



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

**PACTOS POR LA VIDA:
FUNDAMENTACIÓN, PRINCIPIOS Y ESTRUCTURA DE UNA
ESTRATEGIA PARA REDUCIR EL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE
ALCOHOL**

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruíz Gómez

Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Director Promoción y Prevención

Fernando Ramírez campos

Subdirector de Enfermedades No Transmisibles

Supervisión Técnica

Diana Agudelo Camacho

Rodrigo Lopera Isaza

Ministerio de Salud y Protección Social

Luis Flórez Alarcón, Ps, MSc, PhD

Helena Vélez Botero, Ps, MSc

Angelica María Claro, Ps, PhD(c)

**Grupo de Investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano
Centro de Estudios Sociales - Facultad de Ciencias Humanas
Universidad Nacional de Colombia**

Septiembre de 2013

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	1
¿Qué es Pactos por la Vida?	1
¿A quiénes va dirigido el programa PpV?	2
¿Qué tipo de metodologías y de procedimientos son coherentes con los objetivos de Pactos por la Vida?	4
PACTOS POR LA VIDA: UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION PARA LA SALUD	8
El fomento de la auto-regulación en un contexto de regulación social:	8
La adopción de un modelo de educación para la salud:	10
Diagnóstico social	13
Diagnóstico epidemiológico	14
Diagnóstico conductual y medioambiental	14
Diagnóstico educacional	16
Diagnóstico Político y Administrativo	17
Implementación y evaluación de proceso	17
Evaluación de impacto y de resultado	18
EL CONSUMO PROBLEMÁTICO Y EL CONSUMO MODERADO DE ALCOHOL: OBJETIVOS DE PACTOS POR LA VIDA	20
Consumo Problemático de Alcohol (CPA)	20
Consumo Moderado de Alcohol (CMA)	22
Modalidades de prevención	24
INTERVENCIONES EN EL MARCO DE PACTOS POR LA VIDA	27
La motivación: Eje central de para la modificación de comportamientos	27
El autocontrol del comportamiento: Meta fundamental de PpV	30
Pactos por la Vida: Un programa de corte motivacional	32
Ejes y lineamientos de PpV: una articulación con las esferas de acción de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol	38
1. Marco inter-institucional	39
2. Gestión del riesgo	41
3. Capacitación	41
4. Evaluación y seguimiento	44
5. Comunicación	48
EXPERIENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PACTOS POR LA VIDA	51
Barranquilla	51
Bucaramanga	54
Santiago de Cali	55
Neiva	59
PACTOS COMUNITARIOS Y PACTOS POR LA VIDA	61

INTRODUCCIÓN

Este documento se propone hacer una presentación de conjunto del programa Pactos por la Vida (PpV) para la reducción del consumo problemático de alcohol (CPA). Se busca que esta presentación permita comprender los fundamentos conceptuales y metodológicos de esta estrategia de educación para la salud, así como orientar a quienes les corresponda implementarla en las diversas regiones de Colombia, brindándoles elementos que les permitan diseñar los planes de acción, y ofreciéndoles pautas que orienten su ejecución y su evaluación.

¿Qué es Pactos por la Vida?

En sí mismo, el término “*Pactos por la Vida*” hace referencia a la búsqueda de acuerdos entre diversas instancias sociales que tienen un papel sustancial en la cadena de eventos conducentes a la producción, comercialización, y consumo de bebidas alcohólicas, con la finalidad de que ese consumo se dé en condiciones que no atenten contra la vida de los consumidores, enfatizando en la necesidad de prevenir y de mitigar la multitud de consecuencias negativas potenciales que el consumo de alcohol representa para la salud y para el bienestar de los consumidores y de las personas relacionadas en su entorno social, consecuencias que configuran un problema de salud pública en situaciones de CPA altamente prevalente, como sucede actualmente en Colombia. En nuestro país, según los resultados del último estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en el año 2008, existe una franja de consumidores de alcohol en situación de riesgo o de consumo perjudicial, calculada en una cifra cercana a 2.4 millones de personas en ese momento, equivalente al 35% de las personas que declararon haber consumido alcohol durante el mes anterior a la realización del estudio¹; esa clasificación se hizo de acuerdo con la conceptualización que se tiene acerca del riesgo en la prueba AUDIT, incluida en la encuesta. Esta situación representa la realidad que aquí se conceptualiza como CPA, cuya naturaleza como problemática de salud pública demanda del Estado la realización de acciones de prevención y de mitigación del daño asociado, las cuales se plasman parcialmente en el programa denominado PpV. El programa adopta una estructura que se sustenta legalmente en la normatividad asociada al Decreto número 120 expedido el 21 de Enero de 2010, por medio del cual la Presidencia de la República adoptó medidas en relación con el consumo de alcohol.

¹ Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, Dirección Nacional de Estupefacientes (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008: Informe Final*. Bogotá: Ediciones Guadalupe S.A.

Como programa de prevención y de mitigación de daños, PpV es una estrategia de educación para la salud que propende por la modificación de estilos de vida que incluyen hábitos de CPA por parte de personas que conforman conglomerados socio-culturales particulares (en la familia, en la escuela, en el barrio, en el trabajo, en la comunidad), cuya motivación para el consumo alcohólico alcanza niveles elevados que llevan a que las acciones que les posibilitarían superar las problemáticas de su existencia, u obtener goce y disfrute en sus interacciones en su medio social, resulten anuladas por el CPA. Esta perspectiva puede ser reforzada por el medio, muchas veces de forma selectiva e intencionada, y se traduce en niveles de consumo de bebidas alcohólicas que tienen características de frecuencia, intensidad, y topografía propias de un CPA, con consecuencias negativas de alto impacto para la salud y para la calidad de vida de la persona consumidora y de otras personas relacionadas con ella, con gran detrimento en el logro de las metas más valiosas que le pueden dar sentido a su existencia. De esta premisa, y dado el carácter legal de la producción de bebidas alcohólicas, se desprende la necesidad de abordar el manejo del CPA mediante una aproximación preventiva de naturaleza educacional que enfatice la importancia de la autorregulación personal del consumo. Por supuesto esta aproximación debe realizarse en confluencia con otras orientaciones también preventivas de naturaleza diferente a la educacional (ej. en interacción con acciones sociales de tipo normativo, prohibitivo, o impositivo), atendiendo no solo a la necesidad de prevención sino también a los requerimientos de mitigación del daño que el CPA causa sobre la vida y sobre la calidad de vida, daño inherente a una realidad social y cultural que ha hecho del consumo de bebidas alcohólicas un comportamiento altamente prevalente, que ha existido, existe, y seguirá existiendo en nuestra sociedad.

Todo esto obliga a pensar en un consumo moderado de alcohol (CMA), y en la implementación de estrategias que lo contrapongan al consumo excesivo, como una meta que se puede proponer de forma realista, razonable y sostenible, en la búsqueda de soluciones a la problemática de salud pública planteada. En breve, la prevención y la búsqueda de mitigación de los daños asociados al CPA, así como la minimización de los riesgos asociados al CMA, constituyen aspectos definitorios de la naturaleza y de los objetivos de PpV.

¿A quiénes va dirigido el programa PpV?

La anterior caracterización conduce a incluir como objetivo principal de PpV a la franja de consumidores de riesgo o problemáticos de alcohol, y a excluir de su alcance a sectores poblacionales que, por definición, presentan incompatibilidad con el consumo alcohólico,

incluido el CMA. Se trata de sectores sociales de gran importancia como los niños, las niñas, los jóvenes y en general los menores de edad, cuyo abordaje educacional debe realizarse por excelencia en un contexto de prevención universal que enfatice el fortalecimiento de los factores de protección global de la personalidad, no solo en referencia al consumo de sustancias psicoactivas, sino a otros comportamientos que atentan contra la vida y contra la calidad de vida. En este sentido resulta de gran interés el apoyo al fomento de las denominadas “*habilidades para la vida*”² como estrategia educacional de tipo promotor de la salud que se practica con esta franja poblacional. No obstante, sí se incluye dentro del espectro de alcance de PpV un subconjunto de menores de edad, especialmente en el sector de la educación media y universitaria, que tienen consumos de alcohol que los colocan en situación de consumidores de riesgo o de consumidores problemáticos, por lo cual ameritan la recepción de procedimientos de prevención selectiva o de prevención indicada del CPA; sin embargo, estos procedimientos han sido materia de diseños, implementaciones y evaluaciones más propias del ámbito de la salud escolar, que del ámbito de la minimización de riesgos que predomina en los diseños que se practican en PpV. CEMA-PEMA³ y Autoayuda Dirigida⁴ son ilustraciones de estos procedimientos de prevención selectiva e indicada que, como ya se anotó, tienen mejor cabida en el contexto de la salud escolar que en el de la reducción del daño, y cuentan ya con el respaldo de estudios de meta-análisis que sustentan su efectividad, especialmente en los casos de intervención mediante el uso de procedimientos de entrevista motivacional⁵.

Por supuesto también quedan por fuera del espectro de alcance de PpV los consumidores con dependencia alcohólica, de quienes no es dable esperar el logro de niveles de CMA debido a que su situación biológica no lo permite, y obliga a la realización de intervenciones en contextos especiales de rehabilitación, cuya meta es, necesariamente, la abstinencia total del consumo.

² Mangrulkar, L., Whitman, Ch.V. & Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

³ Flórez-Alarcón (2007). Investigación y diseminación de CEMA-PEMA-P: Un programa con enfoque motivacional breve para la prevención primaria del abuso de alcohol en estudiantes. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs. 237-272.

⁴ Gantiva, C.A. (2007). Evaluación y diseminación de un programa motivacional breve para consumidores abusivos de alcohol. En: S.L. Echeverría, V.C. Carrascoza, & M.L. Reidl (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, pgs. 223-236.

⁵ Jensen, Ch.D., Cushing, Ch.C., Aylward, B.S., Craig, J.T., Sorell, D.M., & Steele, R.G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.

Si el CPA define a los receptores potenciales de las acciones incluidas en PpV, y el CMA forma parte de las soluciones previstas, la implementación del programa supone también escenarios preferenciales, entre los cuales el ambiente de la diversión, de la “rumba” y del esparcimiento, ocupa un lugar emblemático para su ejecución. Allí, los pactos deben incluir a los agentes propios de ese ambiente, tales como los dueños de los establecimientos, los productores de bebidas alcohólicas, las asociaciones de comerciantes, y, por supuesto, las agencias especializadas del Estado en sectores claves como el de la seguridad, el de la salud, el de gobierno, y el de la educación.

¿Qué tipo de metodologías y de procedimientos son coherentes con los objetivos de Pactos por la Vida?

Como estrategia de educación para la salud, PpV es un programa incluyente de acciones dirigidas a modificar los factores responsables del CPA que se hayan logrado identificar de manera probada, en coherencia con modelos explicativos de dicho consumo que hayan obtenido suficiente respaldo en la evidencia empírica. En el presente caso se asumen tres modelos conceptuales de alta compatibilidad epistemológica y teórica para dar sustento a la toma de decisiones en diferentes niveles de la programación de acciones preventivas del CPA y de mitigación del daño inducido por el mismo, mediante la adopción de un modelo de educación que contextualiza y engloba todas las acciones a realizar, de un modelo motivacional que propone los objetivos inmediatos del proceso educacional, y de un modelo interventivo de naturaleza breve, coherente con las propiedades de los factores elegidos como blancos del proceso educacional. Estos tres modelos, de los que se derivan operaciones sinérgicas, son:

- 1) Un modelo de educación para la salud, PRECEDE-PROCEED⁶, frecuentemente utilizado en el mundo para programar acciones de promoción y de prevención en el ámbito de la salud, cuyo planteamiento de fases diagnósticas en PRECEDE, y de fases de implementación y de evaluación en PROCEED, permite darle estructura y coherencia sistemáticas a las acciones de prevención y de mitigación que se emprendan, especialmente por su orientación hacia el manejo de factores predisponentes y reforzantes del daño, así como de factores habilitantes de las soluciones, lo cual arroja lineamientos claros acerca del tipo de acciones admisibles y recomendables en este contexto de educación para la salud.

⁶ Green, L. W. & Kreuter, M.W. (2005, 4th. Ed.). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. New York: McGraw-Hill Higher Education.

2) Un modelo de cognición social que propone un conjunto de procesos psicológicos motivacionales, a la manera de variables intervinientes entre el medio socio-cultural y el comportamiento individual, que explican la disponibilidad personal a la ejecución de comportamientos habituales (ej. Comportamientos de CPA) a partir de la formación de expectativas por parte de la persona en su medio social y cultural, tales como son las expectativas de resultado y las expectativas de autoeficacia⁷, dando origen a una corriente de pensamiento psicológico ampliamente aplicado en el medio de control de las adicciones y de muchos otros comportamientos, conocida como Corriente Cognitivo-Conductual⁸. Esta orientación asume nociones de expectativa-valor para referirse a los aspectos cognitivos subyacentes a la motivación para la práctica de un determinado comportamiento. Dentro de las diversas micro-teorías surgidas en el marco de esta corriente de expectativa-valor se toma una **propuesta procesual conocida como Teoría de Motivación a la Protección**⁹ para identificar procesos específicos responsables de la motivación hacia el CPA, o, a la inversa, hacia la motivación a la protección frente a los riesgos inherentes al consumo. Dichos procesos se ubican en el nivel de la evaluación cognitiva sobre la amenaza de los riesgos, y de la evaluación sobre el afrontamiento eficaz de los mismos; ambas variables han sido ampliamente utilizadas en la emisión de mensajes que se diseñan con el fin de fomentar la motivación hacia la adopción de diversos comportamientos protectores en la población vulnerable (ej. mensajes que promueven la moderación o la abstinencia del consumo, o el cuidado específico que se debe guardar cuando se consume). Asumir este sustento teórico para fundamentar las acciones emprendidas en los campos de la prevención, de la minimización de riesgos, y de la mitigación de daños, tiene amplias implicaciones prácticas en tanto que lleva a definir en términos de procesos psicológicos motivacionales algunos de los factores predisponentes al CPA, que se convierten en objetivos específicos de modificación al emprender una acción preventiva concreta y evaluable, mediante el uso de algunas dinámicas también objetivas y replicables. Estas dinámicas son igualmente susceptibles de definición y de clasificación en categorías sistemáticas compatibles con este enfoque motivacional, si se apela a los términos de alguna teoría particular, lo cual permite mejorar su comunicabilidad y su puesta en práctica, facilitando su adaptación en contextos socio-culturales diversos; un ejemplo de esa

⁷ Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

⁸ Bishop, F.M. (2002). Brief cognitive-behavioral interventions for substance abuse. In: F.W. Bond & W. Dryden (Eds.) *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*. England: John Wiley & Sons, pp. 161-185.

⁹ Norman, P., Boer, H. & Seydel, E.R. (2005) Protection motivation theory. In: M. Conner & P. Norman (Eds.) *Predicting Health Behaviour*, 2nd Edition. Buckingham: Open University Press, pgs. 81-121.

terminología es la que recomienda la denominación de las dinámicas utilizadas en términos de procesos de cambio, que se definen y se clasifican en el marco del Modelo Transteórico de Cambio¹⁰.

- 3) Un modelo de intervención breve para la ejecución de procedimientos de prevención, de mitigación del daño, y de minimización de los riesgos, que se centra en la realización de acciones susceptibles de implementar en contextos naturales de la vida cotidiana y de atención primaria en salud¹¹, en este caso los contextos donde se realiza el CPA y el CMA, alejándose de los propios de la práctica clínica, enfatizando la necesaria brevedad de dichos procedimientos. En este caso, de manera coherente con la adopción de los modelos descritos antes, se asume la Intervención Motivacional¹² como práctica sustentada en principios científicos acerca del proceso motivacional humano, con el fin de materializar en procedimientos sistemáticos y replicables las diversas iniciativas que se ponen en acción en los servicios estatales de salud responsables del manejo de esta problemática. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sugerido el uso de estas intervenciones breves, dentro de un contexto diverso de acciones incorporadas a la estrategia mundial para el control del daño inducido por el uso nocivo de alcohol¹³. Debe aclararse que la intervención motivacional breve tiene una mayor tradición en los contextos de prevención selectiva y de prevención indicada, donde se han hecho demostraciones empíricas de su efectividad, eficacia y eficiencia, cuando se implementa con diversas poblaciones (jóvenes, trabajadores, universitarios, etc.). Sin embargo no existe aún el mismo grado de evidencia empírica acerca de los resultados de las intervenciones motivacionales breves aplicadas con propósitos de minimización de riesgos y de reducción del daño, que suelen implementarse en los ámbitos donde se realiza el CPA y el CMA. Aunque hay una dirección de continuidad conceptual y metodológica entre todas estas intervenciones, las últimas tienen características que las hacen diferentes a los procedimientos preventivos, por lo cual se requieren aún precisiones acerca de su estructura y de sus resultados. En síntesis, la modificación de los factores predisponentes del CPA sugeridos desde la perspectiva del

¹⁰ Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en neurociencias, pgs. 85-135.

¹¹ Babor, Th.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001). *Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol: Un manual para la utilización en atención primaria*. Valencia (España): Generalitat Valenciana y Organización Mundial de la Salud (original en inglés WHO/MSD/MSB/01.6B)

¹² SAMHSA/CSAT (1999). *Enhancing motivation for change in substance abuse treatment*. Rockville (MD): Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (USA).

¹³ OMS (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol*. Ginebra (Suiza): Ediciones de la OMS.

Modelo de Motivación a la Protección, la modificación de los factores habilitantes del CMA materializados en el ABC del "saber beber", así como la modificación de algunos factores reforzantes susceptibles de manejo personal y microsocioal (muchos caen dentro de otras esferas propias de las relaciones sociales y de la cultura), constituyen objetivos particulares de los procedimientos de intervención motivacional breve que se ponen en práctica en el contexto de PpV.

En lo que sigue del presente documento se hará una profundización más detallada en los diversos aspectos tratados en esta introducción, con el fin de ofrecer mayor claridad y detalle sobre los fundamentos conceptuales y metodológicos, que permitan acceder a una mejor orientación hacia el diseño de múltiples iniciativas en el marco de las actividades que diversas instancias estatales y sociales emprenden con el objetivo de fomentar la prevención del CPA, el fomento de la motivación a la protección frente a sus daños, la minimización de los riesgos inherentes al CMA y la mitigación de los daños consecuentes a la permanencia de remanentes de CPA que necesariamente persisten a pesar de los esfuerzos realizados.

PACTOS POR LA VIDA: UNA ESTRATEGIA DE EDUCACION PARA LA SALUD

Proponer PpV como una estrategia de educación para la salud tiene diversas implicaciones de orden teórico, metodológico y práctico, pues enfatiza un abordaje del problema del CPA desde la óptica de la salud pública, con una mirada centrada en el comportamiento de los consumidores, que se da en el marco de un conjunto de relaciones sociales y de una cultura que interactúan con aspectos personales, para dar como resultado decisiones individuales de consumos alcohólicos de diversa clase, que se constituyen en hábitos propios de un estilo de vida.

El fomento de la auto-regulación en un contexto de regulación social:

El consumo de alcohol se aborda, desde la óptica del aprendizaje social, como un comportamiento altamente voluntario y propositivo, es decir como una acción que la persona realiza guiada por un conjunto de expectativas, no siempre conscientes, acerca de los resultados que espera obtener mediante su ejecución; esto es, el consumo de alcohol es un comportamiento motivado por múltiples expectativas que mueven y dinamizan el comportamiento. Este concepto supone que los consumidores no son autómatas que obedecen de forma irrestricta a las condiciones de la oferta de bebidas alcohólicas, o a las influencias del medio social y cultural, sino que son tomadores activos de decisiones susceptibles de determinación autónoma, en la medida en que logren acceder a niveles de conocimiento y deliberación sobre las condiciones y expectativas subyacentes a esa elección, para que pase de ser una elección reactiva, relativamente automática e inconsciente que obedece a impresiones, para convertirse en una decisión proactiva, más consciente y elaborada a partir de juicios.

Un enfoque teórico actual de gran valor en el área de la cognición social sobre toma de decisiones es el representado por la teoría del prospecto, planteada por el premio nobel de economía 2002 Daniel Kahneman¹⁴, la cual ofrece un interesante marco que contempla las interacciones entre un sistema 1, de pensamiento automático rápido, con un sistema 2, de pensamiento elaborado, en el proceso de toma de decisiones. Si se traslada al campo de educación para la salud que interesa aquí, ese enfoque teórico invita a contraponer el "pensamiento rápido" que incita al CPA, guiado por algunos sesgos y heurísticos característicos, con el "pensamiento lento" que ofrece una estrategia educativa promotora del

¹⁴ Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona (España): Random House Mondadori, S.A.

CMA, guiada por la modificación de algunos factores cognitivos relevantes en el proceso motivacional que sigue el comportamiento; el estado de esos factores cognitivos va a determinar un resultado de exceso, o, por el contrario, de moderación en el comportamiento¹⁵.

Este planteamiento coloca el objetivo de mitigación del daño y de minimización de riesgos en un plano de contraposición entre los factores que motivan al CPA y los que motivan al CMA; de entrada, lleva a contraponer los mensajes propagandísticos y las influencias sociales que invitan al consumo irreflexivo a partir de supuestos resultados positivos del alcohol, de una parte, y, de otra, los mensajes educativos y las influencias sociales que promueven la reflexión sobre los verdaderos alcances del alcohol como medio que puede conducir al logro de algunos resultados satisfactorios para la persona si su consumo se da en un contexto de CMA, en lugar de los resultados negativos de malestar, de pérdida de salud y pérdida de calidad de vida si el consumo se da en un contexto de CPA. En este marco de educación para la salud, se asume que la auto-regulación y la regulación social, en confluencia con el control normativo establecido por el Estado, constituyen medios que poseen gran capacidad para influir sobre una toma de decisiones personales que conduzcan a los consumidores de bebidas alcohólicas hacia la moderación, con sus consecuentes resultados en términos de reducción de daños y minimización de riesgos.

PpV tiene un objetivo primordial que se centra en el fomento de la auto-regulación personal del consumo alcohólico en situaciones sociales en que este consumo tiene una alta probabilidad de ocurrir, como son, en nuestra cultura, múltiples situaciones sociales relacionadas con las festividades y con el esparcimiento. La auto-regulación personal es un factor primordial para el logro de la convivencia social, y se sustenta en el grado de internalización que la persona alcanza acerca de los argumentos que, a manera de expectativas, justifican la realización de un comportamiento. El máximo nivel de auto-regulación de un comportamiento, de acuerdo con las propuestas teóricas de expectativa-valor acerca de la auto-determinación en psicología¹⁶, corresponde a los casos en que la acción se orienta por principios que la persona integra a manera de nociones altamente valoradas, por lo cual no solo las acepta como guía de su propia acción, en lo que configura un cuadro de motivación intrínseca, sino que las difunde de manera activa para que esas nociones formen parte de los principios prevalecientes en su medio social y cultural. Es así como se ha

¹⁵ Los chistes y los refranes populares acerca de la embriaguez constituyen una fuente muy valiosa para el conocimiento de los sesgos y de los heurísticos tradicionales que caracterizan el pensamiento sobre los efectos del alcohol, en una cultura particular propia del medio social de los consumidores.

¹⁶ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.

configurado una cultura del consumo excesivo de alcohol, y también es así como puede construirse una cultura del consumo moderado. Una diferencia importante es que la construcción de la cultura del CPA se ha hecho a través de procesos cognitivos propios del sistema 1 (procesamiento automático), y cuenta con un importante factor natural que la favorece, representado por los efectos biológicos que el alcohol, una sustancia psicoactiva, tiene sobre el funcionamiento cerebral; este factor conduce a que múltiples estímulos externos e internos (situaciones sociales, estados emocionales, etc.) tengan una gran capacidad para actuar como incentivos que disparan secuencias de comportamiento conducentes a estados biológicos de relajación provocados por el alcohol, estados que facilitan el paso a niveles de intoxicación alcohólica, con sus negativas consecuencias. En otras palabras, el proceso motivacional del exceso alcohólico, como sucede con las sustancias psicoactivas en general, tiene un poderoso aliado en las consecuencias biológicas naturales del consumo. El proceso motivacional de la moderación debe conducirse a través de procesos cognitivos propios del sistema 2 (procesamiento deliberado) y no cuenta con ese aliado; por el contrario, las consecuencias biológicas que se “pierden” si hay auto-regulación constituyen uno de los costos importantes del CMA. Eso obliga a la realización de esfuerzos sistemáticos de tipo educacional que enfatizan sobre el valor y la eficacia de la moderación, a la par que enfatizan sobre la amenaza inherente al CPA, para poder acceder así a nuevos balances entre expectativas, que sean promotores de la motivación a la protección. Todo ello justifica la adopción del enfoque específico de motivación a la protección¹⁷ como un fundamento conceptual inmediato de las acciones incorporadas a PpV, y al diseño creativo de estrategias breves de intervención coherentes con ese marco representativo del proceso motivacional humano, tal como se analizará más adelante.

La adopción de un modelo de educación para la salud:

Otra consecuencia de la adopción de ese marco educacional para hacer una mirada acerca de la transformación del CPA, es que plantea la necesidad de adoptar algún modelo de educación para la salud que proponga lineamientos sobre lo que es hacer una educación efectiva, y que oriente hacia la implementación de estrategias verdaderamente eficaces y eficientes. En ciencia, la adopción de “modelos” es una práctica frecuente que se realiza para proponer esquemas conceptuales de síntesis que integren los factores más relevantes que se incluyen en alguna microteoría explicatoria de un fenómeno; en este caso, se trata de modelos

¹⁷ Norman, P., Boer, H. & Seydel, E.R. (2005), Op Cit.

que incorporan las variables relevantes que deben tenerse en cuenta cuando se realizan procesos de educación para la salud. Una revisión en la literatura científica especializada sobre el tema permite establecer que, entre diversos modelos potencialmente útiles, uno de los más utilizados mundialmente (tal vez el más utilizado por su efectividad) para diseñar programas en contextos de prevención y de minimización de riesgos es PRECEDE-PROCEED^{18 19 20}. Se trata de un modelo surgido en los servicios norteamericanos de salud pública, adaptado a muy diversos contextos culturales, que en Colombia ha sido tomado como guía teórica y metodológica para programar acciones de educación para la salud por el grupo de investigación encargado de formular la presente propuesta^{21 22} debido, entre varias razones, a que constituye un enfoque psicosocial de corte motivacional en educación para la salud. La esencia motivacional del modelo radica en su abordaje de los comportamientos que interesan a la salud y a la enfermedad como acciones voluntarias complejas, de naturaleza propositiva, que se tornan en factores de protección o en de factores de riesgo relevantes para la vida o para la morbi-mortalidad. Otro aspecto de la naturaleza motivacional del modelo hace referencia a su énfasis en la participación comunitaria, condición que lleva a que la gente asuma una posición activa en el diseño y la planificación de las acciones educacionales, lo cual, a la vez, es un elemento que garantiza un mayor compromiso con las mismas.

Todos los modelos de educación para la salud coinciden en el planteamiento de algunas fases (diagnósticas, de ejecución y de evaluación) que deben cumplirse como requisito para hacer una educación efectiva²³. Sin embargo, una de las ventajas que ofrece PRECEDE-PROCEED es su alto grado de sistematización en la clasificación, caracterización y delimitación de los objetivos de esas fases, tal como se puede apreciar en las representaciones gráficas tradicionales acerca del modelo²⁴. Las siglas “precede” y “proceed” son acrónimos formados por las letras iniciales de un conjunto de términos en inglés, entre los cuales tienen una especial importancia los tres primeros de precede (PRE), pues destacan los factores

¹⁸ Green, L.W. & Kreuter, M.W. (2005). Op Cit.

¹⁹ Davies, M. & Kepford, J. (2006). Planning a health promotion intervention. In: Davies, M. & Macdowall, W. (Eds.). *Health promotion theory*. England: Open University Press, Pgs. . Understanding Public Health Series, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

²⁰ Trifiletti, L.B., Gielen, A.C., Sleet, D.A. & Hopkins, K. (2005). Behavioral and social sciences theories and models: are they used in unintentional injury prevention research? *Health Education Research*, 20(3), 298-307.

²¹ Garcia, J., Owen, E. & Flórez-Alarcón, L. (2005). Aplicación del modelo Precede-Proceed para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*, 15(1), 135-151.

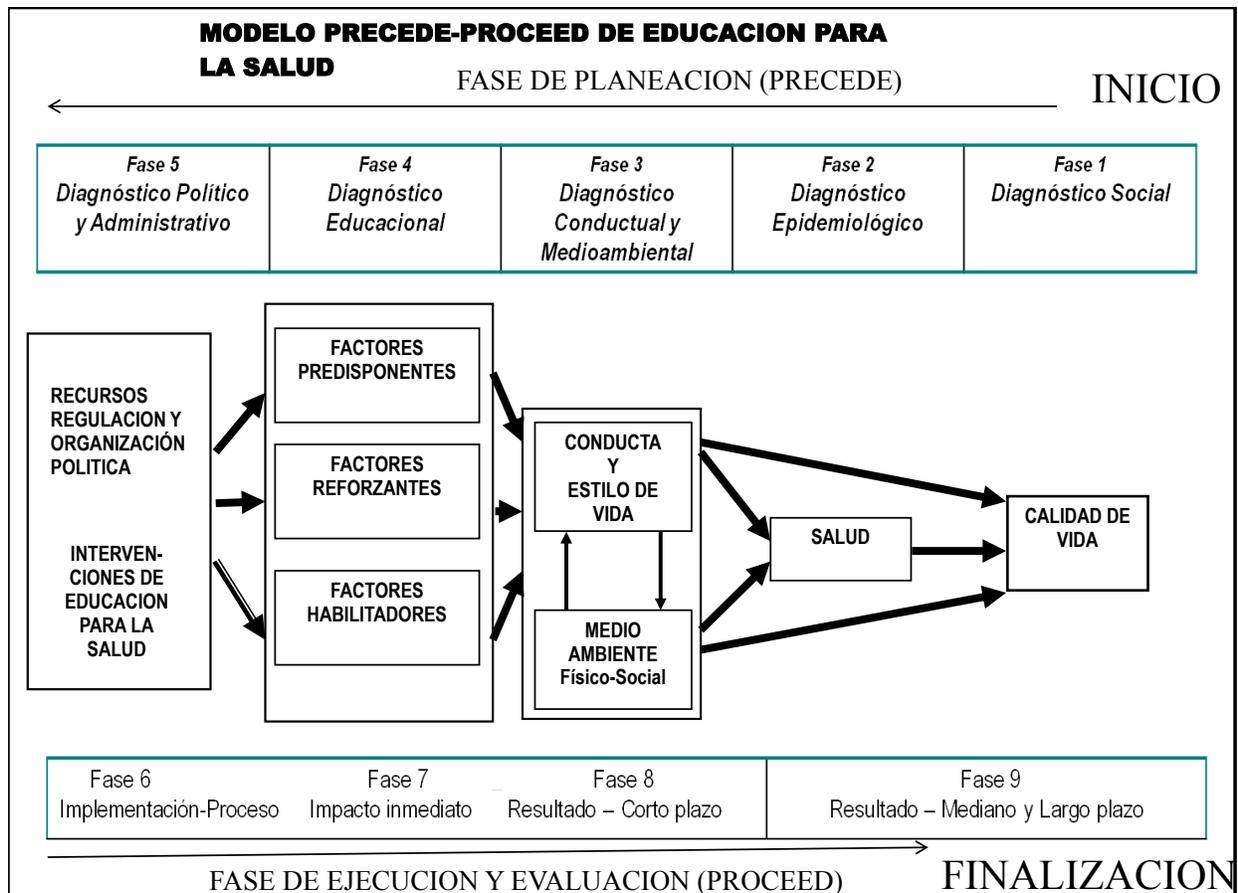
²² Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Colombia: Editorial Manual Moderno.

²³ McKenzie, J.F. & Smeltzer, J.L. (1997). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs: A primer*. Needham Heights (MA-USA): Allyn & Bacon.

²⁴ Ver <http://www.lgreen.net/precede.htm>

inmediatos que se toman como objetivos inmediatos de los procesos educacionales en salud: P, de factores predisponentes (*predisposing*) al comportamiento, R, de factores reforzantes (*reinforcing*) del comportamiento, y E de factores habilitadores (*enabling*) requeridos para la modificación del comportamiento. Por otra parte, la sigla “precede” tiene en sí misma una significación especial, por cuanto se refiere a las acciones de diagnóstico, diseño y planeación de la actividad educacional, que se realizan antes de su implementación. Igualmente, la sigla “proceed” también tiene una significación, pues se refiere a las acciones de ejecución de la actividad educacional, que deben realizarse conforme a la estructura interventiva prevista, la cual describe los procedimientos particulares replicables que se practican, cuyas consecuencias deben evaluarse mediante la observación de indicadores objetivos de proceso, de impacto y de resultado.

La visión de conjunto sobre el modelo PRECEDE-PROCEED que se analiza en esta sección del presente documento (ver la gráfica 1) permite resaltar algunos de sus planteamientos centrales: a) que la calidad de vida, evaluada en el diagnóstico social, es el punto de partida y de finalización en la programación de la acción educacional. b) Que los aspectos de salud incluidos en el diagnóstico epidemiológico, y los aspectos de comportamiento individual y de contexto socio-cultural, incluidos en el diagnóstico conductual y medio-ambiental, son elementos prioritarios que anteceden a esa calidad de vida. c) Que el diagnóstico educacional se centra sobre variables intervinientes a la manera de factores predisponentes, reforzantes, y habilitadores, que determinan el estado resultante del comportamiento (estilo de vida) y del medio ambiente, ambos aspectos relevantes en su carácter de factores de protección o de riesgo. d) Que las intervenciones de educación para la salud pueden ser muy diversas, y forman parte de las decisiones tomadas por los servicios de salud en el medio político específico en que se realizan, en el marco de las condiciones establecidas por el diagnóstico político y administrativo. e) Que la acción educacional debe ser materia de una ejecución pública (fase 6) susceptible de replicación objetiva y de evaluación de proceso. f) Que la acción educacional debe conducir a un impacto inmediato (fase 7) en términos de modificación de los factores predisponentes, reforzantes y habilitadores, así como a un resultado mediato (corto, mediano y largo plazo, fases 8 y 9) en términos de modificación de las variables correspondientes a los diagnósticos conductual y medio-ambiental, epidemiológico, y social.



Gráfica 1: Representación de las fases diagnósticas y de evaluación en PRECEDE-PROCEED

Analizado con un mayor grado de detalle para facilitar su comprensión en relación con el CPA, el proceso educacional que se incorpora en PpV sigue la lógica de las fases propuestas por PRECEDE-PROCEED, de la siguiente manera:

Diagnóstico social: Se refiere a la evaluación de las problemáticas personales y sociales relacionadas con el CPA en el medio particular en que se va a realizar la acción educacional. Esas problemáticas corresponden a los criterios que suelen utilizarse en los sistemas diagnósticos para clasificar las modalidades de desórdenes como la intoxicación, el abuso, y la dependencia. Se trata de consecuencias que afectan de forma negativa a los indicadores objetivos de desarrollo humano (ingreso per cápita, expectativa de vida, y niveles de educación de la población), y a los indicadores subjetivos de bienestar personal o de logro de las metas

propias del sentido de vida de cada persona. Una parte del diagnóstico social es la estimación de los sobrecostos que le ocasiona a los servicios de salud la atención de las consecuencias (enfermedad y mortalidad) asociadas al CPA, y la estimación de la pérdida de capital humano por la misma razón. De acuerdo con la OMS, un aspecto de la calidad de vida correspondiente a los “daños sociales”, que suele permanecer ausente de las evaluaciones, son las consecuencias negativas (sufrimiento, problemas familiares, problemas laborales, marginación social, etc.) que padecen las personas cercanas al consumidor excesivo de alcohol, todo lo cual apunta a constituirse en un problema de salud mental pública²⁵.

Diagnóstico epidemiológico: Se refiere a las consecuencias de morbi-mortalidad asociadas al CPA. No solo toma en cuenta las problemáticas neurológicas y psiquiátricas, así como las enfermedades sistémicas directamente causadas por el consumo excesivo de alcohol; también incluye el papel del alcohol como factor de riesgo de enfermedades transmisibles y de enfermedades crónicas no transmisibles, así como de lesiones de diversa naturaleza sufridas en accidentes y en episodios de violencia ocasionados por el alcohol, lo mismo que por su asociación con el suicidio. El uso nocivo de alcohol, de acuerdo con la OMS, ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial²⁶. Por supuesto, este tipo de referencias generales no sustituyen la necesidad de realizar un análisis específico de la realidad epidemiológica asociada al CPA en las regiones donde se implemente PpV.

Diagnóstico conductual y medioambiental: Hace referencia al tipo de comportamientos y al tipo de circunstancias medioambientales, físicas y sociales, que se asocian al CPA. Desde el punto de vista del consumo, la totalidad de bebedores se pueden clasificar respecto del riesgo inherente a su comportamiento, mediante la aplicación de pruebas breves de tamizaje como el AUDIT²⁷ o el CAGE²⁸. Las distribuciones que se van a encontrar siguen un patrón similar a la que se ilustra en la gráfica 2, donde correspondiendo el mayor porcentaje a bebedores ocasionales (sociales o moderados), seguida por una franja de bebedores en riesgo, una franja menor de bebedores excesivos, y, la menor de todas, de bebedores dependientes; para cada

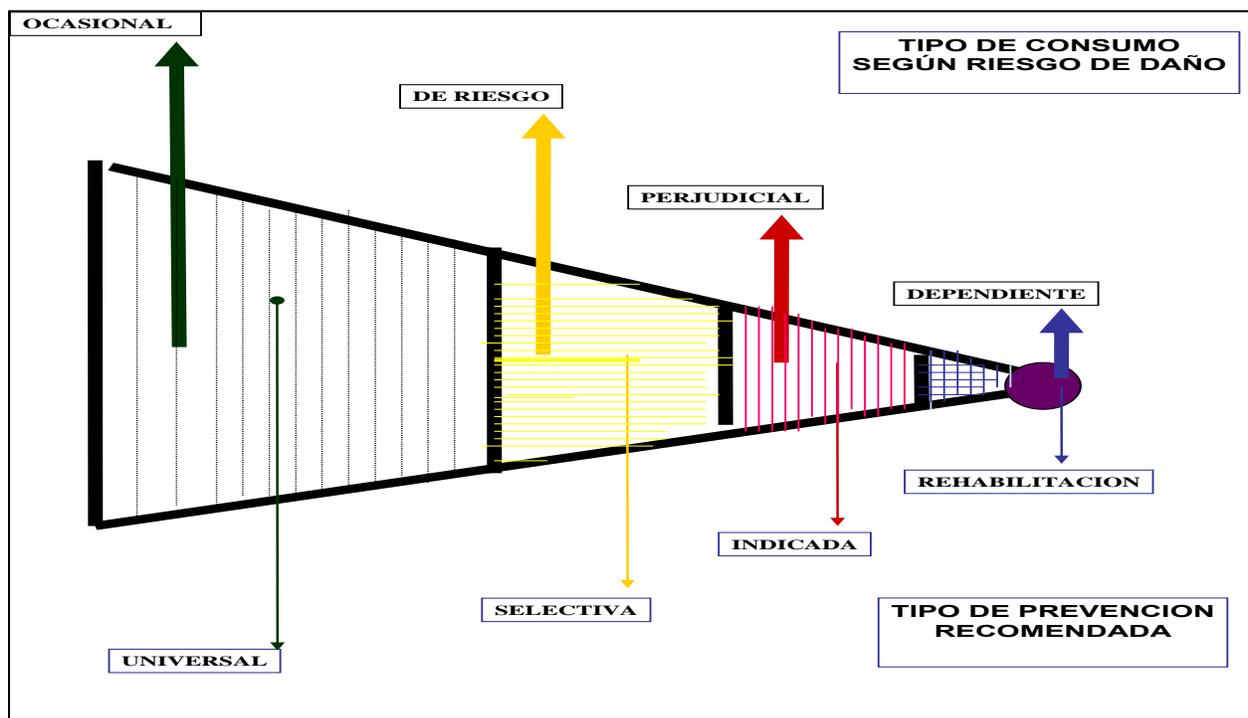
²⁵ OMS (2006) Comité de expertos de la OMS en problemas relacionados con el consumo de alcohol. Ginebra (Suiza): Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos, Informe 944.

²⁶ OMS. 126a. Reunión del Consejo Ejecutivo. EB 126/13, 3 de Diciembre de 2009.

²⁷ Babor, Th.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: Pautas para su utilización en atención primaria*. Valencia (España): Generalitat Valenciana y Organización Mundial de la Salud. (Original en inglés WHO/MSD/MSB/01.6a).

²⁸ Chan, A.W. (1994). Detection by the CAGE of alcoholism or heavy drinking in primary care outpatients and the general population. *Journal of Substances Abuse*, 6(2), 123-135.

franja se recomienda la práctica de alguna modalidad de intervención distinta (universal, selectiva, indicada, rehabilitación). Las cifras correspondientes a los porcentajes de personas que se ubican en cada franja son variables en cada región; como ya se indicó antes, en el último estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas realizado en 2008, las tres franjas (riesgo, excesivo y dependiente), abarcaron cerca del 35 % de los consumidores de último mes, lo cual corresponde a una cifra cercana al 12% de la población global. En otra sección del presente documento se hace una descripción detallada acerca de lo que se puede considerar específicamente como un CPA. Su diagnóstico es de gran importancia en cada región donde se vaya a implementar PpV debido a que, del total de consumidores, es en la franja de consumidores excesivos donde se concentra la mayor importancia desde el punto de vista del surgimiento de problemáticas que atentan contra la vida y contra la calidad de vida.



Gráfica 2: Clases de consumo y modalidades de intervención sugeridas

En cuanto a las condiciones medioambientales se encuentran especialmente al alcance de los proyectos y de las intervenciones abarcados en PpV las condiciones del mesosistema²⁹ que rodea a los consumidores en la familia, en el medio escolar, y en el medio barrial; allí se

²⁹ Se toman las denominaciones propias del modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, U. (2004). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.

requiere hacer una georreferenciación precisa de los ambientes de consumo excesivo de alcohol en cada región. Sin embargo debe tenerse en cuenta que el exosistema correspondiente a las relaciones sociales de producción, así como las condiciones del macrosistema correspondiente a la cultura regional y nacional, también ejercen influencias sobre el consumo individual. El favorecimiento de la moderación desde el exosistema de las relaciones sociales de producción implica la necesidad de adelantar legislaciones especiales relacionadas con el consumo alcohólico, de manejar medidas económicas de impuestos, y de adelantar pactos con la industria fabricante de licores para que esta participe de la solución del problema mediante la implementación de medidas de responsabilidad social. El favorecimiento de la moderación desde el macrosistema de las costumbres y de la cultura implica la necesidad de adoptar otro tipo de acciones educacionales tendientes a favorecer la endoculturación de nuevos estilos de vida frente al consumo alcohólico, más en el espíritu de la prevención universal que en el de la mitigación del daño, que es el inherente a PpV. En la última sección de este escrito se analizan las relaciones entre PpV y Pactos Comunitarios, política dirigida a las condiciones propias del medio social promotor del CPA.

Diagnóstico educacional: El diagnóstico educacional se realiza con el fin de identificar los factores que deben modificarse para iniciar y sostener el proceso de cambio conductual y medioambiental. Siguiendo el modelo PRECEDE-PROCEED, esta es la parte del proceso precedente a la ejecución de la acción educacional que está más directamente relacionada con la planificación de las intervenciones propias de PpV, ya que apunta a caracterizar los factores predisponentes y reforzantes del CPA, así como los factores habilitadores del CMA. Los factores predisponentes incluyen los conocimientos, las actitudes, las creencias, los valores, y las percepciones en general de las personas y de la comunidad que favorecen o desfavorecen, tanto el CPA como el CMA. Los factores reforzantes más importantes del consumo alcohólico se ubican a nivel de la interacción social, por lo que su manejo se realiza de forma indirecta, especialmente mediante la modificación de las normas subjetivas propias de los grupos de referencia de las personas, a través del cambio de sus actitudes hacia la recepción de las influencias sociales acerca del consumo, tanto de las influencias que constituyen un factor de soporte social favorable, como de las que representan una presión grupal desfavorable. Los factores habilitantes se refieren a las capacidades personales y sociales con las que se debe contar para la toma de decisiones promotoras del CMA; se trata de capacidades como el aprendizaje de un “saber beber” favorable a la vida, que incluye los principios propuestos por el Decreto 120 (mencionado en la introducción) sobre comportamientos de alimentación (comida), compañía (acompañamiento), cantidad (unidades

por ocasión), calidad (concentración de alcohol), conflicto, y cero conducción cuando se va a beber. En el grupo de investigación Estilo de Vida y Desarrollo Humano se ha hecho alusión a estos principios, en documentos no publicados y en exposiciones diversas, con la denominación de “las seis C”, que alude a la letra con la que inicia la palabra central de cada principio. En la ciudad de Tunja, una versión de pactos por la vida ideada por estudiantes universitarios se ha denominado “La generación C”, para hacer referencia a los mismos principios del “saber beber”. Otros factores habilitantes pueden implicar el aprendizaje de capacidades para el manejo de la interacción grupal, o de la presión social, lo cual implica utilizar algunas habilidades específicas (ej. de comunicación asertiva y de solución de conflictos). Sin embargo, el aprendizaje de esas habilidades puede constituir un objetivo más apropiado para las intervenciones de prevención selectiva y de prevención indicada que se realizan en contextos escolares, que para los procedimientos más breves de mitigación del daño y la minimización de riesgos que se realizan en PpV. Más adelante, cuando se trate lo referente a las intervenciones motivacionales propias de PpV, se profundizará en el análisis de los factores predisponentes sugeridos por el modelo de Motivación a la Protección, sobre los cuales se centran preferencialmente las intervenciones para esta modalidad de objetivos.

Diagnóstico Político y Administrativo: En cada medio regional o local existen condiciones particulares que determinan las posibilidades de implementación de PpV, ya sea por las legislaciones específicas, por la disponibilidad de recursos, por la sensibilidad social frente a la problemática del consumo de alcohol, por la disponibilidad de personal formado para la educación en salud, etc. Estos condicionantes deben ser contemplados por los líderes del programa educacional, pues pueden representar obstáculos y barreras, o, por el contrario, elementos potenciadores para la implementación de unos procedimientos u otros en alguna versión de PpV. Pueden ser de gran valor en este aspecto, con el fin de procurar el respaldo necesario, las formulaciones políticas más amplias, tales como la propuesta estratégica de la OMS para el control del uso nocivo de alcohol, y las legislaciones nacionales como el Decreto m120 del 21 de Enero de 2010 por el cual se expidieron normas en relación con el consumo de alcohol. PpV apoya la expedición de normas locales y regionales favorables a la moderación del consumo de alcohol.

Implementación y evaluación de proceso: Una vez concluida la fase PRECEDE, que culmina con el diseño de las intervenciones específicas, se procede a su implementación, que debe seguir de la forma más fiel posible la estructura de acciones y de procedimientos previstos. En diversas parte del presente documento se ha enfatizado la importancia de esta estructuración y de su replicabilidad como condición necesaria para garantizar la coherencia

con el diagnóstico educacional adoptado, a fin de poder evaluar la eficacia y la eficiencia de la intervención. Que un procedimiento sea efectivo no representa necesariamente una demostración de eficacia, pues dicha efectividad puede obedecer a variables de tipo aleatorio. La replicación de la efectividad en condiciones de mantenimiento de los elementos activos, suficientes y necesarios de la intervención, es lo que sí puede garantizar su eficacia. Esa replicación solo se puede hacer si se conoce con precisión y objetividad la estructura básica que debe seguir una intervención, a fin de reportarse, al menos, como un caso sistemático y no como una anécdota de una casuística irreplicable. La evaluación de proceso es el inventario cuantitativo, el chequeo cualitativo, o, por lo menos, la constatación (SI o NO) de la presencia de las acciones estipuladas como componentes esenciales de la intervención, y de su aplicación en las condiciones previstas en el diseño de la misma. Es aquí donde cobra valor la posibilidad de hacer referencia a esas acciones o procedimientos en términos de algún modelo teórico que caracterice su función, con el fin de sugerir las posibles funciones que se requiere implementar con el propósito de obtener un resultado en términos de mitigación de daños y minimización de riesgos. Una ilustración puede ser la sugerida por las funciones conocidas como “procesos de cambio” en el planteamiento del modelo transteórico³⁰. Algunas de estas funciones se caracterizan como “procesos experienciales” (concienciación, vivencia emocional, posicionamiento frente al daño, toma de decisiones) y otras se conocen como “procesos conductuales” (manejo de contingencias, control de estímulos, uso del soporte social). La insistencia se hace porque una misma función puede cumplirse mediante dinámicas muy distintas en dos contextos diferentes, e incluso porque una dinámica que sea útil en un medio (ej. en el carnaval de Barranquilla) puede ser inaplicable en otro medio (ej. en la feria de Cali), pero allí puede adoptarse otra dinámica que sí sea aplicable y que cumpla la respectiva función. Por otra parte, el mismo sistema de denominación de funciones puede sugerirle alternativas de acción a los diseñadores, que son alternativas que de otra forma pueden escapar a su capacidad creativa.

Evaluación de impacto y de resultado: Se entiende aquí por “impacto” el efecto inmediato de la acción educacional, y por “resultado” se hace referencia a sus consecuencias a corto, mediano, y largo plazo. Se trata de aspectos susceptibles de evaluación objetiva que coinciden con elementos o variables ya detectados en las fases diagnósticas precedentes. El impacto de la intervención debe reflejarse de manera inmediata en la modificación de los factores predisponentes, reforzantes y habilitadores; es algo similar a lo que debe suceder siempre que se realiza una acción educacional en el medio académico; por ejemplo, asistir a

³⁰ Prochaska, J. & Prochaska, J. (1993) Op Cit.

una clase de una materia debe traducirse en una modificación inmediata del conocimiento acerca de ella, en una modificación de las actitudes hacia la materia tratada, en una modificación en la valoración de la materia, en una toma de decisiones, en una intención de acción, en una elaboración de planes, en la modificación de la perspectiva pasada o futura acerca de la materia, etc.

El resultado se refleja, a corto plazo, en las consecuencias de la acción educativa sobre los comportamientos descritos en el diagnóstico conductual o sobre las condiciones del medio descritas en el diagnóstico medioambiental; muchas veces ese plazo es casi coincidente con el del impacto descrito antes. A manera de ilustración, se espera que de forma muy inmediata la presentación de unos estímulos dibujados en los portavasos sobre la mesa de un bar tengan un efecto que impacte sobre un factor habilitador (ej. velocidad del consumo), lo cual debe traducirse en un resultado muy próximo sobre la conducta (ej. menor cantidad de consumo asociado a una menor velocidad de ingesta). En otras ocasiones los tiempos del resultado a corto plazo pueden diferir más notablemente de los tiempos del impacto inmediato (ej, el símbolo “domino el trago” que se usa en una versión de PpV en la ciudad de Barranquilla – aludiendo al juego del dominó que es usual en esa cultura- puede tener un impacto inmediato sobre la autoeficacia de las personas para dominar sus tentaciones de beber, aunque el cambio efectivo en el consumo lleve un plazo mayor).

A mediano plazo, el resultado debe reflejarse en la modificación de los indicadores descritos en el diagnóstico epidemiológico (ej. disminución de indicadores de incidencia de morbilidad asociados al consumo de alcohol en población de riesgo). A largo plazo, el resultado de las acciones educacionales debe reflejarse en modificaciones de indicadores más globales, sujetos a otras determinaciones diversas, como son los indicadores de calidad de vida y de desarrollo humano, pero sobre todo de los indicadores de calidad de vida percibida más próximos al consumo de alcohol que se hayan detectado en el diagnóstico social.

EL CONSUMO PROBLEMÁTICO Y EL CONSUMO MODERADO DE ALCOHOL: OBJETIVOS DE PACTOS POR LA VIDA

Dada la relevancia que actualmente tiene el consumo de alcohol dentro de la agenda nacional e internacional en salud pública, en este momento es posible encontrar en la literatura gran variedad de términos referentes a este tema, por lo que en el marco del programa PpV es fundamental identificar con claridad qué se entiende por cada uno de estos dos tipos de consumo: consumo problemático de alcohol (CPA) y consumo moderado de alcohol (CMA).

Asimismo, la implementación de esta estrategia de educación para la salud requiere que sus ejecutores tengan las herramientas conceptuales necesarias para proponer y evaluar objetivos de prevención de CPA en cada una de las modalidades que se proponen dentro PpV, por lo que en esta sección se delimitarán las características definitorias y los alcances de las estrategias de prevención universal, selectiva e indicada, así como las de minimización de riesgos y reducción del daño.

Consumo Problemático de Alcohol (CPA)

Es usual encontrar que la mención de las bebidas alcohólicas dentro de los objetivos de un programa de prevención lleva a pensar que se trata de un programa de prevención del “alcoholismo”. Sin embargo, este último término hace referencia a una psicopatología específica que puede derivarse del uso de alcohol, pero que sólo corresponde a una tipología de consumo dentro un amplio espectro y que es importante distinguir de las demás.

Otra fuente de confusión es la pluralidad de conceptos que pueden encontrarse cuando se hace referencia al CPA, como lo son términos como abuso de alcohol, consumo nocivo, consumo excesivo, consumo de riesgo, consumo peligroso y consumo perjudicial, por lo que se hace necesario entender lo que caracteriza a cada uno de éstos, comprendiendo que no se trata de conceptos opuestos o contradictorios.

Para cumplir con el objetivo de clarificar los diferentes términos, la primera mirada debe darse a la luz del decreto 120 del 21 de enero de 2010, según el cual en nuestro país se entiende el *abuso del consumo de bebidas alcohólicas* como “todo consumo por frecuencia y/o cantidad que conlleve a la pérdida del dominio propio del individuo, bien sea de manera temporal o definitiva”, contemplando dentro de éste al consumo excesivo y al consumo patológico.

A renglón seguido se define el *consumo excesivo* como “consumo habitual que supera las cantidades del consumo moderado y tiene un promedio anual de embriaguez elevado” y el

consumo patológico como aquel que comprende a los “individuos enfermos con síndrome de dependencia física”.

Por su parte, la OMS escogió el término *consumo nocivo de alcohol* para aludir a “una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes lo rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados sanitarios perjudiciales”³¹.

De igual forma, la OMS ha reconocido los términos consumo peligroso y consumo perjudicial de alcohol, los cuales son propios de los resultados de pruebas de tamizaje como el AUDIT y tienen en común una definición operacionalizada del consumo. Así, el *consumo peligroso* se entiende como el consumo por encima de los niveles recomendados, pero en donde todavía no hay evidencia de que dicho consumo haya causado daño, entendiéndose como nivel recomendado un consumo entre 2 y 3 tragos por ocasión para las mujeres y entre 4 y 5 tragos para los hombres, con un máximo de 5 ocasiones de consumo a la semana^{32 33 34}. Por su parte, el *consumo perjudicial* de alcohol se refiere a un consumo que también está por encima de las recomendaciones de consumo moderado, con la diferencia que éste ya ha ocasionado algún tipo de daño.

Finalmente, la OMS (en el mismo texto de 2006 citado antes) ha propuesto el uso de la expresión consumo *de riesgo* debido a que permite ir más allá del establecimiento de una frecuencia o cantidad de bebidas alcohólicas que pueda considerarse excesiva, para comunicar mejor el mensaje de que es un tipo de consumo que puede causar daño.

La definición de alcoholismo o dependencia alcohólica está claramente establecida por la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés) y por la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En ambos casos se comparte el concepto de enfermedad o psicopatología con un componente fisiológico asociado, caracterizado por manifestaciones clínicas como tolerancia, síndrome de abstinencia, compulsión por la bebida, intentos infructuosos por suspender el consumo, persistencia en el uso de la sustancia a pesar de la

³¹ OMS (2010). Op Cit.

³² OMS (2006). *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care: Report on phase IV*. Ginebra (Suiza): Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud.

³³ Babor, Th.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001). Op Cit.

³⁴ Carrington-Reid, M., Fiellin, D.A. & O'Connor, P.G. (1999). Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1681-1689.

evidencia de daño y abandono de actividades cotidianas o trastornos en el desempeño social, laboral y recreacional del individuo.

En conclusión, en coherencia con las concepciones presentadas anteriormente, el CPA que es objeto de las acciones de PpV incluye lo que previamente se definió como abuso de alcohol o consumo nocivo de alcohol, retomando los conceptos más operacionalizados como consumo excesivo, peligroso y perjudicial, así como la noción de consumo de riesgo en consonancia con la postura de la OMS.

Por lo tanto, el CPA no hace referencia únicamente a la cantidad o frecuencia del consumo, sino también al consumo en situaciones de riesgo o en condiciones físicas o psicológicas que podrían verse agravadas por la ingesta de alcohol aún en pequeñas cantidades. Ejemplos de esto es el consumo en mujeres embarazadas o lactantes, el consumo por parte de menores de edad o el consumo en simultáneo con la conducción o en condiciones precarias de salud.

Además, es pertinente aclarar que si bien la dependencia alcohólica o el alcoholismo pueden entenderse como un tipo de consumo problemático de alcohol, debido a los propósitos y alcances del programa PpV, ésta no es objeto de intervención directa dentro del programa, aunque la realización de pruebas de tamizaje y la implementación de Intervenciones Motivacionales Breves, que hacen parte de las estrategias de PpV, permiten la identificación de estos casos y son de gran utilidad para la derivación de éstos a atención especializada.

Consumo Moderado de Alcohol (CMA)

En el Decreto 120 del 21 de enero de 2010 se define el CMA como el “consumo habitual de alcohol sin pasar de determinadas cantidades de alcohol (cantidades variables) por unidad de tiempo”. A su vez, de acuerdo a este mismo decreto, el CMA se basa en el principio del *saber beber – saber vivir*, que tiene en cuenta la “calidad, cantidad, consistencia, comida, compañía y acompañamiento” (decreto 120/201), los cuales se ampliarán más adelante.

En general, este principio debe entenderse bajo la lógica de la posibilidad de autorregulación de las personas, según la cual el saber beber se asume como un estilo de vida saludable que parte de una decisión individual, posibilitada por un desarrollo personal, un ambiente social y un marco normativo adecuados. En otras palabras, saber beber es el resultado de una evaluación y decisión personal que está determinada por el ambiente social y cultural. Por lo tanto, no hay una única manifestación del saber beber, ya que la determinación

individual puede llevar a la persona desde decidir no tomar, hasta decidir hacerlo teniendo en cuenta la protección de la vida y la seguridad propia y de los que lo rodean.

A partir de la aplicación que se ha venido dando de PpV en el país, la propuesta del *saber beber – saber vivir* puede operacionalizarse desde lo que se ha dado a conocer como “las seis C o la generación C” y el “abc del saber beber”. En el primer caso se hace referencia a los puntos referidos en el decreto, sumados con otros elementos surgidos de la experiencia en los territorios nacionales y que por objetivos pedagógicos y didácticos se concretan en palabras que inician con la letra C, tales como conflicto, comportamiento sexual y conducción. En resumen, estos elementos se comprenden como:

- *Calidad*: Adecuada elección de las bebidas alcohólicas procurando la pureza de los procesos de producción de alcohol, ya se trate de bebidas fermentadas o destiladas.
- *Cantidad*: Volumen de alcohol por tiempo de consumo, procurando consumir máximo un trago por hora.
- *Consistencia*: Permanencia en el mismo tipo de bebida durante la ingesta y el cuidado de sus mezcla ente destilados y fermentados.
- *Comida*: Acompañamiento de comida antes y durante la ingesta de alcohol, lo cual disminuye la velocidad con la que se absorbe el alcohol en el organismo y minimiza los riesgos por pérdida rápida del autocontrol.
- *Compañía*: Personas de confianza con las cuales se comparte durante el consumo de alcohol.
- *Acompañamiento*: Presencia de autoridades y organizaciones sociales y comunitarias que, junto con los dueños, administradores y empleados de establecimientos de consumo de alcohol, realizan labores de disminución del daño y minimización del riesgo en zonas de consumo abusivo hacia los fines de semana, en un antes (al inicio de la jornada), durante (durante el proceso de consumo) y después (finalizando la hora obligatoria de cierre que aplique en el territorio de que se trate), al interior y en el entorno de los ámbitos de consumo para el desarrollo de actividades de prevención en tiempos reales.
- *Conflicto*: Identificación de las circunstancias por las que atraviesa el individuo y/o el grupo humano que bebe, y el riesgo asociado.
- *Comportamiento sexual*: Planeación y no improvisación con respecto al comportamiento sexual, incluyendo el uso del condón.
- *Conducción*: No conducir bajo los efectos del alcohol, ni subirse a vehículos conducidos por personas en estado de embriaguez.

Por su parte, el “abc del saber beber” está inspirado en los mismos supuestos, sólo que más allá de plantear una lista de pautas a tener en cuenta para un consumo moderado y seguro de alcohol, esta propuesta hace énfasis en cada una de dichas pautas en tres momentos claves del beber: antes, durante y después. De esta manera, no basta con recomendar prestar atención a puntos como la cantidad, la compañía y la conducción, sino que además es necesario promover que éstos sean decididos por la persona *antes* del inicio del consumo y que dicha decisión se apoye en medidas que aseguren su cumplimiento, como por ejemplo, la entrega de las llaves, la previsión de cómo llegar a casa en caso de beber fuera de ésta, o evitar llevar grandes cantidades de dinero.

Lo mismo aplica para lo que ocurre *durante* el episodio de consumo, para lo cual es importante que la persona se fije en cumplir sus propias decisiones con respecto a la bebida y recuerde mantenerse hidratada. Finalmente, hace énfasis en que descansar, alimentarse bien y seguir hidratándose también son pautas que hacen parte del saber beber *después* una jornada de bebida. Esto con el fin de evitar comportamientos de riesgo, como asistir embriagado al trabajo o al estudio.

Modalidades de prevención

La palabra "prevención" generalmente se asocia con la idea de evitar o impedir que algo indeseado ocurra. Sin embargo, teniendo en cuenta la complejidad y multiplicidad de conductas que se encierran en el concepto de CPA, implementar un programa de prevención de éste no puede delimitarse a una única estrategia preventiva, ni tener un único objetivo.

En consecuencia, PpV comprende estrategias en las modalidades de prevención universal, selectiva e indicada, así como estrategias de minimización de riesgos y mitigación del daño.

La primera diferenciación en distintas modalidades de prevención surgió con la propuesta de Caplan³⁵ de dividir las acciones de prevención en prevención primaria, secundaria y terciaria. Así, la prevención primaria se entiende como una intervención que se da antes de que surja la enfermedad –desde un punto de vista biológico- y cuyo objetivo principal es impedir la aparición de la misma, es decir, disminuir el número de casos o incidencia de dicha enfermedad. La prevención secundaria es una intervención que se da cuando la enfermedad ya ha iniciado su desarrollo, pero todavía se encuentra en una etapa temprana. En este caso la

³⁵ Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

enfermedad no pudo ser evitada por las medidas de prevención primaria, por lo que el objetivo de la intervención es frenar el desarrollo de la enfermedad existente, minimizar su severidad y disminuir la prevalencia de los casos establecidos. Finalmente, la prevención terciaria es una intervención que se da cuando la enfermedad ya ha iniciado, por lo que su objetivo consiste en evitar el deterioro, la recaída o las complicaciones propias de la enfermedad, así como generar una rehabilitación que permita reducir la severidad de la discapacidad asociada a la enfermedad o promover calidad de vida en las etapas terminales.

Dicha clasificación inicial tuvo origen en un contexto médico en el que la atención giraba alrededor de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, su delimitación se tornaba difícil cuando se extrapolaba a las enfermedades no transmisibles que empezaron a ser más prevalentes. Esto mismo aplicaba para enfermedades mentales o para condiciones como el CPA que eran de interés para la salud pública sin que pudiera identificarse un punto de inicio exacto de aquello que se quería prevenir.

En respuesta a ésta y otras críticas que se hicieron a esta clasificación, pocos años después surgió la propuesta de Gordon³⁶ según la cual se reconoce la prevención universal, selectiva e indicada. Esta nueva propuesta tiene como ventaja que no se centra en el progreso o las etapas de una enfermedad, sino en las características de los sujetos frente a eso que se quiere prevenir, es decir, en los niveles de riesgo de la población o de los individuos.

De esta forma, de acuerdo a su autor, la prevención universal es aquella intervención dirigida al total de la población de interés, independientemente de su nivel de riesgo. Por lo tanto, generalmente se aplica sin la asistencia de profesionales especializados y hace uso de estrategias de comunicación masiva, de forma similar a lo que se conoció en principio como prevención primaria.

La prevención selectiva se dirige a aquel subgrupo de la población que por sus características, tales como edad, sexo, ocupación, entre otros factores de riesgo relevantes en cada caso, presenta mayor probabilidad de desarrollar aquello que se busca prevenir.

Por su parte, la prevención indicada está dirigida a aquellas personas que a partir de un examen, evaluación o prueba, evidencian un factor de riesgo, condición o anomalía que los identifica como individuos con un nivel de riesgo suficientemente alto como para necesitar una intervención preventiva especializada. De acuerdo con Gordon, este tipo de prevención se asemeja a lo que en el esquema original se conocía como prevención secundaria. Esto debido a que en la mayoría de casos la manifestación de este tipo de riesgo se relaciona con el origen

³⁶ Gordon, R. (1983). An Operational Classification of Disease Prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107-109.

biológico de la enfermedad. En el caso del CPA en donde aquello que se busca prevenir no está definido a partir de un indicador biológico, puede tomarse como criterio diferenciador la evidencia de daño para el sujeto (ej. Evidencia de problemas de salud, familiares, laborales/académicos o legales asociados al consumo).

Becoña adapta estos tres niveles de prevención al caso concreto del consumo de sustancias psicoactivas, definiendo la prevención universal como “aquella que va dirigida a todo el grupo diana sin distinción”. La prevención selectiva como “aquella que va dirigida a un subgrupo de la población diana que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de las personas de esa misma edad; por lo tanto, se centra en grupos de riesgo”. La prevención indicada como “aquella que va dirigida a un subgrupo concreto de la comunidad, que suelen ser consumidores o que tienen problemas de comportamiento; por lo tanto, se dirige a individuos de alto riesgo” (2002, p. 73³⁷).

Ahora bien, una estrategia fundamental de PpV está orientada en los principios de la reducción del daño y la minimización del riesgo, lo cual fija sus objetivos en aquella población que bebe y va a seguir bebiendo, independientemente de los esfuerzos preventivos que se pretendiesen previamente.

Por lo tanto, estas estrategias no se centran en reducir el consumo de alcohol en sí mismo, sino en controlar las consecuencias de dicho consumo, lo cual es diferente a decir que son estrategias que fomentan el consumo de alcohol o rechazan la abstinencia. De hecho, dentro de la propuesta de reducción del daño y minimización del riesgo es claro que una medida muy efectiva para lograr sus objetivos es en efecto abstenerse del consumo, sólo que reconoce que no es una medida que va a ser adoptada por la totalidad de la población y que, por lo tanto, ve la necesidad de intervenir sobre aquellos que deciden seguir bebiendo.

En PpV estas estrategias trascienden la implementación de intervenciones de corte clínico para abarcar intervenciones en los contextos sociales donde efectivamente se evidencia el CPA, como son los sitios de rumba, o los establecimientos de esparcimiento nocturno.

Así, PpV se consolida como una estrategia de educación para la salud que promueve tanto la autorregulación individual, como medidas de regulación social sustentadas en acciones formativas, tales como operativos pedagógicos de consumo seguro y capacitación a personal de establecimientos de esparcimiento. De igual forma, se apoya en estrategias de control normativo que se concretan en decretos, acuerdos, resoluciones, entre otros.

³⁷ Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid (España): Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

INTERVENCIONES EN EL MARCO DE PACTOS POR LA VIDA

PpV es un programa de educación para la salud que, desde la perspectiva del aprendizaje social, incorpora componentes que actúan sobre múltiples factores personales y socioculturales causales del CPA, dentro de los cuales otorga gran relevancia a los procesos motivacionales. Este programa pretende formar alianzas interinstitucionales para transformar la cultura de consumo de alcohol, a través de estrategias que se enfocan en los ejes de autorregulación, regulación social y control normativo, de esta manera se disminuye el daño y se minimizan los riesgos asociados al consumo abusivo.

El Proceso motivacional: Eje central de para la modificación de comportamientos

Las acciones que realizan las personas, individual o colectivamente, con la finalidad de afectar su salud o su bienestar, están influenciadas por una amplia gama de variables particulares que intervienen en el proceso de aprendizaje y ejecución de un comportamiento, entre las cuales se destaca la motivación³⁸, concebida como un proceso psicológico que da inicio a una acción con dirección al logro de un objetivo particular; por lo que, más que un estado, representa un proceso disposicional en el que confluyen diversas variables hipotéticas que dan soporte al curso de realización de una acción³⁹.

La motivación representa “la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar” (1999, p. 43)⁴⁰, sin llegar a ser una característica rígida de la personalidad, sino más bien un estado de disponibilidad al cambio que puede tener variaciones en el tiempo. De esta forma, las tendencias de los comportamientos motivados son producto de cambios en las expectativas (probabilidad percibida de lograr determinado resultado a través de una acción particular) y las valencias (valor atribuido al logro de un resultado), haciendo de la intencionalidad el principal componente motivacional para la obtención de un logro particular⁴¹.

En este sentido, la persona debe ser vista como agente causal de sus acciones, por lo que la motivación se entiende como una actividad que se manifiesta de forma voluntaria y

³⁸ Córdoba, A. (2006). La cognición y la motivación humana. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(2), 1-22. Recuperable en: http://www.tipica.org/pdf/03_cordoba_cognicion_motivacion_humana.pdf

³⁹ Palmero, F., Martínez-Sánchez, F. & Fernández-Abascal, E. (2002). El proceso motivacional. En: F. Palmero, E. Fernández-Abascal, F. Martínez & M. Chóliz (Eds.). *Psicología de la motivación y la emoción*. Pgs. 35-55.

⁴⁰ Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional*. Barcelona: Paidós.

⁴¹ Eccles, J. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual Review of Psychology*. Annual.

espontánea, impregnada con una función propositiva por la cual el desarrollo de la acción es promovido por planes, metas y objetivos. Desde esta perspectiva, la espontaneidad adquiere el carácter de rasgo motivacional característico de las actividades humanas que han sido ejecutadas de manera repetitiva o masiva; mientras que la propositividad hace alusión a la intencionalidad y la voluntad⁴².

En este contexto, cobra especial importancia el concepto de motivación intrínseca, como principal evidencia de la espontaneidad, la intencionalidad y la voluntad; en tanto que hace referencia a la realización de acciones por el disfrute que en sí mismas representen, en contraposición con la motivación extrínseca predominante en las teorías reactivas, en la cual las actividades son realizadas con un sentido netamente instrumental⁴³. La concepción de la motivación intrínseca como originada en el sujeto mismo, resultado de la auto-percepción como persona competente, eficaz y con determinación para actuar; exaltan el carácter subjetivo de la motivación y el papel de la persona como sujeto activo en el agenciamiento de su propio comportamiento⁴⁴.

Desde esta perspectiva, el comportamiento sigue un curso o proceso motivacional segmentado en dos etapas, una motivacional propiamente y otra de tipo volitivo, interconectadas en un ciclo de fases que van desde la no-acción hasta el mantenimiento de la acción, donde el paso de una fase a otra se soporta en una serie de variables intermediarias de tipo psicológico, tanto cognitivas como emocionales y comportamentales^{45, 46} (Ver gráfica 3).

Visto de esta manera, el proceso motivacional sigue un ciclo lógico que inicia con una etapa motivacional propiamente dicha (en contraste con la volitiva) en la cual, con la intermediación de procesos cognitivos se avanza hacia la acción a través de tres fases; a saber: (a) estímulo, en la cual un estímulo interno o externo indica la presencia de una necesidad insatisfecha; (b) la pre-decisión, momento en el cual el individuo crea expectativas de reforzamiento, resultado y autoeficacia con respecto a la acción; y (c) decisión, referida a la elaboración de balances y la valoración de los mismos para determinar el curso de la acción (hacer o no hacer).

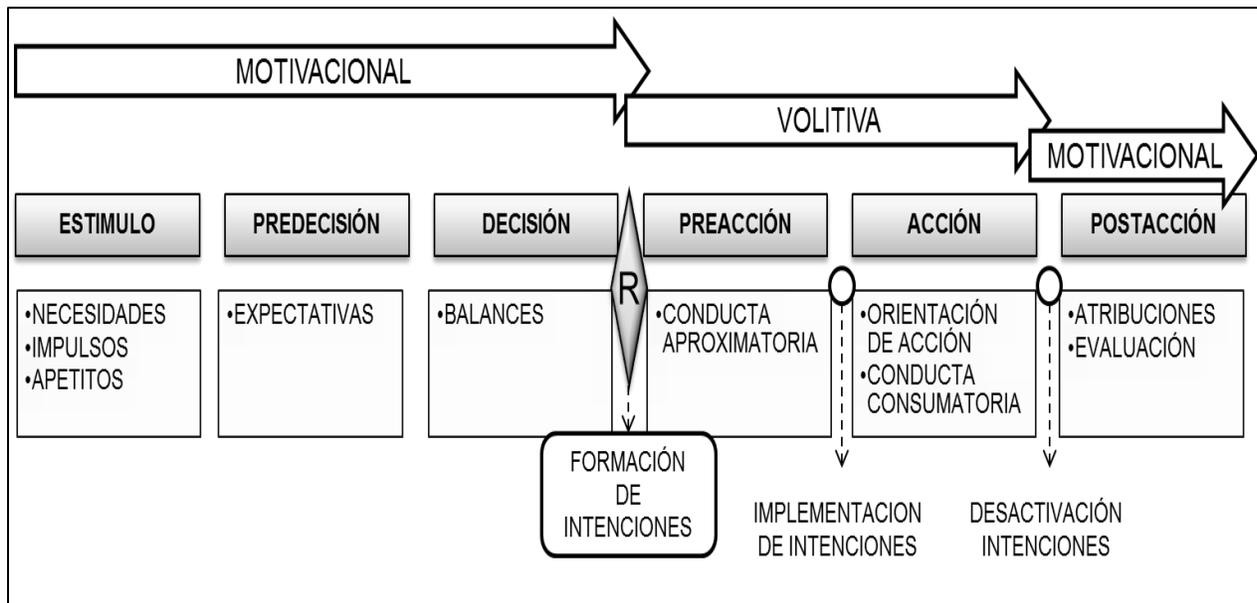
⁴² Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120

⁴³ Palmero, F. (2005). Motivación: Conducta y Proceso. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, Vol. VIII, No. 20-21.

⁴⁴ Barberá, E. (2002). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 2(1).

⁴⁵ Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2008). Motivation and action: Introduction and overview. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.). *Motivation and Action*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-9.

⁴⁶ Achtziger, A. & Gollwitzer, P.M. (2008). Motivation and volition in the course of action. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.). *Motivation and Action*. Cambridge: Cambridge University Press, Pgs. 272-295.



Gráfica 3: Gráfica representativa del proceso motivacional

El punto crítico (R en la gráfica)⁴⁷ para el logro de la acción, señala el paso crucial entre la etapa motivacional, predominantemente cognitiva y la fase volitiva, particularmente conductual. Tras el paso por la fase de decisión, los individuos formulan intenciones de acción para afrontar emocional o instrumentalmente la necesidad detectada. El paso a la etapa volitiva del proceso motivacional es el elemento crucial para que dichas intenciones se materialicen en acciones propiamente dichas. En esta etapa, se desarrollan los procesos de: (a) pre-acción, centrada en la planeación de cómo se llevará a cabo el comportamiento y (b) acción, que implica la realización de una conducta particular en busca del logro de la meta preestablecida

48, 49, 50

Finalmente, el proceso motivacional retoma la etapa motivacional con la fase de post-acción, en la cual se retorna al uso de procesos cognitivos, en tanto que los individuos se centran en la evaluación de la acción realizada y el establecimiento de atribuciones con

⁴⁷ Denominado Rubicón, en consonancia con la teoría de la cual proviene este planteamiento del proceso motivacional: Teoría del Rubicón de las Fases de Acción. Heckhausen, H. (1991). *Motivation and action*. New York: Springer-Verlag.

⁴⁸ Gollwitzer, P.M. (1990). Action phases and mind sets. In: E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Eds.) *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behavior*, Vol. 2. New York: The Guilford Press, Pgs. 53-92.

⁴⁹ Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493-503

⁵⁰ Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2008). Op Cit.

respecto a los resultados y consecuencias obtenidas con la realización de la acción. Las contingencias que establezca el individuo en esta fase, permitirán que el comportamiento implementado se mantenga o se extinga^{51, 52}.

El autocontrol del comportamiento: Meta fundamental de PpV

Ahora bien, esta mirada motivacional del comportamiento permite concebir el autocontrol (concepto equivalente al de autorregulación) como la habilidad de una persona, para dirigir, de forma autónoma y activa, acciones deliberadas hacia el logro de metas particulares, teniendo conocimiento y control sobre los factores internos y externos asociados⁵³.

Siguiendo los planteamientos de la teoría de Autodeterminación⁵⁴, la calidad y la persistencia de la motivación son determinadas por el locus de causalidad de las personas; de tal forma que si el locus es considerado interno, las conductas son autodeterminadas o autónomas, mientras que en los casos en los que el locus sea identificado como externo, las conductas son controladas o reguladas externamente⁵⁵. En el primer caso, las personas tienden a estar más involucrados y a experimentar resultados más favorables que cuando perciben que su comportamiento depende de un locus externo^{56, 57, 58, 59 60}.

Siguiendo el continuo planteado por Deci y Ryan^{61, 62} entre la conducta no autodeterminada y la conducta autodeterminada, existen cinco grados diferentes de motivación (Ver gráfica 4). En un primer momento se identifica la amotivación, con la cual el

⁵¹ Gámez, E. & Marrero, H. (2006). *¿Por qué hacemos lo que hacemos? Dimensiones básicas de la motivación*. España: Ediciones Idea.

⁵² Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2008). Op Cit.

⁵³ Mahoney & Thorensen. (1974) *Self-control: power to the person*. Wadsworth publishing company, inc., Belmont – California.

⁵⁴ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.

⁵⁵ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1996). Need satisfaction and the self-regulation of learning. *Learning and Individual Differences*, 8, 165-183.

⁵⁶ Nix, G. Ryan, R.M., Manly, J.B., & Deci, E.L. (1999) Revitalization through self-regulation: The effects of autonomous and controlled motivation on happiness and vitality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 266-284. Recuperado el 12 de agosto de 2007 de www.psych.rochester.edu/SDT

⁵⁷ Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78

⁵⁸ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press. Recuperado el 3 de febrero de 2008 de www.sdt.org

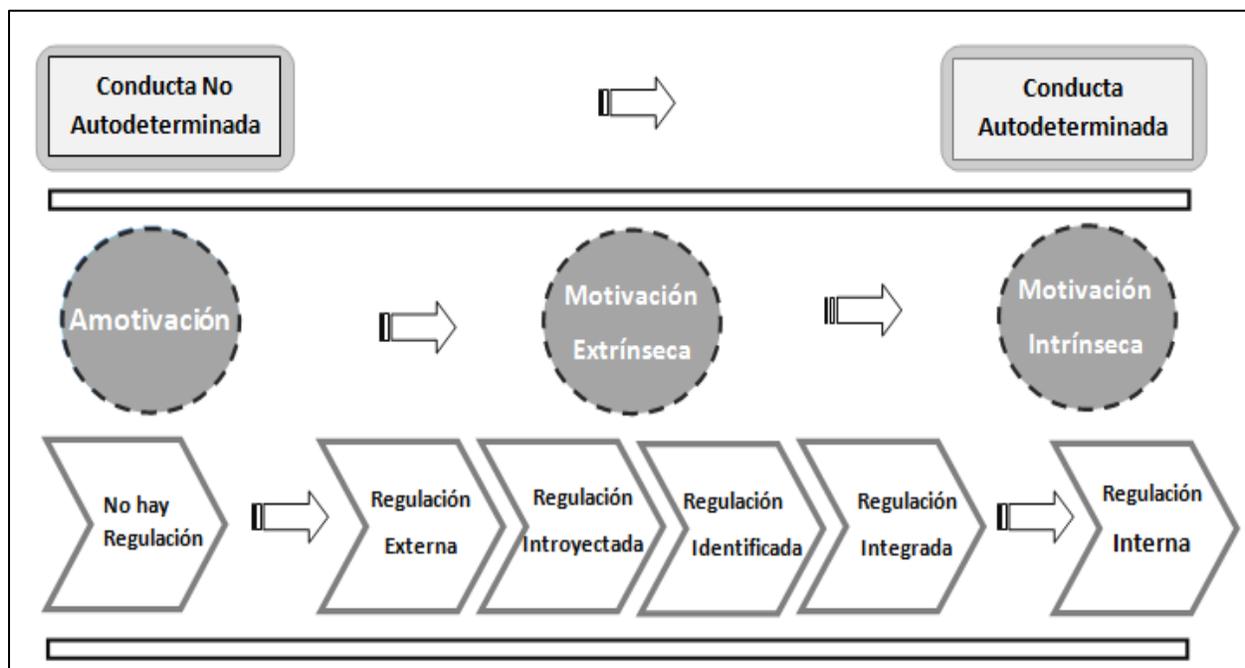
⁵⁹ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1996). Op. Cit.

⁶⁰ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268

⁶¹ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of personality and Social Psychology*, 53, 1024-1037.

⁶² Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Op Cit.

comportamiento se considera más allá del control intencional casi de forma mecánica, por lo que se genera una percepción de incapacidad para regular el comportamiento. Posteriormente, en el continuo se encuentran las conductas extrínsecamente motivadas, caracterizadas por ser eminentemente instrumentales. En primer lugar se encuentra la conducta motivada por regulaciones externas, por presión social, para obtener una recompensa externa o evitar el castigo; lo cual implica una alta dependencia de las contingencias y, por ende, un mantenimiento del comportamiento supeditado a las contingencias. En segundo lugar se encuentra la conducta mediada por regulación introyectada, la cual implica que la acción es realizada por presiones internas en pro de mantener la aprobación propia y de otros; de tal suerte que la conducta no es realmente autodeterminada, por lo que su mantenimiento es ciertamente inestable. En tercer lugar, la regulación identificada provee un marco comportamental en el que los individuos se apropian de la motivación extrínseca a través del reconocimiento y la aceptación del valor subyacente de la conducta, sin que esta deje de ser instrumental. Finalmente, la regulación integrada representa el grado mas autónomo de motivación extrínseca, por el cual la conducta es reconocida como importante y, aunque sigue siendo instrumental, se articula con metas vitales, valores y creencias⁶³.



Gráfica 4: Representación gráfica de la Teoría de la Autodeterminación

⁶³ Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Op Cit.

Como expresión máxima de la autodeterminación se encuentra el comportamiento motivado intrínsecamente cuya regulación depende única y exclusivamente de factores internos, por lo que su ejecución esta sujeta al gusto, la satisfacción o el desafío individual que represente. Esto hace que el individuo tenga un compromiso alto con la ejecución de la acción y comprometa todas sus capacidades, ante la percepción de completa libertad de elección⁶⁴.

Vista de esta manera, las conductas pueden gradualmente llegar a ser autónomas a través del proceso denominado internalización; es decir, a través de su integración a estructuras personales. Esto implica que en la medida en que las personas acepten el valor y la importancia de una actividad determinada, establecerán bases para una regulación autónoma del comportamiento, que en tanto se conciba como una decisión propia, se acercará cada vez más a la regulación autónoma⁶⁵.

Pactos por la Vida: Un programa de corte motivacional

Los planteamientos acerca de la motivación y la autodeterminación del comportamiento, resultan de fundamental importancia en el marco de la estructura interventiva de PpV que, concebido como un programa de corte motivacional, plantea una metodología integral y sistemática dirigida a la modificación de los factores subyacentes al proceso motivacional asociado al CPA, con el fin de fomentar el afrontamiento emocional y el afrontamiento instrumental requerido para la realización de acciones que apunten a la consecución de la moderación en el consumo de alcohol, como necesidad manifiesta.

En este sentido, el esquema procedimental propuesto por PpV tiene como pilar fundamental la implementación de intervenciones motivacionales para el cambio, estableciendo como objetivo de las mismas el logro de la internalización de la importancia de la conducta de moderación en el consumo de alcohol y la integración de esta acción a las metas personales, para el logro del cambio efectivo y sostenido; teniendo como precedente que las motivaciones extrínsecas pueden llegar a ser autónomas en tanto se internalicen al punto de lograr que la conducta sea percibida como una decisión propia, ejecutada de forma autónoma en consonancia con su sistema de valores, en una progresión que avanza de la motivación

⁶⁴ Vansteenkiste, M, Sierens, E., Soenens, B. Luyckx, K. & Lens, W. (2009). Motivational profiles from a self-determination perspective: The quality of motivation matters. *Journal of Educational Psychology*, 101(3), 671-688.

⁶⁵ Gagne´ & Forest (2008). The study of compensation systems through the lens of self-determination theory: reconciling 35 years of debate. *Canadian Psychology*, 49(3), 225–232.

controlada (basada en regulación externa y regulación introyectada) a la motivación autónoma (basada en la regulación identificada, la regulación integrada y la regulación interna)^{66, 67, 68}.

Así pues, partiendo del hecho de que las personas consumidoras de alcohol, que representan un porcentaje muy alto de la población, tienen algunas ideas básicas acerca del “qué” es beber bien, y practican de manera más o menos consciente algunas estrategias que les permiten responder al “cómo” hacer para beber bien. PpV profundiza en el conocimiento de qué es beber bien, responsable o moderadamente, pero centra la mayor parte de su atención en el desarrollo de habilidades y de competencias que les permitan a las personas darle curso al proceso de autorregulación motivacional hacia el cómo “beber bien”, con el fin de que se resuelva favorablemente el conflicto entre *hacer* o *no hacer*⁶⁹ un buen consumo de las bebidas alcohólicas; dentro de los siguientes criterios:

- 1) El abuso como blanco principal de intervención: PpV se propone como objetivo general de intervención fomentar la moderación del consumo de alcohol, o consumo no-excesivo, aunado a la mitigación del daño y la minimización de los riesgos en condiciones de alto consumo. El consumo alcohólico se considera como un comportamiento que no solo es altamente probable, sino que forma parte de nuestras prácticas culturales que son percibidas por la población como elemento favorable para el fomento de su calidad de vida, percepción que en diversas condiciones resulta verdadera, pero en otras no lo es. PpV se propone profundizar en el análisis de los sobrecostos sociales causados por el abuso del consumo alcohólico, estableciendo con objetividad las sobrecargas que ese mal consumo representa para la sociedad en términos de costos por accidentalidad, por pérdida de años potenciales de vida útil, por morbimortalidad, por ausentismo laboral, por conflicto familiar, etc. Ese sobrecosto puede reflejarse, en una sola frase relevante desde un abordaje en términos de salud, en pérdida de la calidad de vida. A partir de esta consideración, puede comprenderse la referencia a la “vida” en la denominación del programa como “Pactos por la vida”.

⁶⁶ Vansteenkiste, M., Willkiams, G.C. & Resnicow, K. (2012). Toward systematic integration between self-determination theory and motivational interviewing as examples of top-down and bottom-up intervention development: Atonomy or volition as a fundamental theoretical principle. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 23-33.

⁶⁷ Flórez-Alarcón, L. & Castellanos, C. (2012). Efectos de la entrevista motivacional sobre la motivación autónoma en jóvenes consumidores de alcohol. *Revista de Salud Pública*, 14 Sup(2), 69-85.

⁶⁸ Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J. & Rollnick, S. (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.

⁶⁹ Flórez-Alarcón, L. (2007). *Op Cit.*

- 2) Prevención integral: PpV toma en cuenta las diversas formas de consumo y las distintas modalidades preventivas adecuadas a esas diversas formas de consumo (ver la Gráfica 2). Consumir alcohol no es un fenómeno unidimensional, si se tiene en cuenta que el consumo puede realizarse de formas diversas, en frecuencias y cantidades variables, con consecuencias diversas, etc. A partir de la caracterización del consumo como “moderado”, “de riesgo”, “excesivo”, y “dependiente”, PpV integra modalidades de prevención “universal”, “selectiva”, e “indicada”, que generan motivación para el mantenimiento o el logro del consumo moderado de alcohol. PpV no incorpora procedimientos de rehabilitación de consumidores dependientes del alcohol, caso en el cual los canaliza hacia otros programas que puedan suministrar esa atención rehabilitadora. El carácter integral de PpV también se refleja en otras de sus condiciones que se analizan adelante, como son las referentes a su carácter multinivel y multifactorial, las cuales, aunadas al carácter de permanencia y de intersectorialidad, permiten entender la inclusión del término “pactos” en la denominación del programa.
- 3) Basada en la educación para la salud: PpV es un programa de educación para la salud. Como programa de “educación” se propone el logro de cambios reales y permanentes en las prácticas de la gente frente al consumo de alcohol y la incorporación de esos cambios al estilo de vida y a las costumbres propias de nuestra cultura. Como programa de “salud” se propone el fomento de la calidad de vida, en tanto que ésta resulta mediatizada por el consumo de alcohol y por las consecuencias directas de ese consumo sobre la accidentalidad, la morbimortalidad, etc. PpV adopta el modelo Precede-Proceed de educación para la salud, lo cual le permite definir con precisión sus objetivos, su metodología interventiva, y su metodología evaluativa.
- 4) Multinivel sistémico: PpV es un programa que incorpora componentes proyectados para realizarse en múltiples escenarios sociales que son de alta relevancia para el consumo alcohólico, incorporando una participación activa de la gente congregada en esos escenarios; como son, a) los escenarios comunitarios, especialmente los de alto consumo, b) los escenarios escolares, c) el escenario laboral, d) el escenario familiar. Esta característica multinivel emana de consideraciones ecológicas de tipo sistémico, lo cual obliga a incorporar en las prácticas preventivas a los escenarios propios de la persona (microsistema); los escenarios del medio inmediatamente circundante a la persona, con sus múltiples interacciones recíprocas (mesosistema), tales como el medio familiar, el medio barrial, y el medio escolar; los escenarios de las relaciones sociales y de la organización social (exosistema), dentro de los cuales se destaca la regulación

normativa del consumo; y los escenarios propios de la cultura (macrosistema), representados en los estilos de vida y en las prácticas de consumo de alcohol prevalecientes en nuestro imaginario social.

- 5) Multifactorial: PpV incorpora componentes que, en consonancia con su carácter multinivel, actúan sobre múltiples factores personales y socioculturales causales del abuso alcohólico. Dentro de ellos confiere especial importancia a los factores motivacionales propuestos por las teorías del aprendizaje social que se han surgido en la tradición cognitiva de expectativa/valor en psicología, tales como son: a) las representaciones cognitivas individuales y sociales acerca de lo que es la moderación y lo que es el abuso de consumo alcohólico, b) las creencias individuales y sociales acerca del beneficio del consumo alcohólico y de la moderación del mismo, determinantes de actitudes comportamentales que influyen sobre las decisiones de consumir excesiva o moderadamente, b) las creencias de las personas acerca de su capacidad para moderar el consumo (autoeficacia), c) la influencia social y cultural en torno al consumo alcohólico y a su moderación (normas sociales objetivas y normas subjetivas, presión de grupo y soporte social), d) las percepciones de costo asociadas al consumo y a la moderación del mismo, que determinan de forma inmediata las decisiones acerca de la moderación o del abuso, de acuerdo con teorías económicas de tipo racional acerca de la toma de decisiones, e) la planificación de la autorregulación, la cual permite de manera autocontrolada adoptar intenciones serias para la implementación de las decisiones individuales y sociales, y, f) la orientación de acción, que lleva al individuo a realizar los esfuerzos personales requeridos para que, de forma voluntaria, haga uso de las habilidades y competencias que le permiten moderar el consumo alcohólico, en complementación a una orientación de estado que se basa en la habilidad para regular los estados emocionales asociados al consumo y a la moderación.

- 6) Estructurado y basado en la evidencia: PpV, al asumir los fundamentos conceptuales, teóricos y metodológicos delineados en su carácter educativo para la salud, integral, multinivel y multifactorial, propone estructuras o procedimientos de intervención objetivos y replicables, los cuales garantizan el impacto inmediato y el resultado a largo plazo de las acciones preventivas, evidenciados en la afectación de múltiples indicadores objetivos (incidencia, prevalencia, habilidades, accidentalidad, morbimortalidad, calidad de vida, entre otros). Esas estructuras se traducen en objetivos

particulares de una determinada estrategia interventiva (taller, comunicación masiva, entre otras), asociados a una modalidad particular de prevención (universal, selectiva o indicada), y en objetivos específicos asociados a los factores motivacionales que deben ser afectados para el logro del objetivo particular, mediante la puesta en práctica de dinámicas de intervención altamente participativas, en un determinado ámbito o escenario de acción, dinámicas que, en el caso de PpV, se inspiran el amplio bagaje de técnicas representadas por los procesos vivenciales y conductuales descritos al interior del Modelo Transteórico de Cambio^{70, 71, 72}.

Dentro de esas estrategias sobresalen cuatro, las cuales tienen un amplio respaldo en las labores científicas de los grupos de investigación mencionados antes, estrategias denominadas: a) “Consumo seguro”, que es un conjunto de procedimientos de prevención indicada del abuso, propuesto para la mitigación del daño y la minimización de los riesgos, especialmente diseñado para intervenir en ambientes comunitarios que concentran a población consumidora de alcohol, tales como los bares y cantinas, tiendas barriales, espacio público, entre otros; b) “Autoayuda dirigida”, que es una estrategia de prevención indicada del abuso, propuesta para intervenir en escenarios escolares, especialmente en el ámbito universitario, y en escenarios laborales, con población previamente detectada como consumidores excesivos mediante la práctica de tamizajes de riesgo⁷³; c) “CEMA-PEMA”, que es una estrategia de prevención selectiva del abuso, dirigida especialmente a población en riesgo, diseñada para intervenir en el ámbito de estudiantes de secundaria en los grados noveno a undécimo, los cuales se han detectado como los momentos críticos de inicio del consumo excesivo de alcohol⁷⁴; d) NEF (Núcleos de Educación Familiar), que es una estrategia de investigación acción participativa, especialmente diseñada para intervenir en escenarios escolares y barriales, con el propósito de realizar prevención universal del abuso alcohólico y para

⁷⁰ Flórez-Alarcón, L. (2000). Análisis del consumo de alcohol, con fundamento en el modelo Transteórico, en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*; 4, 79-98.

⁷¹ Flórez-Alarcón, L. (2003). Cuestionario de Etapas integrado a un programa (CEMA- PEMA) para la modificación del consumo abusivo de alcohol: Evaluación de Etapas y de variables intermedias. *Acta Colombiana de Psicología*; 9, 83-104.

⁷² Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books, pgs. 19-69.

⁷³ Gantiva, C.A. (2007). Evaluación y diseminación de un programa motivacional breve para consumidores abusivos de alcohol. En: L. Echeverría-Sanvicente, V.C. Carrascoza, & Reidl. M.L. (Compiladores). *Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas*. México: UNAM, 223-236.

⁷⁴ Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H. (2010) Efecto de la Sensibilización Pretest en una Intervención de Prevención Selectiva del Abuso Alcohólico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1)

favorecer la incorporación cultural de nuevos estilos de vida frente al consumo de alcohol^{75, 76, 77, 78}.

A las anteriores estrategias se suma la intervención estructurada mediante comunicaciones a través de medios masivos, con propósitos de prevención universal, selectiva o indicada, dentro de presupuestos establecidos por las teorías de Motivación a la Protección, que sirven como marco teórico y metodológico para el diseño de la estrategia comunicacional.

- 7) Permanente: PpV no constituye una acción aislada, sino que se propone como una acción comunicacional múltiple (mass media, talleres, conferencias, normas, etc.) que de forma permanente le llegan a las personas que consumen alcohol, atendiendo a los diversos tipos de consumo y a las diversas modalidades preventivas que incluye. Esta permanencia es un requisito indispensable para los programas que aspiran a una diseminación y a un impacto a mediano y largo plazo, con afectación de índices epidemiológicos, y con resultados que modifiquen la calidad de vida y la cultura de una población.

- 8) Intersectorial: PpV es un programa multimodal para la reducción del abuso alcohólico que compromete a múltiples sectores públicos y privados (Ministerios y secretarías de salud, de educación, de gobierno, bienestar familiar, FPV, productores y comercializadores de licores, sitios de rumba, bienestares universitarios, secretarías de tránsito, policía, etc.), sin cuyo concurso es poco factible el logro del impacto y del resultado esperados.

⁷⁵ García Sánchez, B. (2005). Los Núcleos de Educación Familiar: Redes de Apoyo Social para la Prevención de las Violencias Microsociales (primera parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 1. Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/15_nef_01.pdf

⁷⁶ García Sánchez, B. (2006a). Los Núcleos de Educación Familiar: Redes de Apoyo Social para la Prevención de las Violencias Microsociales (segunda parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2. Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/nef_2.pdf

⁷⁷ García Sánchez, B. (2006b). Los Núcleos de Educación Familiar: Redes de Apoyo Social para la Prevención de las Violencias Microsociales (Tercera parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2. Recuperado de: http://www.tipica.org/index.php?option=com_content&view=article&id=75:family&catid=25:familycat

⁷⁸ García Sánchez, B. (2006c). Los Núcleos de Educación Familiar: Redes de Apoyo Social para la Prevención de las Violencias Microsociales (Cuarta parte). *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2. Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/garcia_4_nef.pdf

Ejes y lineamientos de PpV: una articulación con las esferas de acción de la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol

Fomentar la motivación de la gente para que se decida a *hacer* un buen consumo o un consumo moderado de alcohol es la meta de toda la labor preventiva realizada por PpV; de tal suerte que busca fomentar en la ciudadanía una capacidad de autorregulación, regulación social y control normativo, para el cuidado y la protección de la vida; por lo que requiere de la acción coordinada de entidades públicas y privadas de diversas índoles, para hacer frente al consumo, antes, durante y después de su ocurrencia en los ámbitos donde suele presentarse.

Así pues, el proceso de implementación de PpV implica el abordaje de diferentes labores a lo largo de tres etapas de desarrollo, las cuales permiten al programa y a sus gestores, evaluar la viabilidad para el mantenimiento de la estrategia en función de las necesidades reales de la población objetivo (Ver Gráfica 5).

Siendo PpV una propuesta integral, implica un trabajo transdisciplinario, intersectorial e interinstitucional que busca propender por la articulación de las acciones del programa en el marco de los planes de acción territoriales, la política pública y la normatividad internacional, contemplando diversos escenarios (familiar, comunitario, escuela, laboral y espacio público) e identificando las responsabilidades de los múltiples actores involucrados (individuos, entidades públicas y privadas).



Gráfica 5: Etapas del programa PpV

Para el cumplimiento de su objetivo, PpV se articula a través de 5 ejes estratégicos de trabajo, los cuales implican la acción conjunta de diversos actores (públicos y privados) para la intervención sobre el CPA en diversos escenarios (Ver Gráfica 6).



Gráfica 6: Elementos estratégicos del programa PpV

Es claro entonces que el cambio cultural que esta iniciativa implica, requiere de una planeación y un seguimiento detallado, el cual se articula a través de 5 ejes de trabajo que contemplan diversas estrategias y actividades para el ejercicio de la prevención integral del consumo abusivo de alcohol; a saber:

- 1. Marco inter-institucional:** El establecimiento de un marco interinstitucional público y privado es el resultado de un proceso de concertación alrededor de la corresponsabilidad de los distintos sectores económicos y sociales asociados a la problemática del CPA, en el cual se determina la naturaleza de la corresponsabilidad a partir de una revisión de la relación costo/beneficio; de tal forma que sea posible identificar la contribución esperada de cada sector para sufragar los costos no suficientemente compensados del consumo inmoderado que normalmente asume el sistema de salud pública y que afecta la movilidad, la convivencia y la seguridad. En este sentido, en consonancia con las esferas de acción propuestas por la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, este eje de trabajo tiene como objetivo establecer alianzas estratégicas para crear una cultura de corresponsabilidad entre

instituciones públicas y privadas de distinto orden, con miras al óptimo desarrollo del programa PpV; de tal suerte que estas instituciones y sus actores, desde sus obligaciones regulen las acciones favorables al desarrollo del programa y se potencie el impacto de las intervenciones desde la intersectorialidad, a través de la constitución de pactos, la elaboración de planes de acción conjuntos, la conformación de mesas de trabajo con actores claves, la formulación de proyectos de ley, acuerdos y decretos, entre otros.

La tabla 1, sintetiza los lineamientos de trabajo el eje “Marco Inter-Institucional” y su relación con las esferas de acción recomendadas por la OMS para la reducción del uso nocivo del alcohol, como metas particulares del accionar en este eje.

Tabla 1. Guía de procesos del eje “Marco Inter-Institucional”

Fase	Supuestos	Proceso	Actividad	Metas
Aprestamiento	Con miras a garantizar la conformación de equipos de trabajo, se requiere: <ul style="list-style-type: none"> • Voluntad política de los actores estratégicos, • Capacidad de búsqueda de apoyo (<i>advocacy</i>) por parte de los gestores del programa. 	Conformación de equipos	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a personas e instituciones de diversa índole • Formación de mesas de trabajo intersectoriales 	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar el “Liderazgo, concienciación y compromiso” de instituciones y actores claves⁷⁹ • Construir y fortalecer “Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol”⁸⁰ • Crear estrategias de regulación de la “Disponibilidad de alcohol”⁸¹
		Fomento de alianzas	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar guías de funcionamiento de cada mesa de trabajo • Identificar el rol de los diversos implicados en la regulación social del consumo • Revisar la normatividad vigente • Realizar propuestas de adecuación o ajuste de la normatividad de acuerdo a las necesidades del contexto particular 	
Puesta en marcha	Para asegurar la continuidad del programa, se requiere: <ul style="list-style-type: none"> • aseguramiento de la capacitación de los actores implicados, • Articulación de los actores estratégicos en las acciones de gestión del riesgo y comunicación, 	Fomento de alianzas	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer alianzas estratégicas en los diversos ámbitos • Establecimiento de un sistema de acreditación • Establecimiento de un sistema de costos y beneficios relacionados con la normatividad del expendio y consumo de alcohol • Diseño de un sistema de acreditación para los establecimientos de expendio y consumo de alcohol 	
Sostenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de compromisos y acuerdos de cooperación local/nacional. • Diseño de un sistema de acreditación nacional. 	Establecimiento de pactos	<ul style="list-style-type: none"> • Firma de pactos de corresponsabilidad para la prevención, la mitigación y la minimización • Implementación de sistemas de trabajo conjunto • Puesta en marcha del sistema de acreditación • Puesta en marcha de acciones de control normativo 	

⁷⁹ OMS (2010). Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.

⁸⁰ OMS (2010). Op cit.

⁸¹ OMS (2010). Op cit.

2. Gestión del riesgo: Esta estrategia comprende la identificación de las cargas, rutinas y protocolos de los servidores públicos que acompañan, desde sus competencias, los ámbitos de consumo abusivo en donde se requiere intervención “in situ” en un antes, un durante y un después, conociéndose de ante mano los lugares conflictivos de cada territorio particular.

Este eje en particular, comprende la implementación de estrategias en diversos niveles de prevención, tanto para intervenir las diversas modalidades de consumo de alcohol, como para mitigar los riesgos y minimizar los daños asociados al CPA.

El trabajo de este eje, apunta entonces a la construcción de una capacidad de regulación social y autorregulación, en los diversos ámbitos e implicando a los actores involucrados (consumidores, comunidad en general, sector público y sector privado), en pro del consumo seguro. La tabla 2, sintetiza los lineamientos de trabajo el eje “Gestión del riesgo” y su relación con las esferas de acción recomendadas por la OMS para la reducción del uso nocivo del alcohol, como metas particulares del accionar en este eje.

3. Capacitación: Este eje tiene como objetivo desarrollar acciones de capacitación a garantes y multiplicadores de los diferentes ámbitos en cuanto a contenidos, procesos y procedimientos de implementación de la estrategia para ampliar la cobertura de implementación del programa PpV.

Con la consolidación de un amplio programa formativo, el eje de capacitación se constituye como un recurso pedagógico por excelencia, que propende por la construcción de capacidad instalada en un territorio, el fortalecimiento de la corresponsabilidad pública y privada, la sensibilización y movilización social hacia la autorregulación y la regulación social, así como garantizar la sostenibilidad del programa.

La tabla 3, sintetiza los lineamientos de trabajo el eje “Capacitación” y su relación con las esferas de acción recomendadas por la OMS para la reducción del uso nocivo del alcohol, como metas particulares del accionar en este eje.

Tabla 2. Guía de procesos del eje “Gestión del riesgo”

Fase	Supuestos	Proceso	Actividad	Metas
Aprestamiento	<p>Con miras a diseñar acciones acordes con las necesidades del contexto, es necesario contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una línea de base que provea información suficiente sobre las características del consumo, • Personal suficiente y capacitado, • Avances en el establecimiento de acuerdos y co-responsabilidades para garantizar el financiamiento de las actividades. 	Conformación de equipos	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a personas e instituciones capacitadas • Configurar equipos de trabajo multidisciplinar e intersectorial • Definir el tipo de acciones a realizar • Gestionar la financiación de las acciones a realizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar el mejoramiento de la “Respuesta de los servicios de salud”⁸² • Fomentar la “Acción comunitaria”⁸³ para la prevención y el control social • Fortalecer e implementar “Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol”⁸⁴ • Brindar respuesta oportuna, efectiva y eficiente a la necesidad de “Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica”⁸⁵
		Planeación de acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño o adaptación de acciones de prevención y protección para los diversos ámbitos • Elaborar protocolos unificados para la implementación de las acciones de prevención y protección, para realizar acciones antes-durante-después, clarificando roles y responsabilidades • Poner a prueba las acciones propuestas y realizar los ajustes necesarios • Implementar las acciones de prevención y protección 	
Puesta en marcha	<p>Para el adecuado desarrollo de las acciones preventivas, se requiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avances en el establecimiento de acuerdos intersectoriales para garantizar la participación de los actores y la acogida por parte de los beneficiarios, • Sistema de monitoreo para evaluar los procesos y el resultado de las actividades. 	Permanencia	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisiones acerca de las acciones a implementar en función de los resultados de la evaluación a mediano y a largo plazo • Diseñar o adaptación estrategias para garantizar la permanencia de los impactos logrados en los diversos ámbitos 	
Sostenimiento	<p>Para asegurar la continuidad del programa, es necesario contar con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos objetivos acerca de la evaluación de impacto de las estrategias, para dar cuenta de su costo-efectividad y el efecto en el comportamiento de consumo. 			

⁸² OMS (2010). Op cit.

⁸³ OMS (2010). Op cit.

⁸⁴ OMS (2010). Op cit.

⁸⁵ OMS (2010). Op cit.

Tabla 3. Guía de procesos del eje “Capacitación”

Fase	Supuestos	Proceso	Actividad	Metas
Aprestamiento	Con miras a garantizar la adecuada implementación del programa, es necesario contar con: <ul style="list-style-type: none"> Avances en el establecimiento del marco interinstitucional para establecer lazos transdisciplinarios e interdisciplinarios que garanticen la posibilidad de realizar ejercicios de gestión del conocimiento. 	Conformación de un equipo	<ul style="list-style-type: none"> Convocar a personas e instituciones que van a participar en la capacitación Configurar una red de trabajo interdisciplinar e interinstitucional 	<ul style="list-style-type: none"> Propiciar el mejoramiento de la “Respuesta de los servicios de salud”⁸⁶
		Establecimiento de un plan de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Realización de talleres de sensibilización y acercamiento para personal vinculado al programa Diseñar o adaptar planes de formación para gestores y garantes del programa según las necesidades del contexto particular Identificación de participantes potenciales de procesos de capacitación entre los actores intersectoriales Diseñar o adaptar estrategias pedagógicas para la formación de los actores intersectoriales 	<ul style="list-style-type: none"> Fomentar la “Acción comunitaria”⁸⁷ para la prevención y el control social Brindar respuesta oportuna, efectiva y eficiente a la necesidad de “Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica”⁸⁸
Puesta en Marcha	Para asegurar la continuidad del programa, se requiere: <ul style="list-style-type: none"> Establecer vínculos y acuerdos con entidades educativas creando oportunidades de aprendizaje acordes a las necesidades de implementación del programa 	Desarrollo del plan de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar o adaptar una estrategia pedagógica para la formación de la ciudadanía Convocar actores estratégicos a los procesos formativos Implementar las estrategias pedagógicas para la formación de gestores y garantes Implementar las estrategias pedagógicas para la formación de los actores intersectoriales Implementar la estrategia pedagógica para la formación de la ciudadanía 	
Sostenimiento			<ul style="list-style-type: none"> Diseñar o adaptar nuevos planes de formación para gestores y garantes del programa según las necesidades del contexto particular Diseñar o adaptar nuevos planes de formación para actores intersectoriales según las necesidades del contexto particular Diseñar o adaptar nuevos planes de formación para la ciudadanía 	

⁸⁶ OMS (2010). Op cit.

⁸⁷ OMS (2010). Op cit.

⁸⁸ OMS (2010). Op cit.

4. Evaluación y seguimiento: La Teoría de Motivación a la Protección (TMP) proporciona un marco conceptual y metodológico suficientemente amplio y congruente con el enfoque motivacional de PpV, que ofrece lineamientos para el diseño de herramientas de evaluación que identifiquen los procesos de evaluación de amenaza y afrontamiento que facilitan o dificultan a los individuos adoptar comportamientos de moderación delimitados por un grupo de pautas (p. ej. “Seis C”).

La TMP⁸⁹, propone dos procesos de evaluación cognitiva que median el cambio comportamental. Este planteamiento se ha empleado en la investigación actual de dos formas: como una estructura para desarrollar y evaluar la comunicación persuasiva y como un modelo de cognición social para predecir el comportamiento saludable⁹⁰.

De acuerdo con esta teoría, la motivación es una variable de mediación, cuya función es provocar, sostener y orientar la conducta de protección a través de: a) la evaluación de la amenaza, en donde el individuo hace la consideración de las consecuencias de actuar de manera desadaptativa; y b) la evaluación del afrontamiento, en cuyo caso se tiene en cuenta las consecuencias de actuar adaptativamente para la salud.

Estos procesos se presentan de forma paralela, influyen la intención y determinan la extensión a la cual el individuo responderá de manera adaptativa o desadaptativa a la información de salud (Véase Gráfica 7).

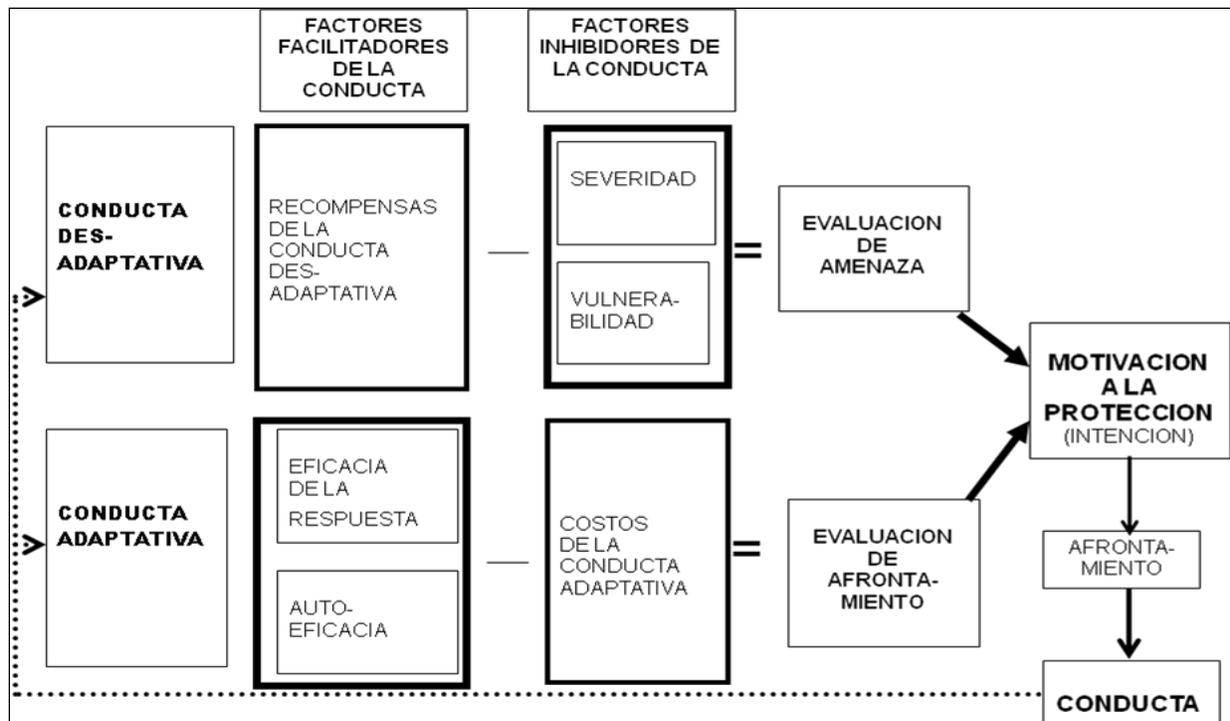
La evaluación de amenaza evalúa la respuesta desadaptativa. Se compone de las percepciones de severidad de y vulnerabilidad a un evento negativo. La severidad percibida se refiere a los sentimientos de seriedad del daño provocado por el evento, mientras que la vulnerabilidad percibida es la percepción subjetiva de que un evento pueda sucederle a uno mismo⁹¹; ambas disminuyen la probabilidad de ocurrencia de una respuesta desadaptativa, como la evitación o la negación.

⁸⁹ Rogers, R. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*; 91, 93-114.

⁹⁰ Norman, P., Boer, H. & Seydel, E. (2005). Op Cit.

⁹¹ Cismaru, M. (2006). Using Protection Motivation Theory to Increase the Persuasiveness of Public Service Communications. *The Saskatchewan Institute of Public Policy*. Public Policy Paper 40.

Recuperado de: <http://www.uregina.ca/sipp/documents/pdf/PPP40.pdf>



Gráfica 7: Teoría de Motivación a la Protección

El miedo es una variable interviniente adicional entre estas percepciones y el nivel de evaluación de la amenaza; si un individuo percibe que es vulnerable a una amenaza seria para su salud, se activan altos niveles de miedo que incrementan la motivación para realizar un comportamiento protector⁹². Por otra parte, en la evaluación de la amenaza también existen factores por los cuales un individuo puede querer llevar a cabo la respuesta desadaptativa, incrementando su probabilidad de ocurrencia: las recompensas intrínsecas (ej. disfrute) y extrínsecas (ej. aprobación social) percibidas por la no realización del comportamiento disminuyen la evaluación de amenaza⁹³.

El proceso de evaluación de afrontamiento evalúa la propia habilidad para enfrentar la amenaza y los factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de una respuesta adaptativa. En esta intervienen las percepciones de eficacia de respuesta o la creencia de que los comportamientos recomendados serán efectivos en la reducción o eliminación del peligro y de autoeficacia, o la creencia de que se tiene la habilidad para realizar los comportamientos protectores. La evaluación de afrontamiento se determina por la suma de la eficacia de respuesta y la autoeficacia, menos cualquier costo de

⁹² Norman, P., Boer, H. & Seydel, E. (2005). Op cit.

⁹³ Martin, I., Bender, H. & Raish, C. (2007). What motivates individuals to protect themselves from risks: The case of wildland fires. *Risk Analysis*; 27 (4), 887-900.

respuesta; los costos, se refieren a las barreras o gastos sociales, físicos o monetarios de realizar el comportamiento recomendado.

La motivación a la protección entonces, es el resultado de un proceso en el que actúan todos sus componentes. La motivación es más fuerte cuando a partir de la evaluación de amenaza se determina que el daño es muy serio y la evaluación del afrontamiento indica que la estrategia adoptada es efectiva⁹⁴. Así, la probabilidad de que las personas se involucren en una práctica segura es más alta cuando se sienten capaces de realizarla, consideran que son susceptibles a una amenaza severa, sienten que la práctica insegura no es muy reforzante y sienten que la práctica de la alternativa segura será efectiva en la protección contra la amenaza severa y que, además, incurrirán en un escaso costo personal.

En general, las variables de amenaza y afrontamiento interactúan entre sí. Cuando la eficacia de respuesta o la autoeficacia son altas, los altos niveles de severidad y de vulnerabilidad a la amenaza dan como resultado intenciones más fuertes para adoptar la respuesta recomendada. Cuando la eficacia de respuesta o la autoeficacia son bajas, los incrementos en la severidad y la vulnerabilidad debilitan las intenciones, lo que se conoce como ‘efecto boomerang’⁹⁵.

Así pues, el reto del eje programático “Evaluación y seguimiento” es conocer la situación de la relación entre el CPA, la conflictividad en la convivencia ciudadana y la criminalidad asociada, en un contexto histórico y sociocultural particular.

Con el objetivo de desarrollar un sistema unificado de generación de conocimiento para la recolección de datos asociados a las características del consumo, las prácticas sociales, la convivencia ciudadana, el comportamiento vial y la criminalidad en el contexto social e histórico particular; así como para establecer una línea de base (en ámbito) que sirva como referente para diseñar y supervisar la implementación del plan de acción y medir el impacto de la intervención del programa PpV, este eje propone la implementación de un Sistema Unificado de Información que provea las bases para dar curso un Sistema de Monitoreo para la realización del seguimiento de procesos, actores e indicadores asociados al consumo seguro.

⁹⁴ De Hoog, N., Stroebe, W. & de Wit, J. (2007). The impact of vulnerability to and severity of a health risk on processing and acceptance of fear-arousing communications: a meta-analysis. *Review of General Psychology*; 11 (3), 258-285.

⁹⁵ Sturges, J. & Rogers, R. (1996). Preventive health psychology from a developmental perspective: an extension of protection motivation theory. *Health Psychology*; 15 (3), 158-166.

La tabla 4, sintetiza los lineamientos de trabajo el eje “Evaluación y Seguimiento” y su relación con las esferas de acción recomendadas por la OMS para la reducción del uso nocivo del alcohol, como metas particulares del accionar en este eje.

Tabla 4. Guía de procesos del eje “Evaluación y Seguimiento”

Fase	Supuestos	Proceso	Actividad	Metas
Aprestamiento	Para el establecimiento de una línea de base se requieren: <ul style="list-style-type: none"> • Avances en el establecimiento del marco interinstitucional para asegurar la posibilidad de vincular o acceder a personal capacitado • La destinación presupuestal para solventar los costos que implica realizar procesos investigativos. • Capacidad técnica para realizar procesos de recolección, sistematización y análisis de información. 	Conformación de un equipo	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a personas e instituciones capacitadas • Configurar una red de trabajo multidisciplinar • Gestionar la financiación de actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar un sistema de “seguimiento y vigilancia”⁹⁶ que permita no solo el monitoreo del comportamiento de consumo de alcohol, sino también el efecto de las intervenciones realizadas para su modificación.
		Establecimiento de una línea de base del consumo de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar información de fuentes secundarias. • Desarrollar o adaptar un sistema de recolección de información primaria. • Recolectar información sobre el consumo (características, riesgos asociados, costos, zonas de riesgo, prácticas sociales) 	
Puesta en marcha	Para realizar acciones de diseño, implementación y seguimiento, se requiere: <ul style="list-style-type: none"> • La capacitación del personal para realizar procesos de recolección, sistematización y análisis de información; • Acciones de fortalecimiento del marco interinstitucional, • Adelantos en el desarrollo de acciones de gestión del riesgo y comunicación. 	Implementación del Sistema Unificado de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar, caracterizar y geo-referenciar zonas de consumo abusivo • Sistematizar los datos recolectados. • Construir documentos de informe. • Recopilar datos objetivos sobre el impacto de la intervención. • Socializar la información del impacto en relación con la línea de base establecida 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar información sobre el consumo (características, riesgos asociados, costos, zonas de riesgo, prácticas sociales), una vez implementadas las acciones de prevención en diferentes plazos (corto, mediano y largo). • Sistematizar los datos recolectados en cada periodo de evaluación. • Construir documentos de informe. 	
Sostenimiento	Para asegurar la continuidad del programa, se requiere: <ul style="list-style-type: none"> • Finalización de acciones de gestión del riesgo y comunicaciones. 			

⁹⁶ OMS (2010). Op cit.

5. Comunicación: Las estrategias de comunicación para la prevención del consumo de alcohol se han centrado en las consecuencias físicas, mentales y sociales asociadas a esta conducta; adicionalmente los mensajes preventivos suelen pasar inadvertidos por el tamaño de los textos o por la habituación a los mismos debido a su mínima variación⁹⁷.

Esto es, en el marco de la TMP, una afectación directa a la evaluación de amenaza; se trata de poner en conocimiento de los individuos el riesgo (evaluación de severidad) y mostrarles qué tan susceptibles son de padecer las consecuencias (evaluación de vulnerabilidad). Esta persuasión fundamentada en el miedo a una amenaza determinada, por sí sola es efectiva en la generación de intenciones de conducta; lo cuestionable de su uso es que suele persuadir a los individuos de asumir estilos de afrontamiento evitativos (emocionales)^{98, 99}; aún cuando lo que se pretende es que los individuos se persuadan de asumir un papel activo en pro de su bienestar.

Contrariamente, las estrategias de mercadeo que promueven el consumo de alcohol se centran en afectar las motivaciones de las personas, en términos de eficacia del consumo y autoeficacia para realizarlo, a partir de su asociación con situaciones placenteras; de tal forma que las personas reconocen en el consumo de alcohol como una conducta asociada a situaciones sociales reforzantes o como una estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes^{100, 101, 102, 103}.

De lo anterior se deduce la importancia de aludir a la evaluación de afrontamiento en la comunicación para la salud. Esto es, no solo apelar al miedo, sino también hacer

⁹⁷ Muñoz, Y. & Chebat, J. C. (2007). Evaluación cognitiva y reacción emocional a la variación de la amenaza y el emisor en las advertencias contra productos adictivos: Proposiciones de investigación. *Cuadernos de Administración*; 20 (33), 229-252.

⁹⁸ Rippetoe, P. A., & Rogers, W. R. (1987). Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. *Journal of Personality and Social Psychology*; 52 (3), 596-604.

⁹⁹ Floyd, D.L. Prentice-Dunn, S. & Rogers, R.W. (2000). A meta-analysis on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*; 30 (2), 407-429.

¹⁰⁰ Ordoñana, J. R. & Gomez, J. (2002). Amenaza y persuasión en mensajes de salud sobre consumo de alcohol: de la teoría a la práctica. *Adicciones*; 14 (4), 479-485.

¹⁰¹ Cañal, M. (2003). *Adicciones, como prevenirlas en niños y jóvenes*. México. D.F: Norma.

¹⁰² Londoño, C. (2004). *Construcción de un modelo cognitivo social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

¹⁰³ Engels, R.; Hermans, R.; van Baaren, R.; Hollenstein, T. & Bot, S. M. (2009). Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour. *Alcohol & Alcoholism*; 1-6.

alusión a la eficacia de una respuesta ante el riesgo y de la capacidad de las personas para llevar a cabo dicha conducta (autoeficacia)¹⁰⁴.

En este orden de ideas, la TMP y las revisiones hechas al modelo aportan a la comunicación en salud, variables psicológicas claras a las cuales deben buscar afectar los mensajes. Se trata entonces de apelar al miedo, pero aludiendo a un riesgo (evaluación de amenaza) cuyas consecuencias negativas pueden evitarse efectivamente (evaluación de afrontamiento)^{105, 106}.

Teniendo en cuenta lo anterior, con la adopción de la TMP como marco de referencia, el eje “comunicación” tiene como objetivo Implementar una estrategia de comunicación para la movilización social en torno al tema del consumo seguro, con base en los referentes teóricos propuestos, para aumentar el impacto de la implementación del programa.

La implementación de una estrategia de comunicaciones que se corresponda con las realidades socioculturales de un territorio particular, debe apuntar al fomento de las expectativas positivas en relación con moderación del consumo de alcohol, por medio de la modificación de los imaginarios frente al consumo de alcohol; teniendo como directriz el logro de una cultura del saber beber y el consumo seguro, y empleando para ello estrategias comunicativas positivas y motivadoras que favorezcan el cambio y la creación de una aptitud para la vida a través del fomento de los principios del saber beber”.

La tabla 5, sintetiza los lineamientos de trabajo el eje “Comunicación” y su relación con las esferas de acción recomendadas por la OMS para la reducción del uso nocivo del alcohol, como metas particulares del accionar en este eje.

¹⁰⁴ Kranz, K. M. (2003). Development of the alcohol and other drug self-efficacy scale. *Research on Social Work Practice*; 13 (6), 724-741.

¹⁰⁵ Witte, K. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27(5), 608-632.

¹⁰⁶ Arthur, D. & Quester, P. (2004). Who's Afraid of That Ad? Applying segmentation to the protection motivation model. *Psychology & Marketing*; 21(9), 671-696.

Tabla 5. Guía de procesos del eje “Comunicación”

Fase	Supuestos	Proceso	Actividad	Metas
Aprestamiento	Con miras a diseñar acciones acordes con las características del consumo en el contexto particular, es necesario contar con:	Conformación de equipos	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a personas e instituciones capacitadas • Configurar equipos de trabajo multidisciplinar • Gestionar la financiación de las acciones a realizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar estrategias de contrapublicidad que minimicen los efectos adversos del “Marketing de las bebidas alcohólicas” y promuevan tanto la autorregulación, como la regulación social y el apoyo al control normativo del CPA.
	<ul style="list-style-type: none"> • Una línea de base que provea información suficiente de los recursos disponibles, las características del consumo, • Personal capacitado, • Avances en el establecimiento de co-responsabilidades para garantizar el financiamiento de las estrategias. 	Planeación de acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño o adaptación de estrategias comunicativas acordes con la formulación conceptual y metodológica de pactos por la vida para los diversos ámbitos, según las necesidades identificadas en la evaluación • Definir los medios y los momentos de presencia de la campaña de comunicación “pactos por la vida” • Diseñar o adaptar la imagen, piezas gráficas, visuales y sonoras a emplear • Realizar una implementación piloto de la estrategia comunicativa • Implementación de la campaña en los diversos ámbitos. 	
Puesta en marcha	Para la puesta en marcha de las estrategias comunicativas, se requiere:			
	<ul style="list-style-type: none"> • Avances en el establecimiento de acuerdos intersectoriales para garantizar la participación de los actores y la debida difusión, • Sistema de evaluación para valorar el impacto de las estrategias. 			
Sostenimiento	Para asegurar la continuidad de las estrategias, es necesario contar con:	Mantenimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisiones acerca de las acciones a implementar en función de los resultados de la evaluación a mediano y a largo plazo • Diseñar planes de continuidad y desarrollo de la estrategia para asegurar el impacto en los imaginarios 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Datos objetivos acerca de su impacto. 			

EXPERIENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA PACTOS POR LA VIDA

En el proceso de fundamentación, puesta a prueba y consolidación de PpV, varias ciudades del país han adelantado la implementación del programa, ilustrando experiencias exitosas y aprendizajes de muy amplio valor. A continuación se describen algunas de estas experiencias.

Barranquilla

Desde el año 2009, con la participación de la Alcaldía, las Secretarías de Gobierno, Control Urbano y Espacio Público, Salud, Movilidad y Educación, se ha venido implementado la estrategia denominada “Domino el Trago”, orientada a fomentar el consumo moderado y responsable de alcohol entre los mayores de 18 años (Ver Gráfica 8). La Tabla 6, presenta una síntesis de las acciones realizadas y los logros alcanzados en cada uno de los ejes de trabajo de PpV.



Domino el trago - Barranquilla



- Intervenciones pedagógicas puerta a puerta.
- Inclusión “Domino el Trago”, en el Plan de Seguridad del Distrito.
- Difusión de la campaña en Carnavales.
Resultado: 0 muertos. (FPV)

Gráfica 8: Principales Avances - Barranquilla

Tabla 6: Barranquilla – “Domino el Trago”

EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Conformar un Sistema unificado de información que de cuenta de la relación del consumo abusivo de alcohol con accidentalidad, invasión del espacio público, criminalidad y convivencia. • Montaje de una red de universidades que monitoreará el programa • Identificación zonas de consumo abusivo y selección de zonas a intervenir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y aplicación de encuestas sobre los principios del saber beber • Consulta de fuentes secundarias acerca del consumo de alcohol y la convivencia ciudadana 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimiento de la relación entre el consumo abusivo del alcohol y los problemáticas asociadas
MARCO INSTITUCIONAL PÚBLICO Y PRIVADO	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporar el programa Pactos en los Planes Sectoriales • Revisión de normas distritales que tratan o afectan el tema de alcohol (POT, Acuerdos Distritales, etc.) • Promover la discusión de un proyecto de acuerdo distrital que regule las estrategias en materia consumo en la ciudad. Un acuerdo que genere las condiciones para implementar el programa y particularmente los pactos. • Establecimiento alianzas con la industria de esparcimiento, licores, aseguradoras, con instituciones educativas. • Vincular a organismos de control (Entes veedores, Personería, contraloría, defensoría, Concejales, diputados) • Acreditación de bares. (definir protocolo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación e invitación de aliados potenciales • Conformación de mesas de trabajo con actores públicos (Secretarías) • Inscripción del plan de trabajo en el banco de proyectos de las secretarías involucradas • Contacto con actores privados y establecimientos asociados al consumo 	<ul style="list-style-type: none"> • Alianzas con cada uno de los aliados identificados y vinculados a la intervención • Firma de acuerdos con tenderos
CAPACITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Definir plan de formación en protección de la vida y consumo seguro. - Formación en principios del Saber beber a funcionarios de 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de una propuesta pedagógica de sensibilización para mayores de 18 años de edad 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización y capacitación en entornos educativos con jóvenes, docentes y padres de familia

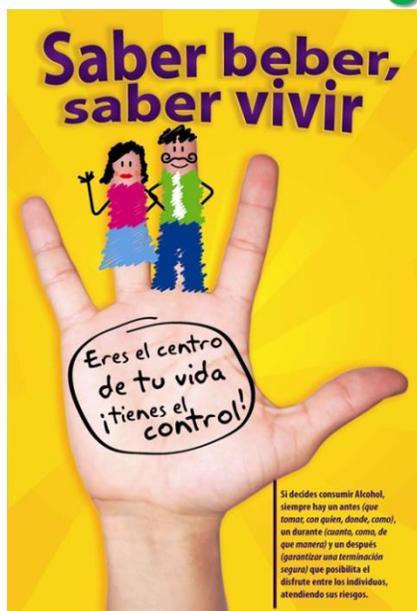
EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
	la administración distrital. - Formación en principios del Saber beber a docentes colegios y universidades. - Formación en principios del Saber beber a organizaciones comunitarias. - Formación en principios del Saber beber a funcionarios de empresas privadas – trabajo coordinado con EPS y ARP		
GESTIÓN DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Montaje de Pactos en zonas de consumo identificadas. (Programas en curso con los que se debe articular en montaje de los pactos: Riñas y peleas entre borrachos- Diversión y Control-Es Hora de la familia- 200 metros sin alcohol en la universidades.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de operativos pedagógicos de inspección a los establecimientos , de tránsito y de sensibilización con la comunidad • Controles de alcoholemia en puntos críticos • Operativos de control y venta de alcohol • Aulas móviles para la sensibilización de motociclistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la accidentalidad (59%) • 20 visitas a establecimientos de expendio y consumo • 305 visitas puerta a puerta a hogares, activaciones con taxistas y operativos pedagógicos nocturnos con la Policía Nacional • Sensibilización de 405 adultos pertenecientes a la comunidad educativa • 24 jornadas con residentes y transeúntes de Barranquilla y usuarios de los centros comerciales • Sensibilización de 405 adultos pertenecientes a la comunidad educativa • 24 jornadas con residentes y transeúntes de Barranquilla y usuarios de los centros comerciales • más de 20 mil hogares recibieron regulación social • visita a mas de 2000 establecimientos de diversión nocturna
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar, implementar y evaluar actividades para posicionar el Programa PpV. Elaboración de un plan de acercamiento a medios masivos y alternativos de acuerdo a los frentes de acción del programa.Red de amigos y aliados por la cultura Ciudadano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de una estrategia comunicativa que promueve los principios del saber beber (6C) a través de piezas basadas en el juego de domino. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia en los eventos de Carnaval como el de Barranquilla, Guacherna, Coronación de la Reina y Noche del Rio. • Instalación de piezas comunicativas (avisos, stikers, entre otros)

Bucaramanga

Desde el año 2008, se dio inicio a la estrategia “La Rumba segura te la gozas mas” en Bucaramanga, con un fuerte énfasis en las estrategias comunicativas y de impacto, el objetivo de sensibilizar a la población acerca de las consecuencias asociadas al CPA (Ver Gráfica 9).



Bucaramanga : La Rumba Segura te la gozas más



- Piezas sobre los principios para entregar con los recibos de servicios públicos.
- Incorporación de los principios en la estrategia “restaurantes saludables”.
- Desarrollo de protocolos para bares seguros.



Gráfica 9: Principales Avances – Bucaramanga

La Tabla 7, presenta una síntesis de las acciones realizadas y los logros alcanzados en cada uno de los ejes de trabajo de PpV.

Tabla 7: Bucaramanga – “La Rumba segura te la gozas mas”

EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Establecer una línea base en el área Metropolitana sobre el consumo de bebidas alcohólicas. REDEFINIR A NIVEL ESTRATÉGICO – GENERAL 	<ul style="list-style-type: none"> inventario de los estudios existentes en consumo de alcohol y problema conexos en el área Metropolitana de Bucaramanga Análisis del estado actual de la información a partir del inventario realizado 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación del cuestionario VESPA a 3000 estudiantes de Bachillerato, donde se logran determinar indicadores de consumo en esta población Aplicación de 835 encuestas “que tipo de bebedor es usted”, diligenciada en el ámbito escolar universitario, ámbito comunitario y ámbito laboral
MARCO INSTITUCIONAL PÚBLICO Y PRIVADO	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar Protocolos “Saber Beber/ consumo seguro” de acuerdo a las condiciones socio-culturales de nuestro Departamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Convocatoria a diversas instituciones involucradas 	<ul style="list-style-type: none"> Conformación de la mesa de trabajo interinstitucional e intersectorial
CAPACITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Concientizar a l población acerca de los riesgos asociados al consumo de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de programas de fomento de las habilidades para la vida en contextos educativos, con estudiantes, padres de familia 	<ul style="list-style-type: none"> Instituciones educativas implementando el programa
GESTIÓN DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Promover la moderación en espacios de consumo, en alianza con los establecimientos 	<ul style="list-style-type: none"> Talleres y entrevistas con jóvenes, universitarios y profesionales Observación de lugares de consumo Diseño del Protocolo de Intervención de Riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Delimitación de las necesidades interventivas
COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Añadir a la cultura de ser un buen santandereano el saber beber el saber vivir 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de piezas comunicativas (cartilla, camisetas, afiches, vallas, entre otros) 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilización a través de la estrategia comunicativa en diversos eventos públicos

Santiago de Cali

Desde el año 2006, se desarrollaba en Cali la campaña “Me voy de rumba pero no me derrumbo”, a la cual se integro el trabajo propuesto por PpV en el año 2008. Esta articulación, ha sido liderada por la alcaldía municipal, a través de la Secretaría de Salud, teniendo como objetivo principal el fomento de la autorregulación y la regulación social del consumo de alcohol en función de 8 principios del Saber Beber (Ver Gráfica 10).



Cali: Me voy de rumba, pero no me derrumbo

- Posicionamiento de la estrategia como un sello de ciudad.
- Formación de jóvenes como difusores de la campaña en eventos masivos.
- Alianzas con universidades.



Gráfica 10: Principales Avances – Santiago de Cali

La Tabla 8, presenta una síntesis de las acciones realizadas y los logros alcanzados en cada uno de los ejes de trabajo de PpV

Tabla 8: Santiago de Cali – “Me voy de rumba pero no me derrumbo”

EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
MARCO INTERINSTITUCION AL PÚBLICO Y PRIVADO	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación con el sector privado • Planeación conjunta para la promoción de la campaña dentro de las empresas. • Acercamiento con universidades para el trabajo de la campaña. • Reuniones para acuerdos de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación conjunta y articulación con la línea de Salud Sexual y Reproductiva para las actividades de la feria de Cali. • Articulación con el sector privado (3 empresas) • Acercamiento con 3 universidades para el trabajo de la campaña. Reuniones para acuerdos de trabajo (Universidad Autónoma de Occidente, Cooperativa de Colombia, Univalle. • Establecimiento de mesas de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes comprometidos con la Campaña de la promoción anterior. • Notorio interés por la Secretaria de Educación, para que se continúe con el proceso con la nueva promoción de Plan Talentos. • Articularnos con la línea de Salud Sexual y Reproductiva • Posicionamiento y reconocimiento institucional de la campaña en la ciudad. • Articulación con la estrategia de “Entornos cívicos, saludables y seguros”. • Participación en una jornada con tres empresas para

EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
			<p>promover la campaña.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos con una empresa para trabajo en una comuna de Cali para el año 2011 (RSE) • Existe interés por la problemática que presentan los jóvenes con el consumo de bebidas alcohólicas entre las directivas y los directores de los programas de salud y conducta en las universidades. • Establecimiento de criterios consensuados de consumo seguro • Revisión del perfil epidemiológico y reconocimiento de zonas de riesgo
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Las acciones de evaluación se relacionan con la Evaluación y la Sistematización adelantadas por la Línea de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal, realizada en cada final de año y con la evaluación realizada a la participación en las actividades de promoción en los eventos masivos • Por otra parte, la evaluación se vincula con la acción interinstitucional realizada mediante la estrategia "Entornos cívicos, saludables y seguros" 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de protocolos de evaluación • Ejercicios de cartografía social 	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de acciones de trabajo conjunto con las universidades • Georeferenciación social del consumo de alcohol y problemáticas asociadas
CAPACITACION	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar al equipo de Salud Mental • Capacitar a actores públicos y privados vinculados • Formación a pares multiplicadores a través de las instituciones de educación superior 	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizan acciones de capacitación con 400 jóvenes del proyecto "Plan Talentos", orientado este último a capacitar a los jóvenes bachilleres de estratos 1 y 2 para que puedan entrar a las carreras universitarias de las instituciones de educación superior de la ciudad. • Se capacita al equipo de trabajo y a los grupos focales con los que se 	<ul style="list-style-type: none"> • Los responsables se han sensibilizado frente al tema, que es de su total interés, por la población que manejan al interior de las empresas y en su entorno • El compromiso adquirido por los servicios de Bienestar Universitario con la campaña. • Capacitación de 100 profesionales de la salud en la aplicación del AUDIT • Capacitación de 200 personas pertenecientes a procesos de atención primaria vinculados a

EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
		<p>realizara el laboratorio social con Comfenalco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De manera general se socializa la campaña a las responsables de Trabajo Social y RSE en las empresas. • Capacitación con todo el equipo de Salud Mental, presentación de la campaña, trabajo en grupo (representación de las "C") • Presentación de la campaña a las responsables de Bienestar Universitario. • Realización de un proyecto con la Universidad Libre de Cali sobre capacitación para la aplicación del AUDIT en cuatro (4) ESE municipales 	<p>la salud y al sector educativo de la ciudad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación de jóvenes multiplicadores (más de 300)
GESTION DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la continuidad del programa. • Implementación de acciones pedagógicas en diversos contextos 	<ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de que el programa no tenga la continuidad requerida está superado con su inclusión en los planes de salud mental y de prevención del consumo de psicoactivos de la ciudad. • Se han generado acciones que están articuladas a la gestión comunicativa de la Secretaría de Salud Pública Municipal como un eje promocional de consumo responsable de alcohol y de salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Haber alcanzado un reconocimiento de la campaña para convertirla en una estrategia comunicativa de mayor alcance en la promoción de la salud física y mental • Presencia en eventos culturales, artísticos y sociales masivos • Operativos pedagógicos para conductores • Operativos pedagógicos en establecimientos de rumba
COMUNICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación de las piezas publicitarias de la estrategia "Me voy de rumba pero no me derrumbo" con los planteamientos de PpV 	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones comunicativas de promoción del consumo responsable de alcohol articulada a la promoción de la salud en todos los eventos donde se tiene presencia (conciertos, festivales, etc) • Presencia en varios medios de comunicación (radio, prensa, televisión) para promover actividades masivas de promoción de la salud y de promoción del 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculación de una red de emisoras orientadas a la promoción y difusión de distintos tipos de música (vallenato, salsa, crossover) a conciertos promovidos de manera conjunta con toda la secretaría de salud. • Consolidación de las piezas comunicativas de la campaña como iconos reconocidos de la promoción del consumo responsable de alcohol.

EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
		consumo responsable de alcohol • Gestión en los ámbitos empresarial y universitario para incluir los temas de la estrategia en actividades de promoción de entornos saludables • Actividades de promoción de la campaña “Me voy de rumba pero no me derrumbo”, articulada a Pactos por la vida en los grandes eventos de ciudad.	

Neiva

Desde el año 2008, Neiva desarrolla la estrategia “Embriégate de Vida” como adaptación propia del programa PpV. Esta estrategia busca influir directamente en la cultura ciudadana, para promover la protección y el cuidado de la vida, como valores asociados a la interacción social en contextos de consumo de alcohol y rumba (Ver Gráfica 11).

Neiva: Embriégate de vida



Gráfica 11: Principales Avances – Neiva

La Tabla 9, presenta una síntesis de las acciones realizadas y los logros alcanzados en cada uno de los ejes de trabajo de PpV

Tabla 9: Neiva – “*Embriágate de vida*”

EJES ESTRATÉGICOS	PLAN DE TRABAJO FORMULADO	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	RESULTADOS OBTENIDOS
MARCO INTERINSTITUCIONAL PÚBLICO Y PRIVADO	<ul style="list-style-type: none"> Formulación de políticas, acuerdos, decretos que prioricen el marco interinstitucional público y privado para realizar una efectiva gestión del riesgo del programa “pactos por la vida, saber beber, saber vivir, consumo seguro”. Diseño e implementación de la normatividad que requiere la gestión del riesgo de pactos por la vida en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> Conformación de mesas de trabajo Recopilación de normatividad asociada al expendio y consumo de alcohol Establecimiento de un sistema de acreditación de bares 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo de trabajo comprometido Revisión de normatividad con énfasis en el control de expendio y restricción en horarios en sitios públicos
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> Caracterizar el consumo de alcohol en el territorio 	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de los sitios críticos de consumo Investigación sobre consumo de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> Mapa Georeferencial Estudio transversal de prevalencia de punto y principios del saber beber Boletín epidemiológico
CAPACITACION	<ul style="list-style-type: none"> Dar a conocer los principios del saber beber y consumo seguro a actores involucrados con población en riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de los integrantes de las mesas técnicas Capacitación de personal en instituciones educativas Capacitación de entidades y actores privados 	<ul style="list-style-type: none"> Se realizó capacitación sobre los principios del programa pactos por la vida dirigida a los integrantes de las mesas técnicas, a los docentes de las instituciones educativas saludables, a los funcionarios de la administración municipal y departamental, a los dueños, administradores y empleados de los bares y discotecas, y 50 jóvenes multiplicadores
GESTION DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Realizar acciones de prevención, mitigación y minimización en espacio publico 	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de alianzas estratégicas 	<ul style="list-style-type: none"> Operativos pedagógicos de divulgación de los principios del saber beber, en establecimientos de expendio y consumo
COMUNICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> Evidenciar, para los habitantes de Neiva, los beneficios de un consumo (moderado) responsable del alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de la estrategia de campaña 	<ul style="list-style-type: none"> Realización de realizó una etapa de expectativa y finalmente la de lanzamiento del programa Realización de talleres de sensibilización (Chiva rumbera) Alianza con clubes Desplazamiento de jóvenes multiplicadores en zonas publicas, a través de carro valla Mobil Participación en eventos culturales y artísticos

PACTOS COMUNITARIOS Y PACTOS POR LA VIDA

Pactos Comunitarios fue desarrollado por la Corporación Surgir dentro de un convenio técnico entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSyPS) y la OPS/OMS. Dicha propuesta de trabajo surge a partir de la necesidad de fortalecer el componente comunitario de las acciones adelantadas desde la “Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto” y el programa Pactos por la Vida, promovido también desde el MSyPS. Con este enfoque en mente, Pactos Comunitarios se consolida como una estrategia de movilización y autorregulación comunitaria para la prevención del CPA y la mitigación de las consecuencias negativas de dicho consumo.

Por lo tanto, en coherencia con los ejes de la Política Nacional trabajados desde PpV, la estrategia de Pactos Comunitarios propone movilizar a la comunidad para diseñar e implementar acciones de prevención selectiva, prevención indicada y mitigación, con el mismo propósito de disminuir los riesgos y daños relacionados con el CPA. Para lograr este objetivo, Pactos Comunitarios promueve la articulación con redes sociales y con beneficiarios de otros programas de salud, desde la perspectiva de la inclusión social¹⁰⁷.

De esta forma, mientras que para lograr sus objetivos PpV privilegia las intervenciones encaminadas a desarrollar la autorregulación individual y la regulación social, Pactos Comunitarios se focaliza principalmente en lograr la autorregulación comunitaria de los problemas por consumo de alcohol rescatando la representación social de la comunidad sobre éstos, y en conseguir la movilización comunitaria, entendida como un proceso de intervención social donde los actores estatales, y los individuos de una comunidad particular, trabajan para encontrar soluciones culturalmente apropiadas a las necesidades sentidas de dicha comunidad con respecto al consumo de alcohol.

Además, Pactos Comunitarios pretende facilitar la integración de las experiencias previas que el territorio haya tenido en el trabajo sobre el CPA, involucrando no sólo a los actores de PpV cuando este programa se haya implementado en la comunidad en cuestión, sino también a aquellos actores que han desarrollado estrategias de Centros de Escucha, Zonas de Orientación Escolar, Zonas de Orientación Universitaria u otras iniciativas o programas adscritos a la administración municipal o a las redes institucionales de prestación de servicios en Salud Mental, entre otros.

¹⁰⁷ Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana De La Salud & Corporación Surgir (2012). *Lineamientos para el desarrollo de la estrategia “Pactos Comunitarios”*. Medellín, 2012.

Es por ello que dentro de los objetivos específicos del Modelo Pactos Comunitarios se encuentra la conformación de un Grupo Gestor sostenible que articule todas las estrategias y programas previamente mencionados, incluido PpV, con el fin de identificar comunidades en riesgo específicas para un territorio particular, y los ámbitos o escenarios de actuación.

A su vez, el Modelo Pactos Comunitarios se plantea el desarrollo de un sistema de seguimiento y evaluación que está alineado con el primer eje de PpV (evaluación y seguimiento), según el cual se aplican diferentes herramientas para monitorear los resultados obtenidos en términos de CPA, minimización del riesgo y reducción del daño.

En resumen, el Modelo Pactos Comunitarios actúa sobre nueve áreas problemáticas¹⁰⁸ que en esencia guardan correspondencia con el programa PpV, a saber:

- Servicios para prevención, atención y superación de consumo problemático de alcohol y capacidad de respuesta
- Autorregulación Comunitaria – Control social
- El desarrollo de la Participación Social, la formación de redes y el empoderamiento comunitario.
- Consumo de alcohol en menores de edad
- Acceso al alcohol o disponibilidad del alcohol
- Consecuencias problemáticas del consumo de alcohol
- Sitios de ocio y otros lugares de riesgo para consumo problemático
- Normatividad sobre consumo de alcohol
- Gestión del conocimiento (comunicación e información)

Para lo cual el Modelo Pactos Comunitarios propone como áreas de intervención¹⁰⁹:

- El fortalecimiento de la capacidad de respuesta comunitaria: según la cual la comunidad aumentaría su posibilidad de incidir sobre los riesgos y daños relacionados con el CPA a través de la movilización social y la articulación de la comunidad con la red de servicios existentes.
- La autorregulación comunitaria y el control social: según lo cual se difundiría y apropiaría lo que el Ppv se promueve como CMA o consumo de bajo riesgo, que en el caso de Pactos Comunitarios se transmitiría en una vía que va desde las comunidades empoderadas y los pares comunitarios, hacia las poblaciones diana más vulnerables.

¹⁰⁸ Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana De La Salud & Corporación Surgir (2012). Op Cit.

¹⁰⁹ Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana De La Salud & Corporación Surgir (2012). Op Cit.

- El reconocimiento de representaciones sociales: acorde con el sustentación del Modelo de Pactos Comunitarios en el Modelo ECO2, según el cual las acciones preventivas deben iniciar con un conocimiento de las representaciones sociales que se encuentran en el discurso social de la comunidad a intervenir.
- La intervención y reconocimiento comunitario de la problemática en sus ámbitos: a través de la formación de Comunidades Operativas de Adultos y de Comunidades Operativas Juveniles que faciliten llegar de forma directa a los grupos comunitarios más vulnerables, en los contextos en donde enfrentan los mayores riesgos o donde se presentan condiciones protectoras.
- La gestión del conocimiento para la acción comunitaria: lo cual incluye no sólo el reconocimiento de la necesidad de difundir información veraz, sino también la identificación y utilización de los medios de transmisión más apropiados para llegar a la población objetivo, lo cual comprende desde la adaptación del lenguaje, hasta la selección de los canales de comunicación más convenientes.