

CERTIFICACIÓN DE RHODE ISLAND PARA ESPECIALISTA EN PREVENCIÓN

GUIA DE ESTUDIO PARA EL EXAMEN DE CERTIFICACIÓN

Preparado por:
Centro de Recursos de Prevención de Rhode Island

Preparado para: BHDDH

Actualizado en invierno de 2015



Esta traducción está respaldada por la subvención 1U79SP023012 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS por sus siglas en inglés), la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA por sus siglas en inglés). Las opiniones expresadas aquí son la opinión del Centro Hispano Latino de Capacitación y Asistencia Técnica en Prevención o/y NLBHA, y no reflejan la posición oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). No se pretende ni se debe inferir ningún apoyo o respaldo oficial de DHHS, SAMHSA, a las opiniones descritas en este documento.

RECONOCIMIENTOS Y DECLARACION SOBRE FINANCIACION

La Guía de Estudio de Rhode Island para la Certificación para Especialista en Prevención. La Guía de Estudio para el Examen de Certificación es un recurso patrocinado por el Departamento de Salud Mental - Discapacidades del Desarrollo y Hospitales <https://bhddh.ri.gov/> para servir como guía de estudio que ayuda a los profesionales especialistas en prevención a prepararse para y aprobar el Examen de Certificación de Rhode Island para Especialista en Prevención. La guía fue preparada por el RI Centro de Recursos de Prevención (RIPRC). El RIPRC está implementado por el [JSI Research & Training Institute.Inc](#) en el marco del contrato con BHDDH. Toda o parte de la financiación del contrato es proporcionada por [Substance Abuse and Mental Health Services Administration \(SAMHSA\)](#). El contenido de esta guía no representa necesariamente las opiniones o políticas ni de SAMHSA o de BHDDH.

Tabla de Contenidos

INTRODUCCION Y PROPÓSITO	4
ENFOQUES DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	6
TEORÍAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN.....	11
PLANIFICACION ESTRATÉGICA DE LA PREVENCIÓN	15
COMPETENCIA CULTURAL EN PREVENCIÓN	28
FORMACIÓN DE COALICIONES.....	33
ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.....	39
ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS - EFECTOS EN EL CEREBRO	43
CUESTIONES ÉTICAS EN LA PREVENCIÓN	50
PREPARACION PARA EL EXAMEN	53
MATERIALES DE PRÁCTICA PARA EL EXAMEN DE PRUEBA	56
EJEMPLOS DE PREGUNTAS DE EXAMEN	57
ACTIVIDAD DE PRÁCTICA: ¿EVALUACIÓN DE PROCESOS O DE RESULTADOS?.....	74
ACTIVIDAD DE PRÁCTICA. U, S o I.....	75
TARJETAS DIDÁCTICAS	76
MATERIALES DE REFERENCIA	84
ACRÓNIMOS.....	85
ACRÓNIMOS (Específicos de Rhode Island).....	87
GLOSARIO	88
LISTA DE REFERENCIAS PARA EL EXAMEN.....	102

INTRODUCCION Y PROPÓSITO

Introducción:

Un especialista en prevención es un profesional de la salud mental que ha demostrado competencia en la prevención del uso de alcohol, tabaco y drogas, y que proporciona servicios que ayudan a los individuos, a las familias y a las comunidades a desarrollar las capacidades necesarias para lograr salud mental y bienestar. Los especialistas en prevención ofrecen programas de prevención basados en la evidencia en una amplia gama de entornos como escuelas, lugares de trabajo, centros de salud, programas de salud mental, organizaciones comunitarias, y coaliciones de prevención.

El Departamento de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales de RI (BHDDH) se ha comprometido a crear y reforzar el equipo de prevención apoyando las oportunidades de formación y desarrollo profesional y facilitando el proceso de certificación, tanto para los profesionales en prevención principiantes como para los experimentados. Para ello, BHDDH comisionó la elaboración de esta Guía de Estudio para las personas que deseen tomar el Examen de Certificación como Especialista en Prevención ofrecido por la Junta de Certificación de Rhode Island.

Propósito de la Guía:

La guía fue diseñada como una ayuda al estudio para que los profesionales puedan preparar y aprobar el Examen de Certificación de Rhode Island como Especialista en Prevención. El contenido de la Guía se basa en los conocimientos, las competencias y las tareas derivadas del análisis de los puestos de trabajo realizado por el Consorcio Internacional de Certificación y Reciprocidad (IC&RC) que establece las normas y elabora los exámenes para la acreditación de la prevención, del tratamiento del abuso de sustancias, y los profesionales de la recuperación.

La Guía fue elaborada por el Centro de Recursos de Prevención de Rhode Island (RIPRC), en consulta con especialistas en materia de prevención y con la contribución de los candidatos a especialistas en prevención que han realizado o se están preparando para realizar el examen de certificación.

Resumen de la Guía:

La primera mitad de la guía de estudio resume los conceptos y las estrategias claves con el fin de que los usuarios puedan repasar las áreas de contenido esenciales para la práctica de la prevención incluyendo:

- enfoques de salud pública para la prevención en salud mental
- teorías y estrategias de prevención
- planificación estratégica para la prevención
- competencia cultural en la prevención
- desarrollo de coaliciones
- estrategias de comunicación comunitarias
- efectos del ATOD de drogas en el cerebro
- aspectos éticos en la prevención

El restante de la guía se compone de actividades prácticas que incluyen más de 50 ejemplos de preguntas similares en formato y nivel de dificultad a aquellas del examen y además, con una clave de respuestas y explicaciones de las respuestas correctas. También se incluyen dos hojas de trabajo y un grupo de fichas para el estudio sobre la marcha, junto con un extenso glosario y una lista de referencias que se pueden consultar para un repaso más profundo.

Para Más Información:

Para información sobre la Certificación de Rhode Island como Especialista en Prevención, favor comunicarse con la Junta de Certificación de Rhode Island (RICB): 401-349-3822, infor@ricertboard.org, www.ricertboard.org

Para información sobre los talleres programados en la preparación para el examen de certificación, favor ponerse en contacto con el Rhode Island Prevention Resource Center: www.riprc.org

Para información sobre el examen en si, favor de consultar la Guía del Candidato para el Examen IC&RC de Especialista en Prevención:

<http://internationalcredentialing.org/Resources/Candidate%20Guides/PS%20andidate%20guide%204-15.pdf>

Para información sobre el sistema de salud mental en Rhode Island, favor de comunicarse con el *Rhode Island Department of Behavioral Health, Developmental Disabilities and Hospitals* (BHDDH): 401-462-0644, www.bhddh.ri.gov

ENFOQUES DE SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

¿Qué es Salud Mental?

La **Salud Mental** se refiere a “un estado de bienestar emocional/mental y/o elecciones que afectan a la salud y el bienestar”.

Los individuos tienen un comportamiento y toman decisiones que afectan su bienestar, incluyendo aquellas de tomar o no alcohol, tabaco u otras drogas. Las comunidades también pueden influir en las decisiones y las acciones que afectan al bienestar, tales como imponer y hacer cumplir las leyes que restringen el acceso de los jóvenes al alcohol y asegurar que todas las mujeres embarazadas tengan acceso al cuidado prenatal.

Los problemas de salud mental incluyen:

- Abuso y uso indebido de sustancias
- Adicción a el alcohol y drogas
- Trastornos mentales y de uso de sustancias
- Grave malestar psicológico
- Suicidio

El término *salud mental* también puede utilizarse para describir los sistemas de servicios que rodean la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y por consumo de sustancias, y el apoyo para la recuperación.

El enfoque de la salud pública y el *Institute of Medicine (IOM) Continuum of Care* coexisten y ambos influyen en el campo de la prevención de la salud mental.

El Concepto de Salud Pública

Una definición de **salud pública** comúnmente utilizada por IOM es: “lo que nosotros, como sociedad, hacemos de manera colectiva por asegurar las condiciones para que la gente esté sana.”

Concepto de Salud Pública: Características Principales

- **Promoción y prevención** - El objetivo es promover el bienestar y prevenir los problemas.
- **Basado en la población** - El enfoque no es en un individuo, pero en la población que está afectada y en riesgo.
- **Factores de riesgo y de protección** - Estos son los factores que influyen en el problema.
- **Contextos múltiples** - Los contextos se relacionan con el modelo ecológico en el que el individuo se ve influenciado por diferentes entornos, como la familia, el barrio, el colegio, la comunidad y la cultura.

- **Perspectiva de desarrollo** - Examinar la etapa de desarrollo de la vida de las poblaciones en riesgo (ejemplos; la adolescencia, los adultos mayores).
- **Proceso de Planificación** - La salud pública utiliza un proceso de planificación consciente, activo y continuo.

El enfoque de salud pública para el desarrollo de intervenciones de prevención y de las estrategias plantea las siguientes preguntas:

¿Qué? - ¿Cuáles problemas del uso de sustancias y otros de salud mental hay que abordar?

¿Quién? - ¿En quién se centrarán las intervenciones - en toda la población o en un grupo de población específico?

¿Cuándo? - ¿En qué etapa de la vida – en qué etapas específicas del desarrollo – se encuentra el grupo de población en el que se centran las intervenciones? (ejemplo; la adolescencia, jóvenes edad adulta joven).

¿Dónde? – ¿Dónde deben realizarse las intervenciones? La prevención debe tener lugar en múltiples contextos que influyen en la salud y donde se pueden encontrar factores de riesgo y de protección – en individuos, familias, comunidades y sociedades.

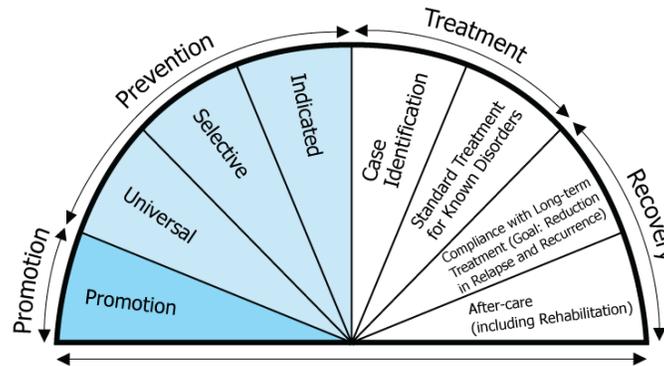
¿Por qué? - ¿Por qué están ocurriendo estos problemas? Esto se refiere al riesgo y los factores de protección que contribuyen al problema.

¿Cómo? - ¿Cómo podemos realizar una prevención eficaz? Esto se refiere a un proceso de planificación - El Marco Estratégico de Prevención – que se utilizará para determinar cuales intervenciones serán más eficaces para un grupo específico de la población.

Fuente SAPST, Versión 8, Noviembre 2012 – Referencia SAMHSA Referencia # 277-08-0218

La Atención Continua de IOM

La atención Continua? del Instituto de Medicina es un sistema de clasificación que presenta el alcance de las intervenciones de salud mental y los servicios incluyendo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades/trastornos, el tratamiento y el mantenimiento y recuperación.



La Promoción implica intervenciones (ejemplos; programas, prácticas, o estrategias medioambientales) que permiten a las personas “aumentar el control y mejorar su salud”

La Prevención se enfoca en intervenciones que ocurren antes de la aparición de un trastorno y que tienen por objeto prevenir la ocurrencia de este o reducir el riesgo de padecerlo. Hay tres tipos principales de intervenciones de prevención incluyendo:

Universal - Intervenciones preventivas Universales se centran en el “público en general o en un subgrupo de población que no ha sido *identificada en función de riesgo*.”

Ejemplos: políticas comunitarias que promueven el acceso a la educación infantil, aplicación o cumplimiento de las políticas contra el acoso en las escuelas, educación para los médicos sobre el uso indebido de medicamentos con receta y educación en habilidades sociales para los jóvenes en las escuelas

Selectiva - Intervenciones preventivas selectivas se enfocan en individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de “desarrollar trastornos de la salud mental es significativamente mayor que la media.”

Ejemplos: educación preventiva para las nuevas familias inmigrantes que viven en la pobreza con niños pequeños, y grupos de apoyo entre pares para adultos con antecedentes de enfermedad mental familiar y/o abuso de sustancias

Indicada - Intervenciones Preventivas Indicadas se enfocan en personas de alto riesgo a las que se les identifican signos o síntomas mínimos pero detectables, que presagian trastornos de la salud mental “pero que no cumplen con los niveles de diagnóstico en el momento actual.”

Ejemplos: Información y remisión para los jóvenes adultos que infringen las políticas del colegio o de la comunidad sobre el alcohol y las drogas; y detección, consulta y remisión para las familias de los adultos mayores ingresados en las salas de urgencias con posibles lesiones relacionadas con el alcohol.

Tratamiento - las intervenciones incluyen la identificación de casos, el tratamiento ambulatorio, el tratamiento hospitalario y el tratamiento asistido con medicación.

Mantenimiento - incluye intervenciones que se centran en el cumplimiento del tratamiento a largo plazo para disminuir las recaídas y las recurrencias y el cuidado posterior que incluye la rehabilitación y el apoyo a la recuperación.

Recuperación - es un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar, viven una vida auto dirigida y se esfuerzan por vivir su máximo potencial.

Fuente: SAPST, Versión 8, Noviembre 2012 – SAMHSA Referencia #277-08-0218

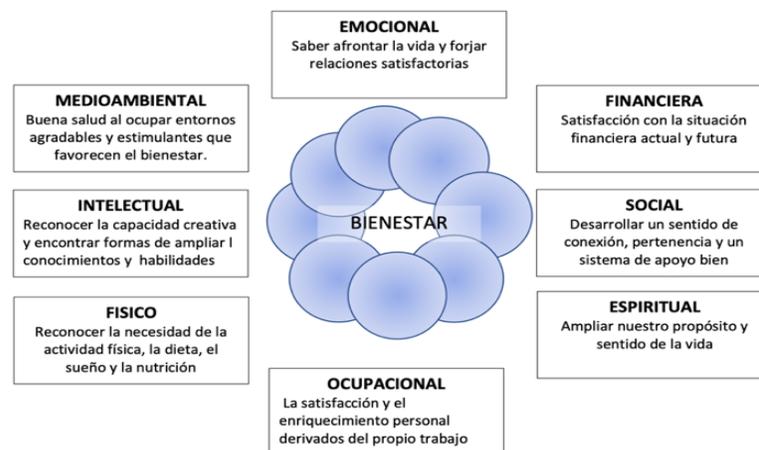
El Objetivo Final de las Actividades de Prevención es el Bienestar

El bienestar es un proceso consciente y deliberado que requiere conocer y elegir un estilo de vida más satisfactorio.

El bienestar no es simplemente la ausencia de enfermedades, dolencias y estrés, sino la presencia de un propósito en la vida, el participar activamente en la realización de trabajos y actividades gratificantes, las relaciones placenteras, un cuerpo y un entorno saludables, y la felicidad.

Las Ocho Dimensiones del Bienestar

SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Administration* – La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias) define el bienestar como un conjunto de ocho dimensiones:



:

Historia

FECHA	SITUACION NACIONAL	ESTRATEGIA DE PREVENCION
1950s	El consumo de drogas se intensificó. Solo la adicción a la heroína alcanzó un récord histórico, especialmente en las zonas urbanas.	Tácticas de miedo a través de películas y ponente:
1960s	La gente empezó a consumir drogas para tener experiencias psicodélicas. El consumo de drogas se asoció a la contracultura de las minorías raciales/étnicas. A finales de la década el consumo de drogas se consideraba una epidemia nacional.	Tácticas de miedo a través de películas y ponente; información sobre el abuso de sustancias a través de películas y ponente.
1970s	El alcohol y el abuso de drogas fueron reconocidos como problemas importantes de salud pública. Se desarrolló la Campaña contra Drogas para reducir el comercio ilegal de drogas. A lo largo de la década, la sociedad se volvió más tolerantes con el consumo de drogas.	Educación en materia de drogas mediante planes de estudio basados en información objetiva; educación afectiva mediante planes de estudio basados en la comunicación, la toma de decisiones, la clarificación de valores y la autoestima.
1980s	La campaña “Solo di No” que forma parte de la Guerra contra las Drogas, anima a los jóvenes a resistir la presión de sus compañeros y poder decir que “no”. Las asociaciones se desarrollaron a medida que el público se involucraba cada vez más en el tratamiento de los problemas por el uso de sustancias.	Organizaciones formadas por padres para combatir el abuso de drogas, programas de habilidades sociales, formación en habilidades de rechazo y educación para padres.
1990s	Los estudios analizaron los factores que protegen a las personas o las ponen en riesgo de sufrir diversos problemas, como el uso de alcohol y drogas. El valor de la profesionalidad y la formación en este ámbito creció. Las colaboraciones comunitarias recibieron financiación para abordar los problemas del alcohol y las drogas.	Enfoques ambientales de prevención basados en la comunidad; campañas en los medios de comunicación; programas culturalmente sensibles; evaluación de programas de prevención; programas de formación profesional.
2000 - 2010	La comprensión de las conexiones entre el uso de sustancias y las enfermedades mentales/salud evolucionó. La “salud mental y adicciones” englobaba tanto el consumo de sustancias como los problemas de salud mental.	Aplicación de modelos basados en la evidencia; programas integrales dirigidos a muchos contextos (familia, escuela, comunidad); toma de decisiones basadas en datos a través de un proceso de planificación estratégica.
2010 – Presente	Se hace mayor hincapié en la prevención y el tratamiento para todos. La salud mental y adicciones se integró con la atención primaria en virtud del <i>Affordable Care Act</i> de 2010	Uso de prácticas basadas en la evidencia: proceso de planificación estratégica, mejoramiento del acceso al seguro médico con mejores beneficios en los servicios y el apoyo a la salud mental y uso de sustancias.

TEORÍAS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Teoría de los Factores de Riesgo y Protección

Son muchos factores que influyen en la probabilidad de que una persona desarrolle un trastorno de uso de sustancias o salud mental. La prevención eficaz se centra en la reducción de los factores que ponen a las personas en riesgo de padecer trastornos de la salud mental y adicciones y en el fortalecimiento de los factores que protegen a las personas de estos trastornos.

Factores de Riesgo son ciertas características biológicas, psicológicas, familiares, comunitarias, o culturales que anteceden y se asocian con una mayor probabilidad de problemas de salud mental.

Factores de Protección son características a nivel individual, familiar o comunitario que anteceden y se asocian con una menor probabilidad de resultados problemáticos.

Factores de riesgo y de protección existen en múltiples ámbitos, incluyendo:

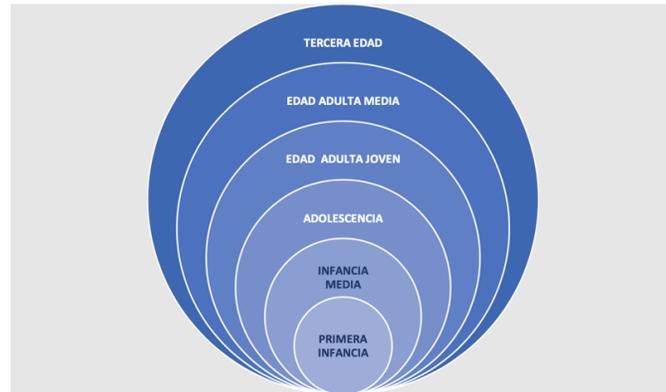
- **Nivel individual:** Ejemplos de los factores de riesgo a nivel individual incluyen la predisposición genética a la adicción o alcohol prenatal; factores de protección incluyen una autoimagen positiva, autocontrol o la competencia social.
- **Nivel familiar:** Ejemplos de factores de riesgo a nivel familiar incluyen el abuso y el maltrato infantil, la supervisión inadecuada y los padres que consumen drogas y alcohol o sufren de una enfermedad mental; un factor de protección sería la participación de los padres.
- **Nivel comunitario:** Ejemplos de factores de riesgo a nivel comunitario incluyen pobreza y violencia; factores de protección incluyen la disponibilidad de recursos religiosos y actividades extraescolares.
- **Nivel de la sociedad:** Ejemplos de factores de riesgo a nivel de la sociedad incluyen normas y leyes favorables al consumo de sustancias, al igual que el racismo y la carencia de oportunidades económicas; los factores de protección incluyen políticas que limitan la disponibilidad de sustancias o leyes que protegen a las poblaciones marginadas, como los grupos juveniles compuestos por lesbianas, homosexuales, bisexuales o transexuales.

En la prevención, es importante abordar la serie de factores en esos ámbitos que influyen tanto en los individuos, como en las poblaciones.

Fuente: SAPST Info Sheet 1.8, SAPST Versión 8, Noviembre 2012 – Referencia SAMHSA #277-08-2018

La Perspectiva del Desarrollo

A medida que los niños crecen, atraviesan por una serie de períodos de desarrollo. Cada período está asociado a un conjunto específico de competencias del desarrollo; habilidades cognitivas, emocionales y de comportamiento. Los adultos también tienen fases de desarrollo. Una “perspectiva del desarrollo” tiene en cuenta la fase del desarrollo en la vida de los individuos en los que se centran las intervenciones para mejorar la salud y prevenir la enfermedad.



La perspectiva del desarrollo examina los factores de riesgo y de protección y sus posibles consecuencias y beneficios en función de los períodos de desarrollo definidos.

- Los diferentes grupos de edad tienen diferentes factores de riesgo y de protección. Algunos factores de riesgo y de protección se superponen a los grupos de edad, aunque los factores de riesgo y de protección para la edad adulta varían de los de la infancia.
- Las personas deben aprender a adaptarse a los nuevos retos y experiencias en cada período de desarrollo. Ciertos factores de riesgo y de protección afectan al desarrollo saludable en diferentes períodos.
- Los traumas y los acontecimientos vitales estresantes pueden producirse durante cualquier período del desarrollo, sin embargo, los traumas en la juventud pueden repercutir en el desarrollo de los adultos.
- La transición de una etapa a otra conlleva nuevas tensiones.
- El desarrollo puede verse diferente en las distintas culturas y en personas que tengan discapacidades.

La comprensión de la perspectiva del desarrollo es importante para la prevención en el uso de sustancias porque:

- Las intervenciones deben ser apropiadas para la etapa de desarrollo específica de la población a la que se dirigen.

- Los esfuerzos de la prevención que son alineados con los períodos clave del desarrollo de los jóvenes tienen más posibilidades de producir los efectos positivos y a largo plazo.
- Las personas son más vulnerables al uso de sustancias y a otros problemas de salud mental cuando han experimentado un trauma no tratado o no resuelto.

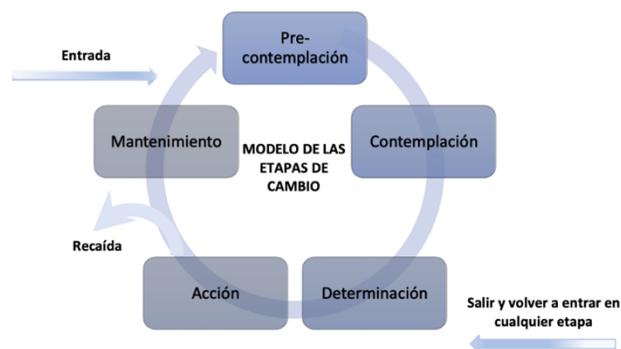
Fuente SAPST Versión Noviembre 2012 – SAMHSA Referencia # 277-08-0218

Etapas de Cambio

El Modelo de las Etapas de Cambio desarrollado por Prochaska y DiClemente (1982) describe el proceso por el que pasan las personas al modificar un comportamiento problemático.

El modelo fue desarrollado con y para personas con trastornos por consumo de sustancias, pero es aplicable a todo tipo de cambios de conducta, especialmente al cambio de comportamiento en materia de salud.

Modelo de Etapas de Cambio



Fuente: *Etapas de Cambio por Prokasha & DiClemente*

Las cinco etapas de cambio son:

- Pre-contemplación
- Contemplación
- Preparación/Determinación
- Acción
- Mantenimiento

Recaída (regresar al comportamiento del pasado o una etapa anterior) es siempre posible.

En el proceso de cambio de comportamiento, las personas se mueven a través de las etapas NO de forma lineal, sino que van pasando de una etapa a otra. Las personas pueden aprender por medio de las recaídas/recurrencias sobre que hacer para mantener un cambio.

Pre-contemplación: La persona no ve el comportamiento como un problema/no ve la necesidad de cambio/no tiene intenciones de cambiar.

Contemplación: La persona tiene cierta percepción sobre la necesidad / deseo de cambiar de comportamiento y está sopesando activamente los pros y los contras del comportamiento.

Preparación: La persona cree que el comportamiento se puede cambiar, que el/ella puede manejar el cambio y está tomando medidas para proceder con el cambio.

Acción: La persona ha comenzado a hacer los cambios de comportamiento y ha desarrollado planes para mantener su cambio.

Mantenimiento: La persona ha mantenido el nuevo comportamiento de forma consistente por más de 6 meses y lo ha convertido en habitual.

Recaída: La persona tiene un desliz y vuelve al patrón de comportamiento anterior. La persona puede desanimarse, pero debe reconocer que la mayoría de las personas que hacen un cambio de comportamiento tienen algún grado de recurrencia.

Fuente: *Plan de Estudios de Especialista en Recuperación de Pares en Salud Mental de Rhode Island, (2015) – Día 5*

Tipos Generalizados de Estrategias de Prevención

Algunos conceptos de estrategias de prevención se enfocan en el cambio del individuo, mientras que otros se enfocan en cambiar el entorno de alguna manera.

Estrategias de cambio de comportamiento individual

Las estrategias que se enfocan en cambiar el comportamiento del individuo incluyen:

- **Programas basados en educación** que se centran en ayudar a las personas a desarrollar los conocimientos, actitudes y habilidades que necesitan para cambiar su comportamiento. Los programas basados en la educación pueden dirigirse a los jóvenes, padres, comerciantes y camareros entre otros.
- **Actividades de vinculación con la escuela y la comunidad** responden al factor de riesgo del bajo apego a la escuela y la comunidad. Las intervenciones específicas pueden incluir tutorías y actividades alternativas, como oportunidades de interacción social positiva.

La Comunicación y la Educación Pública incluyen a los medios de comunicación por el importante papel que desempeñan en la formación del pensamiento y el comportamiento de las personas. Muchos de los mensajes de la televisión, las vallas publicitarias, internet, así como la música y las revistas, realzan el consumo de drogas, el alcohol y tabaco. Sin embargo, los medios de comunicación también pueden utilizarse para fomentar comportamientos positivos *Ver la sección de Comunicaciones Estratégicas*

Fuente: *Hoja informática 3.11. SAPST Versión 8, Noviembre 2012 – SAMHSA Referencia # 277-08-0218*

Estrategias Ambientales

Las estrategias ambientales son esfuerzos de prevención dirigidos a cambiar o influenciar las condiciones de la comunidad, los estándares, las instituciones, las estructuras, los sistemas y las políticas. Las estrategias ambientales mejoran la salud pública al modificar las condiciones físicas, sociales, legales y económicas que influyen en el comportamiento.

Las estrategias que se enfocan en cambiar el contexto ambiental que influye sobre el comportamiento individual incluye aquellas que:

- **Mejoran el acceso/disminuyen las barreras** - Mejorar los sistemas y los procesos para aumentar la facilidad, habilidad y oportunidad de utilizar los sistemas y servicios (por ejemplo: el acceso a los tratamientos, cuidado de niños, transporte, vivienda, educación y sensibilidad cultural y lingüística). Esta estrategia se puede utilizar cuando se orienta hacia la disminución de las barreras de acceso/mejoras.
- **Cambian las consecuencias (incentivos/desincentivos)** - Aumentar o disminuir la probabilidad de un comportamiento específico que reduzca el riesgo o mejore la protección alterando las consecuencias de realizar ese comportamiento (ejemplo: recompensas individuales y empresariales, impuestos, citaciones, multas, revocaciones/pérdida de privilegios).
- **Cambian el diseño físico** - Cambiar el diseño físico o la estructura del ambiente para disminuir el riesgo o mejorar la protección (ejemplo: parques, entornos, señalización, alumbrado, densidad de puntos de venta).
- **Modifican/cambian políticas** – Cambios formales en procedimientos, escritos, estatutos, proposiciones, normas o leyes con documentación escrita y/o procedimientos de votación (ejemplo: iniciativas en el lugar de trabajo, procedimientos y prácticas de aplicación de la ley, acciones de política pública, cambio de sistemas en el gobierno, las comunidades y las organizaciones).
- Véase también las **Estrategias de Comunicación**, que pueden considerarse un tipo de estrategia medioambiental (p. 38).

Fuente: *Impacto de la Coalición: Estrategias de Prevención Ambiental. CADCA 201*

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA PREVENCIÓN

Conceptos Básicos del Marco Estratégico de Prevención

Es necesario un proceso de planificación estratégica para definir sistemáticamente los problemas de la salud mental en una comunidad determinada y establecer cuales intervenciones pueden ser las más eficaces para hacer frente a los problemas específicos de una comunidad en particular.

En los Estados Unidos los profesionales en prevención utilizan el **Marco Estratégico de la Prevención (SPF, por sus siglas en inglés)** de SAMHSA para planificar las iniciativas de prevención. El SPF es un proceso de planificación en cinco pasos que orienta la selección, ejecución, y evaluación de actividades de prevención sostenibles, culturalmente apropiadas y basadas en pruebas. El SPF comienza con una clara comprensión de las necesidades de la comunidad y depende de la participación de sus miembros en todas las etapas del proceso de planificación.

Fuente: *página web SAMHSA*

Los cinco pasos del SPF incluyen:

1. **Valoración:** Recoger datos para definir los problemas de salud mental y las necesidades dentro de un área geográfica.
2. **Capacidad:** Movilizar y/o crear capacidad dentro de un área geográfica para abordar las necesidades identificadas.
3. **Planificación:** Desarrollar un plan exhaustivo, basado en datos, para abordar los problemas y necesidades identificados en la fase de evaluación.
4. **Implementación:** Aplicar programas, políticas y prácticas de prevención basados en las pruebas.
5. **Evaluación** Medir el impacto de los programas, políticas y prácticas implementadas.

La sostenibilidad y la competencia cultural deben ser integradas en todas las etapas del SPF.

Marco Estratégico de Prevención en Forma Generalizada



Evaluación

La evaluación ayuda a las comunidades a comprender mejor el problema que pretenden corregir. El paso de la evaluación se denomina a veces como 'evaluación de las necesidades'.

En el paso de la evaluación, los datos se recogen para ayudar a responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los problemas y comportamientos relacionados que están ocurriendo en la comunidad?
- ¿Con qué frecuencia se manifiestan los problemas y los comportamientos relacionados?
- ¿Dónde están ocurriendo los problemas y los comportamientos relacionados?
- ¿Cuáles poblaciones están experimentando más problemas y comportamientos relacionados?

En el paso de la evaluación, también se pueden obtener los datos sobre los factores de riesgo y protección que influyen en los problemas seleccionados.

Tipos de Datos

- **Datos cuantitativos** indican con qué frecuencia se produce un comportamiento o en que grado ocurre.
 - pueden dar respuesta a “¿Cuántos?” y “¿Con qué frecuencia?”
 - se suelen describir en números.
 - pueden utilizarse para obtener conclusiones generales sobre una población, como por ejemplo el nivel de consumo de alcohol en los jóvenes de la comunidad.

Ejemplos de los métodos para obtener datos cuantitativos incluyen encuestas por muestreos y referencias de archivo.

- **Datos cualitativos** explican el porque las personas se comportan o sienten como lo hacen.
 - Pueden ayudar a proporcionar la respuesta a ¿Por qué/¿Por qué no? ¿o a Qué significa?
 - Se suelen describir con “palabras.”
 - Pueden utilizarse para examinar un problema o una población con mayor detalle y conocer los problemas existentes, como el modo en que las normas de la comunidad contribuyen al nivel de consumo de alcohol por parte de los jóvenes.

Ejemplos de los métodos para obtener datos cualitativos incluyen entrevistas a colaboradores claves y grupos de trabajo.

Un enfoque de evaluación de “método mixto” que recoge datos tanto cuantitativos como cualitativos proporciona una comprensión más profunda de los problemas de salud mental que se evalúan.

Métodos de Recolección de Datos

Encuestas: Cuestionarios estandarizados en papel y lápiz, en línea o por teléfono que hacen preguntas predeterminadas

Datos de Archivo: Datos que han sido recopilados por una agencia u organización y que se encuentran en sus records o archivos

Entrevistas a Informantes Clave: Entrevistas estructuradas con pequeños grupos de personas afines mediante preguntas estandarizadas, preguntas de seguimiento y exploración de otros temas que surjan para comprender mejor a los participantes.

Grupos de Enfoque: Entrevistas estructuradas con pequeños grupos de personas que tienen cosas en común usando preguntas estandarizadas, preguntas de seguimiento y exploración de otros temas que surjan para comprender mejor a los participantes.

Capacidad

La capacidad se refiere a los recursos y la preparación:

- Los **recursos** (programas, organizaciones, personas, dinero, experiencia, etc.) con los que cuenta una comunidad para abordar sus problemas de abuso de sustancias
- Que tan **preparada** está la comunidad para actuar y comprometer sus recursos para abordar estos problemas

Este paso en el SPF implica tanto la evaluación de la capacidad como la mejora de la capacidad.



Evaluación de la Capacidad

Una comunidad necesita evaluar tanto los tipos como los niveles de recursos que tiene disponibles para abordar los problemas de salud mental identificados y cuán preparada está la comunidad a tomar medidas para abordar el problema de salud mental en cuestión.

Los tipos de recursos a evaluar incluyen:

- **Recursos fiscales** - tales como subvenciones/donaciones, hardware/software informático, espacio para reuniones/comida/impresiones, promociones/publicidad.
- **Recursos humanos** - tales como personal capacitado, consultores, voluntarios, grupos interesados, socios, campeones locales
- **Recursos organizacionales** - tales como objetivos de la misión y visión alineados con los esfuerzos para la prevención, y políticas organizacionales, recursos fiscales y tecnología.
- **Recursos comunitarios** - tales como los esfuerzos previos para abordar el problema, las políticas locales y las regulaciones

Modelo de Preparación de la Comunidad

El Modelo de Preparación de la Comunidad del *Centro Tri-Ethnic* identifica nueve etapas de preparación:

ETAPA 1 - Tolerancia Comunitaria/Desconocimiento: La comunidad o los líderes generalmente no reconocen que existe un problema. Las normas de la comunidad pueden fomentar o tolerar el comportamiento en los contextos sociales.

ETAPA 2 - Negación: Existe algún reconocimiento por parte de algunos miembros de la comunidad de que el comportamiento es un problema, pero poco o ningún reconocimiento de que es un problema local.

ETAPA 3 - Conocimiento Vago: Existe un sentimiento generalizado entre algunos miembros de la comunidad de que existe un problema local y que debería hacerse algo, pero hay poca motivación para actuar.

ETAPA 4 – Planificación Previa: Muchos reconocen claramente que existe un problema local y que hay que hacer algo. Puede haber un comité para abordar el problema, pero no hay una idea clara de cómo avanzar.

ETAPA 5 – Preparación: La comunidad ha comenzado a planificar y se enfoca en los detalles prácticos. El liderazgo es activo y enérgico. Se toman decisiones y se buscan y asignan recursos.

ETAPA 6 – Iniciación: Se recogen datos que justifican un programa de prevención. Ha comenzado la acción. El personal se está capacitando.

ETAPA 7 – Institucionalización/ Estabilización: Hay varios proyectos en marcha y apoyados por los responsables de la toma de decisiones de la comunidad. El personal está formado y tiene experiencia.

ETAPA 8 - Confirmación/Expansión: Los programas han sido evaluados y modificados. Los líderes apoyan la ampliación de la financiación y el alcance. Los datos se recogen regularmente y se utilizan para impulsar la planificación.

ETAPA 9 - Profesionalismo/ Alto nivel de Apropiación por parte de la Comunidad: Los esfuerzos universales, selectivos e indicados están en marcha para una variedad de poblaciones de interés. El personal está bien formado y tiene experiencia. La evaluación efectiva es rutinaria y se utiliza para modificar las actividades. La participación de la comunidad es alta.

Fomento de Capacidades

Tres formas de aumentar los recursos y mejorar la preparación:

1. Comprometer a las partes interesadas en todas las etapas del proceso de planificación
2. Fortalecer a los grupos/asociaciones de colaboración
3. Crear conciencia sobre el problema a tratar

1. Comprometer a las Partes Interesadas:

Los interesados son las personas y las organizaciones en la comunidad que tienen algo que ganar o perder por sus esfuerzos de prevención.

Los esfuerzos para la prevención comunitaria deben incluir un gran número de partes interesadas incluyendo:

- Grupos de población a los que presta servicio la intervención
- Salud mental
- Atención primaria
- Prevención de suicidio
- Tratamiento de salud mental y recuperación
- Control del tabaco
- Seguridad y salud escolar
- Seguridad vial
- Prevención de lesiones
- Prevención de la violencia
- Comunidad de recuperación
- Salud reproductiva, materna e infantil
- Prevención de VIH/SIDA
- Tratamiento por el uso de sustancias
- Educación

- Centros correccionales

2. Fortalecer a los Grupos de Colaboración

La mayoría de las comunidades tienen algún tipo de grupo de colaboración, como el grupo de trabajo, coaliciones, o grupos interinstitucionales. Un grupo de colaboración puede fortalecerse:

- Reclutando nuevos miembros para que un amplio espectro de sectores esté representado
- Aumentando los conocimientos de los miembros por medio del entrenamiento y la asistencia técnica
- Mejorando la estructura y el funcionamiento del grupo colaborativo

Véase también la sección de Desarrollo de la Coalición para más fortalecimiento de los grupos de colaboración (p. 33).

3. Aumentar la Sensibilización Comunitaria

Sensibilizar a la comunidad sobre un problema de salud mental puede aumentar la disposición de los socios y de la comunidad para abordar el problema/tomar una acción preventiva.

Véase la sección de Estrategias de Comunicación para más sobre métodos para aumentar la preparación de la comunidad (p. 38).

Planificación

Una buena planificación requiere colaboración y debe reflejar las ideas y los aportes de varios sectores dentro de la comunidad, particularmente del grupo de la población en el que se centrará la intervención.

La planificación abarca las siguientes tareas:

Tarea 1 - Establecer un orden de prioridad entre los factores de riesgo y de protección asociados a la prioridad identificada

Tarea 2 – Seleccionar las intervenciones de prevención que se basan en la evidencia, que tienen más probabilidades de influir en los factores identificados (ajuste conceptual) y que son factibles y relevantes para la población objetivo

Tarea 3 – Desarrollar un plan integral de prevención basado en datos

Tarea 1 – Dar prioridad a los factores de riesgo y de protección

Se pueden utilizar dos criterios - importancia y variabilidad - para decidir qué factor de riesgo hay que abordar en las intervenciones de prevención.

Importancia se refiere a la intensidad de un factor de riesgo o de protección que influye en el problema de salud mental en cuestión, en una comunidad.

Variabilidad puede referirse a tres aspectos:

- Si la comunidad tiene la capacidad de modificar un determinado riesgo o un factor de protección
- Si existe una intervención adecuada, basada en la evidencia, para abordar un problema concreto
- Si el cambio se puede producir en un plazo razonable

Tarea 2 – Selección de intervenciones con un buen “acoplamiento”

Existen tres criterios para seleccionar intervenciones de prevención:

- **Eficacia:** ¿Es eficaz la intervención?
- **Adaptación Conceptual:** ¿Influirá la intervención en el riesgo seleccionado o en el factor de protección?
- **Adaptación Práctico:** ¿La aplicación es apropiada para la comunidad?

Eficacia – Se refiere a si una intervención ha sido evaluada y considerada eficiente en una serie de circunstancias concretas. Se debe dar prioridad a las intervenciones con pruebas sólidas de eficiencia. Para algunos problemas y poblaciones, puede haber menos intervenciones que sean basadas en la evidencia.

Ajuste Conceptual – Para acceder a la adecuación conceptual de una intervención, deben hacerse las siguientes preguntas:

- ¿Aborda el problema previsto?
- ¿Aborda los factores de riesgo/protección y las condiciones asociadas con el problema?
- ¿Se dirige a una población y/o contenido relevante?

Ajuste Práctico – Para acceder a la adecuación práctica de una intervención, formule las siguientes preguntas:

- ¿Es *factible*? ¿Tiene la comunidad los recursos necesarios para la intervención?
- ¿Hay *sinergia*? ¿La intervención se suma a otras intervenciones de prevención o las refuerza?
- ¿Está preparada la comunidad? ¿Apoyarán la intervención las partes interesadas y la comunidad?
- ¿La intervención es *culturalmente* relevante? ¿Serán receptivos los grupos culturales en los que se centra la intervención? ¿Participan en la planificación y la ejecución?

Tarea 3 – Desarrollar un plan de prevención integral basado en datos

Un plan integral implica múltiples intervenciones dirigidas a los factores de riesgo/protección identificados y se suma a lo que ya está sucediendo en la comunidad para abordar el problema.

Un plan integral de prevención incluye:

- Una descripción del problema prioritario y el por qué fue seleccionado
- Una lista de los factores de riesgo prioritarios y como se priorizaron
- Una descripción de los recursos de la comunidad, las carencias de recursos, la preparación, las cuestiones culturales y como se abordarán los retos.
- Una descripción de las intervenciones elegidas para abordar los factores de riesgo seleccionados
- Un modelo lógico con resultados a corto y largo plazo
- Un plan de acción con horarios, roles y responsabilidades para la implementación de las intervenciones

Implementación

La implementación abarca tres tareas principales:

Tarea 1 - Movilizar el apoyo a sus esfuerzos y desarrollar la capacidad en torno a la implementación.

Tarea 2 - Implementar programas basados en la evidencia, políticas y prácticas, prestando atención específica a las cuestiones de adaptación y fidelidad precisión.

Tarea 3 – Supervisar la implementación, recopilar datos de evaluación y hacer correcciones a la mitad del período en función de los resultados.

Tarea 1 – Movilización del apoyo y creación de capacidad implica:

- Aumentar la sensibilización comunitaria sobre el problema y sobre la intervención(es) escogida(s) para abordarlo.
- Presentar la intervención a las partes interesadas para obtener su aceptación y para incrementar las alianzas.
- Capacitar a las personas que ejecutan la intervención si no tienen los conocimientos necesarios.

Tarea 2 -Implementación de las intervenciones implica:

- Establecer un equilibrio entre la necesidad de mantener la precisión de la intervención con la necesidad de adaptarla (Ver abajo: *Precisión y Adaptación de las Intervenciones*).
- Desarrollar y llevar a cabo un plan de acción que especifique lo que debe realizarse, quién es responsable y un cronograma.

Tarea 3 – El seguimiento y la corrección a la mitad del período implica:

Evaluar la aplicación para determinar si la intervención se está llevando a cabo según lo previsto (Véase Paso 5: *Evaluación*). Si el seguimiento muestra una diferencia entre la ejecución real y la prevista de la intervención, hacer ajustes para volver a la normalidad.

Precisión y Adaptación de las Intervenciones

Precisión es el grado en que un programa de prevención basado en la evidencia se implementa tal como su productor lo tiene previsto.

Adaptación es como la intervención se modifica para satisfacer las necesidades y circunstancias locales.

Es importante equilibrar la adaptación con la fidelidad precisión, porque los cambios en una intervención pueden comprometer su eficiencia.

Directrices para la adaptación:

- Seleccionar los programas que mejor se adapten a las necesidades y condiciones locales.
- Consultar con el creador del programa.
- Conservar los componentes básicos de la intervención original.

- Sumar, en lugar de restar.

Evaluación

La evaluación es la recopilación y el análisis sistemáticos de información sobre una intervención para mejorar su eficacia y tomar decisiones sobre el programa.

Evaluación:

- Ayuda a evaluar el progreso de una intervención

Identifica lo que puede y no puede funcionar en un entorno concreto

- Ayuda a determinar cuales intervenciones y resultados deben mantenerse.

Tipos de Evaluación

La evaluación de los programas de prevención debe recoger datos de evaluación, tanto de procesos como de resultados. La evaluación del proceso tiene lugar durante la ejecución de una intervención; la evaluación de los resultados tiene lugar después de la ejecución de la intervención.



La **evaluación del proceso** responde a la pregunta: "¿Hemos hecho lo que dijimos que haríamos?". Describe cómo se aplicó la intervención.

Los datos del proceso de evaluación ayudan a determinar lo siguiente:

- ¿Se implementaron las intervenciones conforme a lo planificado?
- ¿Quiénes participaron y durante cuánto tiempo?
- ¿Qué adaptaciones fueron hechas?
- ¿Fueron suficientes los recursos?
- ¿Qué obstáculos se encontraron?

La **evaluación de los resultados** responde a la pregunta: "¿Nuestra intervención marcó la diferencia, tuvo un impacto sobre los factores de riesgo y el problema que queríamos abordar?" Ella determina

los efectos conseguidos tras la aplicación de la intervención, como los cambios a corto y largo plazo en los conocimientos, actitudes, habilidades o comportamientos de un grupo de población.

Los datos de la evaluación ayudan a determinar lo siguiente:

- Que cambios se produjeron realmente
- Como se comparan estos cambios con lo que se esperaba conseguir con la intervención.
- Como se comparan estos cambios con los de las personas no expuestas a la intervención.

Reportar los Resultados de la Evaluación

Los resultados de la evaluación se utilizan para mejorar los programas, mantener los resultados positivos y mejorar el plan general de la comunidad para abordar los problemas de la salud mental y promover el bienestar. También pueden utilizarse para obtener fondos o para fomentar la sensibilización y el apoyo de la comunidad a la prevención.

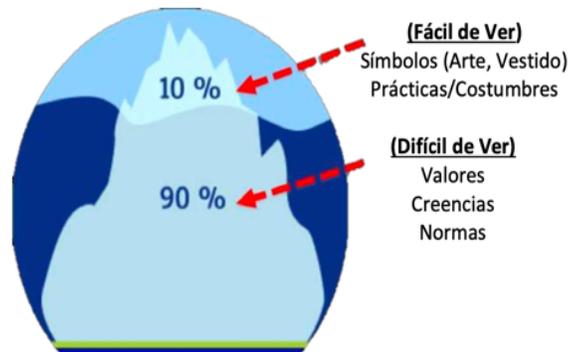
Recomendaciones para reportar los resultados de la evaluación:

- *Informar regularmente a las partes interesadas* durante todo el proceso, no solo al final.
- *Crear un plan de difusión*, adaptado a los distintos públicos que necesitan ver los resultados, incluyendo a la población objetivo.
- *Seleccionar los formatos de información adecuados*. Piense cuidadosamente en los mejores lugares o vehículos para entregar los resultados.
- *Ayudar a las partes interesadas a comprender los datos*. Recuerde que cada parte interesada tiene sus propios intereses y estará más interesada en los resultados que se relacionen con esos intereses.

Fuente para todo lo anterior: *SAPST Versión 8, Noviembre 2012 – Referencia SAMHSA #277-08-0218*

COMPETENCIA CULTURAL EN PREVENCIÓN

Con el fin de que las personas se beneficien de los programas y estrategias de prevención y bienestar, es esencial que estas intervenciones se ajusten a su cultura- con sus valores, costumbres, creencias, roles, formas de interactuar, estilos de comunicación, etc. La gente suele pensar en la cultura en términos de raza o etnia, pero la cultura también se refiere a otros grupos sociales que se definen por edad, género, religión, nivel de ingreso, educación, ubicación geográfica, orientación sexual, discapacidad, etc.



Fuente: *Griswold, W. (2008). Cultures and societies in a changing world (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Pine Forge press.*

¿Qué es cultura?

La cultura se refiere a los “patrones integrados de comportamiento humano que incluyen el lenguaje, los pensamientos, las comunicaciones, las costumbres, las creencias, los valores y las instituciones de los grupos sociales, étnicos y religiosos.” (OMH, US DHHS)

Los elementos de la cultura:

- **Normas** - cómo se comportan las personas
- **Valores** - qué es importante para la gente
- **Creencias** - lo que la gente cree sobre algo
- **Símbolos** - cómo se expresa la gente a través del arte, las historias, la música, el lenguaje, etc.
- **Prácticas** – costumbres o patrones de comportamiento que pueden no estar unidos a las creencias y valores

La historia y la experiencia personal también moldean estos elementos

Fuente: Currículo de SAPST

Competencia Cultural (según la definición de SAMHSA/CAPT)

La competencia cultural define la habilidad de una persona u organización de interactuar eficazmente con personas de diferentes culturas. Para producir un cambio positivo, los profesionales de la prevención deben comprender el contenido cultural de su comunidad objetivo y tener la voluntad y las habilidades para trabajar dentro de este contexto. Esto significa basarse en los valores, tradiciones y costumbres de la comunidad y trabajar con personas conocedoras de la comunidad y en la comunidad para planificar, implementar y evaluar las actividades de prevención.

El Centro SAMHSA para la Prevención del Uso de Sustancias (CSAP) ha identificado estos principios de competencia cultural:

- Garantizar la participación de la comunidad en todos los ámbitos
- ¿Utilizar una definición de la comunidad basada? centrada en la población (es decir, dejar que la comunidad se defina por si misma)
- Destacar la importancia de los enfoques de prevención relevantes y culturalmente apropiados
- Emplear evaluadores culturalmente competentes
- Promover la competencia cultural entre el personal del programa y contratar personal que refleja la comunidad a la que sirve
- Incluir a la población objetivo en todos los aspectos de la planeación de la prevención

Fuente: SAMHSA CAPT páginas web: <https://captus.samhsa.gov/access-resources/about-strategic-prevention-framework-spf#cultural>

¿Competencia Cultural Continuada Continua?

El desarrollo de la competencia cultural es un proceso dinámico y evolutivo que toma tiempo y sucede de manera continuada. El Centro Nacional de Competencia Cultural en la Universidad de Georgetown describe las seis etapas de este proceso continuado:

Destrucción cultural – Las actitudes y prácticas (al igual que las políticas y las estructuras en las organizaciones) son destructivas para un grupo cultural.

Incapacidad cultural – Falta la capacidad para responder eficazmente a las necesidades y preferencias de grupos culturalmente diversos.

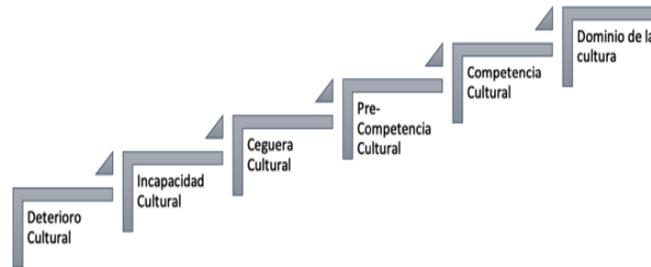
Ceguera cultural – La filosofía predominante es la que considera y trata a todas las personas como iguales.

Pre-competencia cultural – Existe el conocimiento de las fortalezas y áreas de crecimiento para responder eficazmente a las poblaciones cultural y lingüísticamente diversas.

Competencia cultural - la aceptación y el respeto de la cultura se demuestra sistemáticamente en las políticas, estructuras, prácticas y actitudes.

Capacidad cultural – La cultura se valora mucho y se utiliza como base para guiar todos los esfuerzos.

Proceso Continuo de Competencia Cultural



Fuente: SAMHSA/CAPT páginas web URL: <https://captus.samhsa.gov/prevention-practice/strategic-prevention-framework/cultural-competence/cultural-competence-continuum>

Consideraciones Culturales en la Planificación de la Prevención (Utilizando el Marco de Trabajo de SPF)

Paso 1: Evaluación

- Trabajar con la comunidad
- Utilizar un evaluador culturalmente competente para la evaluación
- Garantizar un mecanismo para recopilar información/datos relacionados con la competencia cultural
- Obtener la aprobación de la comunidad para la recopilación de datos y el análisis
- Asegurarse de que los datos son culturalmente sensibles y apropiados
- Crear un proceso para identificar los factores de riesgo y de protección culturalmente relevantes y otras condiciones subyacentes
- Formular hipótesis de cambio basadas en la cultura
 - identificar el cambio desde la perspectiva de la comunidad

Paso 2: Capacidad

- Examinar los recursos de la comunidad y la preparación
- Proporcionar un entorno seguro y de apoyo para todos los participantes
- Examinar la dimensión y la profundidad de la competencia cultural
- Comprobar la representación cultural (idioma, género, edad)
- Desarrollar políticas (por ejemplo; reclutamiento y retención, entrenamiento, comunicación y contribución comunitaria) para mejorar la competencia cultural
- Asegurar que las herramientas y la tecnología son culturalmente competentes

Paso 3: Planificación

- Asegurar que la comunidad está representada durante el proceso de planificación
- Identificar metas y objetivos mutuos y aceptables
- Al seleccionar programas y estrategias, tener en cuenta su concordancia con:
 - La cultura comunitaria
 - Los esfuerzos de prevención existentes
 - La experiencia pasada

Paso 4: Implementación

- Involucrar a la comunidad en la implementación del plan estratégico
- Crear un ciclo de retroalimentación para comunicar los esfuerzos y éxitos a la comunidad

Paso 5: Evaluación

- Asegurar que la comunidad está representada durante el proceso de evaluación
- Asegurar que las herramientas para la recopilación de datos reflejan la cultura de la comunidad
- Utilizar un evaluador/a competente para la evaluación
- Obtener permiso de la organización o de la entidad que implementa la intervención para difundir los resultados de la evaluación

Verse: SAPST INFORMATION SHEET 3.6 Versión 8, Noviembre 2012 – SAMHSA Referencia #277-08-0218

Organizaciones Culturalmente Competentes

La competencia cultural se aplica a las organizaciones y los sistemas de salud, así como también a los profesionales.

Una organización culturalmente competente:

- Evalúa continuamente la Diversidad Organizacional
- Invierte en la Creación de Capacidades para la Competencia e Inclusión Cultural
- Practica la Planificación Estratégica que incorpora la Cultura y Diversidad Comunitaria
- Implementa las Estrategias de Prevención utilizando la Cultura y Diversidad como un Recurso
- Evalúa la Incorporación de la Competencia Cultural

Fuente: *Hoja Informativa SAPST 3.5 Versión 8, Noviembre 2012 – SAMHSA Referencia # 277-08-0218*

FORMACIÓN DE COALICIONES

¿Qué es una coalición?

Una coalición es un arreglo formal para la colaboración entre los grupos o sectores de una comunidad, en donde cada grupo retiene su identidad, pero todos acuerdan trabajar juntos hacia el objetivo común de una comunidad segura, sana y libre de drogas. Las coaliciones deberán tener conexiones con la comunidad local y servir de catalizadores para disminuir el uso de sustancias y otros trastornos de salud mental.

Las coaliciones trabajan para promover el bienestar y reducir los trastornos de salud mental en la comunidad en general, aplicando planes integrales y multi-estratégicos que incorporen enfoques basados en la evidencia. Las coaliciones eficientes se centran en mejorar los sistemas y los entornos que facilitan la adopción y el mantenimiento de comportamientos saludables y que desalientan los comportamientos no saludables. En conjunto, las intervenciones o las estrategias de una coalición deben estar orientadas a los cambios a nivel de la población.

Objetivos de las coaliciones

1. Disminuir los trastornos de salud mental abordando los factores de la comunidad que aumentan el riesgo de consumo de sustancias y otros trastornos de salud mental y promover los factores que minimizan estos riesgos.
2. Establecer y reforzar la colaboración entre las comunidades, las agencias privadas sin ánimo de lucro y los gobiernos federales, locales y tribales para apoyar los esfuerzos de las coaliciones comunitarias en la prevención y reducción de los trastornos de salud mental entre los jóvenes.

Afiliación a la coalición

Los sectores clave que deben estar representados en una coalición son:

- Jóvenes (18 años o menos)
- Padres
- Jóvenes adultos
- Adultos
- Adultos mayores
- Ciudadanos interesados
- Empresas
- Medios de comunicación
- Escuelas, colegios/universidades
- Organizaciones comunitarias y al servicio de los jóvenes
- Fuerza pública
- Organizaciones religiosas/fraternales
- Proveedores de salud

- Proveedores de servicios sociales
- Grupos cívicos/voluntarios (ejemplo: organizaciones locales dedicadas al voluntariado, no un miembro de la coalición nombrado como “voluntario”)
- Comunidad en recuperación
- Agencias gubernamentales estatales, locales o tribales con experiencia en el campo de la salud mental (incluyendo, si corresponde, la agencia estatal/de condado con autoridad primaria en materia de salud mental)
- Otras organizaciones involucradas en disminuir los problemas de la salud mental

Estrategias para incidir en el cambio de la comunidad

1. **Proporcionar información** - Presentaciones educativas, talleres o seminarios y presentaciones de datos o medios de comunicación (ejemplo; anuncios de servicio público, folletos, campañas en vallas publicitarias, reuniones comunitarias, ayuntamientos, foros, comunicación en la web).
2. **Mejorar las habilidades** - Talleres, seminarios o actividades diseñadas para aumentar las habilidades de los participantes, miembros y personal (ejemplo; capacitación, asistencia técnica, aprendizaje a distancia, retiros de planificación estratégica, clases para padres, programas basados en la evidencia en las escuelas).
3. **Proporcionar apoyo** - Crear oportunidades para ayudar a las personas a participar en actividades que reduzcan el riesgo o mejoren la protección (ejemplo; proporcionar actividades alternativas basadas en la evidencia, tutorías, remisiones a servicios, grupos de apoyo, grupos de padres).
4. **Mejorar el ingreso/disminuir las barreras**** - Mejorar los sistemas y procesos para aumentar la facilidad, la capacidad y la oportunidad de utilizar los sistemas y servicios (ejemplo; acceso a tratamiento y apoyo para la recuperación de personas y familias, cuidado de niños, transporte, vivienda, educación, necesidades especiales, sensibilidad cultural y lingüística).
5. **Cambiar las consecuencias (incentivos/desincentivos)** - aumentar o disminuir la probabilidad de un comportamiento específico que reduzca el riesgo o mejore la protección alterando las consecuencias de realizar ese comportamiento (ejemplo; aumentar el reconocimiento público de los comportamientos deseados y pro-sociales, recompensas individuales y empresariales, impuestos, citaciones, multas, revocaciones/pérdida de privilegios).
6. **Cambiar el diseño físico** - Cambiar el diseño físico o la estructura de un entorno para reducir el riesgo o mejorar la protección (ejemplos; parques, espacios recreativos, paisajes, señalización, iluminación, concentración de puntos de venta).
7. **Modificar/cambiar políticas** - cambio formal de procedimientos escritos, ordenanzas, normas o leyes con documentación escrita y/o procedimientos de votación (ejemplo; iniciativas en el lugar de trabajo, procedimientos y prácticas de aplicación de la ley, acciones de política pública, cambio de sistema en el gobierno, las comunidades y las organizaciones).

****Esta estrategia se puede utilizar cuando se invierte en la reducción de las barreras de acceso o en la mejora de estas, por ejemplo, estableciendo barreras al tabaquismo juvenil mediante la aplicación de las leyes de acceso de los jóvenes.**

La lista de estrategias ha sido elaborada por el Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud y Desarrollo Comunitario de la Universidad de Kansas, un centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud. La investigación citada en la selección de las estrategias está documentada en el sitio web de CADCA, www.cadca.org.

Fuente de todo lo anterior: Handbook for Community Anti-Drug Coalitions. CADCA, National Community Anti-Drug Coalition Institute. 2012

Niveles de Participación

Es posible que distintos sectores y partes interesadas deseen o necesiten participar en sus actividades de prevención de manera diferente. A continuación, se presenta un cuadro con ejemplos de varios niveles de participación.

NIVEL	EXPRESIONES	EJEMPLOS
Sin Participación	"Usted haga lo suyo, nosotros haremos lo nuestro."	Las partes interesadas participan en actividades, estrategias y políticas distintas.
Red de Comunicación	"Hablemos y compartamos información."	Las partes interesadas comparten lo que están haciendo durante una reunión de trabajo en red interinstitucional; hablan de los problemas de la comunidad en los que todos tienen interés; o se comunican con otras organizaciones sobre los programas, actividades o servicios existentes.
Cooperación	"Yo apoyaré su programa y usted el mío, o incluso podemos co-patrocinar uno."	Los socios publican los programas de los demás en los boletines de la organización, escriben cartas de apoyo a las solicitudes de subvención de los demás, co-patrocinan actividades de capacitación o de desarrollo profesional, y/o intercambian recursos como la impresión o el espacio para reuniones.

Coordinación	"Asociémonos para un evento."	Las partes interesadas colaboran en los comités de planificación de eventos o en las juntas directivas de la comunidad, o ponen en marcha programas o servicios de forma conjunta.
Colaboración	"Trabajemos juntos en un plan integral para abordar el problema; al fin y al cabo, nuestras misiones coinciden."	Las organizaciones participantes crean acuerdos formales, incluyendo memorandos de entendimiento o contratos formales, desarrollando sistemas comunes de recogida de datos entre organizaciones y sectores comunitarios, asociándose en esfuerzos conjuntos de recaudación de fondos, poniendo en común los recursos humanos fiscales o creando sistemas comunes de capacitación de la mano de obra.

Ventajas de las coaliciones:

Las coaliciones ofrecen numerosas ventajas potenciales sobre el trabajo independiente.

- Las coaliciones pueden ahorrar sus recursos.
- Las coaliciones pueden lograr un mayor alcance dentro de una comunidad y lograr objetivos que van más allá del alcance que podría alcanzar cualquier organización por sí sola.
- Las coaliciones tienen mayor credibilidad que las organizaciones individuales.
- Las coaliciones ofrecen un foro para compartir información y grandes oportunidades para establecer redes.
- Las coaliciones ofrecen una serie de asesoramientos y perspectivas.
- Cada miembro de la coalición u organización miembro puede aportar su experiencia o recursos particulares para facilitar las actividades de otros miembros o de la coalición en su totalidad.
- La coalición puede fomentar la cooperación entre organizaciones básicas, miembros de la comunidad y/o diversos sectores de una organización más grande.
- La coalición. es una red eficaz para la difusión de información sobre las actividades de la coalición.

Las partes interesadas son individuos, grupos u organizaciones que:

- están interesadas en el funcionamiento y los resultados del programa.
- están afectadas directa o indirectamente por sus actividades.
- puedan influir en el programa, que puedan ayudar con la financiación o que puedan beneficiarse de sus resultados como también cualquier persona que tenga un interés específico en el éxito o el fracaso de un proyecto.

Pasos para formar una coalición eficiente

1. Iniciar una Coalición

- Identificar los problemas (por ejemplo, el consumo de alcohol entre menores).
- Determinar la preparación de la comunidad.
- Determinar la necesidad para una nueva coalición o revisar una coalición existente.
- Determinar las metas y los objetivos potenciales.
- Identificar a los miembros, por ejemplo; a las partes interesadas claves por sus habilidades, experiencia, participación, o a la diversidad de la población representada.
- Fijar las metas finales y los objetivos por consenso.
- Evaluar y crear capacidad

2. Crear una Coalición

- Determinar la estructura de la Coalición: (1) ad hoc o en curso; (2) informal o formal; (3) afiliación abierta o cerrada
- Elaborar una declaración de misión o propósito para la coalición
- Reclutar a los miembros para que incluyan a las principales partes interesadas y representen a múltiples sectores.
- Determinar un proceso de toma de decisiones - consenso o votación en grupo.
- Facilitar la planificación y aplicación de estrategias de prevención.

3. Evaluación de las Necesidades

- Identificar los problemas de salud mental y adicciones basándose en datos cuantitativos y cualitativos.
- Determinar los recursos comunitarios
- Realizar un análisis de las carencias de recursos.

4. Desarrollar un Plan

- Identificar políticas, programas y estrategias basadas en la evidencia para las poblaciones objetivo.
- Desarrollar un plan de acción, un cronograma y unas normas.

5. Evaluación

- Desarrollar un *Modelo Lógico*
- Desarrollar un plan de recolección de datos y establecer una herramienta de recolección de datos.

6. Sostenibilidad

7. Desarrollar y aplicar la planificación de la sostenibilidad en todas las estrategias

8. Competencia Cultural

- Garantizar la competencia cultural en todo el proceso de desarrollo de la coalición

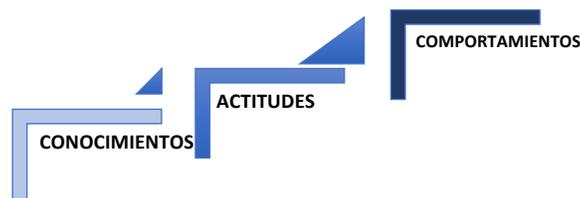
Fuente de todo lo anterior: Handbook for Community Anti-Drugs Coalitions. CADCA National Community Anti-Drug Coalition Institute: 2012 y SAPST, versión 8, Noviembre 2012 – SAMHSA Reference #277-08-0218

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Los especialistas en prevención utilizan diversas estrategias de comunicación para proporcionar información y cambiar las normas de la comunidad en torno al consumo de sustancias y los problemas de salud mental.

Las normas son patrones de creencia o comportamiento en un grupo, comunidad o cultura particular, aceptados como normales y a los que se espera que un individuo se ajuste

Objetivos de la Comunicación en la Salud



Estrategias de comunicación que pueden ser utilizadas para los trabajos de prevención de la comunidad incluyen:

Campañas Publicas de Divulgación: Un trabajo exhaustivo que incluye múltiples componentes (mensajes, promoción comunitaria, relaciones con los medios de comunicación, asuntos gubernamentales, presupuesto, etc.) para ayudar a alcanzar un objetivo específico.

Comercialización Social: La aplicación de las tecnologías de la comercialización al análisis, la planificación, la ejecución y la evaluación de programas diseñados para influir en los comportamientos voluntarios de los destinatarios con el fin de mejorar su bienestar personal y el de su sociedad.

Defensa de los Medios: Actuar para apoyar una idea o una causa. Los defensores educan a los miembros de la comunidad, a los medios de comunicación y a los funcionarios electos con el fin de sensibilizar, aumentar la comprensión de los problemas clave y movilizar el apoyo con el objetivo de crear un cambio positivo.

Defensa de los Medios de Comunicación: El uso estratégico de los medios de comunicación para promover una iniciativa social o política pública. La promoción de los medios de comunicación pretende cambiar el entorno social y político en el que se toman las decisiones que afectan a la salud y a los recursos sanitarios, influyendo en la selección de temas por parte de los medios de comunicación y configurando el debate sobre estos temas.

Educación Mediática: La alfabetización mediática es la capacidad de acceder, analizar y producir información para obtener resultados específicos. La alfabetización mediática enseña a los destinatarios (a menudo los jóvenes) a descifrar los mensajes de los medios de comunicación para que

puedan identificar los motivos del patrocinador. También enseña a los comunicadores a componer mensajes en concordancia con el punto de vista del público al que van dirigidos.

Fuente: *Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, Centro para la Aplicación de Tecnologías de Prevención. (Enero de 2013). Marketing Social: Un enfoque de Seis Fases para Elaborar el Cambio [serie de seminarios web]. Rockville, MD: Autor*

Comercialización Social

Utilizar la comercialización social para:

- Crear conciencia del problema
- Identificar el cambio necesario (lo que debe hacerse)
- Recursos para realizar los cambios (cómo hacerlo)
- Cambiar los niveles de preparación y los recursos

La comercialización social relacionada con la prevención del consumo de sustancias se enfoca en los siguientes factores de riesgo o de protección:

- Percepción de riesgo o daño del consumo de sustancias
- Acceso o disponibilidad de alcohol, tabaco y otras drogas
- Normas que Apoyan el Consumo
 - Vigilancia de los padres
 - Percepción de aprobación o uso por parte de los compañeros
 - Escasa aplicación de las políticas/ordenanzas/leyes de acceso de los jóvenes

A la hora de elaborar los mensajes clave que se enviarán al público objetivo en una campaña de comercialización social, hay que tener en cuenta "Las cuatro P" (tomadas del marketing comercial):

- **Producto**
 - ¿Qué se le pide al público objetivo que sepa, crea o haga?
- **Precio**
 - ¿Cuál es el costo/beneficio para el público objetivo por hacerlo?
- **Promoción**
 - ¿Quién es el mensajero/quién transmite el mensaje?
- **Posición**

- ¿Qué canales se utilizan para difundir el mensaje?

Fuente: *Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, Centro para la Aplicación de Tecnologías de Prevención (Enero de 2013). Comercialización Social: Un Planteamiento de Seis Fases para Lograr el Cambio (series de seminarios web). Rockville, MD: autor.*

Recomendaciones para la facilitación

¿Qué es la facilitación?

La facilitación consiste en guiar reuniones y grupos utilizando un conjunto específico de habilidades y herramientas. Los facilitadores crean un entorno en el que los miembros del grupo comparten ideas, opiniones, experiencias y conocimientos para alcanzar un objetivo común. Un facilitador hábil prepara el camino para que los miembros del grupo realicen una lluvia de ideas, identifiquen soluciones viables y desarrollen y apliquen planes de acción.

Habilidades como facilitador

- Lograr que todos se sientan cómodos y valorados
- Fomentar la participación
- Prevenir y gestionar los conflictos
- Escuchar y observar
- Guiar al grupo
- Garantizar la calidad de las decisiones
- Garantizar reuniones basadas en los resultados
- Evaluar la concentración y el compromiso del grupo
- Aclarar las discusiones confusas
- Proporcionar retroalimentación cuando sea necesario
- Hacer cumplir las directrices del grupo

Dirigir una reunión eficaz

- Dar la bienvenida a los participantes
- Presentar a los participantes y a si mismo
- Establecer el tono y el ritmo
- Establecer/ Revisar las directrices del grupo en términos positivos
- Repasar y aprobar los objetivos y el orden del día de la reunión
- Revisar las actas
- Mantener al grupo enfocado en su tarea
- Mantener al grupo avanzando con la agenda
- Resumir los resultados de la reunión
- Identificar los siguientes pasos
- Evaluar la reunión
- Concluir la reunión con una nota positiva

Técnicas para manejar situaciones difíciles

- Asegurarse de que todas las partes tengan la oportunidad de ser escuchadas
- Ayudar a definir claramente las situaciones como por ejemplo, haciendo que cada parte del debate reafirme la posición de la otra parte de forma satisfactoria.
- Mantener la discusión centrada en el objeto de la conversación y no en los individuos.

- Motivar a las distintas partes para que se reúnan por separado y regresen a reunirse con todo el grupo para continuar la discusión.
- Ayudar a los individuos a salvaguardar su imagen y poder cambiar sus posiciones
- Recurrir a la colaboración externa - personas no involucradas directamente en la situación - para ayudar a proporcionar una perspectiva externa
- Tratar de llegar a posiciones de beneficio mutuo, que satisfagan los intereses y objetivos de las distintas partes.
- Utilizar la lluvia de ideas para determinar todas las alternativas que puedan satisfacer los intereses mutuos

Fuente: *Adaptado de Capacitación: Un recurso para orientar y capacitar a los miembros del Consejo de Planificación y del Consorcio. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Recursos y Servicios de Salud, Rockville, MD, 1997. Del documento de facilitación del DEA*

Escucha Efectiva

Algunos consejos para ser un buen oyente:

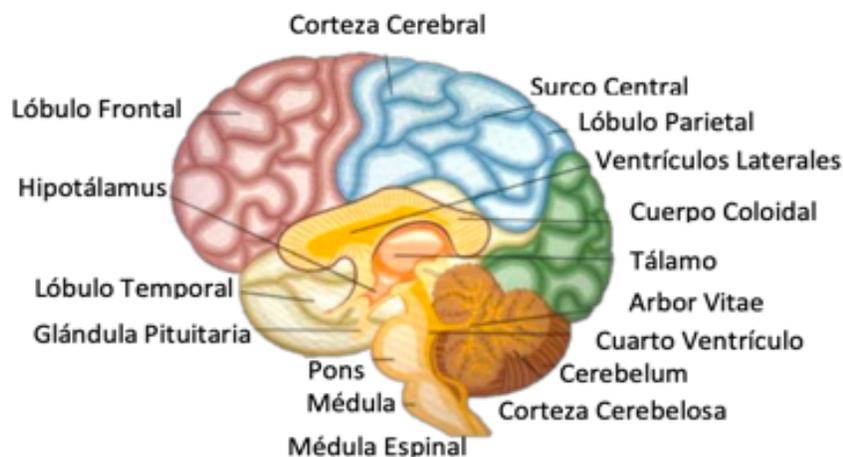
- Centre su atención en el ponente
- Evite las distracciones
- Siéntese adecuadamente cerca del ponente
- Reconozca cualquier estado emocional
- Deje de lado sus prejuicios y opiniones
- Vea desde la perspectiva de la persona que se comunica
- Siga y comprenda al ponente como si estuviera caminando en sus zapatos
- Sea consciente. Escuche con los oídos, pero también con los ojos y otros sentidos
- Deje que el argumento o la presentación sigan su curso. No interrumpa
- Participe: responda activamente a las preguntas o indicaciones. Utilice la posición de su cuerpo (inclinado hacia delante) y su atención para animar al orador y señalar su interés

Tenga en cuenta y evite estos obstáculos para una escucha eficaz

- Asumir que sabe lo que la otra persona está pensando

- Escuchar selectivamente
- Sacar conclusiones precipitadas
- Dejar que la mente divague
- Trabajar en una respuesta o solución mientras la otra persona sigue hablando
- Cambiar de tema antes de que la persona haya terminado
- Aceptar automáticamente antes de entender completamente

ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS - EFECTOS EN EL CEREBRO



El cerebro se compone de muchas partes que trabajan en equipo. Diferentes partes del cerebro son responsables de coordinar y realizar funciones específicas. Las drogas pueden alterar áreas cerebrales importantes que son necesarias para las funciones vitales y pueden impulsar el abuso compulsivo de drogas que marca la adicción. Las áreas cerebrales afectadas por el abuso de drogas incluyen:

El tronco encefálico que controla las funciones básicas fundamentales para la vida, como el ritmo cardíaco, la respiración y el sueño.

La **corteza cerebral**, que se divide en áreas que controlan funciones específicas. Diferentes áreas procesan la información de nuestros sentidos, permitiéndonos ver, sentir, oír y saborear. La parte delantera de la corteza, la corteza frontal o cerebro anterior, es el centro pensante del cerebro; potencia nuestra capacidad de pensar, planificar, resolver problemas y tomar decisiones.

El **sistema límbico**, que contiene el circuito de recompensa del cerebro. Enlaza una serie de estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. Sentir placer nos motiva a repetir comportamientos que son fundamentales para nuestra existencia. El sistema límbico es responsable de nuestra percepción de otras emociones, tanto positivas como negativas, lo que explica las propiedades de alteración del estado de ánimo de muchas drogas.

Fuente: *National Institute of Drug Abuse. (2008). Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction.*

DROGAS DE ABUSO MÁS COMUNES

Visite NIDA en www.drugabuse.gov

Sustancias: Categoría y Nombre.	Ejemplos de Nombres Comerciales y de la Calle	Lista de la DEA* Como se Administra	Efectos de la intoxicación Consecuencias
Cannabinoides			
hachís	boom, crónica, gángster, hachís, aceite de hachís, cáñamo	sin tragar, fumado	<i>euforia, lentitud de pensamiento y de reacción, confusión, deterioro del equilibrio y de la coordinación/represión, infecciones respiratorias frecuentes; deterioro de la memoria y del aprendizaje; ritmo cardíaco, ansiedad, ataques de pánico; tolerancia, adicción</i>
marihuana	blunt, droga, ganja, hierba, porros, Mary Jane, marihuana, porro, sinsemilla, skink, hierba	sin tragar, fumado	
Depresores			
barbiturados	<i>Amytal, Nembutal, Seconal, Fenobarbital:</i> barbos, rojos, pájaros rojos, phennies, tooies, amarillos, chaquetas amarillas	II, III, V/inyectado, ingerido	<i>reducción de la ansiedad, sensación de bienestar; disminución de las inhibiciones; ralentización del pulso y la respiración; disminución de la presión sanguínea; falta de concentración/fatiga; confusión; deterioro de la coordinación, la memoria, el juicio; adicción; depresión y paro respiratorio; muerte. También en el caso de los barbitúricos: sedación, somnolencia/depresión, excitación inusual, palanca, irritabilidad, falta de juicio, dificultad para hablar, mareos, abstinencia que pone en peligro la vida.</i>
benzodiazepinas (distintas del flunitrazepam)	<i>Ativan, Halcion, Librium, Valium, Xanax:</i> candy, downers, sleeping pills, tranks	IV/ingeridos, inyectados	<i>sedación, somnolencia/depresión, excitación inusual, palanca, irritabilidad, falta de juicio, dificultad para hablar, mareos, abstinencia que pone en peligro la vida.</i>
flunitrazepam	<i>Rohypnol:</i> píldora del olvido, Valium mejicano, R2, Roche, roofies, roofinol, rope, rophies	IV/ingeridos, aspirado	<i>para los benzodiazepinas: sedación, somnolencia/mareos</i>
GHB	<i>gamma-hydroxybutrato:</i> G, chico del hogar de Georgia, daños corporales graves, ectasia líquida	I/ingerido	<i>para flunitrazepam- perturbaciones visuales y gastrointestinales, retención urinaria, pérdida de memoria por primera vez bajo los efectos de la droga. para el GHB: somnolencia, náuseas/vómitos. dolor de cabeza, pérdida de conciencia, pérdida de</i>
metacualona	<i>Quaalude, Sopor, Parest:</i> ludes,	I/inyectado, ingerido	

	mandrex, quad, quay		reflejos, convulsiones, coma, muerte <i>para la metacualona:</i> euforia/depresión, falta de reflejos, dificultad para hablar, coma
Anestésicos Disociativos			
ketamin	<i>Ketalar SV: kassi</i> Valium, K, Special K, K-vitamina K	III/inyectado, inhalado, fumado	<i>aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, deterioro de la función motora/pérdida de memoria; entumecimiento; náuseas/vómitos</i> <i>También, en el caso de la ketamina, a dosis elevadas, delirio, depresión, depresión respiratoria y paro para PCP y análogos: posible disminución de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, pánico, agresividad, violencia/ pérdida de apetito, depresión</i>
PCP y análogos	<i>fenciclidina:</i> polvo de ángel, barco, cerdo, barco del amor, píldora de la paz	I, II/inyectado, inhalado,	
Alucinógenos			
LSD	<i>dietilamida del ácido lisérgico,</i> ácido, papel secante, boomers, cubos, micropuntos, soles amarillos	III/Ingerido, absorbido a través de los tejidos bucales,	estados alterados de percepción y sensación; náuseas; trastorno de percepción persistente (<i>recuerdos</i>) <i>También, para el LSD y la mescalina: aumento de la temperatura corporal, de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial; pérdida de apetito, insomnio, entumecimiento, debilidad, temblores para el LSD; trastornos mentales persistentes para la psilocibina: nerviosismo, paranoia flashbacks)</i>
mescalina	botones, cactus, mesc, peyote	I/ingerida, fumada	
psilocybina	seta mágica, pasión púrpura, setas	I/ingerida	
Opioides y derivados de la morfina			
codeína	<i>Emoirin con Codeína, Florinal con Codeína, Robitussin A-C, Tylenol con</i>	II, III, IV, V/inyectado, ingerido	<i>alivio del dolor, euforia, somnolencia/náuseas, estreñimiento, confusión, sedación, depresión y paro respiratorio, tolerancia,</i>

	<i>Codeína:</i> Capitán Cody, Cody, colegial, (con glutetimida) puertas y cuatros, cargas, panqueques y jarabe		adicción, inconsciencia, coma, muerte <i>También para la codeína: menos analgesia, sedación y depresión respiratoria que la morfina</i>
fentanilo y análogos de fentanilo	<i>Actiq, Duragesic, Sublimaze:</i> Apache, niña China, China blanca, fiebre del baile, amigo, bonachón, premio gordo, asesino 8, TNT, Tango y Efectivo	I, II/inyectado, fumado, aspirado	<i>para la heroína: marcha tambaleante</i>
heroína	<i>diacetilmorfina:</i> azúcar moreno, droga, H, caballo, basura, skag, skunk, smack, caballo blanco	II, III/inyectado, fumado, aspirado	
morfina	<i>Roxanol, Duramorph:</i> M. Miss Emma, mono, materia blanca	II, III/inyectado, ingerido, fumado	
opio	<i>láudano, paragógico:</i> gran O, cosa negra, bloque, goma, lúpulo	II, III/ingerido, fumado	
oxicodona HCL	<i>OxyContin:</i> Oxy, O.C., asesino	II/ingerido, aspirado, inyectado	
hidrocodona, bitartrato, acetaminofén	<i>Vicodin: vike, Watson-387</i>	II/ingerido	
Estimulantes			
anfetamina	<i>Bifetamina, Dexedrin:</i> bennies.	II/inyectado, fumado, aspirado	<i>Aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión</i>

	bellezas negras, cruces, corazones, giro LA, velocidad, camioneros, elevadores		<i>arterial, del metabolismo, de la sensación de euforia, de la energía, del estado de alerta mental/del ritmo cardíaco irregular; disminución del apetito, pérdida de peso, insuficiencia cardíaca, nerviosismo, insomnio</i>
cocaína	<i>Clorhidrato de cocaína</i> : soplo, golpe, C, caramelo, Charlie, coca, crack, escama, roca, nieve, toot	II/Inyectado, fumado, aspirado	<i>También, para la anfetamina: respiración rápida/tremor, pérdida de coordinación; irritabilidad, ansiedad, inquietud, delirio, pánico, paranoia, comportamiento impulsivo, agresividad, tolerancia, adicción, psicosis</i>
MDMA (metilendioximetanfetamina)	Adam, claridad, éxtasis, Eva, velocidad de los amantes, paz, STP, X, XTC	I/ingerido	<i>para la cocaína: aumento de la temperatura/dolor en el pecho, insuficiencia respiratoria, náuseas, dolor abdominal, derrames cerebrales, convulsiones, dolores de cabeza, desnutrición, ataques de pánico</i>
metanfetamina	<i>Desoxyn</i> : tiza, crank, fuego de cristal, vidrio, veloz, hielo, metanfetamina, velocidad	II/inyectado, ingerido,	<i>para MDMA: efectos alucinógenos leves, aumento de la sensibilidad táctil, sentimientos empáticos/deterioro de la memoria y la insuficiencia renal, toxicidad hepática</i>
metilfenidato (seguro y eficaz para el tratamiento del TDAH)	<i>Ritalin</i> : JIF, MPH, bola R, Skippy, la droga inteligente, vitamina R	II/inyectado, ingerido, aspirado	<i>para la metanfetamina: agresión, violencia, comportamiento psicótico/pérdida de memoria, daños cardíacos y neurológicos; deterioro de la memoria y el aprendizaje, tolerancia, adicción</i>
nicotina	cigarrillos, puros, tabaco sin humo, rapé, tabaco para escupir,	no programado/ fumado, aspirado, tomado en rapé y escupido de tabaco	<i>para la nicotina: efectos adicionales atribuibles a la exposición al tabaco; resultados adversos en el embarazo; enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, cáncer; tolerancia, adicción</i>

Otros Compuestos

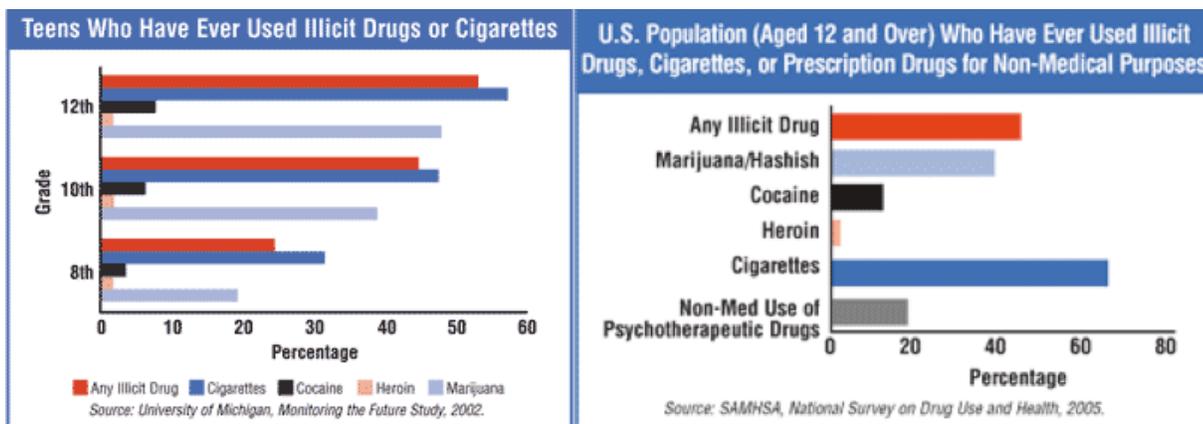
esteroides anabólicos	Anadrol, Oxandrin, Durabolin, Depo-Testosterona, Equipoise, sedantes, zumos	III/Inyectado, ingerido, aplicado a la piel	<i>sin efectos de intoxicación/hipertensión, cambios en la coagulación de la sangre y en el colesterol, quistes y cáncer de hígado, cáncer de riñón, hostilidad y agresividad, acné; en los adolescentes, detención prematura del crecimiento; en los hombres, cáncer de próstata, reducción de la producción de esperma, encogimiento de los testículos, aumento de las mamas; en las mujeres, irregularidades menstruales, desarrollo de la barba y otras características masculinas.</i>
Dextrometorfano (DXM)	Se encuentra en algunos medicamentos para la tos y el resfriado: Robotripping, Robo, Triple C	no programado/ingerido	<i>Efectos disociativos, percepciones visuales distorsionadas hasta efectos disociativos finalizados/para efectos a dosis más altas ver "anestésicos disociativos"</i>
Inhalantes	Disolventes (diluyentes de pintura, gasolina, pegamentos), gases (butano, propano, propulsores en aerosol, óxido nitroso), nitratos (soamilo, isobutilo, ciclohexilo): gas de la risa, petardos, chasquidos, látigos	no programado/inhalado por la nariz o boca	<i>stimulation, loss of inhibition; headache; nausea or vomiting; slurred speech, loss of motor coordination; wheezing/unconsciousness, cramps, weight loss, muscle weakness, depression, memory impairment, damage to cardiovascular and nervous system, sudden death</i>

Principios del Tratamiento de la Drogadicción

Más de tres décadas de investigación científica han dado lugar a 13 principios fundamentales que caracterizan un tratamiento eficaz contra el abuso de drogas. Estos principios se detallan en Principios del Tratamiento de la Drogadicción del NIDA: Una Guía Basada en la Investigación.

1. **Ningún tratamiento es apropiado para todos los individuos.** Es fundamental adaptar los entornos, las intervenciones y los servicios de tratamiento a los problemas y las necesidades de cada paciente.
2. **Es necesario que el tratamiento esté fácilmente disponible.** Los solicitantes de tratamiento pueden perderse si el tratamiento no está disponible inmediatamente o no es fácilmente accesible.
3. **Un tratamiento eficaz atiende a las múltiples necesidades del individuo, no sólo a su consumo de drogas.** El tratamiento debe abordar el consumo de drogas del individuo y los problemas médicos, psicológicos, sociales, profesionales y legales asociados.

4. **En diferentes momentos del tratamiento, el paciente puede necesitar servicios médicos, terapia familiar, rehabilitación profesional y servicios sociales y jurídicos.**
5. **La permanencia en el tratamiento durante un periodo de tiempo adecuado es fundamental para la eficacia del mismo.** El tiempo depende de las necesidades de cada persona. Para la mayoría de los pacientes, el umbral de mejora significativa se alcanza aproximadamente a los 3 meses de tratamiento. El tratamiento adicional puede producir un mayor progreso.
6. **El asesoramiento individual y/o grupal y otras terapias conductuales son componentes fundamentales de un tratamiento eficaz de la adicción.** En la terapia, los pacientes abordan la motivación, adquieren habilidades para resistirse al consumo de drogas, sustituyen las actividades de consumo de drogas por otras constructivas y gratificantes, y mejoran la capacidad de resolución de problemas. La terapia conductual también facilita las relaciones interpersonales.
7. **Los medicamentos son un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combinan con el asesoramiento y otras terapias conductuales.** La buprenorfina, la metadona y el levo-alfa-acetyl-metadol (LAAM) ayudan a las personas adictas a los opiáceos a estabilizar sus vidas y a reducir su consumo de drogas. La naltrexona es eficaz para algunos adictos a los opiáceos y para algunos pacientes con dependencia simultánea del alcohol. Los parches o chicles de nicotina, o un medicamento oral, como el bupropion, pueden ayudar a las personas adictas a la nicotina.
8. **Las personas que sufren de adicción o consumen drogas con trastornos mentales coexistentes deben tener ambos trastornos tratados de forma integrada.**
9. **La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento de la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el consumo de drogas a largo plazo.** La desintoxicación médica controla los síntomas agudos de la abstinencia. Para algunos individuos es un precursor del tratamiento eficaz de la adicción a las drogas.
10. **El tratamiento no tiene por qué ser voluntario para ser eficaz.** Las sanciones o los incentivos en la familia, el entorno laboral o el sistema de justicia penal pueden aumentar significativamente la entrada en el tratamiento, la retención y el éxito.
11. **Hay que vigilar continuamente el posible consumo de drogas durante el tratamiento.** La monitorización del consumo de drogas y alcohol del paciente durante el tratamiento, como por ejemplo mediante el análisis de orina, puede ayudar al paciente a resistir los impulsos de consumir drogas. Este control también puede proporcionar pruebas tempranas del consumo de drogas para poder ajustar el tratamiento.
12. **Los programas de tratamiento deben ofrecer una evaluación del VIH/sida, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como asesoramiento para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar los comportamientos que los ponen a ellos o a otros en riesgo de infección.** El asesoramiento puede ayudar a los pacientes a evitar comportamientos de alto riesgo y a las personas que ya están infectadas a controlar su enfermedad.
13. **La recuperación de la adicción a las drogas puede ser un proceso a largo plazo y suele requerir múltiples episodios de tratamiento.** Al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas, pueden producirse recaídas en el consumo de drogas durante o después de episodios de tratamiento exitosos. La participación en programas de autoayuda durante y después del tratamiento suele ayudar a mantener la abstinencia.



CUESTIONES ÉTICAS EN LA PREVENCIÓN

Seis principios éticos para los especialistas en prevención

Los seis principios del Código Ético del Grupo de Expertos de la Prevención guían a los profesionales de la prevención en el desempeño de sus responsabilidades profesionales y expresan los principios básicos de la conducta ética y profesional. Los seis principios son:

1. No discriminación
2. Competencia
3. Integridad
4. Naturaleza de los servicios
5. Confidencialidad
6. Obligaciones éticas para la comunidad y la sociedad

Estos principios ayudan a los profesionales de la prevención a responder adecuadamente a los dilemas éticos, a tomar decisiones acertadas y respetuosas cada día, a crear un clima de respeto y a proteger a las personas que participan en las actividades de prevención y a las que sirven.

Descripción y conceptos clave de cada uno de los seis principios

1. No Discriminación

Los profesionales de la prevención no discriminarán a los beneficiarios de los servicios ni a sus colegas por motivos de raza, etnia, religión, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, nivel educativo, condición económica o médica, o capacidad física o mental.

Conceptos fundamentales:

- Evitar/prevenir la discriminación
- Cumplir con las leyes y reglamentos sobre discriminación
- Promover la competencia cultural

2. Competencia

Los profesionales de la prevención deben dominar el conjunto de conocimientos y competencias de su especialidad en materia de prevención, esforzarse por mejorar continuamente la competencia personal y la calidad de la prestación de servicios, y delegar la responsabilidad profesional de la mejor manera posible.

Conceptos fundamentales:

- Evaluar sus cualificaciones, trabajando dentro de su conjunto de habilidades existentes y sólo dentro del ámbito de la prevención
- Desarrollar sus conocimientos y habilidades
- Utilizar las mejores prácticas de prevención
- Hacer frente a las deficiencias personales
- Hacer frente a la conducta poco ética de los compañeros

3. Integridad

Para mantener y ampliar la confianza del público, los profesionales de la prevención deben desempeñar todas sus responsabilidades con el mayor sentido de la integridad.

Conceptos fundamentales:

- Proporcionar información precisa
- Dar crédito a las ideas, la información y los materiales
- Evitar el engaño
- Apoyar a los compañeros con discapacidades y a los receptores del servicio

4. Naturaleza de los servicios

Las prácticas no deben perjudicar a los beneficiarios de los servicios. Los servicios prestados por los profesionales de la prevención deberán ser respetuosos y no explotadores.

Conceptos fundamentales:

- Participación de la población objetivo en todos los aspectos de la planificación
- Proteger a los participantes de cualquier daño
- Mantener los límites adecuados

Consentimiento informado: El proceso de obtención del consentimiento de los participantes puede comprender y garantizar que los participantes den su consentimiento voluntariamente, sin coacción ni influencia indebida. El consentimiento activo requiere la firma de todos los participantes en un proyecto de investigación y/o sus representantes legales. El consentimiento pasivo requiere la firma sólo de las personas que no aceptan participar en la actividad de investigación y/o de su representante legal.

Consentimiento activo. El consentimiento activo requiere la firma de todos los participantes en un proyecto de investigación y/o de su representación legal.

Consentimiento pasivo El consentimiento pasivo requiere la firma sólo de las personas que no aceptan participar en la actividad de investigación y/o de su representante legal.

5. Confidencialidad

La información confidencial adquirida durante la prestación de los servicios deberá estar protegida contra su divulgación, incluyendo -pero no limitándose a- la divulgación verbal, el mantenimiento no seguro de registros o la grabación de una actividad o presentación sin las debidas autorizaciones.

Conceptos fundamentales:

- Conocer y cumplir las leyes y normas de confidencialidad
- Proteger la información confidencial de su divulgación
- Divulgar información confidencial (cuando un participante da su consentimiento por escrito o en circunstancias atenuantes específicas)

6. Obligaciones éticas para la comunidad y la sociedad

Según sus consecuencias, los profesionales de la prevención deben ser proactivos en materia de políticas públicas y cuestiones legislativas. El bienestar público y el derecho del individuo a los servicios y al bienestar personal deben guiar los trabajos de los profesionales de la prevención para educar al público y a los responsables políticos.

Conceptos fundamentales:

- Abogar por la prevención
- Proteger la salud de los demás
- Promover su propio bienestar

Abogacía vs. Cabildeo: La promoción consiste en actuar para apoyar una idea o causa amplia, mientras que los grupos de presión o cabildeo intentan influir en una legislación específica.

PREPARACION PARA EL EXAMEN

Sobre el Examen de Especialista en Prevención

El examen de especialista en prevención del IC&RC consta de 150 preguntas de opción múltiple, pero sólo 125 cuentan para su puntuación. Para aprobar el examen es necesario responder con éxito a 78 de las 125 preguntas. Tendrá tres horas para completar el examen por ordenador, o 3 horas y media para la versión de lápiz y papel. Escuche las instrucciones del supervisor del examen y lea atentamente las instrucciones del mismo. No podrá hacer preguntas una vez que el examen haya comenzado.

Aunque lleve años en el ámbito de la prevención, es importante que se prepare para este examen. Empiece a estudiar con tiempo, familiarícese con el contenido de la Guía de Estudio y planifique su estrategia para realizar el examen. A continuación, encontrará técnicas para realizar el examen, estrategias de estudio y consejos para el día anterior y el día del examen.

Consejos para Tomar el Examen

Acudir a un examen con un buen conocimiento de las técnicas básicas de examen le ayudará a dar lo mejor de usted. A continuación tiene una muestra de los consejos más comunes para tomar un examen:

- **Escuchar atentamente las indicaciones.**
Escuchar atentamente las instrucciones sobre el examen: ¿Cuánto tiempo se dispone? ¿Cómo se calificará la prueba? ¿Qué consejos se dan, si es que se dan, sobre cuándo adivinar al azar en las preguntas del examen de opción múltiple? ¿Tiene el administrador del examen alguna instrucción especial?
- **Analizar el examen antes de empezar a responder a las preguntas.**
Analizar primero el examen para hacerse una idea de la longitud y la dificultad. El examen se compone de preguntas de opción múltiple, por lo que hay que trabajar en las preguntas en orden y no dedicar demasiado tiempo a una sola pregunta. Está permitido saltar y volver, pero debe recordar el número al que quiere regresar.
- **Comprender la pregunta antes de contestarla.**
Lea atentamente las preguntas antes de responder. En caso de duda, elimine las opciones que sabe que son incorrectas y luego elija una respuesta de las opciones restantes. La respuesta correcta siempre aparece en los exámenes de opción múltiple.
- **Examinar las opciones.**
Lea la pregunta, intente pensar en una respuesta y luego búsquela entre las opciones de respuesta disponibles. Si eso no funciona, por lo menos elimine las opciones que parezcan erróneas antes de adivinar una respuesta. No analice en exceso; si considera que una pregunta es un "truco", es posible que esté pensando demasiado en la pregunta.

- **Revisar su trabajo.**
Revise sus respuestas. El examen no termina hasta que se acaba el tiempo, o al menos hasta que se comprueban todas las respuestas.
- **Mantener la mayor calma posible.**
Manténgase tranquilo y simplemente haga el mejor trabajo que pueda con el tiempo disponible. Mantener la calma lo hará más eficiente mientras responde. Un ejemplo de estrategia para calmarse es estirarse y/o respirar profundamente.

Estrategias para Estudiar

Puede prepararse para el examen de múltiples maneras. Esta guía de estudio es una de ellas, pero hay muchas otras formas de reforzar su dominio de los temas del examen de Especialista en Prevención. A continuación, se ofrecen varias sugerencias.

Marque su calendario. En cuanto elija la fecha del examen, márquela en su calendario. Planifique un horario de estudio en función del número de días que faltan para el examen.

Póngase a prueba. Tome un examen de práctica para descubrir lo que sabe y lo que necesita estudiar. Busque un examen de práctica que sea similar al que va a tomar.

Trabaje en sus puntos débiles. Repase las materias en las que está más deficiente. Si ciertos tipos de preguntas le suponen un problema, concéntrese para comprenderlos mejor.

Asuma un compromiso diario. Reserve un tiempo cada día para estudiar. Crear un tiempo específico para estudiar ayuda a la gestión del tiempo y establece hábitos de estudio predecibles.

Concéntrese en los conceptos clave: Comprender los conceptos clave a lo largo de esta guía de estudio es importante para dominar el examen; sin embargo, no se limite a los términos clave.

Elabore fichas: Utilice las fichas de esta Guía o elabore las suyas propias, y examínese o pida a otros que le examinen.

Estudie con otros: Estudiar en grupo puede ser útil para practicar las preguntas y para repasar la información que pueda resultar poco clara.

Comprenda su estilo de aprendizaje: Algunas personas aprenden mejor leyendo, otras aprenden mejor oyendo y otras aprenden mejor haciendo. Es posible que usted aprenda mejor mediante una combinación de estos estilos.

Si una estrategia de estudio no le funciona, no tenga miedo de probar una estrategia diferente. Encuentre el sistema que le funcione y continúe con él.

La Víspera del Examen y el Día del Examen

Antes del Examen

- *Aliméntese bien.* Una buena nutrición es necesaria para concentrarse y rendir al máximo.
- *Duerma bien.* Aunque puede ser útil repasar el material de estudio el día antes del examen, no se pase la noche en vela. Descanse mucho y ponga el despertador.
- *Lleve el material adecuado.* Reúna todo el material que pueda necesitar la noche anterior al examen. Esto puede incluir lápices, gomas de borrar, bolígrafos, documentos de inscripción, una identificación con foto, un reloj para cronometrar su progreso o cualquier otra cosa que necesite el día del examen. Nota: No se le permitirá llevar material de estudio a la sala de pruebas
- *Llegue temprano.* Procure tener tiempo suficiente para el tráfico, el aparcamiento u otros problemas de transporte que puedan surgir.
- *Siga su rutina normal.* El día de la prueba no es el momento de probar algo diferente

Durante el Examen

- *Lea las instrucciones.* Es importante que siga las instrucciones al pie de la letra. Por ejemplo, algunas preguntas pueden tener más de una respuesta correcta.
- *Revise toda la prueba antes de empezar.* Vea cuántas secciones y qué tipo de preguntas hay en el examen. Determine cuánto tiempo debe dedicar a completar cada sección.
- *Conteste primero las preguntas fáciles.* Hacer esto puede refrescar su memoria sobre datos útiles. También puede encontrar información que le ayude con otras preguntas.
- *Responda a todas las preguntas.* Intente responder a todas las preguntas; no cambie una respuesta a menos que esté seguro de que su primera respuesta es incorrecta.
- *Identifique las palabras clave.* Esto le ayuda a centrarse en la idea principal de las preguntas difíciles.
- *Reformule las preguntas difíciles.* Para entender mejor las preguntas, puede querer reescribirlas con sus propias palabras. Tenga cuidado de no cambiar el significado.
- *Aproveche el tiempo extra para corregir y revisar sus respuestas.*

Los consejos y estrategias arriba mencionadas para la toma de los exámenes fueron adaptadas de las fuentes siguientes: College Board (2015). *El Gran Futuro: Cómo preparar las pruebas de acceso*

Asociado de EMT (2012): *Estudiando para el Éxito: Cómo preparar y aprobar el Examen de Especialista en Prevención del CICR*

EHow Vickie Christensen: *¿Qué hace que un Examen sea Estandarizado?*

SABES *Adventure in Assessment Volumen 16. (2004). Enfoques Centrados en el Aprendizaje para la Valoración y la Evaluación de la Alfabetización de Adultos*

MATERIALES DE PRÁCTICA PARA EL EXAMEN DE PRUEBA

Ejemplos de Preguntas de Examen

Actividad de Práctica: ¿Evaluación de Procesos o de Resultados?

Actividad de Práctica:

U, S o I

Fichas

EJEMPLOS DE PREGUNTAS DE EXAMEN

Utilice los ejemplos de las preguntas que aparecen a continuación para estudiar el examen. La clave de respuestas se encuentra en la página 62.

1. Los datos cualitativos suelen recogerse a través de entrevistas a informadores clave, grupos de discusión, sesiones de escucha y:
 - A. Reuniones Periódicos comunitarias
 - B. Artículos de prensa
 - C. Informes de arresto
 - D. Registros hospitalarios

2. Un programa que ha sido investigado y que ha resultado ser eficaz es el conocido como:
 - A. Universal
 - B. Basado en la evidencia
 - C. Prometedor
 - D. Excelente

3. Un ejemplo de una estrategia de prevención indicada es:
 - A. Programa de Ayuda a los Estudiantes (SAP)
 - B. Campaña en los Medios de Comunicación
 - C. Asambleas Escolares
 - D. Programa de la Norma Social

4. Movilizar a los miembros de la comunidad para que participen en un trabajo de prevención comunitario es un ejemplo de:
 - A. Preparación de la Comunidad
 - B. Priorización de Problemas
 - C. Creación de una Coalición
 - D. Evaluación de las Necesidades de la Comunidad

5. Está planificando utilizar un programa probado y basado en la evidencia, pero se da cuenta de que no es factible implementar todos los componentes del programa. Usted debería:
 - A. No proceder en absoluto con su elección
 - B. Consultar con los desarrolladores del programa para determinar el impacto potencial
 - C. Seguir adelante, ya que la mayoría de los programas pueden modificarse para adaptarse a las circunstancias locales
 - D. Añadir alternativas adicionales para completar los componentes que faltan

6. Un programa de prevención que ha sido designado como de mejores práctica significa:
 - A. Ha sido adaptado por muchos programas de prevención en todo el país
 - B. Refleja las necesidades culturales específicas de la comunidad
 - C. Necesita la participación de un director de programa capacitado y con experiencia
 - D. La investigación y la evaluación han demostrado su eficacia.

7. ¿Cuál de los siguientes es un ejemplo de datos cuantitativos?
 - A. Entrevistas con proveedores de servicios
 - B. Investigación de datos de archivo
 - C. Una encuesta a los directores/personal de los programas de prevención
 - D. Una revisión de los documentos de los programas

8. Una estrategia de prevención dirigida a informar a amplios sectores de la sociedad se conoce como:
 - A. Intervención Universal
 - B. Intervención Selectiva
 - C. Intervención Indicada
 - D. Enfoque de Riesgo y Protección

9. La información recopilada a partir de entrevistas, grupos de discusión y/u observaciones con revisión de documentos para elaborar un informe descriptivo se denomina:
 - A. Datos de Indicadores,
 - B. Datos Cualitativos
 - C. Datos de Resultados
 - D. Datos Cuantitativos

10. Una declaración objetiva:
 - A. Tiene fecha limite, es temporal, específica y mensurable
 - B. Identifica a personas concretas y sus responsabilidades
 - C. Es general e incluyente
 - D. Compara las tareas planificadas con las realizadas

11. Los informantes clave son personas que:
 - A. Representan los cargos de poder en una comunidad
 - B. Son contratados por los evaluadores del programa para supervisar su ejecución
 - C. Van de incógnito para proporcionar a los funcionarios escolares pistas sobre el tráfico de drogas
 - D. Son fuentes de información esenciales en las evaluaciones de necesidades

12. ¿Qué preguntas deben hacerse en el nivel MÁS ALTO de la evaluación de la prevención?
 - A. ¿Cambiaron los comportamientos de toda la comunidad?
 - B. ¿Asistieron regularmente los participantes previstos?

- C. ¿Cambió el comportamiento de los participantes en el programa?
 - D. ¿Cambiaron las actitudes de los participantes o mejoró su autoestima?
13. Después de haber recogido todos los datos para la evaluación de sus necesidades, el mejor paso siguiente sería:
- A. Analizar los datos
 - B. Preparar un informe
 - C. Determinar las necesidades de las partes interesadas
 - D. Redactar recomendaciones
14. Los datos de archivo son:
- A. Información sobre un gran número de personas
 - B. Información contenida en los registros públicos
 - C. Difícil de encontrar
 - D. Obtenidos de las encuestas
15. Una evaluación de procesos:
- A. Se realiza al finalizar el programa
 - B. Se realiza a lo largo de la prestación de los servicios del programa
 - C. Implica la asignación al azar de los participantes
 - D. Implica la recopilación de información de los participantes después de que abandonen el programa
16. Entrevistas a informantes clave como método de recogida de datos:
- A. Eliminan la posibilidad de parcialidad de la información recogida
 - B. Puede hacerlo cualquiera
 - C. Proporcionan información detallada sobre las necesidades de la comunidad
 - D. No toman mucho tiempo
17. La mejor razón para utilizar un método de encuesta pre y post es que este:
- A. Indica si el individuo ha cambiado su comportamiento, actitud, conocimientos o creencias
 - B. Proporciona una oportunidad para que el participante del programa critique el programa
 - C. Es menos costoso y más eficaz que cualquier otro método de evaluación
 - D. Puede procurar información sobre el programa que otros métodos de recopilación de datos no pueden proporcionar
18. Un ejemplo de intervención selectiva es:
- A. Un programa de prevención en el aula para todos los alumnos de séptimo grado de un distrito escolar en una comunidad de alto riesgo
 - B. Un programa basado en habilidades para jóvenes de familias militares que han experimentado muchas transiciones

- C. Un programa abierto a todos los residentes de un pueblo rural organizado por una iglesia local
 - D. Una campaña mediática dirigida a los jóvenes latinos de una ciudad grande
19. ¿Cuál de los siguientes es un ejemplo de factor de riesgo para la salud mental y adicciones?
- A. Capacidad para obtener una atención favorable
 - B. Deseo de obtener
 - C. Supervisión inadecuada
 - D. Ingresos suficientes
20. Un ejemplo de enfoque de la divulgación de información sería:
- A. Hablar con un alumno sobre los peligros de las drogas ilegales
 - B. Campaña en los medios de comunicación sobre la adicción a las metanfetaminas
 - C. Talleres de capacitación para la intervención en los servidores
 - D. Programas de Ayuda a los Estudiantes
21. Se conocen como condiciones que crean resiliencia para amortiguar los efectos negativos, como el abuso de sustancias entre los padres, el bajo compromiso con las escuelas o el entorno de abuso de drogas:
- A. Factores de apoyo
 - B. Factores universales
 - C. Factores de resiliencia
 - D. Factores de protección
22. Un ejemplo de enfoque ambiental basado en la evidencia para la prevención del abuso de sustancias es:
- A. Plan de estudios en la escuela que destaca los riesgos para la comunidad
 - B. Capacitación para la utilización de los servidores
 - C. Programa de atención al abandono escolar
 - D. Ferias de salud comunitarias
23. Una forma de utilizar los medios de comunicación para educar e informar es a través de:
- A. Cursos de habilidades
 - B. Programas extracurriculares
 - C. Reuniones de APF (Asociación de Padres de Familia)
 - D. Editoriales de opinión
24. La actitud y el hábito que MÁS aumenta la sensibilidad cultural es:
- A. Dirigiendo
 - B. Demostración de simpatía
 - C. Mostrando preocupación
 - D. Trabajando conjuntamente

25. Como facilitador en un proceso de planificación comunitaria, ¿cómo conseguiría la participación de la comunidad?
- A. Garantizar el servicio de comida en el evento de planificación
 - B. Conseguir que se publique un anuncio en el periódico local
 - C. Involucrar a los miembros de la comunidad en el proceso de planificación
 - D. Presentar el plan del programa finalizado a los líderes de la comunidad
26. Para aumentar la participación de la comunidad diversa en una coalición, debe:
- A. Presencia en los eventos de toda la comunidad
 - B. Distribuir folletos en los idiomas de los residentes de la comunidad
 - C. Utilizar los actos públicos (por ejemplo, las ferias) para dar a conocer sus necesidades
 - D. Dirigirse directamente a la comunidad de interés y reclutar miembros potenciales
27. Los especialistas en prevención que facilitan las coaliciones comunitarias de prevención deben adaptar su estilo de facilitación a la mezcla de estatutos, reglas básicas, personas y grupos del grupo y:
- A. Consultores
 - B. Financiación
 - C. Historia
 - D. Estrategias
28. Al facilitar una coalición comunitaria o un grupo de planificación, el especialista en prevención debe evitar:
- A. Escuchar y observar
 - B. Gestión de conflictos
 - C. Fomentar la participación
 - D. Introducir opiniones personales
29. ¿Cuál de las siguientes se clasifica como droga depresiva?
- A. Alcohol
 - B. Oxicodona
 - C. Marihuana
 - D. Metanfetamina
30. Los materiales que no tienen derechos de autor se consideran:
- A. Disponibles
 - B. Mínimamente creativos
 - C. Originales
 - D. De dominio público
31. ¿Qué es una campaña de marketing social?
- A. Una técnica de prevención ambiental que dirige el comportamiento a través del boca a boca

- B. Un tipo de estrategia de prevención que permite elegir por votación popular la mejor manera de reducir el consumo en una comunidad
 - C. La aplicación de las tecnologías de mercadeo marketing comercial a los programas de prevención para mejorar el bienestar personal y el de la sociedad
 - D. Un programa de prevención ambiental que se dirige a eventos y reuniones como lugares para transmitir sus mensajes
32. Los profesionales de la prevención deben determinar qué factores ayudaron a explicar por qué las personas comienzan a tener conductas problemáticas. En los niveles más básicos estos factores son:
- A. Escuelas y comunidades
 - B. Familia y compañeros
 - C. Individuos y familia
 - D. Riesgo y protección
33. Las campañas de prevención en los medios de comunicación suelen tener como objetivo:
- A. Educar al público
 - B. Fomentar la legislación de apoyo a la prevención
 - C. Reclutar voluntarios
 - D. Cambiar el comportamiento de las personas
34. El proceso continuo de atención del Instituto de Medicina (IOM) define tres tipos de enfoques de prevención. Uno de los enfoques del IOM es:
- A. Indicado
 - B. Hijos de Padres que abusan de las drogas
 - C. Comportamientos de alto riesgo
 - D. Trastornos por consumo de sustancias
35. El objetivo principal de crear un modelo lógico es:
- A. Identificar las herramientas de evaluación
 - B. Aumentar la participación de la comunidad
 - C. Determinar las pautas de personal adecuadas
 - D. Conectar los objetivos, las estrategias y los resultados
36. Si su coalición comunitaria no cuenta con la participación de una comunidad específica, debería:
- A. Acudir a los grupos que se han ofrecido a servir en su coalición
 - B. Asistir a un evento patrocinado por la comunidad de enfoque
 - C. Esperar a que la coalición haya finalizado su trabajo
 - D. Haga que los miembros de la coalición vayan a esa comunidad y les pidan que participen
37. Una declaración de metas :
- A. Proporciona el propósito general, la dirección y los resultados deseados
 - B. Especifica qué y cuándo se debe realizar algo
 - C. Identifica quién hará todas las tareas

- D. Es lo mismo que una declaración de misión
38. Había un problema de consumo de alcohol en menores en la comunidad. Para abordar el problema del consumo de alcohol por parte de los menores se utilizó la aplicación de las leyes sobre la edad mínima de compra de alcohol y tabaco mediante operaciones de compra encubiertas. ¿Qué tipo de estrategia de prevención se utilizó?
- A. Alternativas al consumo de drogas
 - B. Difusión de información
 - C. Educación preventiva
 - D. Enfoque medioambiental
39. Los grupos de consulta se utilizan para reunir a las personas:
- A. Con características comunes para la aplicación de los programas
 - B. De orígenes diversos para discutir una variedad de temas
 - C. Para evaluar tipos de materiales de programas propuestos
 - D. Con perspectivas comunes que se relacionan con un tema específico
40. Una persona que ha sido designada por los miembros del grupo para encargarse del proceso de la reunión se conoce como el:
- A. Presidente
 - B. Líder de la junta
 - C. Facilitador
 - D. Defensor
41. El primer paso para desarrollar un plan integral de prevención comunitaria es:
- A. Evaluación de la preparación
 - B. Creación de capacidades
 - C. Planificación
 - D. Implementación
42. Antes de trabajar en una comunidad para poner en práctica programas de prevención, ¿cuál es un paso previo importante?
- A. Aprender toda la información posible sobre la comunidad
 - B. Evaluar los trabajos de programación actuales de la comunidad
 - C. Informar a los miembros de la comunidad de las mejores estrategias para ayudarles
 - D. Seleccionar el tipo de programa que se quiere implantar
43. ¿Cuándo es apropiado involucrar a los miembros de la comunidad en el proceso de evaluación del programa?
- A. Durante la parte de diseño de la evaluación, pero no sólo en la parte de recogida de datos
 - B. Sólo para la recogida de datos, ya que pueden utilizar sus contactos en la comunidad
 - C. Durante todo el proceso
 - D. En absoluto, ya que su presencia puede sesgar los resultados de la evaluación

44. La sobrecarga de información es un obstáculo para la escucha efectiva porque:
- El receptor recibe demasiado contenido a la vez
 - El miembro de la audiencia no tiene la oportunidad de responder
 - El receptor se ve obligado a escuchar al orador durante demasiado tiempo
 - El miembro de la audiencia no puede hablar con sus compañeros sobre lo que está aprendiendo
45. ¿Qué es lo que mejor define el papel de un facilitador?
- Alguien que establece el lugar de la reunión, incluyendo la decisión del lugar y la hora
 - Alguien que supervisa el proceso de la reunión
 - Alguien que redacte el acta de una reunión y la distribuya a todos los miembros
 - Alguien que se asegure de que se fije una fecha de seguimiento de la reunión al final de la misma
46. ¿Qué describiría mejor a una comunidad que niega un problema de abuso de sustancias?
- La comunidad puede reconocer que el abuso de sustancias es un problema en general, pero no reconoce que sea un problema para ellos específicamente.
 - La comunidad no es consciente de que el abuso de sustancias es un problema.
 - La comunidad no tiene liderazgo para hacer algo sobre el problema.
 - La comunidad puede reconocer que el abuso de sustancias existe en su comunidad, pero no lo ve como un problema.
47. La coalición comunitaria aboga por una ordenanza que prohíba la venta de alcohol en el festival familiar anual de otoño. Este es un ejemplo de:
- Una estrategia de actividad alternativa
 - Una estrategia de intervención familiar
 - Una estrategia ambiental
 - Una estrategia de aplicación de la ley
48. ¿Cuál de los siguientes trabajos de recopilación de datos puede realizarse para determinar las normas de una comunidad?
- Discusiones informales tras la reunión
 - Informes de las clases de salud
 - Grupos de discusión
 - Asistencia a un evento
49. ¿Qué es el mercadeo de las normas sociales?
- La teoría de que el mercadeo es una forma normal de transmitir información.
 - Cómo la gente se fija en los medios de comunicación para conocer a sus semejantes
 - Transmitir la idea de que la mayoría de la gente practica comportamientos saludables.
 - Mostrar lo anormal que es la sobriedad en los campus universitarios.

50. Un especialista en prevención imparte clases de habilidades para la vida en una escuela local. El director les pide que dirijan sesiones de terapia de grupo para hijos de alcohólicos mientras el orientador está de baja. El especialista en prevención debe:
- A. Negarse respetuosamente
 - B. Aceptar el reto
 - C. Ofrecerse para co-facilitar
 - D. Aceptar, pero dar clases de habilidades para la vida en lugar de terapia.
51. Las estrategias que tienen como objetivo mejorar la capacidad de los individuos para desarrollar la competencia, un sentido positivo de la autoestima, el dominio, el bienestar, la inclusión social, y fortalecer su capacidad para hacer frente a la adversidad son:
- A. Entrevistas de promoción de la salud mental
 - B. Intervenciones preventivas universales
 - C. Intervenciones preventivas selectivas
 - D. Intervenciones preventivas indicadas
52. ¿Cuál es el principio ético más esencial que guía el trabajo de prevención?
- A. No fomentar nunca el consumo de sustancias
 - B. Tomar todas las oportunidades para difundir el mensaje de prevención
 - C. No hacer daño
 - D. Predicar con el ejemplo
53. En el trabajo de prevención, cuando las opiniones personales de un especialista en prevención difieren de las de un miembro de la coalición sobre un tema relevante, ¿cuál es la mejor manera de abordar el tema?
- A. Utilizar la posición de autoridad para intentar influenciar en el socio
 - B. Reconocer internamente la diferencia entre los puntos de vista personales y mantener la profesionalidad en todo momento
 - C. Comunicar al afiliado que no se puede seguir trabajando con él
 - D. Lograr un compromiso entre las dos posiciones
54. Tratar por igual a todas las comunidades en las que se prestan servicios, independientemente de su cultura, es un ejemplo de:
- A. Competencia cultural
 - B. Humildad cultural
 - C. Ceguera cultural
 - D. Sensibilidad cultural

Las respuestas pueden encontrarse en la página siguiente.

Respuestas a las preguntas de ejemplo:

- | | |
|--------------|--------------|
| 1. A | |
| 2. B | |
| 3. A | |
| 4. C | |
| 5. B | |
| 6. D | |
| 7. C | |
| 8. A | |
| 9. B | |
| 10. A | |
| 11. D | |
| 12. A | |
| 13. A | |
| 14. B | |
| 15. B | |
| 16. C | |
| 17. A | |
| 18. B | |
| 19. C | |
| 20. B | |
| 21. D | |
| 22. B | |
| 23. D | |
| 24. D | |
| 25. C | |
| 26. D | |
| 27. C | |
| 28. D | |
| | 29. A |
| | 30. D |
| | 31. C |
| | 32. D |
| | 33. A |
| | 34. A |
| | 35. D |
| | 36. D |
| | 37. A |
| | 38. D |
| | 39. D |
| | 40. C |
| | 41. A |
| | 42. A |
| | 43. C |
| | 44. A |
| | 45. B |
| | 46. A |
| | 47. C |
| | 48. C |
| | 49. C |
| | 50. A |
| | 51. A |
| | 52. C |
| | 53. B |
| | 54. C |

Respuestas a las preguntas de ejemplo explicadas:

1. A: Los datos cualitativos son información subjetiva sobre un tema o asunto que no se puede medir. Los datos cualitativos suelen presentarse con palabras. Las fuentes de datos cualitativos incluyen historias, entrevistas a informantes clave, testimonios y grupos de discusión. Los datos cualitativos se obtienen de personas y/o comunidades, normalmente en persona y/o por teléfono. Los datos se recopilan, se comunican y se utilizan para ilustrar las perspectivas específicas de la comunidad y/o la población, por ejemplo, el cómo y el porqué.
2. B: Los programas basados en la evidencia han sido investigados y analizados de forma metódica y han resultado ser eficaces.
3. A: El Instituto de Medicina (IOM) describe una estrategia de prevención indicada como una estrategia que se centra en una persona y/o grupo que ha participado en un comportamiento de riesgo identificado. La clave es el nivel de riesgo de la persona y/o grupo. Los programas de asistencia a los estudiantes suelen centrarse en los jóvenes que han mostrado comportamientos de riesgo.
4. C: La movilización comunitaria implica a todos los sectores de la población en un trabajo de toda la comunidad para abordar un problema sanitario, social o medioambiental. Reúne a responsables políticos, líderes de opinión, gobiernos locales, estatales y federales, grupos profesionales, grupos religiosos, empresas y miembros individuales de la comunidad. La movilización de la comunidad capacita a los individuos y grupos para tomar algún tipo de acción que facilite el cambio. Una estrategia común de movilización comunitaria es la creación y el desarrollo de coaliciones.
5. B: La adaptación de un programa basado en la evidencia requiere la consulta y la aprobación del desarrollador para garantizar la precisión programática y determinar si las adaptaciones afectarán a la eficacia del programa.
6. D: Las mejores prácticas en materia de prevención se refieren a un conjunto de actividades de prevención cuya eficacia ha sido demostrada por las investigaciones de evaluación.
7. C: Los datos cuantitativos proporcionan información sobre cantidades, es decir, información que puede medirse y escribirse con números. Las fuentes de datos cuantitativos incluyen el recuento, las listas de control, las encuestas y el análisis de estadísticas.
8. A: El Instituto de Medicina (IOM) define una estrategia/enfoque de prevención universal como centrada en un grupo amplio, independientemente de la participación en un factor de riesgo identificado, el entorno, los factores biológicos u otros factores externos.
9. B: Los datos cualitativos proporcionan información sobre las cualidades; información que no se puede medir realmente. Los datos cualitativos suelen presentarse con palabras. Las fuentes de

datos cualitativos son las entrevistas a informadores clave, los estudios de casos, los testimonios y los grupos de discusión.

10. A: Los enunciados de los objetivos proporcionan una descripción de los fines específicos que se desean alcanzar mediante la aplicación de un modelo, plan o programa. Los enunciados de los objetivos deben ser específicos, medibles, alcanzables, relevantes/realistas y con un plazo determinado (SMART).
11. D: Los informantes clave son personas que tienen conocimientos especializados sobre un tema que usted desea comprender y pueden transmitirle esos conocimientos. Los informantes clave son un componente necesario de un proceso de evaluación de necesidades.
12. A: Evaluar el éxito sólo a nivel de los participantes no es el nivel más alto al que podemos evaluar un programa. El objetivo final, o el nivel más alto, es el impacto en toda la comunidad, más allá de las personas a las que llega directamente una intervención específica.
13. A: El proceso de evaluación de necesidades ayuda a definir las necesidades, motivaciones y comportamientos de la comunidad: qué hacen, cómo lo hacen y por qué. Los pasos de una evaluación de necesidades incluyen: la formulación de preguntas de evaluación de necesidades, la revisión de las fuentes de datos existentes, la recopilación de nuevos datos, el análisis de los datos, la presentación de los resultados y el uso de los resultados.
14. B: Los datos de archivo son los que se recogen y almacenan antes del inicio de un estudio de investigación y que los organismos gubernamentales y las instituciones académicas ponen a disposición del público.
15. B: La evaluación del proceso examina cómo se realizan las actividades del programa. Ayuda a los profesionales a determinar el grado de ejecución de una intervención según lo previsto y el grado en que llegó a los participantes previstos. La evaluación del proceso tiene que ver con la propia intervención y responde a la pregunta: ¿Hemos hecho lo que dijimos que debíamos hacer? Se recoge a lo largo de la ejecución del programa.
16. C: Las entrevistas a informantes clave son conversaciones estructuradas con personas (partes interesadas) que tienen conocimientos especializados y/o interés en la población y/o el área de contenido, y proporcionan información en profundidad sobre una población o comunidad de interés.
17. A: Los métodos de *encuesta pre-post* son un estilo de encuesta en el que los encuestados responden a una serie de preguntas antes y después de completar un programa o tarea. Las respuestas de estos dos conjuntos idénticos de preguntas se comparan para medir el crecimiento en la comprensión y la eficacia del programa y para medir si los individuos han cambiado su comportamiento, actitud, creencia y/o conocimiento.

18. B: Las intervenciones selectivas se centran en las personas o en un subgrupo de población cuyo riesgo de desarrollar trastornos mentales y/o trastornos por uso de sustancias es superior a la media, antes del diagnóstico de un trastorno, pero que todavía no han incurrido en el comportamiento de riesgo por sí mismos. Las intervenciones selectivas se dirigen a factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales que son más prominentes entre los grupos de alto riesgo que entre la población en general. Algunos ejemplos son: la educación preventiva para las nuevas familias inmigrantes que viven en la pobreza con niños pequeños, los grupos de apoyo entre iguales para personas con antecedentes familiares de enfermedad mental y/o abuso de sustancias.
19. C: Los factores de riesgo son características a nivel biológico, psicológico, familiar, comunitario o cultural que preceden y se asocian a una mayor probabilidad de resultados problemáticos. La negligencia de los padres y/o la falta de supervisión adecuada son ejemplos de factores de riesgo para las personas.
20. B: La divulgación de información es un método por el que se da a conocer a grupos específicos de personas datos, políticas, decisiones e ideas importantes que son de especial relevancia para ellos, por ejemplo, campañas en los medios de comunicación o ferias de salud comunitarias.
21. D: Los factores de protección dentro de la familia y la comunidad ayudan a promover la resiliencia, combatiendo los comportamientos problemáticos.
22. B: Un enfoque/estrategia ambiental es una estrategia de prevención destinada a modificar los entornos culturales, sociales, físicos y económicos inmediatos en los que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas u otros comportamientos de riesgo. Algunos ejemplos son los cambios de política, las campañas en los medios sociales.
23. D: Los medios de comunicación están diseñados para llegar a la mayor población posible. Los editoriales de opinión son una de las estrategias de los medios de comunicación para llegar a una amplia audiencia.
24. D: Para involucrar a diversas comunidades y demostrar sensibilidad cultural, los proveedores de prevención deben trabajar directamente, en colaboración y junto a la comunidad en cuestión. La colaboración reduce la exclusión y garantiza que las iniciativas de prevención sean adecuadas para una población diversa.
25. C: La participación de la comunidad en el proceso de planificación, en lugar de informarla a posteriori, sienta las bases de la apropiación y la aceptación por parte de la comunidad, y ayuda a garantizar que las intervenciones seleccionadas sean culturalmente adecuadas.
26. D: Las estrategias para aumentar la participación de comunidades o coaliciones diversas requieren un acercamiento a la comunidad de enfoque. Acudir de manera proactiva a la comunidad, o ir a su "mesa" para comprometerse y reclutar aumenta la probabilidad de identificar lo que la coalición puede proporcionar y lo que la comunidad de enfoque puede

aportar a la coalición. Las otras opciones enumeradas son enfoques pasivos, no activos, que tienen menos probabilidades de alcanzar el objetivo.

27. C: Al facilitar una coalición, el especialista en prevención debe tener en cuenta la historia del grupo, además de los estatutos existentes, las normas básicas y la composición de la coalición. Es esencial que, como facilitador, el especialista en prevención comprenda la cultura de un grupo y cómo ha funcionado en el pasado.
28. D: La definición de facilitar es "hacer fácil" o "facilitar un proceso". Un facilitador planifica, guía y gestiona un grupo para asegurarse de que los objetivos del grupo se cumplen de forma eficaz, con una idea clara, una buena participación y la plena aceptación de todos los implicados. El facilitador se centra en guiar el proceso del grupo, no en controlarlo. Por lo tanto, no debe introducir opiniones personales ni prejuicios.
29. A: El alcohol es un depresor (droga). Los depresores tienen un efecto supresor sobre el sistema nervioso, lo que provoca una función cerebral lenta, un pulso y una respiración más lentos, una bajada de la tensión arterial, poca concentración, confusión, fatiga, mareos, dificultad para hablar, lentitud, desorientación, falta de coordinación y otros efectos. También se conocen comúnmente como "*downers*". La Oxidona es un narcótico. La marihuana no suele estar clasificada. La Metanfetamina es un estimulante. (Véase la tabla del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA)).
30. D: Un derecho de autor es el derecho legal exclusivo que se otorga a un autor o a un cesionario para imprimir, publicar, interpretar, filmar o grabar material literario, artístico o musical, y para autorizar a otros a hacer lo mismo. El dominio público es el estado de pertenecer o estar disponible para el público en general, y por lo tanto no está sujeto a derechos de autor.
31. C: Las campañas de mercadeo social son campañas de mercadeo que pretenden contribuir al bien general de la sociedad empleando técnicas de mercadeo comercial para objetivos no comerciales, por ejemplo, mensajes de prevención para mejorar el bienestar personal y comunitario.
32. D: Los factores más básicos que deben identificar los especialistas en prevención son los factores de riesgo y de protección. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden darse a nivel biológico, psicológico, familiar, comunitario o cultural. Los factores de riesgo se asocian con una mayor probabilidad de resultados problemáticos, y los factores de protección se asocian con una menor probabilidad de resultados problemáticos.
33. A: Las campañas en los medios de comunicación son una serie planificada de artículos de prensa, entrevistas de televisión, etc. que pretenden alcanzar un objetivo concreto, como la educación, la persuasión o el marketing para el público o una amplia audiencia.
34. A: El Instituto de Medicina (IOM), en el proceso continuo de atención, conceptualiza la prevención de tres maneras principales: La prevención universal incluye estrategias que se

aplican a poblaciones amplias sin tener en cuenta las diferencias individuales de riesgo de abuso de sustancias. La prevención selectiva incluye programas y prácticas que se aplican a subgrupos de individuos identificados sobre la base de su pertenencia a un grupo que tiene un riesgo elevado de desarrollar problemas de abuso de sustancias. Por último, la prevención indicada se centra en la capacidad de diseñar intervenciones para abordar conductas de riesgo específicas en individuos que ya las practican pero que no han sido diagnosticados clínicamente.

35. D: Un Modelo Lógico es una herramienta visual destinada a comunicar la lógica o el fundamento de un programa o proceso. Al igual que una hoja de ruta, su objetivo es mostrar, de la forma más clara y con pocas palabras posibles, dónde se está, a dónde se va y cómo se va a llegar. En concreto, los modelos lógicos ofrecen una forma de describir las relaciones entre los objetivos, las estrategias y los resultados previstos.
36. D: La implicación de una comunidad enfocada tiene más éxito cuando los proveedores de prevención son capaces de demostrar cómo pueden beneficiarse de la participación en los trabajos de prevención y cómo pueden contribuir. Ir a la comunidad de enfoque, ilustra la voluntad de conocer a la comunidad donde están y muestra una inversión en su trabajo.
37. A: Una declaración de objetivos es una descripción del propósito, la dirección y el resultado que se pretende alcanzar mediante la aplicación de un modelo, plan o programa.
38. C: Las estrategias de prevención ambiental incluyen políticas/ordenanzas, programas de aplicación y prácticas que promueven el bienestar de las personas y reducen el consumo y los problemas asociados con el uso, el mal uso o el uso del alcohol, el tabaco y otras drogas.
39. D: Un grupo de discusión es un grupo de personas que participa en un debate guiado sobre un tema concreto antes de la implementación del programa, o que proporciona una visión de un tema de interés concreto para obtener una perspectiva amplia sobre ese tema.
40. C: Un facilitador planifica, orienta y gestiona un grupo y su proceso para garantizar que los objetivos del grupo se cumplan de forma eficaz, con una idea clara, una buena participación y la plena aceptación de todos los implicados.
41. A: El primer paso para desarrollar una estrategia de prevención es evaluar la preparación de la comunidad. Una evaluación de la preparación permite a los especialistas en prevención adaptar los programas a las necesidades identificadas por la comunidad y evaluar la capacidad y la voluntad de ésta de participar.
42. A: Para trabajar eficazmente con una comunidad, los proveedores de prevención deben conocer y comprender la comunidad y sus necesidades. Un paso importante e inicial es aprender todo lo posible sobre la comunidad, incluyendo, pero no limitándose a: su historia, el proceso de toma de decisiones, los principales interesados, las normas de la comunidad y las actitudes sobre los comportamientos problemáticos.

43. C: Los miembros de la comunidad deben participar en la evaluación a lo largo de la implementación de un programa para garantizar su adecuación y relevancia cultural. Los programas deben recopilar datos sobre el proceso y los resultados para la población y/o la comunidad en cuestión.
44. A: Una técnica de comunicación eficaz es evitar la sobrecarga de información. Si los individuos o las comunidades reciben demasiada información, pueden tender a poner una barrera porque la cantidad de información llega tan rápido que pueden tener dificultades para interpretar esa información.
45. B: Un facilitador es alguien que asiste y supervisa a un grupo de personas, comprende sus objetivos comunes y les ayuda a planificar como alcanzarlos. Al hacerlo, el facilitador se mantiene neutral, lo que significa que no toma una posición concreta en el debate.
46. A: El Modelo de Resistencia Comunitaria define nueve etapas de preparación. La etapa 2 es la de negación/resistencia, en la que la comunidad reconoce en cierta medida el problema, pero niega que sea una cuestión local o cree que no puede abordarse. Las comunidades en la etapa 1 (tolerancia/sin conocimiento), generalmente no reconocen el uso de sustancias como un problema en absoluto o pueden reconocer que el uso de sustancias existe en su comunidad, pero no lo ven como un problema. Las comunidades en la etapa 3 tienen una vaga conciencia del problema, pero no tienen liderazgo para abordarlo.
47. C: Un enfoque/estrategia ambiental es una estrategia de prevención destinada a modificar los entornos culturales, sociales, físicos y económicos inmediatos en los que las personas toman sus decisiones sobre el consumo de drogas u otros comportamientos de riesgo. Algunos ejemplos son los cambios de política, las campañas en los medios sociales y la aplicación de la ley.
48. C: Una de las técnicas para evaluar las normas comunitarias son las estrategias de recopilación de datos cualitativos, como los grupos de discusión, con el fin de comprender lo que valoran las comunidades específicas y cómo responder a la situación.
49. C: El mercadeo de normas sociales está diseñado para influir en las normas sociales, que son reglas de comportamiento que se consideran aceptables en un grupo o sociedad. Las estrategias de mercadeo de normas sociales implican la configuración de lo que se considera "normal" para producir un cambio en las opiniones o prácticas de una población. "La mayoría de los adolescentes utilizan un conductor designado cuando consumen alcohol" es un ejemplo de mensaje de mercadeo de normas sociales.
50. A: Proporcionar terapia de cualquier tipo está fuera del ámbito de trabajo de un profesional de la prevención, tenga o no la capacitación o las credenciales para hacerlo. Cuando se actúa como especialista en prevención, sólo se deben prestar servicios de prevención. La terapia es una estrategia de tratamiento.

51. A: La intervención de promoción de la salud mental es el proceso de aumentar la capacidad de las personas y las comunidades para tomar el control de sus vidas y mejorar su salud mental. Las estrategias incluyen: promover la competencia de la persona, la autoestima positiva y la autovaloración, el aumento de la inclusión social y la capacidad de manejar los factores de estrés y otras dificultades.
52. A: El principio fundamental que guía todos los códigos éticos relacionados con los servicios humanos, incluida la prevención, es el de no hacer daño a las personas a las que servimos. Las otras opciones enumeradas, aunque importantes, se derivan en realidad de este principio primordial.
53. B: Cuando las opiniones personales de los especialistas en prevención difieren de las de los miembros de la coalición sobre un tema relevante, estos deberán reconocer internamente la diferencia entre los puntos de vista personales y su función profesional y mantener su profesionalismo en todo momento. El papel del especialista en prevención es facilitar el debate, proporcionar información actualizada sobre el tema y garantizar que se produzcan resultados en la reunión. No se trata de tomar una posición o postura sobre un tema ni de convencer al grupo de un punto de vista. El facilitador no es responsable de identificar una solución o compromiso, algo que deberá provenir de los miembros del grupo.
54. C: La ceguera cultural es una filosofía expresada de ver y tratar a todas las personas como si fueran iguales y no tener en cuenta los distintos enfoques en la prestación de servicios de prevención que apoyan y reconocen las diferencias culturales y los puntos fuertes.

ACTIVIDAD DE PRÁCTICA: ¿EVALUACIÓN DE PROCESOS O DE RESULTADOS?

Instrucciones: Revise cada una de las preguntas de evaluación que aparecen a continuación y decida si se trata de una pregunta de evaluación de procesos o de resultados. Marque la casilla correspondiente.

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN	PROCESO	RESULTADO
1. ¿A cuántos individuos/grupos sirvió la intervención?		
2. ¿En qué medida la intervención permitió mejorar la capacidad de superación de los participantes?		
3. ¿En qué medida se ha ejecutado completamente la intervención, tal y como estaba previsto?		
4. ¿Cuántos jóvenes participantes consumieron alcohol un año después de finalizar la intervención?		
5. ¿Hasta qué punto la intervención condujo a un cambio en las actitudes de los participantes hacia los efectos nocivos del consumo de tabaco?		
6. ¿Cuántos estudiantes que fueron remitidos a la intervención participaron realmente?		
7. ¿Qué adaptaciones culturales se hicieron en la intervención?		
8. ¿Las personas expuestas a la intervención eran representativas de la población a la que iba dirigida la intervención?		
9. ¿Cómo se utilizan los resultados de la evaluación preliminar para mejorar la intervención?		
10. Después de la intervención, ¿las personas expuestas tenían más convicciones normativas positivas en comparación con las no expuestas?		

Fuente: *SAPST Hoja de Trabajo 4.8: Versión Noviembre 2012 -SAMHSA Referencia #277-08-0218*

Clave de Respuestas

1. Proceso
2. Resultado
3. Proceso
4. Resultado
5. Resultado
6. Proceso
7. Proceso
8. Proceso
9. Proceso
10. Resultado

ACTIVIDAD DE PRÁCTICA. U, S o I

Instrucciones: Asigne la clasificación adecuada **-universal, selectiva o indicada-** a cada uno de estos ejemplos.

	UNIVERSAL	SELECTIVA	INDICADA
1. Grupos de apoyo para adultos con antecedentes familiares de enfermedades mentales			
2. Leyes que endurecen las penas por suministrar alcohol a menores			
3. Programas para familias en transición			
4. Campaña de normalización social para disminuir las normas favorables al consumo de marihuana			
5. Programas escolares de prevención del consumo de alcohol para jóvenes implicados en el sistema judicial de menores			
6. Programas de tutoría para hijos de padres encarcelados			
7. Un programa de educación para personas mayores que han experimentado problemas relacionados con las interacciones entre el alcohol y los medicamentos recetados			
8. Un programa de prevención para todos los estudiantes de secundaria de una comunidad			
9. Políticas del campus universitario sobre el alcohol			
10. Programas para personas detenidas por conducir bajo los efectos del alcohol			

TARJETAS DIDÁCTICAS

Utilizar lo siguiente como tarjetas didácticas. Cubrir las respuestas con una hoja de papel y utilizarlas como herramientas de estudio.

<p>¿Qué es la salud mental?</p>	<p>El estado mental/emocional y/o elecciones y acciones que afectan al bienestar.</p>
--	---

<p>¿Qué es un factor de riesgo?</p>	<p>Una característica a nivel biológico, psicológico, familiar, comunitario o cultural que precede y se asocia con una mayor probabilidad de resultados problemáticos</p>
--	---

<p>¿Qué es un factor de protección?</p>	<p>Una característica a nivel biológico, psicológico, familiar, comunitario o cultural que precede y se asocia con una menor probabilidad de resultados problemáticos.</p>
--	--

<p>¿Qué son los datos cualitativos?</p>	<p>Los datos cualitativos son información sobre cualidades; información que no se puede medir realmente. Los datos cualitativos suelen presentarse con palabras. Las fuentes de datos cualitativos incluyen historias, estudios de casos, testimonios y grupos de discusión.</p>
<p>¿Qué son los datos cuantitativos?</p>	<p>Los datos cuantitativos son información sobre cantidades; es decir, información que puede medirse y escribirse con números.</p> <p>Las fuentes de datos cuantitativos incluyen el conteo, las listas de control, las encuestas y el análisis de estadísticas.</p>
<p>¿Cuáles son los cinco elementos de la cultura?</p>	<p>Elementos de la cultura: normas, valores, creencias, símbolos y prácticas</p>

<p>¿Qué es la epidemiología?</p>	<p>La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de la salud y el bienestar de las poblaciones. En el campo de la prevención de la salud conductual, los epidemiólogos estudian los patrones de uso y abuso y los factores asociados con un mayor o menor riesgo de desarrollar problemas de uso de sustancias.</p>
<p>¿Qué es la sostenibilidad?</p>	<p>La capacidad o probabilidad de que un programa o actividad de la coalición continúe durante un período de tiempo.</p>
<p>¿Qué es la precisión del programa?</p>	<p>La precisión se produce cuando un programa se implementa con las mismas especificaciones que el programa original.</p>

<p>¿Qué es la confidencialidad en el contexto de la prevención?</p>	<p>Mantener segura y secreta para los demás, la información proporcionada por o sobre un individuo en el transcurso de una relación profesional</p>
<p>¿Qué es la farmacología?</p>	<p>La ciencia o el estudio de las drogas, incluyendo su composición, usos y efectos sobre los organismos vivos.</p>
<p>¿Cuáles son las tres áreas clave para desarrollar la capacidad?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprometerse y establecer relaciones con las partes interesadas, 2. Fortalecer grupos de colaboración, 3. Aumentar la conciencia de la comunidad

<p>¿Cuáles son los cinco niveles de participación de las partes interesadas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No hay participación 2. Creación de redes 3. Cooperación, 4. Coordinación, 5. Colaboración
<p>¿Qué debe tener en cuenta un especialista en prevención a la hora de seleccionar las intervenciones?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eficacia, 2. Concordancia conceptual, 3. Concordancia práctica
<p>¿Cuáles son los componentes del proceso continuo de atención del Instituto de Medicina?</p>	<p>Promoción: Prevención: <i>Universal, Selectiva, Indicada;</i> Tratamiento: <i>Atención al cliente, Identificación, Tratamiento Estándar;</i> <i>y Mantenimiento:</i> A largo plazo: <i>Tratamiento, Cuidados Posteriores y Rehabilitación</i></p>

<p>¿Qué son las intervenciones de prevención universal?</p>	<p>Las intervenciones de prevención universal son intervenciones que toman el enfoque más amplio y se centran en el público en general o en cualquier población no identificada en función del riesgo.</p>
<p>¿Qué es la prevención selectiva?</p>	<p>Las intervenciones de prevención selectiva son aquellas que se centran en individuos o subgrupos cuyo riesgo de desarrollar trastornos de salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias son significativamente más alto debido al riesgo biológico, psicológicos y/o sociales.</p>
<p>¿Qué son las intervenciones de prevención indicadas?</p>	<p>Las intervenciones de prevención indicadas se centran en los individuos de mayor riesgo que se identifican con signos y/o síntomas o comportamientos que presagian un trastorno mental, emocional y/o de consumo de sustancias.</p>

<p>¿Qué es una evaluación?</p>	<p>La recopilación y el examen sistemáticos de datos relacionados con el abuso de sustancias y la problemática asociada, así como las consecuencias en la comunidad. Identifica los problemas; las poblaciones más afectadas; y las condiciones que ponen en riesgo a la comunidad, y las que pueden proteger contra los problemas identificados.</p>
<p>¿Qué son los métodos de evaluación?</p>	<p>La forma de recoger la información o los datos de la evaluación.</p>
<p>¿Qué significa la defensa de los medios de comunicación?</p>	<p>La utilización estratégica de los medios de comunicación para promocionar una iniciativa social y/o iniciativa política</p>

Utilizar estas tarjetas en blanco para hacer sus propias tarjetas.

Utilizar estas tarjetas en blanco para hacer sus propias tarjetas

Utilizar estas tarjetas en blanco para hacer sus propias tarjetas

MATERIALES DE REFERENCIA

1. Acrónimos Comunes
2. Glosario
3. Tabla de Drogas NIDA
4. Lista de Referencias

ACRÓNIMOS

AMA	Asociación Médica Estadounidense
AOD	Alcohol y otras drogas
APA	Asociación Americana de Psicología
APHA	Asociación de Salud Pública Americana
ATF	Oficina de Alcohol, Tabaco, Armas de Fuego y Explosivos
ATOF	Alcohol, tabaco y otras drogas
BAC	Contenido de alcohol en sangre
CADCA	Coaliciones Comunitarias Antidroga de América
CAPT	Centro para la Aplicación de Tecnologías de Prevención
CBO	Organización de base comunitaria
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CMHS	Centro de Salud Mental
CPS	Especialista Certificado en Prevención
CSAP	Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias
CSAT	Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias
DEA	Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos
DFC	Comunidades Libres de Drogas [Becario o Beneficiario]
DFSCA	Ley de Escuelas y Comunidades Libres de Drogas
DUI	Conducir bajo la influencia
DWI	Conducir en estado de embriaguez
EAP	Programas de Asistencia al Empleado
ED	Departamento de Educación de EE.UU.
FASD	Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal
FBI	Oficina Federal de Investigaciones
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
HHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
IC&RC	Consortio Internacional de Certificación y Reciprocidad
IOM	Instituto de Medicina
IRB	Junta de Revisión Institucional
MADD	Madres contra la Conducción en Estado de Embriaguez
NASADAD	Asociación de Directores Nacionales de Estado en Abuso de Alcohol y Drogas
NIAA	Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas
NOMS	Medidas nacionales de resultados
NPN	Red Nacional de Prevención
NREPP	Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia de SAMHSA y
NSDUH	Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud
N-SSATS	Encuesta nacional sobre Servicios de Tratamiento del Abuso de Sustancias
OJJDP	Oficina de Justicia Juvenil y Prevención de la Delincuencia
ONDCP	Oficina de Política Nacional de Control de Drogas

RADAR	Red Regional de Recursos para la Concienciación sobre el Alcohol y las Drogas
SAMHSA	Administración de Servicios de Salud para Abuso de Sustancias y Salud Mental
SBIRT	Evaluación, Intervención Breve, y Remisión al Tratamiento
SDFSCA	Escuelas y Comunidades Libres de Drogas
SIG	Beneficiarios de Incentivos del Estado
SPF	Marco Estratégico de Prevención
SSA	Agencia Estatal Única
TEDS	Conjunto de Datos sobre el Tratamiento del Episodio
TIG	Incentivos para Beneficiarios de Tribus
YRBSS	Sistema de Vigilancia del Riesgo Juvenil

ACRÓNIMOS (Específicos de Rhode Island)

BHDDH	Departamento de Salud Mental, Discapacidades del Desarrollo y Hospitales
CPRC	Centro de Investigación para la Prevención del Cáncer de la Universidad de RI
CRST	Equipo de Investigación y Servicios Comunitarios de la Universidad de RI
DATA	Asociación de Tratamiento de Drogas y Alcohol
DCYF	Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de RI
GCBH	Consejo del Gobernador sobre Salud Mental de RI
HEALTH.	Departamento de Salud de RI
PAC	Comité Asesor de Prevención
PFS	Asociaciones para el éxito
RICARES	Comunidad de esfuerzos de recuperación de adicciones de RI
RICCMHO	Consejo de organizaciones comunitarias de salud mental de RI
RIDE	Departamento de Educación de Rhode Island
RISAPA	Ley de Prevención del Abuso de Sustancias de RI
RISS	Encuesta a los estudiantes de RI
RISAS	Servicios de Asistencia al Estudiante de RI
SEOW	Grupo de Trabajo sobre Resultados de Epi en el Estado

GLOSARIO

Nota: Los términos que se encuentran a continuación no son una lista completa de los que pueden encontrarse en el examen

A

Alucinógenos: Un grupo diverso de drogas que alteran las percepciones, los pensamientos y los sentimientos. Las drogas alucinógenas incluyen el LSD, la mescalina, el PCP y la psilocibina (setas mágicas).

Adaptación: Modificaciones realizadas a una intervención elegida; cambios en el público, el entorno y/o la intensidad de la ejecución del programa. La investigación indica que las adaptaciones son más eficaces cuando se comprende la teoría subyacente del programa; se han identificado los componentes centrales del programa; y se han definido cuidadosamente tanto la comunidad como las necesidades de una población de interés.

Adicción/etapas de la adicción: Necesidad fisiológica compulsiva y uso de una sustancia que crea hábito (como la marihuana, la nicotina o el alcohol), caracterizada por la tolerancia y por síntomas fisiológicos bien definidos tras la abstinencia.

Asistencia técnica: Servicios prestados por personal profesional de prevención destinados a proporcionar orientación técnica a los programas de prevención, las organizaciones comunitarias y los individuos para llevar a cabo, fortalecer o mejorar las actividades que promoverán la prevención.

B

Bienestar: Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias

C

Cabildeo: Un tipo de defensa que intenta influir en una legislación específica.

Capacitación: Los diversos tipos y niveles de recursos que una organización o colaboración tiene a su disposición para satisfacer las demandas de ejecución de intervenciones específicas. La capacitación incluye tanto los recursos de los que dispone una comunidad para abordar sus problemas (por ejemplo, programas, organizaciones, personas, dinero, experiencia) como el grado de preparación de la comunidad para tomar medidas para abordar sus problemas.

Cerebelo: Parte del cerebro que ayuda a regular la postura, el equilibrio y la coordinación. Corteza cerebral: Región del cerebro responsable de las funciones cognitivas superiores, incluyendo el lenguaje el razonamiento, la toma de decisiones y el juicio.

Coalición: Un acuerdo formal de cooperación y colaboración entre grupos o sectores de una comunidad, en el que cada grupo conserva su identidad, pero todos acuerdan trabajar juntos hacia un objetivo común de construir una comunidad segura, saludable y libre de drogas.

Consentimiento informado: El proceso de obtener el consentimiento de los participantes que incluye una descripción y explicación completa de la actividad presentada de una manera que los participantes puedan comprender y que garantiza que los participantes den su consentimiento voluntariamente, sin coerción ni influencia indebida. El consentimiento activo requiere la firma de todos los participantes en un proyecto de investigación y/o de sus representantes legales. El consentimiento pasivo requiere la firma sólo de las personas que no aceptan participar en la actividad de investigación y/o de su representante legal.

Consentimiento activo: El consentimiento activo requiere la firma de todos los participantes en un proyecto de investigación y/o de sus representantes legales.

Consentimiento pasivo: El consentimiento pasivo requiere la firma sólo de aquellos individuos que no aceptan participar en la actividad de investigación y/o de su representante legal.

Confidencialidad: Mantener la información otorgada por o sobre un individuo en el curso de la relación profesional, segura y secreta para los demás.

Competencia cultural: La competencia cultural, a nivel individual, organizativo y de sistemas, implica ser respetuoso y responder a las creencias, prácticas y necesidades culturales y lingüísticas en materia de salud de personas y grupos diversos.

Comercialización social: La comercialización social es la aplicación de las tecnologías del marketing comercial al análisis, la planificación, la ejecución y la evaluación de programas diseñados para influir en los comportamientos voluntarios de los destinatarios con el fin de mejorar su bienestar personal y el de su sociedad.

Cultura: Los valores compartidos, las tradiciones, las normas, las costumbres, las artes, la historia, el folclore y las instituciones de un grupo de personas que están unificadas por la raza, la etnia, la lengua, la nacionalidad o la religión. La cultura se refiere a "patrones integrados de comportamiento humano que incluyen el lenguaje, los pensamientos, las comunicaciones, las acciones, las costumbres, las creencias, los valores y las instituciones de grupos raciales, étnicos, religiosos o sociales."

Corteza prefrontal: Situada en el lóbulo frontal del cerebro, esta zona es importante para la toma de decisiones, la planificación y el juicio.

D

Datos cualitativos: Investigación principalmente exploratoria para comprender las razones, opiniones y motivaciones subyacentes. Algunos métodos habituales son los grupos de discusión (debates en grupo), las entrevistas individuales y la participación/observación.

Datos cuantitativos: Investigación que genera datos numéricos o datos que pueden transformarse en estadísticas utilizables. Los métodos de recogida de datos cuantitativos incluyen diversas formas de encuestas, estudios longitudinales, sondeos y observación sistemática.

Datos de archivo: Datos que ya han sido recogidos por una agencia u organización y que están en sus registros o archivos.

Depresores: Fármacos que alivian la ansiedad y favorecen el sueño. Los depresores incluyen los barbitúricos, los benzodiazepinas y el alcohol.

Defensa de la causa: Tomar medidas para apoyar una idea o una causa. Los defensores educan a los miembros de la comunidad, a los medios de comunicación y a los funcionarios electos con el fin de sensibilizar, aumentar la comprensión de los temas clave y movilizar el apoyo con el objetivo de elaborar un cambio positivo.

Defensa de los medios de comunicación: El uso estratégico de los medios de comunicación para favorecer una iniciativa social o política pública.

Diversidad cultural: Las diferencias de raza, etnia, lengua, nacionalidad o religión entre los distintos grupos de una comunidad. Se dice que una comunidad es culturalmente diversa si entre sus residentes hay miembros de diferentes grupos.

Dopamina: Una sustancia química del cerebro, clasificada como neurotransmisor, que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y el placer.

Declaración de objetivos: Descripción de los fines específicos que se desean alcanzar mediante la aplicación de un modelo, plan o programa.

Depresores del SNC: Clase de fármacos (también llamados sedantes y tranquilizantes) que disminuyen la función del SNC; algunos se utilizan para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño (incluye los barbitúricos y las benzodiazepinas).

Disparidades sanitarias: Una "disparidad sanitaria" es una diferencia en la salud que está estrechamente relacionada con desventajas sociales, económicas y/o ambientales. Las disparidades sanitarias afectan negativamente a grupos de personas que han experimentado sistemáticamente mayores obstáculos para la salud debido a su grupo racial o étnico; religión; situación socioeconómica; género; edad; salud mental; discapacidad cognitiva, sensorial o física; orientación sexual o identidad de género; ubicación geográfica; u otras características históricamente vinculadas a la discriminación o la exclusión.

E

Educación mediática: La capacidad de acceder, analizar y producir información para obtener resultados específicos y la capacidad de "leer" y producir mensajes de los medios de comunicación.

Evaluación: Proceso de recopilación, análisis y presentación de información, normalmente datos, sobre su comunidad. Una evaluación de la comunidad debe incluir información geográfica y demográfica, así como una revisión colectiva de las necesidades y los recursos de una comunidad que indique cuáles son los problemas o cuestiones actuales que podría abordar una coalición.

Estimulantes: Clase de drogas que elevan el estado de ánimo, aumentan la sensación de bienestar e incrementan la energía y el estado de alerta. Los estimulantes incluyen la cocaína, la metanfetamina y los medicamentos recetados para tratar el TDAH.

Evaluación del proceso: Evaluación que describe y documenta qué se hizo, cuánto, cuándo, para quién y por quién durante el curso del proyecto. La evaluación del proceso documenta todos los aspectos de la aplicación de una intervención. Describe cómo se implementó la intervención.

Enfoque/Perspectiva del desarrollo: Un enfoque evolutivo de la prevención sugiere que los factores de riesgo y de protección, así como sus posibles consecuencias y beneficios, se organizan según períodos de desarrollo definidos. Esto permite a los profesionales adaptar sus trabajos de prevención a las necesidades y competencias de desarrollo de su público. También ayuda a los planificadores a alinearla prevención

Estrategias ambientales: Trabajos de prevención dirigidos a cambiar o influir en las condiciones, normas, instituciones, estructuras, sistemas y políticas de la comunidad.

Epidemiología: El estudio de los factores que influyen en la salud y la enfermedad de las poblaciones. Epidemiólogos estudian la distribución y los determinantes de la salud y el bienestar de las poblaciones.

Ética: Las reglas y normas que rigen la conducta profesional. Los principios éticos fundamentales en la prevención incluyen: la no discriminación, la competencia, la integridad, la naturaleza de los servicios, la confidencialidad y las obligaciones éticas para con la comunidad y la sociedad.

Evaluación: La evaluación es la recogida y el análisis sistemático de información sobre una intervención para mejorar su eficacia y tomar decisiones. Es un proceso que ayuda a los profesionales de la prevención a descubrir los puntos fuertes y débiles de sus actividades

Evaluación de resultados: Evaluación que describe el alcance de los efectos inmediatos de los componentes del proyecto, incluidos los cambios producidos. La evaluación de resultados documenta si la intervención marcó una diferencia y, en caso afirmativo, qué cambió.

F

Fidelidad: Cuando se reproduce un modelo o estrategia de programa, la fidelidad consiste en aplicar el modelo o la estrategia con las mismas especificaciones que el programa original. La precisión puede equilibrarse con la adaptación para satisfacer las necesidades locales.

Factor de protección: Una característica a nivel biológico, psicológico, familiar, comunitario o cultural que precede y se asocia con una menor probabilidad de resultados problemáticos.

Factor de riesgo: Una característica a nivel biológico, psicológico, familiar, comunitario o cultural que precede y se asocia con una mayor probabilidad de resultados problemáticos.

G

Grupo focal: Entrevista estructurada con pequeños grupos de personas afines que utilizan preguntas estandarizadas, preguntas de seguimiento y exploración de otros temas que surgen para comprender mejor a los participantes.

Generación de capacidades Aumentar las destrezas y las habilidades de los individuos, los grupos y las organizaciones para planificar, emprender y gestionar iniciativas. El enfoque también fomenta la capacidad de los individuos, grupos y organizaciones para hacer frente a cuestiones o problemas futuros. El desarrollo de la capacidad implica el aumento de los recursos y la mejora de la disposición de la comunidad para la prevención.

Grupos de interés: Las partes interesadas son las personas y organizaciones de la comunidad que tienen interés en la prevención porque se preocupan por promover la salud y el bienestar y tienen algo que ganar o perder con los esfuerzos de prevención o promoción.

H

Hipocampo: Zona del cerebro crucial para el aprendizaje y la memoria.

I

Intervenciones de prevención basadas en la evidencia: Una intervención basada en pruebas es un servicio de prevención (programa, política o práctica) que ha demostrado cambiar positivamente el problema al que se dirige. En general, es necesario que existan pruebas de que la intervención ha sido eficaz para lograr resultados a través de algún tipo de evaluación

Implementación: La implementación implica movilizar el apoyo a sus trabajos, seleccionar y llevar a cabo programas, políticas y prácticas basadas en la evidencia, y monitorear la implementación para hacer correcciones a mitad de camino cuando sea necesario.

Intervención indicada: Las intervenciones de prevención indicadas se centran en los individuos de mayor riesgo identificados con signos y/o síntomas o comportamientos que presagian un trastorno mental, emocional y/o por consumo de sustancias.

Intervención selectiva: Una intervención de prevención selectiva se centra en individuos o subgrupos cuyo riesgo de desarrollar trastornos de salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias es significativamente mayor debido a factores de riesgo biológicos, psicológicos y/o sociales.

Informante clave: Persona que tiene un conocimiento especializado sobre un tema que se desea comprender y que puede transmitir ese conocimiento.

Informe de objetivos: Declaraciones que describen los productos y resultados específicos y mensurables que el proyecto entregará.

Inhalante: Cualquier droga que se administra al respirar sus vapores. Los inhalantes son comúnmente disolventes orgánicos, como el pegamento y el diluyente de pintura, o gases anestésicos, como el óxido nitroso.

J

K

L

M

Marco Estratégico de Prevención: El Marco Estratégico de Prevención -o SPF- es un proceso de planificación de 5 pasos utilizado por SAMHSA para entender las necesidades y fortalezas de la comunidad, y para guiar la selección, implementación y evaluación de actividades de prevención

efectivas, apropiadas para el desarrollo y la cultura, y sostenibles. Los cinco pasos son: Valoración, Capacidad, Planificación, Ejecución y Evaluación. La sostenibilidad y la competencia cultural se incluyen en todos los pasos del SPF.

Modelo lógico: El modelo lógico del programa se define como una imagen de cómo su organización realiza su trabajo: la teoría y los supuestos en los que se basa el programa. Un modelo lógico de programa vincula los resultados (tanto a corto como a largo plazo) con las actividades/procesos del programa y los supuestos/principios teóricos del programa

N

Neurona (célula nerviosa): Un tipo único de célula que se encuentra en el cerebro y en todo el cuerpo y que se especializa en la transmisión y el procesamiento de la información.

Neurotransmisor: Sustancia química producida por las neuronas para transportar mensajes a las neuronas adyacentes. Normas: Patrón de comportamiento en un grupo, comunidad o cultura particular, aceptado como normal y al que se espera que un individuo se ajuste.

O

Opioides (u opiáceos): Sustancias controladas que se prescriben con mayor frecuencia para el tratamiento del dolor. Son sustancias químicas naturales o sintéticas similares a la morfina que actúan imitando las acciones de la encefalina y la endorfina (opioides endógenos o sustancias químicas que alivian el dolor producidas en el cuerpo).

P

Preparación de la comunidad: El grado de apoyo o resistencia a la identificación del uso y uso de sustancias como problemas sociales importantes en una comunidad. Las etapas de la preparación de la comunidad para la prevención proporcionan un marco adecuado para entender la preparación para la prevención a nivel comunitario y estatal.

Fases del procesos del cuidado continuo de la OIM

Promoción: La promoción implica intervenciones (por ejemplo, programas, prácticas o estrategias ambientales) que permiten a las personas "aumentar el control sobre su salud y mejorarla". La promoción se centra en el bienestar.

Prevención: La prevención se centra en las intervenciones que se producen antes de la aparición de un trastorno y que tienen por objeto evitar la aparición del mismo o reducir el riesgo de padecerlo. La prevención también consiste en esforzarse por optimizar el bienestar.

Tratamiento: Intervenciones dirigidas a personas que se identifican como que sufren actualmente un trastorno diagnosticable y que tienen como objetivo curar el trastorno o reducir los síntomas de este, incluyendo la prevención de la discapacidad, la recaída y/o la comorbilidad. Las intervenciones de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias incluyen la identificación de casos y las formas estándar de tratamiento (por ejemplo, desintoxicación, tratamiento ambulatorio, tratamiento en régimen de internado, tratamiento asistido con medicación).

Mantenimiento: El mantenimiento incluye intervenciones que se centran en el cumplimiento del tratamiento a largo plazo para disminuir las recaídas y la recurrencia y el cuidado posterior, incluyendo la rehabilitación y el apoyo a la recuperación.

Planificación: La planificación implica el establecimiento de criterios para priorizar los factores de riesgo y de protección, la selección de intervenciones de prevención y el desarrollo de un plan de prevención integral, lógico y basado en datos.

Prevención: Intervenciones que tienen lugar antes de la aparición de un trastorno y que pretenden evitar o reducir el riesgo de padecerlo.

Q

R

Resiliencia: La capacidad de recuperarse o adaptarse a acontecimientos adversos, cambios en la vida y factores de estrés en la vida. Recursos: Los diversos tipos y niveles de activos que una comunidad tiene a su disposición para abordar problemas de abuso de sustancias identificados, incluidos los recursos fiscales, humanos y organizativos.

S

Sistema límbico: Área del cerebro que participa en los sentimientos, las emociones y las motivaciones. También es importante para el aprendizaje y la memoria.

Salud pública: Lo que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar las condiciones para que la gente esté sana. La salud pública se centra en la seguridad y el bienestar de poblaciones enteras mediante la prevención de las enfermedades en lugar de su tratamiento.

Salud Mental y Adicciones: Estado mental/emocional y/o elecciones y acciones que afectan al bienestar. El término salud mental y adicciones también puede utilizarse para describir los sistemas de

servicios que rodean la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales y de consumo de sustancias, y el apoyo a la recuperación.

Sostenibilidad: La probabilidad de que un programa, coalición o actividad continúe durante un periodo de tiempo, especialmente después de que desaparezcan los fondos de la subvención. La sostenibilidad no consiste en mantener las estrategias, sino en lograr y mantener resultados positivos.

T

Tallo cerebral: La parte inferior del cerebro. Las principales funciones localizadas en el tronco cerebral incluyen las necesarias para la supervivencia, por ejemplo, la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial y la excitación.

Trastorno concurrente: Tener uno o más trastornos mentales, así como uno o más trastornos relacionados con el consumo de alcohol y/u otras drogas.

Trastorno por consumo de sustancias: El trastorno por consumo de sustancias se refiere al uso excesivo o a la dependencia de una droga (legal o ilegal) que provoca efectos perjudiciales para la salud física y mental de la persona, y causa problemas en sus relaciones, su empleo y la ley.

Trastorno mental: Los trastornos mentales implican cambios en el pensamiento, el estado de ánimo y/o el comportamiento. Estos trastornos pueden afectar a la forma en que una persona se relaciona con los demás y toma decisiones.

U

Intervención universal: Las intervenciones de prevención universal toman el enfoque más amplio y se centran en el público en general o en una población amplia que no fue identificada en función del riesgo.

V

W

X

Y

Z

DROGAS DE ABUSO MÁS COMUNES			
Visite NIDA en www.drugabuse.gov			
Sustancias:	Ejemplos de Nombres Comerciales y de la Calle.	Lista de la DEA*/ Como se Administra	Efectos de la intoxicación Consecuencias
Cannabinoides			
hachís	boom, crónica, gángster, hachís, aceite de hachís, cáñamo	sin tragar, fumado	reflexo, lentitud de pensamiento y de reacción, confusión, deterioro del equilibrio y de la coordinación/depresión, infecciones respiratorias frecuentes;
marihuana	blunt, droga, ganja, hierba, porros, Mary Jane, marihuana, porro, sinsemilla, skink, hierba	sin tragar, fumado	deterioro de la memoria y del aprendizaje; ritmo cardíaco, ansiedad, ataques de pánico; tolerancia, adicción
Depresores			
barbiturados	Amytal, Nembutal, Secobarbital, Fenobarbital; barbos, rojos, pájaros rojos, phennies, soles, amarillos, chaquetas amarillas	II, III, V/inyectado, ingerido	reducción de la ansiedad, sensación de bienestar; disminución de las inhibiciones; ralentización del pulso y de respiración; disminución de la presión sanguínea; falta de concentración/fatiga; confusión;
benzodiazepinas (distintas del flunitrazepam)	Ativan, Halcion, Cibrium, Valium, Xanax; candy, downers, sleeping pills, trank	IV/ingeridos, inyectados	deterioro de la coordinación, la memoria, el juicio; adicción; depresión y paro respiratorio; muerte.
flunitrazepam	Rohypnol: píldora del olvido, Valium mejicano, R2, Roche, roofies, roofies, rophies	IV/ingeridos, aspirado	También en el caso de los barbitúricos: ansiedad, somnolencia/depresión, excitación inusual, palanca, irritabilidad, falta de juicio, dificultad para hablar, mareos, abstinencia que pone en peligro la vida.
GHB	gamma-hydroxybutyrate: G, chico del hogar de Georgia, daños corporales graves, éxtasis líquida	I/ingerido	para los benzodiazepinas: ansiedad, somnolencia/mareos
metacualona	Quaalude, Sopor, Farez; ludes, mandrex, quad, quay	I/inyectado, ingerido	para flunitrazepam-perturbaciones visuales y gastrointestinales, retención urinaria, pérdida de memoria por primera vez bajo los efectos de la droga.

			para el GHB: somnolencia, náuseas/vómitos, dolor de cabeza, pérdida de conciencia, pérdida de reflejos, convulsiones, coma, muerte para la metacualona: refuerzo/depresión, falta de reflejos, dificultad para hablar, coma
Anestésicos Disociativos			
ketamin	Ketolar IV; kasi Valium, K, Special K, K-vitamina K	III/inyectado, inhalado, fumado	aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial; deterioro de la función motora/pérdida de memoria;
PCP y análogos	fenciclidina: polvo de ángel, barco, cando, barco del amor, píldora de la paz	I, II/inyectado, inhalado,	entumecimiento; náuseas/vómitos; También, en el caso de la ketamina, a dosis elevadas, delirio, depresión, depresión respiratoria y paro para PCP y análogos: posible disminución de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, pánico, agresividad, violencia/ pérdida de apetito, depresión
Alucinógenos			
LSD	diétilamida del ácido lisérgico, ácido, papel secante, boomers, cubis, micropuntos, sales amarillos	III/ingerido, absorbido a través de los tejidos bucales,	estados alterados de percepción y sensación; náuseas; trastorno de percepción persistente (resaca);
mescalina	botones, cactus, meso, peyote	I/ingerida, fumada	También, para el LSD y la mescalina: aumento de la temperatura corporal, de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial; pérdida de apetito, insomnio, entumecimiento, debilidad; temblores
psilocibina	seta mágica, pasión púrpura, setas	I/ingerida	para el LSD: trastornos mentales persistentes para la psilocibina: nerviosismo, paranoia, flashbacks

Opioides y derivados de la morfina			
codeína	Emoxin con Codeína, Fiorinal con Codeína, Robitussin A-C, Tylenal con Codeína, Capitan Cody, Cody, colegial, (con glutetímida) puertas y cuartos, cargas, panqueques y jarabe	II, III, IV, V/inyectado, ingerido	efluvo del aliento, euforia, somnolencia/náuseas, estreñimiento, confusión, sedación, depresión y paro respiratorio, tolerancia, adicción, insensibilidad, coma, muerte También para la codeína: menor analgesia, ansiedad y depresión respiratoria que la morfina para la heroína: morfeja-tambaleante
fentanilo y análogos de fentanilo	Actiq, Duragesic, Sublimoz: Apache, niña China, China blanca, fiebre del baile, amigo, bonachón, premio gordo, asesino II, TNT, Tango y Efectivo	I, II/inyectado, fumado, aspirado	
heroína	diacetilmorfina: azúcar moreno, droga, H, caballo, basura, skag, skunk, smack, caballo blanco	II, III/inyectado, fumado, aspirado	
morfina	Avaxone, Duramorph: M, Miss Emma, mono, materia blanca	II, III/inyectado, ingerido, fumado	
opio	Mudano, peragógico: gran O, cosa negra, bloque, goma, lúpulo	II, III/ingerido, fumado	
oxicodona HCl	OxyContin: Oxy, O.C., asesino	II/ingerido, aspirado, inyectado	
hidrocodona, bitartrato, acetaminofén	Vicodin: vike, Watson-387	II/ingerido	

Estimulantes			
anfetamina	3,4-dimetilamfetamina: bennies, bellotas negras, cruces, corazones, giro LA, velocidad, camioneros, elevadores	II/inyectado, fumado, aspirado	Aumento de la frecuencia cardíaca, de la presión arterial, del metabolismo, de la sensación de euforia, de la energía, del estado de alerta mental/taquicardia irregular, disminución del apetito, pérdida de peso, insuficiencia cardíaca, nerviosismo, insomnio
cocaína	Clorhidrato de cocaína: soplo, golpe, C, caramelo, Charlie, coca, crack, escama, roca, nieve, toot	II/inyectado, fumado, aspirado	También, para la Anfetamina: respiración rápida/freco, pérdida de coordinación, irritabilidad, ansiedad, inquietud, delirio, pánico, paranoia, comportamiento impulsivo, agresividad, tolerancia, adicción, paranoia
MDMA (metilendioximetanfetamina)	Adam, claridad, éxtasis, Eva, velocidad de los amantes, paz, STP, X, XTC	I/ingerido	para la cocaína: aumento de la hipertensión/dolor en el pecho, insuficiencia respiratoria, náuseas, dolor abdominal, delirios cerebrales, convulsiones, dolores de cabeza, desnutrición, ataques de pánico
metanfetamina	Desoxy: tiza, crank, fuego de cristal, vidrio, velo, hielo, metanfetamina, velocidad	II/inyectado, ingerido	para MDMA: efectos alucinógenos leves, aumento de la sensibilidad táctil, sentimientos empáticos/deterioro de la memoria y la insuficiencia renal, toxicidad hepática
metilfenidato (seguro y eficaz para el tratamiento del TDAH)	Ritalin: JF, MPH, bola R, Skippy, la droga inteligente, vitamina R	II/inyectado, ingerido, aspirado	para la metanfetamina: agresión, violencia, comportamiento psicótico/pérdida de memoria, daños cardíacos y neurológicos, deterioro de la memoria y el aprendizaje, tolerancia, adicción
nicotina	cigarrillos, puros, tabaco sin humo, rapé, tabaco para escupir,	no programado/ fumado, aspirado, tomado en rapé y escupido de tabaco	para la nicotina: efectos adicionales atribuidos a la exposición al tabaco; resultados adversos en el embarazo;

			enfermedad pulmonar crónica, enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, cáncer; tolerancia, adicción
Otros Compuestos			
esteroides anabólicos	Anadrol, Oxandrin, Durabolin, Depo-Testosterona, Equipoise, sedantes, zumos	ii;/inyectado, ingerido, aplicado a la piel	sin efectos de intoxicación/hipertensión, cambios en la coagulación de la sangre y en el colesterol, quistes y cáncer de hígado, cáncer de riñón, hostilidad y agresividad, acné; en los adolescentes, detención prematura del crecimiento; en los hombres, cáncer de próstata, reducción de la producción de espermatozoides, enagrandamiento de los testículos, aumento de las mamas; en las mujeres, irregularidades menstruales, desarrollo de la barba y otras características masculinas.
Dextrometorfano (DXM)	Se encuentra en algunos medicamentos para la tos y el resfriado: Robitripping, Robo, Triple C	no programado/ingerido	Efectos dissociativos, percepciones visuales distorsionadas hasta efectos dissociativos /intoxicado/para efectos o dosis más altas ver "anestésicos dissociativos"
Inhalantes	Disolventes (disolventes de pintura, gasolina, pegamentos), gases (butano, propano, propulsores en aerosol, óxido nítrico), nitratos (isoamilo, isobutilo, ciclohexilo); gas de la risa, petardos, chasquidos, látigos	no programado/inhalado por la nariz o boca	stimulation, loss of inhibition, headache, nausea or vomiting, slurred speech, loss of motor coordination; wheezing/unconsciousness, cramps, weight loss, muscle weakness, depression, memory impairment, damage to cardiovascular and nervous system, sudden death

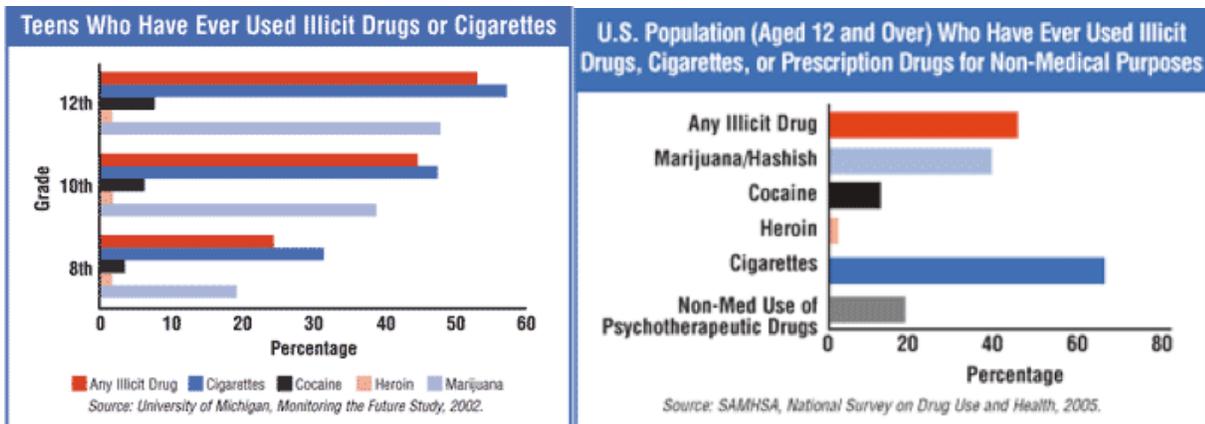
Principios del Tratamiento de la Drogadicción

Más de tres décadas de investigación científica han dado lugar a 11 principios fundamentales que caracterizan un tratamiento eficaz contra el abuso de drogas. Estos principios se detallan en Principios del Tratamiento de la Drogadicción del NIDA: Una Guía Basada en la Investigación.

- 1. Ningún tratamiento es apropiado para todos los individuos.** Es fundamental adaptar los entornos, las intervenciones y los servicios de tratamiento a los problemas y las necesidades de cada paciente.
- 2. Es necesario que el tratamiento esté fácilmente disponible.** Los solicitantes de tratamiento pueden perderse si el tratamiento no está disponible inmediatamente o no es fácilmente accesible.
- 3. Un tratamiento eficaz atiende a las múltiples necesidades del individuo, no sólo a su consumo de drogas.** El tratamiento debe abordar el consumo de drogas del individuo y los problemas médicos, psicológicos, sociales, profesionales y legales asociados.
- 4. En diferentes momentos del tratamiento, el paciente puede necesitar servicios médicos, terapia familiar, rehabilitación profesional y servicios sociales y jurídicos.**
- 5. La permanencia en el tratamiento durante un periodo de tiempo adecuado es fundamental para la eficacia del mismo.** El tiempo depende de las necesidades de cada persona. Para la mayoría de los pacientes, el umbral de mejora significativa se alcanza aproximadamente a los 3 meses de tratamiento. El tratamiento adicional puede producir un mayor progreso. Los
- 6. El asesoramiento individual y/o grupal y otras terapias conductuales son componentes fundamentales de un tratamiento eficaz de la adicción.** En la terapia, los pacientes abordan la motivación, adquieren habilidades para resistirse al consumo de drogas, sustituyen las actividades de consumo de drogas por otras constructivas y gratificantes, y mejoran la capacidad de resolución de problemas. La terapia conductual también facilita las relaciones interpersonales.
- 7. Los medicamentos son un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combinan con el asesoramiento y otras terapias conductuales.** La buprenorfina, la metadona y el levo-alfa-acetyl-metadol (LAAM) ayudan a las personas adictas a los opiáceos a estabilizar sus vidas y a reducir su consumo de drogas. La nalbexona

es eficaz para algunos adictos a los opiáceos y para algunos pacientes con dependencia simultánea del alcohol. Los parches o chicles de nicotina, o un medicamento oral, como el bupropion, pueden ayudar a las personas adictas a la nicotina.

8. Las personas adictas o consumidoras de drogas con trastornos mentales coexistentes deben tener ambos tratamientos tratados de forma integrada.
9. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento de la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el consumo de drogas a largo plazo. La desintoxicación médica controla los síntomas agudos de la abstinencia. Para algunos individuos es un precursor del tratamiento eficaz de la adicción a las drogas.
10. El tratamiento no tiene por qué ser voluntario para ser eficaz. Las sanciones o los incentivos en la familia, el entorno laboral o el sistema de justicia penal pueden aumentar significativamente la entrada en el tratamiento, la retención y el éxito.
11. Hay que vigilar continuamente el posible consumo de drogas durante el tratamiento. La monitorización del consumo de drogas y alcohol del paciente durante el tratamiento, como por ejemplo mediante el análisis de orina, puede ayudar al paciente a resistir los impulsos de consumir drogas. Este control también puede proporcionar pruebas tempranas del consumo de drogas para poder ajustar el tratamiento.
12. Los programas de tratamiento deben ofrecer una evaluación del VIH/sida, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como asesoramiento para ayudar a los pacientes a modificar o cambiar los comportamientos que los ponen a ellos o a otros en riesgo de infección. El asesoramiento puede ayudar a los pacientes a evitar comportamientos de alto riesgo y a las personas que ya están infectadas a controlar su enfermedad.
13. La recuperación de la adicción a las drogas puede ser un proceso a largo plazo y suele requerir múltiples episodios de tratamiento. Al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas, pueden producirse recaídas en el consumo de drogas durante o después de episodios de tratamiento exitosos. La participación en programas de autoayuda durante y después del tratamiento suele ayudar a mantener la abstinencia.



LISTA DE REFERENCIAS PARA EL EXAMEN

Los siguientes recursos se han recopilado como lectura sugerida para ayudar a los candidatos a prepararse para el examen de especialista en prevención del CICR. La consulta de estas y otras referencias puede ser beneficiosa para los candidatos. Tenga en cuenta que esta no es una lista exhaustiva de todas las referencias y que no todas las preguntas del examen provienen de estas referencias:

1. Guía del candidato a especialista en prevención del CICR:

<http://internationalcredentialing.org/Resources/Candidate%20Guides/PS%20candidate%20guide%204-15.pdf>

2. Academia para el Desarrollo Educativo. (2005). Facilitating Meetings: A Guide for Community Planning Groups. (Facilitación de reuniones: Guía para grupos de planificación comunitaria. Extraído de) http://preventiontrainingservices.com/resources/Facilitating%20Meetings%20version_2005.pdf

3. Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy (El alcohol: No es un Producto Ordinario-. Investigación y políticas públicas (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press.

4. Benard, B. (2004). Resiliency: What We Have Learned (Lo que Hemos Aprendido) (1ª ed.). San Francisco: WestED

5. Center for Substance Abuse Prevention. (2009) (Centro para la Prevención del Abuso de Sustancias.) (2009). Identifying and Selecting Evidence-Based Interventions Revised Guidance Document for the Strategic Prevention Framework State Incentive Grant Program. (Identificación y selección de intervenciones basadas en la evidencia Documento de orientación revisado para el Programa de Subvención de Incentivos Estatales del Marco Estratégico de Prevención. HHS Pub. (SMA) 09-4205. Rockville, MD: Center for Substance Abuse

6. Community Anti-Drug Coalitions of America, National Community Anti-Drug Coalition Institute. (Comunidad de Coaliciones Antidrogas de América, Instituto Nacional de Coaliciones Antidrogas de la Comunidad). Serie de cartillas. (Obtenido de <http://www.cadca.org/resources/series/Primer>

- Assessment Primer: Analyzing the Community, Identifying Problems and Setting Goals. (2010). (Cartilla de evaluación: Análisis de la Comunidad, Identificación de Problemas y Fijación de Objetivos). (2010). Obtenido de <http://www.cadca.org/sites/default/files/resource/files/assessmentprimer.pdf>

- Capacity Primer: Building Membership, Structure and Leadership. (2010). Cartilla de Capacidades: Creación de Miembros, Estructura y Liderazgo (2010) Obtenido de <http://www.cadca.org/resources/capacity-primer-building-membership-structure-and-leadership>

- Cultural Competence Primer: Incorporating Cultural Competence Into your Comprehensive Plan (2012) (Cartilla de Competencia Cultural: Incorporando Competencia Cultural en su Plan Integral) (2012). Obtenido de <http://www.cadca.org/resources/cultural-competence-primer-incorporating-cultural-competence-your-comprehensive-plan>

- Evaluation Primer: Setting the Context for a Drug-Free Communities Coalition Evaluation. (2010). - Cartilla de Evaluación: Estableciendo el Contexto para una Evaluación de la Coalición de Comunidades Libres de Drogas). Obtenido de <http://www.cadca.org/resources/evaluation-primer-setting-context-community-anti-drug-coalition-evaluation>

- Implementation Primer: Putting your Plan Into Action (2012) Cartilla de Implementación: Poniendo su Plan en Acción. (2012). Extraído de <http://www.cadca.org/sites/default/files/resource/files/implementationprimer.pdf>

- Planning Primer: Developing a Theory of Change. Logic Model and Strategic and Action Plans (2010). (Cartilla de planificación: Desarrollo de una Teoría del Cambio, Modelos Lógicos y Planes Estratégicos y de Acción. (2010). Obtenido de <http://www.cadca.org/resources/planning-primer-developing-theory-change-logic-models-and-strategic-and-action-plans>

- Sustainability Primer: Fostering Long-Term Change to Create Drug-Free Communities. (2012). (Cartilla de Sostenibilidad: Fomentar el Cambio a Largo Plazo para Crear Comunidades Libres de Drogas) (2012) Obtenido de http://www.drugs.indiana.edu/spf/docs/SustainabilityPrimer_07-2007.pdf

7. Community Anti-Drug Coalitions of America, National Community Anti-Drug Coalition Institute. Beyond the Basics Series. (Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América, Instituto Nacional de Coaliciones Comunitarias Antidrogas. Serie Más allá de lo básico) Obtenido de <http://www.cadca.org/resources/series/Beyond+the+Basics>

- People Power: Mobilizing Communities for Policy Change. (2012). (El Poder del Pueblo: Movilización de las Comunidades para el Cambio de Políticas) (2012). Extraído de <http://www.cadca.org/resources/people-power-mobilizing-communities-policy-change>

- Telling the Coalition Story: Comprehensive Communication Strategies. (2009). Contando la Historia de la Coalición: Estrategias Integrales de Comunicación. (2009). Extraído de <http://www.cadca.org/resources/telling-coalition-story-comprehensive-communication-strategies>

- Telling the Coalition Story: Comprehensive Communication Strategies (2008). El impacto de la coalición: Estrategias de prevención ambiental. (2009). Extraído de <http://www.cadca.org/resources/coalition-impact-environmental-prevention-strategies>

8. Community Anti-Drug Coalitions of America, National Community Anti-Drug Coalition Institute. (2010). Research Support for Comprehensive Community Interventions to Reduce Youth Alcohol, Tobacco and Drug Use and Abuse. (Coaliciones Comunitarias Antidrogas de América, Instituto Nacional de Coaliciones Comunitarias Antidrogas. Investigación de Apoyo a las Intervenciones Comunitarias

- Integrales para Reducir el Uso y el Abuso de Alcohol, Tabaco y Drogas por Parte de los Jóvenes. (2010).. (Obtenido de <http://www.cada.org/resources/detail/research-support-comprehensive-community-interventions>).
9. Compton, M. (2010). Clinical Manual of Prevention of Mental Health. (Manual clínico de Prevención en Salud Mental). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
10. Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2011). Issues and Ethics in the Helping Professions. (Cuestiones y Etica en las Profesiones de Ayuda) (8ª ed.). Belmont: Brooks/Cole.
11. National Institute of Drug Abuse (2008). (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas). (2008). Drugs, Brains, and Behavior-The Science of Addiction. (Drogas, Cerebro y Comportamiento: La Ciencia de la Comunidad de la Adicción Obtenido de <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>).
12. National Research Council and Institute of Medicine. (2009). (Consejo Nacional de Investigación e Instituto de Medicina) (2009). Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. (Prevención de los Trastornos Mentales, Emocionales y del Comportamiento entre los Jóvenes: Progresos y Posibilidades). Washington, DC: The National Academies Press. Extraído de http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12480
13. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental). (2005). Focus on Prevention. Obtenido de <http://store.samhsa.gov/product/Focus-on-Prevention/SMA10-4120>.
14. White, W. L., & Popovits, R. M. (2001). Critical Incidents: Ethical Issues in the Prevention and Treatment of Addiction (2ª ed.). (Incidentes críticos: Cuestiones éticas en la prevención y el tratamiento de las adicciones) Bloomington: Lighthouse Institute.

Fuente: Guía del candidato del CICR