; NORSTROM, T. y ANDREASSON, S. (2003). Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2003, 64(2): 270-277.

WAKEFIELD, M.A.; LOKEN, B. y HORNIK, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*; 376: 1261-71. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

WEDDINGTON, W.W.; BROWN, B.S.; HAERTZEN, C.A. *et al.* (1991). Comparison of amantadine and desipramine combined with psychotherapy for treatment of cocaine dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 2: 137-152.

WEIGHTMAN, A.; ELLIS, S.; CULLUM, A.; SANDER, L. y TURLEY, R. (2005). *Grading evidence and recommendations for public health interventions: Developing and piloting a framework*. UK National Health Service: Health Development Agency.

WEISS, C.H. (1990). *Investigación evaluativa: métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. México: Trillas.

WELLS-PARKER, E. *et al.* (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with DUI offenders. *Addiction*, 1995, 90 (7): 907-926.

WHITLOCK, E.P. *et al.* (2004a). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140(7): 557-568.

WHITLOCK, E.P.; POLEN, M.R.; GREEN, A.; ORLEANS, T. y KLEIN, J. (2004b). Behavioral Counseling Interventions in Primary Care To Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004; 140: 554-568.

WHO (1994). *Life skills education for children and adolescents in schools*. Geneva: Programme on Mental Health. World Health Organization.

WHO (2009a). *The WHO Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. World Health Organization.

WHO (2009b). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

WILDLE, M. (1999). Critical conceptualization and measurement issues in the study of resilience. En: M.D. Glantz y J.L. Johnson (eds.). *Resilience and development. Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press, pp: 161-176.

WILLIS, C.; LYBRAND, S. y BELLAMY, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (4):CD004168.

WILSON, D.; GOTTFREDSON, D. y NAJAKA, S. (2001). School-based prevention of problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of quantitative criminology*, 17 (3): 247-272.

WINKLEBY, M.A.; FEIGHERY, E.; DUNN, M.; KOLE, S.; AHN, D. y KILLEN, J.D. (2004). Effects of an advocacy intervention to reduce smoking among teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004; 158: 269-275.

WODAK, A. *et al.* (2004). *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing hiv/aids among injecting drug users*. WHO.

WRIGHT, N. y TOMPKINS, C.H. (2006). A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduction Journal* 2006, 3: 27.

YU, J. (1998). Perceived parental / peer attitudes and alcohol-related behaviors: an analysis of the impact of the drinking age law. *Substance Use and Misuse*, 33(14): 2687-2702.

YU, J. y WILLOFORD, W.R. (1992). The age of alcohol onset and alcohol, cigarette, and marijuana use patterns: An analysis of drug use progression of young adults in New York State. *International Journal of the Addictions*, 27: 1313-1323.

ZAVELA, K.J.; BATTISTICH, V.; GOSSELINK, C.A. y DEAN, B.J. (2004). Say Yes First: Follow up of a five-year rural drug prevention program. *Journal of Drug Education*, 34(1): 73-88.

ZIMMERMANN-TANSELLA, C. *et al.* (1988). Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse and minor psychiatric morbidity in the community. *Compr Psychiatry* 1988; 29: 460-466.

ZOBECK, T.S. y WILLIAMS, G.D. (1994). *Evaluation synthesis of the impacts of DWI laws and enforcement methods: final report*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Office of Policy Analysis.

ZRIBI, G. y POUPÉE-FONTAINE, D. (2000). *Dictionnaire du Handicap*, 2 ed. Rennes: École Nationale de la Santé Publique.

ANEXO II

MARCO ESTRATÉGICO Y OPCIONES POTENCIALES PARA AVANZAR HACIA LA ACREDITACIÓN EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS (RDD)

Este Anexo presenta los principales resultados derivados de tres ejercicios adicionales realizados tras el estudio Delphi:

- Los trabajos de diversos grupos focales, destinados a explorar aspectos operativos y de implementación de los criterios depurados a través del ejercicio Delphi, tanto desde la perspectiva institucional como técnica.
- Un estudio de situación del marco legal existente, en relación a la acreditación en reducción de la demanda de drogas (RDD), en los países participantes en el Proyecto.
- Exploración de estrategias potenciales para avanzar en el ámbito de la acreditación en RDD.

A continuación se presenta una síntesis de los resultados de estos ejercicios exploratorios, los cuales, a su vez, fueron presentados —como informe— al Consejo Asesor del Proyecto para su valoración (junto a los criterios surgidos del estudio Delphi)¹.

1. ANÁLISIS DE VIABILIDAD REALIZADO POR LOS GRUPOS FOCALES

Los tres grupos focales *on line*, dos de ellos realizados con representantes institucionales de los países socios y colaboradores, y el tercero con personal técnico designado por los

1. Ver contenidos detallados en: Sánchez Pardo, L.; Alonso Sanz, C.; Martínez González, F.; Pereiro Gómez, C. y grupo de trabajo COPOLAD para la identificación de criterios de acreditación (2014). *Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda. Actividad 3.4.4. de COPOLAD. TOMO II*. Madrid: Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE).

socios, pretendían obtener una visión complementaria a la aportada por los participantes en los grupos Delphi, respecto a una serie de cuestiones básicas:

a) La opinión de los representantes institucionales respecto a los criterios consensuados en los Delphi.

Los criterios consensuados en los grupos Delphi fueron percibidos como un avance relevante para la mejora de la calidad de los programas de reducción de la demanda (PRDD), especialmente por haber sido identificados y seleccionados partiendo de una revisión sistemática de la evidencia que avala su incorporación a los sistemas de acreditación. Se consideró además que el proceso de consenso establecido para la definición de los criterios, con la participación de expertos y representantes institucionales de América Latina y la Unión Europea, supone un valor añadido de cara a la posible implementación de recursos y/o instrumentos (sistema/s) de acreditación soportados en estos criterios.

b) La viabilidad de poner en marcha un sistema de acreditación de PRDD de carácter supranacional, en el marco de COPOLAD, soportado en los criterios consensuados en los Delphi.

Se analizaron las **ventajas** que supondría el establecimiento de sistemas de acreditación de los PRDD basados en estos criterios; entre dichas ventajas se destacó su contribución para:

- Diseñar e implementar políticas y programas con un enfoque integral en materia de RDD.
- Instaurar procedimientos de intervención y evaluación metodológicamente rigurosos, que faciliten la comparabilidad de los resultados obtenidos con las políticas y los programas aplicados, y la transferencia de información.
- Ayudar a establecer criterios objetivos y transparentes para la financiación de programas y servicios.
- Legitimar las intervenciones preventivas y asistenciales a desarrollar en el campo de la RDD, soportadas en criterios de evidencia científica y no en planteamientos morales o ideológicos.

Asimismo, se identificaron y analizaron las **dificultades** que supondría la implementación de un sistema de acreditación supranacional en los diferentes países, entre las que se mencionaron:

- Dificultades para alcanzar consensos con todos los actores implicados y para legitimar la puesta en marcha del sistema.
- Recelo por parte de muchas organizaciones no gubernamentales de que el Estado tutele su trabajo o asuma un rol normativo sobre el mismo.
- Recursos limitados para atender a los requerimientos relacionados con ciertas necesidades de acompañamiento conceptual y financiero del proceso.

- Dificultades derivadas de las diferencias culturales, políticas y de recursos.
- Dificultad para establecer, quién asume la responsabilidad de la puesta en marcha y el seguimiento del sistema de acreditación, y quién “certifica” la acreditación.
- Necesidad de establecer cierto grado de estandarización de los modelos de intervención antes de su acreditación.

A pesar de las dificultades que implicaría la puesta en marcha de un sistema de acreditación de PRDD, esta medida fue percibida como una **oportunidad** única para:

- Establecer redes de trabajo.
- Mejorar la gestión y asignación de los recursos públicos.
- Contribuir a la mejora de la efectividad y eficiencia de los PRDD.
- Consensuar ciertas definiciones y conceptos.
- Mejorar y diversificar la oferta de servicios.
- Armonizar criterios y estándares a nivel supranacional.
- Legitimar el gasto público en los PRDD.

c) La identificación de estrategias que permitan avanzar en la implementación de recursos/instrumentos/sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional de los PRDD.

Se debatieron las ventajas e inconvenientes de la adopción de distintas estrategias para facilitar el establecimiento de sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional, incluyendo:

- Establecimiento de un sistema de acreditación que fijara dos niveles diferentes de exigencia: 1) un reducido número de criterios básicos (de carácter obligatorio) y 2) un listado de criterios “recomendables” (de aceptación voluntaria).
- Acreditación escalonada de las distintas categorías y tipos de PRDD (avanzar primero en la acreditación de los programas asistenciales y más adelante los programas de prevención, etc.).
- Establecimiento de criterios de calidad y base en la evidencia diferenciados según el tipo de programa (vinculados al diseño de los procesos, de tipo estructural, relacionados con los derechos, los sistemas de información, etc.).
- Vinculación directa entre la acreditación y la financiación pública (la acreditación como requisito para poder contratar servicios con las administraciones públicas o recibir ayuda financiera pública).
- Otorgamiento de aval, por parte de las instituciones públicas, sólo a aquellos programas que hubiesen sido acreditados previamente.

En base a estas consideraciones, en el marco de los grupos focales se formularon las siguientes propuestas:

- Realización de un estudio básico para conocer la situación de partida de los distintos países que participan en el Proyecto en relación a los sistemas de acreditación.
- La creación de mesas técnicas a nivel nacional que trabajen el tema.
- La elaboración de manuales y guías metodológicas que apoyen el proceso de establecimiento de sistemas de acreditación.

PRINCIPALES CONCLUSIONES OBTENIDAS EN LOS GRUPOS FOCALES

- 1ª) Existe una valoración general muy positiva del Proyecto, que es definido como necesario, pertinente, potente (sólido), aplicable en algunos casos (en otros aún no), que favorece la transparencia en la gestión y ayuda a establecer un lenguaje común, sensible tanto a la realidad existente en los distintos territorios, como a la evidencia de efectividad disponible. Supone además un desafío que ayuda a repensar las políticas y los programas.
- 2ª) La implementación de sistemas de acreditación debe ser cuidadosa, haciendo partícipes a todos los implicados y buscando incentivos, no sólo económicos, a su puesta en marcha. Es preciso buscar sinergias y establecer alianzas, tanto a la hora de iniciar el proceso, como, sobre todo, para su implementación.
- 3ª) Entre las estrategias o pasos a seguir para facilitar la puesta en marcha de un sistema de acreditación de programas de carácter nacional o supranacional se señalaron:
 - La necesidad de dotar de legitimidad política, técnica y social a los procesos de acreditación antes de su puesta en marcha.
 - El establecimiento de distintos niveles de exigencia en cada categoría de PRDD (criterios básicos o de obligado cumplimiento y criterios avanzados de cumplimiento opcional o voluntario).
 - La puesta en marcha de distintas acciones de acompañamiento al proceso de acreditación (por ejemplo, la capacitación profesional).
- 4ª) Se planteó la necesidad de diferenciar y acotar los conceptos de habilitación/autorización (requerimiento de tipo administrativo exigible para autorizar un programa o servicio) y de acreditación (vinculados con la búsqueda de la calidad y la excelencia).

- 5ª) El reto de avanzar en la consolidación de un sistema de acreditación supranacional pasa por:
- Consensuar ciertas definiciones y conceptos.
 - Categorizar y/o jerarquizar los criterios y estándares de calidad.
- 6ª) Se propuso recuperar ciertos criterios de calidad y base en la evidencia que no obtuvieron un consenso suficiente en los grupos Delphi para su incorporación a los sistemas de acreditación, tales como los referidos a la generación de sinergias con otras organizaciones, la integración de los programas en las políticas nacionales sobre drogas, la transparencia financiera, la colaboración con los sistemas de información nacionales, la inclusión de la perspectiva de género y la evaluación externa de los programas.
- 7ª) En general se consideró que la acreditación no debe ser escalonada por ámbitos de intervención, sino orientada al conjunto de programas incluidos dentro del ámbito de reducción de la RDD.
- 8ª) Se señaló la necesidad de vincular la financiación pública con la acreditación, a pesar de las dificultades y resistencias que conlleva.
- 9ª) Hubo igualmente acuerdo en la necesidad de establecer una norma legal que dé cobertura al proceso de acreditación.

PUNTOS CLAVE

- Asunción, por parte de las instituciones, de la necesidad de avanzar en el desarrollo e implementación de recursos/instrumentos/sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD), conscientes de las importantes ventajas que ello representa.
- La constatación de las grandes diferencias existentes respecto al tipo de políticas nacionales aplicadas y del grado de desarrollo y consolidación de las distintas categorías de PRDD, obliga a adoptar estrategias diferenciadas para favorecer el desarrollo de recursos o instrumentos que permitan el avance hacia la puesta en marcha de sistemas de acreditación de carácter nacional y supranacional.
- El éxito de la implementación de sistemas nacionales o supranacionales de acreditación depende, en gran medida, de que éstos sean percibidos como algo útil, que aporta valor añadido, y que persigue mejorar: la calidad de los servicios y atenciones prestados a la ciudadanía; incrementar la efectividad y eficiencia de los PRDD; y mejorar la valoración pública (ciudadana) de las instituciones responsables de las políticas socio-sanitarias de atención a los problemas relacionados con las drogas.

2. ESTUDIO DE SITUACIÓN DEL MARCO LEGAL DE ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE RDD EN LOS PAÍSES PARTICIPANTES

El estudio perseguía obtener un diagnóstico actualizado del estado de los sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD) en los países participantes y conocer la perspectiva de sus Agencias Nacionales —responsables de las políticas de reducción de la demanda de drogas (RDD)— respecto a la viabilidad de implementar sistemas de acreditación, de ámbito nacional o supranacional, basados en los criterios consensuados.

El estudio trataba de cubrir los siguientes objetivos:

- Conocer los desarrollos normativos aprobados en cada país para regular la autorización y/o la acreditación de las diferentes categorías de PRDD.
- Conocer las actuaciones de carácter técnico, complementarias a la aprobación de normas regulatorias, desarrolladas para facilitar la puesta en marcha de sistemas nacionales de acreditación de programas.
- Identificar los criterios de calidad y base en la evidencia, de entre los consensuados en el marco de los grupos Delphi, que cada país considera viable incorporar como requisitos básicos o de obligado cumplimiento a un sistema de acreditación nacional o supranacional.
- Identificar las medidas que se considera necesario implementar para acompañar o apoyar la puesta en marcha de sistemas de acreditación de los PRDD.

Para ello se diseñó un cuestionario que fue cumplimentado por los países participantes y cuyas principales conclusiones se resumen a continuación:

- 1ª) Las actuaciones desarrolladas hasta la fecha en el campo de la acreditación de los PRDD se han concentrado en los procesos y procedimientos de autorización o habilitación de los centros y servicios destinados al tratamiento de las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas.
- 2ª) La existencia de normas de acreditación de PRDD (complementarias a las que regulan estrictamente la autorización o habilitación de los servicios asistenciales) es muy limitada. Sólo tres de los diez países participantes en el estudio afirman contar con normas que regulan la acreditación de estos programas, existiendo en algunos casos dificultades para identificar los criterios que incorporan los sistemas de acreditación.

3ª) A pesar de la escasa implantación que tienen en la actualidad los sistemas de acreditación de los PRDD, se constata el interés que este tipo de procesos despierta en la mayoría de los países participantes en el estudio. Así lo confirma el hecho de que nueve de los diez países hayan creado grupos de trabajo institucionales para avanzar en la puesta en marcha de sistemas de acreditación de este tipo de programas.

4ª) Existen importantes diferencias en cuanto a la viabilidad de poner en marcha sistemas de acreditación de carácter nacional o supranacional. Estas diferencias están condicionadas tanto por la naturaleza de los programas, como por variables de carácter nacional.

La viabilidad de implementar sistemas de acreditación (nacionales o supranacionales) es mayor en el caso de los programas de tratamiento y de prevención/reducción de riesgos. En un nivel intermedio de viabilidad se situarían los programas de incorporación social y con una menor viabilidad los programas de reducción de daños asociados al uso de drogas.

5ª) El grado de consolidación de las políticas y/o de los programas en los respectivos ámbitos de la RDD, condiciona de forma directa la viabilidad de implementar sistemas de acreditación. Cuando las políticas generales o sectoriales (prevención, tratamiento, etc.) están más desarrolladas o consolidadas, mayor es la viabilidad de poner en marcha estos sistemas y, en sentido inverso, las políticas y programas “emergentes” o que tienen un desarrollo temporal menor, son las que cuentan con una viabilidad más reducida.

6ª) A pesar de las diferencias observadas en la viabilidad de la implementación de sistemas de acreditación de las distintas categorías de PRDD, existe una amplia base de consenso sobre la necesidad de impulsar un sistema de acreditación de carácter supranacional en el marco de COPOLAD que, a medio plazo, pudiera plantearse como referente para todos los países de Iberoamérica que desearan disponer de recursos, instrumentos o sistemas de acreditación en RDD.

7ª) La opción de poner en marcha un sistema de acreditación único de aplicación al conjunto de los PRDD resulta menos viable, debido a que ciertas categorías de programas (como ocurre en el caso de los programas de reducción del daño) son percibidas como escasamente viables por un buen número de países. La alternativa pasaría por impulsar la puesta en marcha de sistemas de acreditación centrados, en una fase inicial, en los programas de prevención y de tratamiento.

8ª) Existe un amplio nivel de acuerdo a la hora de identificar las medidas de acompañamiento que deberían implementarse para apoyar la puesta en marcha de los sistemas de acreditación de los PRDD. Estas medidas son en general asumibles, no requiriendo de excesivos recursos adicionales.

PUNTOS CLAVE

- La implementación de sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD) es percibida como una necesidad clara por todas las instituciones participantes en el Proyecto, quienes expresan su voluntad de avanzar en esta dirección.
- El grado de consolidación de los PRDD en cada país, resulta determinante para avanzar hacia el establecimiento de sistemas de acreditación. En algunos países la viabilidad de poner en marcha sistemas de acreditación es reducida para todo tipo de programas, mientras que en otros se considera viable para prácticamente todas las categorías.

3. POSIBLES ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ACREDITACIÓN EN RDD

Las informaciones recogidas y las opiniones y posicionamientos manifestados por técnicos y representantes institucionales que han participado en las diferentes fases del Proyecto permiten establecer la existencia de una serie de elementos de partida, que condicionan las estrategias a adoptar para facilitar el desarrollo e implementación de instrumentos, recursos y previsiones (legales, de capacitación o de cualquier otro tipo), que permitan la puesta en marcha de sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD) de carácter nacional o supranacional:

- El escenario, desde el cual deben ser valoradas las distintas opciones y estrategias para favorecer la implementación de sistemas de acreditación, está condicionado por dos procesos emergentes que se refuerzan entre sí:
 - La consolidación de una nueva manera de afrontar los consumos de drogas y los problemas asociados a los mismos. Se percibe una necesidad creciente de considerar los resultados obtenidos y la investigación disponible, frente a posiciones ideológicas o morales, anteriormente más influyentes. Esta nueva mirada podría resumirse como la necesidad de impulsar políticas y programas basados en la evidencia científica, incluyendo la evaluación de resultados.
 - La incorporación de la cultura de la calidad a los servicios prestados por las instituciones públicas a la ciudadanía en el campo de la reducción de la demanda de drogas (RDD). La mejora de la calidad de los programas se impone como una exigencia inexorable entre instituciones y profesionales responsables del desarrollo de los programas y las personas beneficiarias de los mismos. Un proceso que se concreta en el reconocimiento del derecho de los beneficiarios de estos programas a recibir por parte de las instituciones una cartera predeterminada de servicios de calidad y en la exigencia a las instituciones para que sólo presten apoyo financiero o institucional a programas y servicios que hayan demostrado su efectividad y eficiencia.

- El camino hacia la mejora de la calidad y la efectividad de los servicios públicos es irreversible, por más que puedan variar las estrategias o los ritmos para avanzar en esa dirección.
- La realidad actual de los PRDD en los países que participan en COPOLAD es compleja y heterogénea, lo que obliga a establecer estrategias flexibles para avanzar en el ámbito de la acreditación de los programas.

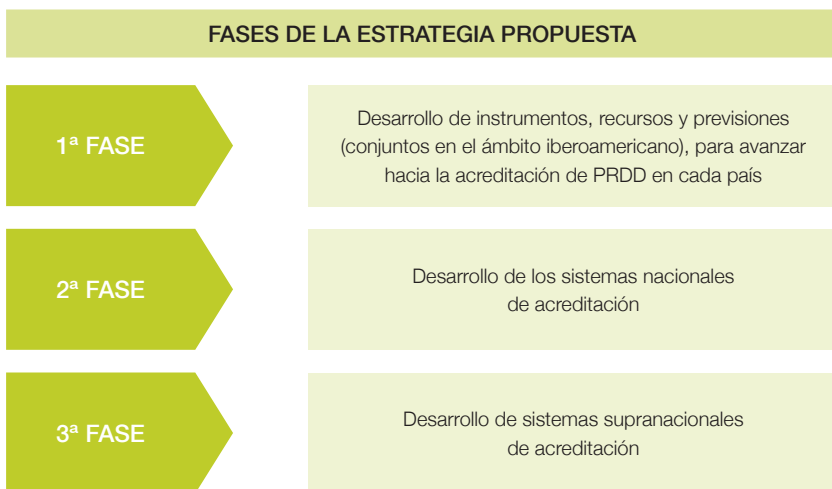
Sin embargo, la heterogeneidad del sector en los diferentes países no justifica el inmovilismo o la pasividad frente a los procesos de acreditación. No resulta razonable esperar a que cambien determinadas realidades nacionales (que las distintas categorías de programas alcancen un elevado grado de desarrollo y consolidación en el país), para empezar a trabajar en el desarrollo de instrumentos, recursos y previsiones, que permitan seguir avanzando hacia el establecimiento de sistemas de acreditación. Precisamente, la puesta en marcha de sistemas de acreditación puede contribuir de forma decisiva al establecimiento de políticas y programas cada vez mejor fundamentados en la evidencia disponible.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y el hecho de que la puesta en marcha de sistemas de acreditación supranacionales es un proceso complejo, que debe superar múltiples obstáculos y resistencias y que requiere de tiempo para su consolidación, se sugiere la adopción de una estrategia progresiva que permita implementar a medio plazo un sistema de acreditación supranacional de PRDD en el que pueden participar un número relevante de países de la Comunidad Iberoamericana.

La Estrategia que se describe a continuación se sustenta en las siguientes premisas:

- Con independencia de la buena disposición mostrada por técnicos y representantes de las instituciones participantes para apoyar la implementación de un sistema de acreditación supranacional, se trata de una meta que sólo resulta viable a medio-largo plazo.
- El logro de esta meta exige adoptar una serie de medidas o pasos previos e ineludibles.
- Los pasos propuestos tienen un carácter secuencial, debiendo ser acometidos progresivamente.
- Los criterios para la acreditación de los PRDD, consensuados en el marco del Proyecto, deben ser considerados como referentes básicos de este proceso, a fin de propiciar el desarrollo de medidas nacionales lo más armónicas posible, que propicien la convergencia en un sistema de acreditación supranacional.
- La razón última de la puesta en marcha de los sistemas de acreditación no es sólo el propiciar el control sobre los contenidos de los PRDD, sino favorecer la mejora de su calidad y, por extensión, de su efectividad y eficiencia. Por tanto, dichos sistemas deben contribuir a que los programas paulatinamente mejoren su diseño e implementación.

Considerando estas premisas, se propuso la adopción de una potencial estrategia, que incorpore las siguientes fases:



FASE Nº 1:
 Desarrollo de instrumentos, recursos y previsiones (conjuntos en el ámbito iberoamericano), para avanzar hacia la acreditación de PRDD en cada país

La puesta en marcha de sistemas de acreditación, tanto nacionales como supranacionales, exige disponer de ciertos instrumentos y recursos que la hagan viable, entre los cuales cabe mencionar:

- Oferta de capacitación de responsables territoriales para iniciar un plan de formación profesional de ámbito local.
- Diseño de los instrumentos a utilizar para la recogida de información sobre los programas desarrollados en el campo de la RDD, que defina los contenidos que se considera relevante registrar de cara a su posible acreditación.
- Desarrollo de instrumentos de apoyo a la planificación de programas en cada ámbito de actuación en RDD.
- Elaboración de guías para la implementación de un sistema de acreditación nacional.
- Marco legal de ámbito nacional, en cada país interesado, que regule las características y contenidos mínimos exigibles para la apertura de servicios y la implementación de programas en todos los ámbitos de RDD².

2. Es preciso no confundir este marco legal regulador de los requisitos mínimos a cumplir por los servicios y programas de RDD, con un sistema de acreditación como tal, que —además de estas previsiones legales— define procedimientos, procesos e instancias de acreditación a integrar.

FASE Nº 2: Desarrollo de los sistemas nacionales de acreditación

Una vez desarrollados los instrumentos y recursos descritos en la fase previa, se estaría en condiciones de poner en marcha sistemas nacionales de acreditación, una decisión que debería ir acompañada, de forma ineludible, por el desarrollo de un marco legal regulador de los procesos, instrumentos, procedimientos e instancias de acreditación.

Como ya se ha señalado, el hecho de contar con desarrollos legales o administrativos que regulan la acreditación sectorial de ciertas categorías de PRDD (por ejemplo, los centros de tratamiento), no supone que se disponga de un sistema nacional de acreditación. La regulación legal de los procesos y procedimientos para la acreditación de PRDD es un elemento básico e imprescindible de un sistema de acreditación, pero no es el único.

Sólo se podrá considerar completo el marco legal regulatorio de los sistemas nacionales de acreditación de PRDD en la medida en que se hayan resuelto previamente cuestiones como la identificación de los criterios exigibles para obtener la acreditación, la información a suministrar por parte de los programas que deseen ser acreditados, la disponibilidad de un instrumento estandarizado de recogida y actualización periódica de dicha información, la ponderación de los distintos criterios para la acreditación o la identificación de la agencia u organismo público o privado encargado de acreditar formalmente a los programas.

Con independencia de la capacidad de las autoridades nacionales para regular sus políticas en el campo de la RDD, el desarrollo de sistemas nacionales de acreditación debería ser respetuoso con los criterios básicos consensuados en el marco de COPOLAD, lo que propiciaría la convergencia de los contenidos establecidos en los respectivos sistemas nacionales. De este modo se facilitarían la puesta en marcha de sistemas de acreditación supranacionales, sobre la base de sistemas nacionales que comparten un buen número de elementos comunes, que a su vez podrían aportar valor añadido a los nacionales.

La implementación de sistemas nacionales de acreditación se considera pues, en el marco de una estrategia general, como una fase previa y necesaria antes de proceder a valorar la puesta en marcha de un sistema de acreditación de carácter supranacional, al que puedan incorporarse el mayor número posible de países iberoamericanos.

FASE Nº 3: Desarrollo de sistemas supranacionales de acreditación

El establecimiento de un sistema supranacional de acreditación constituye la última fase de un proceso ideado para su consolidación a medio-largo plazo. El contenido de dicho sistema podría adoptar distintas formas, cada una de ellas con un mayor o menor grado de exigencia, lo que condiciona su viabilidad y el número de países en condiciones de incorporarse al mismo.

Es preciso destacar que disponer de un sistema supranacional de acreditación en el ámbito iberoamericano, que además pudiera estar en sintonía con los procesos que en este campo se están desarrollando en estos momentos en la Unión Europea (o al menos en algunos de sus países miembros), supondría importantes ventajas, aportando valor añadido a los esfuerzos realizados a nivel nacional en materia de acreditación. Entre las potenciales ventajas cabe mencionar el ahorro de costes y esfuerzos diversos, la mejora de la comparabilidad del impacto de las estrategias de RDD aplicadas en los distintos países o el poder contar con herramientas de capacitación conjuntas.

A continuación se describen distintas opciones para la implementación de sistemas de acreditación de carácter supranacional, valorándose las ventajas e inconvenientes de las mismas. No obstante, es necesario tener presente que la viabilidad de todas ellas depende en gran medida de la capacidad para acordar que la gestión del sistema fuera asignada a un ente supranacional³, controlado por las instituciones que decidieran implicarse en el Proyecto.

OPCIÓN 1ª. *Establecimiento de sistemas de acreditación supranacionales independientes para las distintas categorías de PRDD, soportados en un reducido número de criterios “mínimos”, compartidos por un conjunto de países y entidades multilaterales.*

Esta estrategia trataría de hacer prevalecer la adhesión del mayor número posible de entidades a un sistema de acreditación de carácter supranacional, sobre la base de reducir el rigor exigible globalmente a los PRDD para su acreditación y de flexibilizar la adscripción de los diferentes países a los sistemas de acreditación de las distintas categorías de PRDD.

Con esta opción se buscaría facilitar la puesta en marcha de sistemas de acreditación compartidos por el mayor número posible de países iberoamericanos que quisieran adscribirse a cada sistema, reduciendo para ello sensiblemente los criterios básicos o de obligado cumplimiento que integrarían los mismos.

En base a los datos aportados en este estudio, sobre la situación actual de los marcos reguladores de los programas, los criterios mínimos a incorporar por un sistema supranacional podrían ser los que se recogen bajo el epígrafe de “Criterios Básicos”.

De forma complementaria a la adopción de criterios básicos exigibles para la acreditación, las entidades podrían adherirse a uno o más sistemas de acreditación previstos para los distintos tipos de programas (sistemas de acreditación de programas de prevención, de tratamiento, etc.).

3. Posiblemente no-gubernamental, aunque en estos momentos es prematuro aventurar tal grado de detalle, dado que previamente habría que realizar todo tipo de prospecciones, tanto legales como de disponibilidad o fuentes de recursos.

OPCIÓN 2ª: *Establecimiento de un sistema único de acreditación supranacional para el conjunto de categorías de PRDD, al que se adscribirían los países en condiciones de implementar todos los criterios acordados para cada una de las categorías de PRDD.*

Esta estrategia se caracterizaría por fijar un mayor nivel de exigencia respecto a los contenidos de los sistemas de acreditación, lo que implicaría asumir que sólo un reducido número de países estarían en condiciones de adherirse a un sistema único de acreditación para el conjunto de PRDD. Los criterios que integrarían este sistema serían los mismos que se describirán en la opción 3ª, con la salvedad de que las entidades que decidieran sumarse al mismo establecerían, como básicos o de obligado cumplimiento, todos ellos y no sólo los de ciertas categorías de PRDD.

A nivel práctico, esta estrategia supondría aceptar la existencia de distintos ritmos o velocidades en la puesta en marcha de sistemas supranacionales de acreditación. En una fase inicial, sólo podrían adherirse al mismo los países con un mayor grado de consolidación de los programas, si bien en fases posteriores se podrían ir incorporando el resto de países interesados en establecer sistemas de acreditación, a medida que estuvieran en condiciones de exigir los compromisos establecidos para la acreditación.

La imposibilidad inicial de algunos países para integrarse en un sistema supranacional único para la acreditación del conjunto de PRDD, no es incompatible con el hecho de que puedan ir implementando sistemas nacionales de acreditación “sectoriales” (de aplicación a los programas de prevención, tratamiento, etc.) soportados en criterios coincidentes con los propuestos en el sistema de acreditación supranacional.

La base de este sistema de acreditación la constituirían los criterios considerados avanzados en el marco del presente Proyecto.

OPCIÓN 3ª: *Establecimiento de sistemas de acreditación supranacionales para las distintas categorías de PRDD, a los que se adhieran libremente los países que así lo decidan.*

La base de estos sistemas sería la misma, la integrarían los mismos criterios que los utilizados en la opción 2ª (Criterios Avanzados).

Para consolidar el carácter supranacional de estos sistemas, cada país podría comprometerse a aplicar los criterios de acreditación en un único ámbito (por ejemplo, en los programas de prevención) o en varios (por ejemplo, los programas de prevención y tratamiento). Como contrapunto, los países que optasen por adherirse a un sistema de acreditación supranacional deberían procurar incorporar a sus sistemas nacionales de acreditación todos los criterios que finalmente se acordaran por consenso.

La estrategia propuesta se caracterizaría por la flexibilidad de cada país en la decisión de adherirse al sistema y por la rigidez en el compromiso de cumplir los criterios pactados entre los socios y entidades colaboradoras.

A continuación se resumen las principales ventajas e inconvenientes de cada una de las opciones anteriormente mencionadas:

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>Fase nº 3 (opción 1ª)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentan las posibilidades de poner en marcha sistemas supranacionales de acreditación de los PRDD. • Permite ampliar en el futuro los criterios básicos de acreditación (a medio y largo plazo puede reforzarse el rigor exigible para acreditar programas). • Da a cada entidad o país la flexibilidad de decidir a qué sistemas de acreditación de las distintas categorías de programas de reducción de la demanda se adhiere. 	<ul style="list-style-type: none"> • No asegura que los programas acreditados en base al sistema se ajusten a los criterios de calidad y base en la evidencia asociados a la efectividad y eficiencia de los PRDD, consensuados en los grupos Delphi, realizados en el marco de COPOLAD. • Los criterios de acreditación sólo serían exigidos para ciertas categorías de programas, aquellas a las que cada entidad decida adherirse, no asegurando que el conjunto de PRDD dispongan de criterios para su acreditación dentro de cada país.
<p>Fase nº 3 (opción 2ª)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los criterios de acreditación contribuirían a mejorar de forma sustancial la efectividad y eficiencia de los PRDD. • La totalidad de los programas, con independencia de su tipología, contarían con criterios para su acreditación. • Permitiría dar una respuesta armonizada a las necesidades en materia de acreditación de los países más comprometidos con la búsqueda de la calidad y la excelencia de sus programas. • Podría servir de estímulo o acicate a los países con más retraso en la puesta en marcha de sistemas de acreditación para avanzar en esta dirección. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo los países con un mayor grado de desarrollo y consolidación de los PRDD podrían incorporarse a un sistema de acreditación supranacional. • Los países con mayor retraso en el establecimiento de sistemas de acreditación quedarían excluidos —inicialmente— del proceso.
<p>Fase nº 3 (opción 3ª)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se adapta a la heterogeneidad en el desarrollo de las políticas y programas a nivel nacional, propiciando que cada país pueda implementar sistemas de acreditación en aquellos ámbitos que considere más necesarios o donde los programas estén más consolidados. • Respeta en general los criterios consensuados a lo largo del Proyecto para la acreditación de los PRDD. • Permite avanzar en la implementación de sistemas de acreditación en aquellos ámbitos más consolidados (programas de prevención y de tratamiento). • Facilita que el grueso de entidades y países se vinculen a alguno de los sistemas “sectoriales” de acreditación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los criterios de acreditación sólo serían exigidos para ciertas categorías de programas, aquellas a las que cada entidad decida adherirse, no asegurando que el conjunto de PRDD dispongan de criterios para su acreditación dentro de cada país. • Algunos países no podrían adherirse a ninguno de los sistemas de acreditación supranacionales, al no poder exigir el cumplimiento de los criterios consensuados a los PRDD nacionales, lo que presionaría en favor de una reducción de los criterios básicos exigibles para la acreditación.

4. REPERTORIO DE POSIBLES MEDIDAS PARA APOYAR LA PUESTA EN MARCHA DE SISTEMAS SUPRANACIONALES DE ACREDITACIÓN

En base a las distintas medidas sugeridas por los expertos/técnicos y los representantes institucionales participantes en los Grupos Focales, se formularon una serie de medidas consideradas necesarias para facilitar la puesta en marcha de sistemas supranacionales de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD).

- Difusión de los resultados y conclusiones del Proyecto por parte de las Comisiones o Agencias Nacionales de drogas de los países que han participado hasta ahora en esta actividad de COPOLAD, entre las instituciones, las organizaciones sociales y los profesionales que trabajan en el campo de la reducción de la demanda de drogas (RDD).
- Trabajo de sensibilización a cargo de las Comisiones o Agencias Nacionales de drogas de los citados países a favor de la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas, asociando esta medida con la racionalización de los recursos públicos, la mejora de la efectividad y la eficiencia de los programas y de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos.
- Puesta en marcha, a nivel nacional, de mesas de trabajo sectoriales en las que estén representadas las instituciones y organizaciones sociales más relevantes para promover la implementación de sistemas nacionales de acreditación de los PRDD (se trata de que el proceso de aprobación y puesta en marcha de los sistemas nacionales de acreditación sea lo más participativo posible).
- Creación de grupos de trabajo supranacionales, que congreguen a países con realidades comunes respecto al grado de desarrollo y consolidación de los PRDD, para la puesta en marcha de proyectos piloto de sistemas de acreditación supranacionales. Estos grupos de trabajo podrán además avanzar en:
 - La definición de unos contenidos de formación destinados a abrir una oferta de capacitación de responsables territoriales para iniciar un plan de formación profesional de ámbito local.
 - El diseño de un instrumento de recogida de la información sobre programas, que marque requisitos mínimos a incorporar.
 - El desarrollo de instrumentos de apoyo a la planificación de programas en cada ámbito de intervención en RDD.
 - La elaboración de guías de implementación de sistemas nacionales de acreditación de programas de RDD.
- Creación de un servicio de asistencia técnica destinado a brindar apoyo a todas las Comisiones o Agencias Nacionales de drogas de los países socios y entidades colaboradoras interesadas en la puesta en marcha de sistemas de acreditación, tanto de ámbito nacional como supranacional (esta medida estaría condicionada al logro de financiación de la misma).

ANEXO III

ACUERDOS Y RECOMENDACIONES DEL CONSEJO ASESOR PARA EL IMPULSO DE SISTEMAS DE ACREDITACIÓN EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS (RDD)

Durante los días 14 y 15 de octubre de 2013 se reunió en Madrid (España), el Consejo Asesor del Proyecto¹, con el fin de consensuar acuerdos y recomendaciones sobre los pasos a priorizar para avanzar hacia el establecimiento de sistemas de acreditación de los programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD).

En el marco de esta reunión y considerando el Informe Ejecutivo presentado al Consejo, en el que se resumían las propuestas formuladas a lo largo del Proyecto por los diferentes actores implicados y se identificaban actuaciones y medidas que pueden contribuir al asentamiento y desarrollo de la acreditación en este ámbito clave de las políticas de sobre drogas, este Consejo Asesor:

- Visto el contenido del Informe Ejecutivo sometido a la consideración de los integrantes del Consejo Asesor, incluidos los listados de criterios básicos y avanzados consensuados a lo largo del Proyecto.
- Analizada la situación actual del marco legal que regula la acreditación en los diferentes países representados en el Consejo Asesor, e identificados los principales retos existentes a ser abordados por los países para la incorporación de diversos criterios de calidad y base en la evidencia que faciliten el establecimiento de sistemas de acreditación nacionales.

1. Consejo integrado por representantes de todas las instituciones participantes en la primera fase del Proyecto: **Agencias Nacionales:** CONADIC-México; CONSEP-Ecuador; DGPNSD-España; DEVIDA-Perú; ICD-Costa Rica; MINJUSTICIA-Colombia; SEDRONAR-Argentina; SENAD-Brasil; SENDA-Chile; SICAD-Portugal y JND-Uruguay. **Otras instituciones:** Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA); Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE-COPOLAD); Instituto de Trabajo Social y de Servicios Sociales (INTRESS); Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT); Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en Drogodependencias (RIOD).

- Revisadas las acciones de tipo legal, administrativo y técnico impulsadas hasta el momento por las instituciones y entidades representadas en el Consejo Asesor para favorecer la puesta en marcha de sistemas de acreditación de PRDD, así como las actuaciones previstas a corto plazo; y
- Analizada la posición de todas las entidades del Consejo Asesor respecto a la viabilidad de establecer sistemas de acreditación para el conjunto de los PRDD:

Las entidades representadas en el Consejo Asesor coinciden en señalar que la mayoría de los países no cuentan con un sistema de acreditación específico para los PRDD, existiendo, en algunos casos mecanismos de regulación para las diferentes áreas de salud y niveles de atención dirigidos a atender a personas con problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas. Dichos mecanismos se encuentran regulados en el interior de cada Estado por diversos organismos gubernamentales y, en ocasiones, esta realidad constituye un desafío para alcanzar la necesaria coordinación interinstitucional.

En este contexto, los principales retos a ser abordados por los países para avanzar hacia el futuro establecimiento de sistemas nacionales de acreditación son:

- Afrontar, de forma eficiente y operativa, la compleja y necesaria articulación interinstitucional e interministerial.
- Proporcionar un mayor grado de inclusión y de participación a los agentes sociales en la planificación de las estrategias de intervención.
- Impulsar procesos de acreditación de programas que actualmente se desarrollan tanto en el ámbito público como privado, ya sea por parte de entidades gubernamentales como de organizaciones de la sociedad civil.

En base a los desafíos identificados, los participantes en la reunión del Consejo Asesor, adoptan los acuerdos y recomendaciones que se presentan a continuación.

ACUERDOS

Los países e instituciones multilaterales representados en el Consejo Asesor muestran su acuerdo con un repertorio de medidas a corto y medio plazo que pueden contribuir a impulsar, tanto a la adopción de los criterios de acreditación consensuados en el marco del presente Proyecto, como al desarrollo e implementación de sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda (PRDD). Todos los participantes expresan su compromiso para ponerlas en marcha, partiendo del reconocimiento de que se están tratando de establecer las bases para afrontar un reto cuya consecución a corto, medio y largo plazo requiere de voluntad política, una base normativa en cada país, una mínima inversión de recursos, y la realización de acciones de formación, difusión y sensibilización, así como contar con la participación de todos los actores sociales involucrados en el tema.

Algunas de estas medidas se planteaban en el ya citado Informe Ejecutivo presentado a valoración del Consejo Asesor, y otras surgieron posteriormente durante esta reunión. Dichas medidas son las siguientes:

- Difusión de los resultados y conclusiones del Proyecto entre las instituciones, las organizaciones sociales y los profesionales que trabajan en el campo de la reducción de la demanda de drogas (RDD). De dicha difusión se hacen responsables las Comisiones o Agencias Nacionales de drogas de los países que han participado hasta ahora en esta actividad de COPOLAD, las entidades multilaterales colaboradoras en el mismo (CICAD, OPS, RIOD) y la Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE) de COPOLAD. En estas actividades de difusión de los resultados del Proyecto, se considera de interés incorporar, entre otros actores clave, a los profesionales que participaron en los grupos Delphi.
- Publicación, por parte del Programa COPOLAD, de los criterios básicos para la acreditación de PRDD, consensuados en el marco del Proyecto, organizados de acuerdo a las diferentes áreas de intervención, para facilitar su difusión y que puedan servir de referente a los países que quieran usarlos.
- Compromiso por parte de los países representados en el Consejo Asesor de:
 - Tomar los criterios consensuados en el marco de COPOLAD como referentes para el desarrollo de sus respectivos sistemas nacionales de acreditación. Dependiendo del grado de desarrollo de cada país, se optará por los criterios básicos o avanzados (enumerados y descritos anteriormente en esta misma publicación).
 - El establecimiento progresivo de sistemas nacionales de acreditación en RDD, que incorporen como mínimo los ámbitos de prevención, tratamiento e integración social.
- Sensibilización, a cargo de las Comisiones o Agencias Nacionales de drogas de los citados países, favorable a la puesta en marcha de sistemas de acreditación de programas, asociando esta medida con la racionalización de los recursos públicos, la mejora de la efectividad y la eficiencia de los programas y de la calidad de los servicios prestados a los ciudadanos. Estas actividades de difusión y sensibilización serán más eficaces en la medida que utilicen estrategias diferenciadas en función del público objetivo al que se dirijan y cuenten con la involucración de actores clave en este ámbito.
- Incorporación de criterios de calidad y base en la evidencia, así como de la referencia a la necesidad de poner en marcha sistemas de acreditación de los PRDD, en la Agenda de las organizaciones multilaterales que han participado en este proyecto (CICAD, OPS, RIOD).
- Promoción de acciones tendentes a lograr la cooperación de otros organismos multilaterales, como la Organización de las Naciones Unidas, para apoyar el establecimiento de sistemas de acreditación, desde el ámbito de su competencia.
- Desarrollo y fomento del uso de recursos de acompañamiento para dar seguimiento a los avances que se registren en cada país y fortalecer su implementación, con el fin de brindar

apoyo a las Comisiones o Agencias Nacionales de drogas de todos los países beneficiarios de COPOLAD interesados en la puesta en marcha de sistemas de acreditación, tanto de ámbito nacional como supranacional.

Entre dichos recursos, en el marco del Programa COPOLAD, a corto plazo se impulsará:

- La apertura y promoción de una plataforma de intercambio de experiencias en la *e-room* de COPOLAD que facilite la interacción y el debate sobre desarrollo de sistemas de acreditación, a la vez que permita compartir información sobre buenas prácticas y evidencia disponible en relación con la implementación de sistemas de acreditación para los PRDD; ayudando a los países con un menor avance en la elaboración e implementación de sus sistemas de acreditación.
- El avance de trabajos que permitan ir completando el inventario² de los diferentes servicios e intervenciones asistenciales que se aplican en cada país, como paso previo a la implementación de sistemas de acreditación de programas de tratamiento de las drogodependencias.
- En el marco de la cooperación CICAD-OPS, se favorecerá el desarrollo de los sistemas nacionales de acreditación de PRDD, tomando en consideración los criterios consensuados en el marco de COPOLAD.
- La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como organismo responsable de la salud en el Sistema Interamericano y como organización colaboradora en el Consorcio COPOLAD, se compromete a:
 - Brindar apoyo técnico al avance del tema de acreditación de PRDD en la Región de las Américas, en el marco de su *Estrategia y Plan de Acción Regional sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública*, a través de sus oficinas nacionales de representación y puntos focales en Ministerios de salud de los países miembros.
 - Articular el desarrollo de sistemas de acreditación de PRDD, con la implementación del programa *Quality Rights* (QR-WHO), orientado a la evaluación y mejoramiento de la calidad y Derechos Humanos, en servicios de salud mental y asistencia social, en los países miembros.
 - Coordinar con otros organismos e instituciones internacionales (por ejemplo: CICAD/OEA, RIOD), el apoyo al desarrollo de sistemas nacionales y supranacionales de acreditación de PRDD.

2. Esta recomendación tiene respuesta en una actividad ya iniciada en el marco del programa COPOLAD, y que consiste en el desarrollo de un directorio de centros y servicios, en el que actualmente ya han empezado a entrar información la mayor parte de países de América Latina.

Disponible en: <https://www.copolad.eu/directorio-de-centros-y-servicios>

RECOMENDACIONES

Aunque todas las medidas acordadas por el Consejo Asesor son consideradas como necesarias para consolidar sistemas de acreditación de programas de reducción de la demanda de drogas (PRDD), se diferencian bajo este epígrafe de Recomendaciones aquellas actuaciones para cuya implementación se requeriría un apoyo adicional por parte de los países u otras instituciones, en forma de recursos humanos o económicos, y que —en parte— podrían contemplarse en una potencial segunda fase del Programa COPOLAD.

- Desarrollo de un glosario de términos relacionados con los procesos de acreditación con el fin de homogenizar el lenguaje y los enfoques existentes.
- Puesta en marcha, a nivel nacional, de mesas de trabajo sectoriales en las que estén representadas las instituciones y organizaciones sociales más relevantes para promover la implementación de sistemas nacionales de acreditación de los PRDD (se trata de que el proceso de aprobación y puesta en marcha de los sistemas nacionales de acreditación sea lo más participativo posible).
- Impulso de grupos de trabajo supranacionales, que congreguen a países con realidades comunes respecto al grado de desarrollo y consolidación de los PRDD, para la puesta en marcha de proyectos piloto de sistemas de acreditación. Estos grupos de trabajo podrían además avanzar en:
 - La definición de unos contenidos de formación destinados a abrir una oferta de capacitación de responsables territoriales para iniciar un plan de formación profesional de ámbito local.
 - El diseño de un instrumento de recogida de información sobre programas, que pueda contribuir a orientar la propia planificación y desarrollo de los mismos, a través de los requisitos mínimos a incorporar.
 - La difusión de instrumentos de apoyo a la planificación de PRDD.
 - La elaboración de guías de implementación de sistemas nacionales de acreditación de PRDD.
- Elaboración de un argumentario en el que se evidencien las ventajas, soluciones y oportunidades de contar con un sistema de acreditación nacional para los PRDD, destacando especialmente los costes de todo tipo que puede suponer la carencia del mismo.
- Impulso de estrategias diferenciadas de difusión/comunicación de la necesidad de establecer sistemas de acreditación para los PRDD y las ventajas que de ellos se derivan, en función del público objetivo (responsables políticos e institucionales, ONGs, profesionales del sector de reducción de la demanda de drogas, etc.).
- Creación de un instrumento de acompañamiento para facilitar, prestar asistencia técnica a las Agencias Nacionales de drogas que lo requieran y dar seguimiento y visibilidad a los avances que se registren en cada país.
- Aunque reconociendo las sensibles dificultades que implica el establecimiento de un sistema supranacional de acreditación de PRDD, todos los países concuerdan que sería deseable mantener este objetivo en el largo plazo.

ANEXO IV

CRITERIOS INDISPENSABLES PARA LA APERTURA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Hill, A.; Vázquez-Martínez, J.L.; Alfonso Bello, L.; Montenegro M.; Pérez-Gálvez, B. y Palacios, J.

INTRODUCCIÓN

El complejo fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas tiene características muy variables entre los países de América Latina y el Caribe, así como al interior de los mismos y está determinado por múltiples factores biopsicosociales, que abarcan desde la dimensión individual hasta una mirada poblacional más amplia.

Entre los diferentes aspectos del fenómeno, el consumo de las diferentes sustancias, dependiendo de elementos como la dosis, frecuencia, vía de administración y tiempo de consumo, puede resultar en alteraciones agudas o crónicas del estado de salud, que requieren atención.

De manera adicional, una gran cantidad de elementos distribuidos en los diferentes niveles del entorno de la persona, contribuyen a la configuración particular de la vulnerabilidad individual, por ejemplo el nivel de desarrollo, la urbanización y los servicios disponibles. Es por eso que el consumo, su impacto y repercusiones son diferentes en cada caso y por lo tanto, requieren un abordaje individualizado para su atención. Sin embargo, las características comunes que comparten los casos representan grandes áreas de oportunidad para el diseño e implementación de políticas públicas.

Con una perspectiva moderna, los gobiernos de los países de las Américas coinciden en que para obtener opciones de respuesta ante esta problemática, debe privilegiarse la aplicación del enfoque de Salud Pública. Un elemento esencial de dicho enfoque lo constituyen las diferentes modalidades de servicios de tratamiento que se otorgan a las personas con problemas por consumo de drogas. Actualmente existe una importante brecha entre las necesidades de atención y la oferta disponible para los problemas por consumo de sustancias, por lo que aún se debe avanzar hacia la implementación de una oferta de tratamiento accesible, oportuno, sin discriminación, en un marco de respeto de los Derechos Humanos, con la mayor libertad, seguridad y efectividad posible.

Para favorecer este proceso en los países, desde CICAD se conformó un grupo de trabajo¹ que compiló y revisó instrumentos de regulación y normatividad que están disponibles en varios países, así como otros valiosos antecedentes de diferentes agencias internacionales como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD).

Como resultado de dicho trabajo, este documento presenta una compilación de las características indispensables que se pueden tomar en cuenta para que los países de las Américas desarrollen sus propios lineamientos, y con su aplicación, impulsen cada vez mayores niveles de calidad en la atención de la problemática asociada al consumo de drogas. Para dirigir este proceso, se pueden tomar en cuenta tres niveles de criterios: 1) los indispensables, que presentan el nivel mínimo esperable; 2) los básicos, para continuar la mejora continua de la calidad; y 3) los avanzados, orientados al logro de la excelencia.

JUSTIFICACIÓN

Es responsabilidad de los gobiernos velar por la salud de la población, así como por el acceso universal a servicios de atención, cuya calidad debe estar garantizada. Por ello, les corresponde desarrollar leyes, normas, políticas públicas, estrategias, programas e intervenciones que permitan resguardar esta garantía. Con la intención de alcanzar este objetivo, se debe tomar en cuenta la atención de los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, los cuales han sido reconocidos como “materia de Salud Pública” por los países en la Región de las Américas, en diferentes instrumentos de política, estrategias y planes de acción hemisféricos o regionales².

Es competencia de cada país definir el modelo y organización de los servicios de atención que más se adecue a su contexto y necesidades particulares, así como también delinear las políticas y mecanismos de gestión que le den viabilidad a ese modelo y lo traduzcan en respuestas eficaces y oportunas a las demandas de salud relacionadas con el uso de sustancias psicoactivas.

1. Grupo de trabajo CICAD: Alexandra Hill, Jefa de la Sección de Reducción de la Demanda de Drogas, CICAD; José Luis Vázquez-Martínez, Especialista en Reducción de la Demanda de Drogas, CICAD; Luis Alfonso Bello, Asesor Regional en Abuso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Asesores: Mariano Montenegro, Psiquiatra especialista en Tratamiento de las Adicciones; Bartolomé Pérez-Gálvez, Psiquiatra especialista en Tratamiento de las Adicciones; Juan Palacios, Presidente de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT).

2. *Estrategia Hemisférica sobre Drogas* (CICAD, 2010) y *Plan de Acción; Estrategia sobre Uso de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública* (OPS, 2010) y *Plan de Acción* (OPS, 2011); *Principios básicos de tratamiento WHO-UNODC*.

Para facilitar esta tarea, se han elaborado documentos de referencia, en los ámbitos global, regional y nacional, sobre los principios que deben orientar la oferta de servicios de tratamiento, normas de funcionamiento, así como estándares y procedimientos de verificación del cumplimiento de los mismos.

En el caso de las Américas, los *Principios básicos del tratamiento y rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio*, elaborados por el Grupo de Expertos en Reducción de la Demanda de la CICAD-OEA, en el año 2009, especifican una serie de condiciones a ser consideradas en la oferta de servicios, tales como garantía de acceso a los mismos y protección a los Derechos Humanos, utilización de la evidencia científica como guía en los protocolos de intervención, atención integrada al sistema de salud, con diferentes niveles de complejidad y a cargo de personal calificado, así como utilización de la información como apoyo para la planificación y evaluación de las actividades.

Sin embargo, en la realidad actual de los países de la región³, al igual que ocurre con la oferta de servicios de salud en general, la atención que se proporciona a la población afectada por problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas está segmentada y fragmentada. La oferta de tratamiento se ha desarrollado fundamentalmente al margen del sector público, en una red asistencial débilmente conformada, integrada principalmente por establecimientos o unidades no integradas, que están a cargo de particulares y organizaciones no gubernamentales, donde tienen gran relevancia las asociaciones de carácter religioso. La oferta pública de servicios, está mayoritariamente representada por la red de asistencia en salud mental, y comparte con ella la falta de recursos apropiados, así como las características asilares que predominan en el Hemisferio.

En este panorama, existe una gran heterogeneidad en la definición y aplicación de los criterios que cada país exige para que los centros de tratamiento para personas con consumo problemático de drogas inicien operaciones. Definiciones, términos legales, procedimientos y autoridades competentes son distintos, lo que dificulta establecer procesos homogéneos guiados por estándares internacionales. También existe una gran variabilidad de los criterios que los centros de tratamiento ya autorizados deben cumplir para poder seguir operando, así como para ser reconocidos, acreditados o certificados, según sea el caso.

Para el desarrollo de un proceso de garantía de calidad en esta materia, es esencial que en cada país se propicie la participación conjunta de las autoridades responsables de atender la problemática de drogas, diferentes áreas del sector salud, y otros diversos actores e instituciones que están involucrados en proveer servicios de atención a las personas con problemas por consumo de alcohol, tabaco y otras drogas⁴.

3. Organización de los Estados Americanos (2013). *El Problema de Drogas en las Américas: Estudios; Drogas y Salud Pública*. Washington, DC: Organización de los Estados Americanos.

4. WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). *Thirtieth Report*. Geneva: World Health Organization.

Están en curso diferentes iniciativas en este campo por parte de agencias nacionales e internacionales y se han generado instrumentos de regulación en varios países, con niveles de desarrollo variable. Son destacables los esfuerzos realizados por organismos como la OMS, con sus proyectos de *Evaluación de la Asistencia Dispensada en el Tratamiento del Abuso de Sustancias Psicoactivas* en 1993 (que sirvió de base al *Programa de Normas Mínimas* desarrollado conjuntamente por OPS y CICAD, luego replicado por PNUFID en Centroamérica) y el *Programa Quality Rights* (OMS, 2012). De manera más reciente, UNODC desarrolló los Estándares de Calidad para el *Proyecto Treat Net II* (2010) y, sin lugar a duda, sobresale el valioso trabajo desarrollado por el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD), que mediante un profundo proceso de revisión sistemática de la literatura y evidencias disponibles, así como la realización de grupos focales y grupos Delphi, logró consolidar un documento para la Definición de Criterios para la Acreditación de Programas de Reducción de la Demanda (COPOLAD, 2014)⁵.

Con el respaldo de esta experiencia acumulada, las siguientes páginas representan una referencia y herramienta de apoyo para incrementar la calidad y eficiencia de los servicios de tratamiento para los problemas de salud relacionados con el uso de sustancias, tomando como base criterios estandarizados para definir los requerimientos indispensables para su funcionamiento.

ALCANCE DEL DOCUMENTO

Los criterios presentados son una propuesta, a consideración de las autoridades correspondientes, para que en el respeto de la soberanía y el ámbito de las competencias de la regulación sanitaria, cada país pueda tomarlos en cuenta como parte de los requisitos y elementos que los centros de tratamiento para personas con problemas por consumo de drogas deben seguir.

Así mismo, también se deben determinar las características y el tipo de intervenciones que se entienden como tratamiento. De manera ideal, esto debe estipularse en alguna ley (comúnmente leyes de salud), o cuando menos algún instrumento regulatorio o normativo que derive directamente de la ley. De esta forma se busca sustentar o respaldar la estructura que debe guiar las intervenciones terapéuticas que se otorgan a la población. Para tal fin, algunas referencias útiles son:

5. Grupo de trabajo COPOLAD (2014). Criterios de calidad y base en la evidencia en Reducción de la Demanda de Drogas. Proyecto Calidad y Evidencia. Madrid: Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE), Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD).

- Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Farmacodependencia, el término **tratamiento** se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.”⁶
- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito⁷ establece que el tratamiento puede definirse en general como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social.

El abordaje de los problemas por consumo de sustancias psicoactivas debe realizarse en forma sistemática, con una perspectiva amplia e integral, a través de un continuo de intervenciones articuladas e interconectadas, donde se involucre la participación de múltiples sectores relevantes, en lo que se denomina “Sistema Integral de Servicios”.

Las recomendaciones contenidas en este documento, si bien pudieran tener aplicabilidad en varios ámbitos, para fines prácticos se enfocarán en aquellos servicios específicos para el tratamiento de personas con diagnóstico de *trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas* (CIE-10, OMS) y que llamaremos en el contexto de este material “centros de tratamiento”. Éstos son las unidades operativas especializadas, que se articulan con otro tipo de servicios del sector público de atención a la salud, tales como las unidades de atención primaria, los hospitales generales y especializados, y los servicios de la red de salud mental. En los sectores social y privado se encuentran los grupos de ayuda mutua y otras formas de organización comunitaria. Más allá del sector salud, también existe vinculación con el sistema de justicia penal, y los sectores de Desarrollo Social y Educativo, entre otros. También debe existir coordinación con las universidades y demás instituciones educativas donde se forman los diversos perfiles profesionales, como los del área de la salud.

Para fines prácticos, los criterios presentados se contemplan desde una perspectiva de dos ejes de aproximación:

- **Eje Organizacional:** que divide los criterios en dos categorías, según se trate de aspectos “estructurales” o “funcionales y de proceso”.
- **Eje Temporal (Secuencial):** que define el momento arranque o inicio, asociado a una línea base o un mínimo indispensable para ser incluido en la categoría “centro de tratamiento” y luego, el seguimiento, que plantea las características generales de los requisitos que deben mantenerse o alcanzarse en el tiempo.

6. WHO Expert Committee on Drug Dependence (1998). *Thirtieth Report*. Geneva: World Health Organization.

7. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2003). *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación; Guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Al ser los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, condiciones relativas al estado de salud de las personas, su abordaje corresponde al ámbito de la salud pública, de allí que las personas o instituciones que realizan actividades en este campo, están sujetas a las regulaciones que establece la entidad gubernamental en materia sanitaria, a través de políticas, normas, regulaciones y demás instrumentos aplicables en cada país. Esto es independiente del sector al que pertenezcan, ya sea público, social o privado.
- La autorización para iniciar funciones otorgada a los centros que cumplen los requisitos exigidos por las autoridades competentes debe tener una vigencia limitada en el tiempo. Cada país deberá fijar dicho plazo de manera que sea más conveniente para la realidad local.
- Los requisitos exigidos como indispensables no deben tener plazos de espera, ya que conllevan situaciones que afectan la seguridad de los usuarios de los servicios. Cuando se trata de criterios cuyo cumplimiento corresponde a estándares que superan el nivel indispensable, se pueden establecer plazos de espera para alcanzarlos, los cuales dependiendo de las circunstancias particulares no deben exceder de un año.
- La supervisión de los centros de tratamiento debe hacerse periódicamente, se recomienda hacerlo anualmente, incrementando la frecuencia dependiendo de las circunstancias y la disponibilidad de recursos.
- Deben conformarse “Comités de garantía de calidad de los servicios”, coordinados por la autoridad sanitaria, con el apoyo de la comisión de drogas, los gobiernos locales, representantes de la comunidad y de los prestadores de servicios. Estos comités debe programar y ejecutar las supervisiones, así como elaborar reportes con recomendaciones para la mejora continua de la calidad de los servicios. El resultado de las supervisiones debe ser compartido tanto con las autoridades competentes como con los establecimientos supervisados.
- La normativa vigente en cada país, debe establecer las repercusiones o sanciones que se derivan de las supervisiones y que puedan aplicar a los centros de tratamiento que incurran en faltas.
- Debe contemplarse la posibilidad de aplicar mecanismos de clausura, temporal o definitiva, para los casos que lo ameriten, especialmente cuando se ponga en peligro la integridad, seguridad o vida de las personas que son atendidas.

CRITERIOS INDISPENSABLES PARA APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE TRATAMIENTO

CRITERIOS ESTRUCTURALES

Categoría 1: Infraestructura e instalaciones

- Las instalaciones que albergan el centro de tratamiento y el ambiente circundante deben cumplir con los requisitos indispensables para garantizar la seguridad de los usuarios y del personal que allí labora:
 - Características seguras del terreno (por ejemplo ante condiciones naturales como inundaciones, hundimiento del terreno, etc.).
 - Cumplimiento con normas y regulaciones vigentes sobre infraestructura y salubridad (normas antisísmicas, materiales, etc.).
 - Ambientes amplios evitando el hacinamiento de los pacientes y facilitando su evacuación en casos de emergencia (rutas de evacuación claramente señaladas).
- Los centros de tratamiento de modalidad residencial, que realizan funciones de desintoxicación o de hospitalización, se regirán por la regulación sanitaria vigente.

Categoría 2: Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas

- El centro debe contar con normas expresas que protejan los derechos de los usuarios, prohibiendo el trato degradante e inhumano, de acuerdo con la práctica enunciada por la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.
- Previo a la admisión, se debe comunicar por escrito, explicar adecuadamente y asegurar la comprensión, tanto al usuario como a su familia y la autoridad competente sobre el proceso de tratamiento y sus costos, quienes deberán expresar su consentimiento informado para las medidas que se tomen.

Categoría 3: Aspectos normativos

- El centro debe contar con personalidad jurídica y registro, de acuerdo a la legislación y normatividad vigente.
- El centro debe contar con un reglamento interno de funcionamiento y manuales de operación, por escrito y que deben estar disponibles, cuyo contenido debe hacerse conocer al personal, usuarios y familiares.
- El manual del programa de tratamiento desarrollado por el centro debe estar disponible por escrito, especificando el modelo de atención desarrollado y su fundamentación científica, el horario de las actividades y el personal responsable de su ejecución.

- El centro debe contar con procedimientos expresos para el manejo del tratamiento en personas en situaciones especiales (menores de edad, población en conflicto con la ley, personas en situación de calle, etc.).
- El centro debe contar con un plan de protección civil a cargo de un comité designado específicamente, para atender contingencias y situaciones de emergencia.

Categoría 4: Aspectos financieros

- El centro debe disponer de una unidad de administración, que se encargue de todos los aspectos relacionados con el financiamiento de los servicios y lleve los registros correspondientes.

Categoría 5: Recursos humanos

- El centro de tratamiento debe contar con un responsable legal de su funcionamiento claramente identificado.
- El centro de tratamiento debe contar con directora o director técnico, quien debe ser profesional o técnico universitario, e idealmente contar con formación y experiencia en tratamiento de las adicciones y gestión.
- Contar con una planilla mínima de profesionales y técnicos de salud, de acuerdo al plan de tratamiento diseñado, y comprometido a ejecutar. Como orientación, deberán seguirse los parámetros (ratios) de profesionales por habitantes establecidos en los protocolos de tratamiento.
- Los profesionales, técnicos y auxiliares que participan en el programa cuentan con las competencias necesarias.
- Existen mecanismos de supervisión y actualización del personal.

CRITERIOS FUNCIONALES Y DE PROCESO

Categoría 6: Aspectos organizativos

- Se debe contar por escrito, con un reporte de las actividades realizadas y planificadas de acuerdo al programa de tratamiento y rehabilitación.
- Manejo por parte del personal y de los usuarios de los procedimientos seguir en caso de emergencias (por ejemplo, planes de evacuación y acción ante contingencias), con base en un Plan de Protección Civil.
- Cumplimiento de la normativa legal laboral y fiscal.
- Existe un programa establecido para la supervisión regular del desempeño del personal profesional, técnico y auxiliar.
- Plan de capacitación y actualización continua del personal profesional, técnico y auxiliar, basado en el modelo de atención que desarrolla el centro de tratamiento.

Categoría 7: Sistemas de información y documentación

- El centro de tratamiento debe contar con un sistema de registro y seguimiento de los usuarios atendidos. El proceso de resguardo de la información contenida en las fichas clínicas deberá hacerse de manera segura, garantizando la confidencialidad y el seguimiento clínico.
- Los centros de tratamiento deben estar vinculados con las instituciones correspondientes en materia de registro, análisis y difusión de información sobre las actividades que realicen y el impacto de las mismas.
- El centro de tratamiento realiza el reporte de sus actividades e información estadística a través de algún sistema concentrador, accesible para las autoridades correspondientes (sanitarias, estadísticas y de la Comisión de Drogas), de acuerdo con la legislación y normatividad vigentes.

Categoría 8: Mecanismos de colaboración y coordinación

- El centro de tratamiento deberá estar vinculado con las redes de instituciones sociales y de salud existentes, así como también con los servicios de apoyo en la comunidad.
- Está definido y se utiliza sistemáticamente un mecanismo para la derivación de pacientes en las distintas redes de salud, social y de apoyo comunitario.
- Los centros de tratamiento, especialmente los que operan bajo la modalidad residencial, deberán tener claramente definidos los mecanismos a través de los cuales ingresan las personas a tratamiento, de acuerdo con las normas legales y éticas correspondientes.
- Los centros de tratamiento, especialmente los que operen bajo la modalidad residencial, deberán contar con mecanismos de primeros auxilios y referencia de situaciones de urgencia para su resolución posterior, en congruencia con su capacidad resolutive y respetando la legislación sanitaria y la norma vigente en materia de derechos humanos.

APÉNDICE

PRINCIPIOS BÁSICOS DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL ABUSO Y DEPENDENCIA DE DROGAS EN EL HEMISFERIO*

La dependencia de drogas es una enfermedad crónica y recurrente con múltiples determinantes, tanto biológicos y psicológicos como sociales, que debe ser abordada y tratada como un asunto de Salud Pública, al igual que otras enfermedades crónicas.

Los siguientes Principios Básicos derivados de la investigación científica, deberán regir las políticas y prácticas en la oferta de servicios de tratamiento de la dependencia de drogas:

Acceso, no discriminación y respeto a los derechos humanos

1. Los programas de prevención del consumo y de tratamiento para abuso y dependencia de drogas y alcohol, deberán salvaguardar el respeto a los derechos humanos de las personas que participan en ellos. Los programas de tratamiento se ofertarán en un entorno lo menos restrictivo posible que garantice la seguridad del usuario de los servicios y del personal de tratamiento. El plan de tratamiento debe involucrar activamente a los usuarios de los servicios en la elaboración del mismo, de manera conjunta con el equipo terapéutico, sobre la base de un consentimiento informado.

2. Los servicios de tratamiento deben ser cercanos y accesibles a la población que los necesite, sin discriminación por motivos de edad, género, raza, religión, condición social o económica, o afiliación política.

El tratamiento de la dependencia de drogas debe regirse por protocolos específicos basados en la evidencia científica disponible

3. Los protocolos de tratamiento deben ofrecer intervenciones terapéuticas derivadas de la evidencia científica disponible o, en ausencia de evidencia convincente, del consenso de los expertos en tratamiento. Estos protocolos deben definir la duración del tratamiento, y recomendar las opciones terapéuticas más adecuadas para cada persona, así como las competencias requeridas por los distintos profesionales que conforman el equipo de tratamiento.

* Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Secretaría de Seguridad Multidimensional. Grupo de Expertos de la CICAD en reducción de la demanda de drogas. Principios básicos del tratamiento y rehabilitación del abuso y dependencia de drogas en el hemisferio. México, D.F., septiembre 29 al 1 de octubre de 2009 (Aprobados por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas en su cuadragésimo sexto período ordinario de sesiones).

4. Los servicios de atención deben organizarse como un sistema de tratamiento basado en una política pública, dentro de un marco estratégico que oriente las diferentes intervenciones y servicios terapéuticos, que deben articularse en un continuum de atención para garantizar su continuidad, procurando su incorporación al sistema de salud en coordinación con otros sectores relevantes del área social, tales como los de vivienda, desarrollo social, capacitación para el trabajo, educación y apoyo a la familia.
5. La oferta de tratamiento debe ser diversificada para ajustarla, en lo posible, al perfil de los pacientes, basada en la determinación previa de sus necesidades de atención. Estos servicios deben incluir estrategias de tamizaje, detección temprana de problemas, diagnóstico clínico, motivación al tratamiento, intervención breve, atención psicológica y médica y seguimiento clínico de los casos, así como prevención de recaídas y reinserción social.
6. El tratamiento debe ser concebido como un proceso a largo plazo, en el que puede requerirse la participación de actores de diversas disciplinas y en el que pueden ser necesarios múltiples episodios de tratamiento de distinta índole, en diferentes combinaciones y con distintas temporalidades, para conseguir el éxito terapéutico.
7. En la definición de las intervenciones terapéuticas que se ofrecen a la población, se debe dar consideración fundamental a lo siguiente: diferentes modelos de psicoterapias derivados de la evidencia científica disponible o, en ausencia de evidencia convincente, del consenso de los expertos en tratamiento; la utilización de tratamiento farmacológico cuando el cuadro clínico así lo requiera y, si fuese necesario, una combinación de psicoterapias y de medicamentos, entre otras intervenciones de probada eficacia.
8. Los servicios de tratamiento deben integrar modelos de atención para personas con problemas de abuso o dependencia de drogas que presentan comorbilidad con otros problemas de salud mental o física.
9. Las herramientas más importantes para la detección oportuna de sujetos con alto riesgo de desarrollar una dependencia incluyen el tamizaje y la entrevista estructurada. En aquellos casos que requieren un seguimiento, las intervenciones o tratamientos breves pueden modificar favorablemente la trayectoria del consumo y sus consecuencias.
10. Los programas de tratamiento deben incluir estrategias de reincorporación social que permitan la vinculación efectiva y productiva del individuo con su comunidad.

Organización de los servicios de tratamiento

11. Los servicios de tratamiento de la dependencia de drogas deben integrarse, hasta donde sea posible, en las clínicas y establecimientos del sistema de salud, para evitar que los dependientes de drogas sean segregados de los demás pacientes.

12. Deben desarrollarse unidades de atención para complicaciones agudas del consumo, especialmente para el manejo de la intoxicación y el síndrome de abstinencia agudos; dichas unidades son insuficientes de manera aislada, pero constituyen un apoyo valioso en diversos momentos dentro de cualquier estrategia de tratamiento.

13. Las opciones de tratamiento basadas en la comunidad deben fomentar la participación de la familia y la comunidad en el proceso terapéutico, informando y orientando a los padres de familia, los maestros y otros actores significativos, puesto que tienen un rol fundamental en el logro y mantenimiento del éxito del tratamiento y la reintegración social.

14. Los gobiernos deberían procurar un adecuado financiamiento de los programas de tratamiento de la dependencia de drogas, buscando que éstos tengan la mejor calidad, accesibilidad y cobertura posibles.

Personal de tratamiento cualificado

15. Las competencias del personal a cargo del tratamiento deben estar garantizadas por procedimientos sistemáticos de selección, y verse fortalecidas a través de programas de formación específica y cursos de actualización periódica para personal profesional y no-profesional. Los servicios de tratamiento deben, toda vez que resulte posible, contar con un equipo multidisciplinario capaz de atender las diversas necesidades de atención de la población que requiere los servicios. Para ello, se deben impulsar programas formativos que permitan la acreditación y/o certificación del personal que trabaja en los programas de tratamiento.

Sistemas de información en el tratamiento de la dependencia de drogas

16. Deben elaborarse e implementarse estrategias de supervisión, monitoreo y evaluación constante de los programas de tratamiento, tanto de su estructura y funcionamiento, como de su eficacia, cobertura y costo-beneficio, para así poder mejorar continuamente la calidad y adecuación de los servicios.

17. La organización de los servicios de tratamiento debe basarse en un sistema de información confiable, actualizado y ágil, que incluya el registro de los diagnósticos y necesidades clínicas de los pacientes, así como el monitoreo y seguimiento de los cambios que se produzcan en los síntomas y su evolución, para poder evaluar los resultados obtenidos con las intervenciones terapéuticas.

PROGRAMA DE COOPERACIÓN ENTRE AMÉRICA LATINA Y LA UNIÓN EUROPEA EN POLÍTICAS SOBRE DROGAS

¿QUÉ ES?

Un programa de cooperación entre la Unión Europea (UE) y América Latina y el Caribe (ALC), destinado a mejorar la coherencia, el equilibrio y el impacto de las políticas sobre drogas, mediante el fortalecimiento del intercambio de experiencias y la coordinación bi-regional. Se trata de una iniciativa liderada por un consorcio establecido por países de ambas regiones y cuenta con la financiación de la Unión Europea.

¿A QUÉ ASPIRA?

A optimizar el diálogo bi-regional; a fortalecer las políticas sobre drogas e impulsar la cooperación entre las agencias nacionales responsables de estas políticas en América Latina y el Caribe. COPOLAD tiene como finalidad el promover respuestas coordinadas, multisectoriales, integrales, sostenibles, respetuosas con los derechos humanos y basadas en el fortalecimiento de las instituciones democráticas de cada país. El programa presta especial atención a la experiencia adquirida durante las últimas décadas en distintos contextos sociales y culturales, así como a la evidencia disponible actualmente derivada de la evaluación de las estrategias, programas e intervenciones ya implementadas.

¿CÓMO PRETENDE CONSEGUIRLO?

1. Mediante el impulso y consolidación del Mecanismo de Coordinación y Cooperación en materia de Drogas entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe (MCC).
2. A través del apoyo a los observatorios nacionales de drogas para reforzar el desarrollo de sistemas de información de calidad y compatibles entre ALC y la UE.
3. Por medio de la oferta de capacitación, la identificación de criterios consensuados de calidad y base en la evidencia, y el desarrollo de recursos de apoyo a la planificación de intervenciones; todo ello en el ámbito de la reducción de la demanda de drogas.
4. Con el refuerzo de la capacitación y el impulso de la cooperación y el intercambio de buenas prácticas para la reducción de la oferta de drogas, prestando apoyo a las autoridades y actores pertinentes para avanzar de forma significativa en este complejo ámbito de actuación.

¿QUÉ APORTA CADA PAÍS INTERESADO EN PARTICIPAR?

Recursos de trabajo y oportunidades de cooperación derivados del despliegue de las más de 70 actividades destinadas a:

- El refuerzo de oportunidades de intercambio y la generación de redes basadas en planteamientos de responsabilidad compartida entre países, tanto en el ámbito político como técnico.
- El análisis de la realidad existente en cada país participante, con la finalidad de disponer de una línea base de partida que permita establecer necesidades existentes y priorizar respuestas adecuadas para avanzar en cada línea de trabajo establecida.
- El desarrollo de procesos de consenso entre los países de ambas regiones, necesarios para: la definición y adopción de un número básico de indicadores que permitan la toma de decisiones informadas y la comparabilidad de la información disponible entre regiones; así como la adopción de criterios esenciales de calidad y base en la evidencia que deben orientar las políticas de prevención y control, asistencia e inserción social.
- La elaboración conjunta de recursos de capacitación sensibles a las necesidades percibidas por responsables de nivel técnico de la toma de decisiones en el ámbito de las políticas sobre drogas basadas en la evidencia, así como de los recursos de apoyo al trabajo de implementación de estrategias, planes y programas.
- La potenciación de la visibilidad de las estrategias y esfuerzos desarrollados en cada país participante, así como de los recursos existentes en cada país.
- El refuerzo de la cohesión, en lo concreto, entre los países e instituciones participantes.

Este libro se acabó de imprimir
en MANGRAF, S.L.
en Madrid, el 25 de noviembre de 2014.

www.copolad.eu

i-copolad@copolad.eu

Socios líderes

DGPNSD-CICO

FIIAPP

España

Socios

SEDRONAR

Argentina

SENAD

Brasil

SENDA

Chile

MINJUSTICIA

Colombia

DEVIDA

Perú

JND

Uruguay

GIZ

Alemania

MILDT

Francia

SICAD

Portugal

Entidades colaboradoras

ICD

Costa Rica

CONSEP

Ecuador

CONADIC

México

PCB

Polonia

ANA

Rumanía

CICAD-OEA

IDPC

OEDT

OPS

RIOD